

LES FACTEURS D'ÉVOLUTION INFLUENÇANT L'ATTRACTIVITÉ, LA FORMATION, LE RECRUTEMENT ET LA FIDÉLISATION

Livre 2

UNIPSO

 Renforcer la
première ligne
FONDS DR. DANIEL DE CONINCK

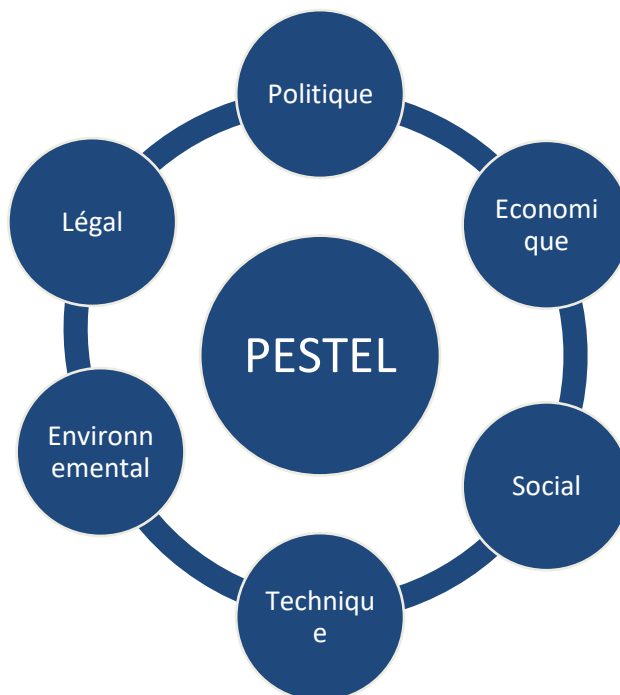
SOMMAIRE

INTRODUCTION : ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANTS.....	4
Facteur social.....	4
Facteur politique.....	5
Facteur légal	5
Facteur économique.....	5
Facteur technique.....	5
Facteur environnemental	6
ANALYSE DU FACTEUR SOCIAL	6
La croissance des demandes et la diversification des bénéficiaires	6
Vieillessement de la population.....	7
Indicateurs démographiques du vieillissement de la population.....	9
Évolution de la population totale et par classe d'âges	13
Évolution de l'aide informelle potentielle	16
Évolution du profil des personnes ayant recours à des aides et/ou des soins.....	18
Groupe(s) cible(s) de l'aide et des soins de première ligne.....	20
Etat de santé	20
Fragilité chez les personnes de 50 ans et plus selon le niveau d'éducation, le genre et la classe d'âge	22
Ressources financières et le risque de pauvreté	26
ANALYSE DU FACTEUR POLITIQUE.....	31
Une politique en faveur du maintien à domicile.....	31
Déclaration de politique régionale wallonne 2019-2024	31
Protocole d'accord n°3 concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées	32
ANALYSE DU FACTEUR LÉGAL.....	32
Des compétences partagées à divers niveaux de pouvoirs.....	32
ANALYSE DU FACTEUR ÉCONOMIQUE.....	33
Un modèle de financement contraignant	33
Financement du secteur de l'aide à domicile	33
Financement du secteur des soins à domicile	34
Des services similaires recrutant au même moment/sur le même territoire (concurrence)	34
Entreprises titres-service et aide-ménagère titres-services.....	34

Plateformes d'économie collaboratives	36
Travail au noir ou gris.....	36
ANALYSE DU FACTEUR TECHNIQUE	37
La digitalisation grandissante	37
La technologie au service des bénéficiaires.....	37
Le support technologique dans le les prestations de soins.....	37
ANALYSE DU FACTEUR ENVIRONNEMENTAL	38
La mobilité	38
Les questions écologiques dans l'exercice du métier	39
ANALYSE SWOT DU SECTEUR DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE.....	40
TABLEAU DE L'ANALYSE PESTEL	44

INTRODUCTION : ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANTS

Cette partie est consacrée aux facteurs influençant l'attractivité des métiers de l'aide et des soins. Pour réaliser son analyse et circonscrire ses recherches, l'UNIPSO s'est appuyée sur la méthode PESTEL. Plus généralement utilisée dans l'analyse de marché d'une entreprise. Cette méthode permet à un niveau macrosociologique d'appréhender un sujet d'étude de manière systémique et d'en mesurer les différents aspects influençant.



Les facteurs macrosociologiques influençant le secteur et les métiers sont présentés ici dans un ordre différent et voici ce qu'ils recouvrent.

FACTEUR SOCIAL

Le facteur social reprend la démographie, l'attitude du public et des bénéficiaires concernant l'aide et les soins à domicile. Il s'agit d'analyser :

- ▶ Évolution démographique impactant la population en général (vieillesse, etc.) et les professionnels (nombreux départs à la retraite, etc.)
- ▶ Evolution épidémiologique (prévalence de maladies chroniques, etc.),
- ▶ Disparité territoriale, organisationnelle et sociale d'accès aux soins
- ▶ Consommation médicale croissante
- ▶ Intrication très sensible entre les secteurs sanitaire et médico-social
- ▶ Une offre de prestations concurrentielle
- ▶ Évolution des modes de vie
- ▶ Volonté de rester à domicile
- ▶ Etc.

FACTEUR POLITIQUE

Le facteur politique recouvre la stabilité gouvernementale et les politiques sociales mises en place et analyse les éléments suivants :

- ▶ Instabilité politique due aux divergences communautaires
- ▶ Approche de parcours de vie intégré (désinstitutionalisation)
- ▶ Budgets sociaux en péril
- ▶ Sécurité sociale menacée
- ▶ Objectifs budgétaires européens et directives européennes
- ▶ Financement menacé, budget public restreint
- ▶ Etc.

FACTEUR LÉGAL

Le facteur légal porte sur l'évolution du cadre réglementaire et législatif et reprend les différents items :

- ▶ La 6^e réforme de l'État
- ▶ Le lancement de la révision de la législation relative à l'exercice des professions des soins de santé en 2016
- ▶ La signature d'un protocole d'accord concernant la coopération entre les professionnels des soins de santé et les personnes de l'environnement du patient en décembre 2017.
- ▶ Contingentement
- ▶ Accès réglementé à la profession
- ▶ Barème

FACTEUR ÉCONOMIQUE

Le facteur économique correspond à l'évolution de l'activité et de ses intérêts sur le marché, il s'agit d'une analyse qui porte sur :

- ▶ Concurrence entre les services recrutant en même temps sur un territoire
- ▶ Privatisation de services
- ▶ Approche intégrée
- ▶ Complémentarité des métiers
- ▶ Évolution des métiers
- ▶ Etc.

FACTEUR TECHNIQUE

Le facteur technique reprend l'ensemble des innovations technologiques et des pratiques professionnelles numérisées qui peuvent influencer le marché existant :

- ▶ Digitalisation/numérisation, big data, encodage des prestations
- ▶ Équipement, progrès technique qui permettent de nouvelles thérapies et de développer des nouveaux dispositifs médicaux.

- ▶ La domotique

FACTEUR ENVIRONNEMENTAL

Le facteur environnemental comporte les contraintes environnementales, l'attention portée à la consommation d'énergie, aux déchets, aux produits. Il reprend ici :

- ▶ Sensibilisation des aides ménagers à l'utilisation de produits écologiques pour le nettoyage
- ▶ Sensibilisation à la gestion des déchets
- ▶ Formation à une alimentation saine et locale
- ▶ Développement d'un travail sur la question de la mobilité (développement d'une politique de déplacements tenant compte de la mobilité douce et mise à disposition de véhicules plus propres au vu des faibles rémunérations et accès limité aux véhicules moins polluants)

ANALYSE DU FACTEUR SOCIAL

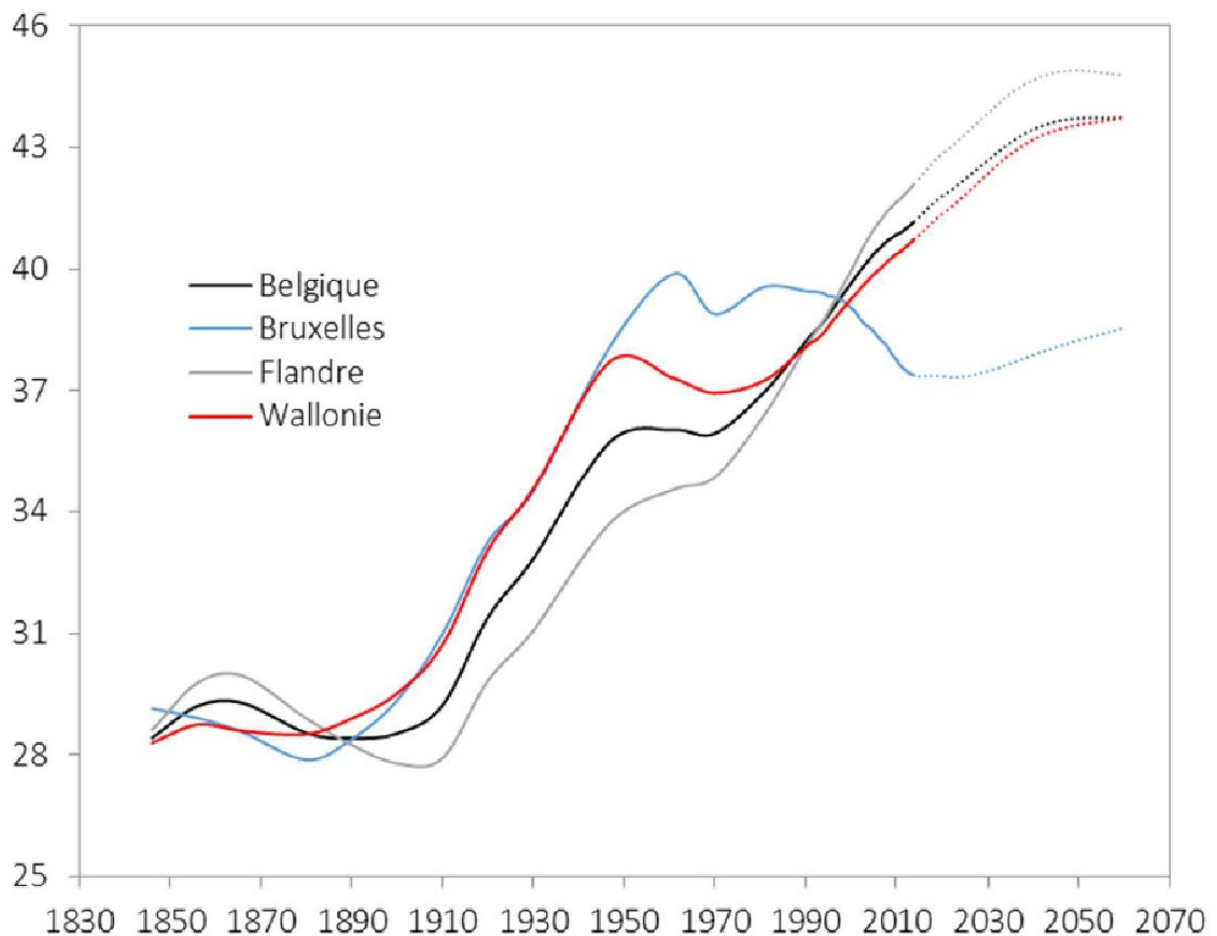
L'UNIPSO a analysé les besoins de population en s'intéressant à la démographie et les principales tendances pouvant influencer la demande de services d'aide et de soins.

LA CROISSANCE DES DEMANDES ET LA DIVERSIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES

L'analyse sociodémographique des besoins de la population wallonne s'attache à dresser un état des lieux des principales tendances et caractéristiques population wallonne pouvant influencer la demande de services de soins et de santé.

Ensuite, l'analyse se focalise sur les principaux profils des personnes qui bénéficient principalement des aides et des soins ; à savoir les familles, les personnes âgées et les personnes handicapées.

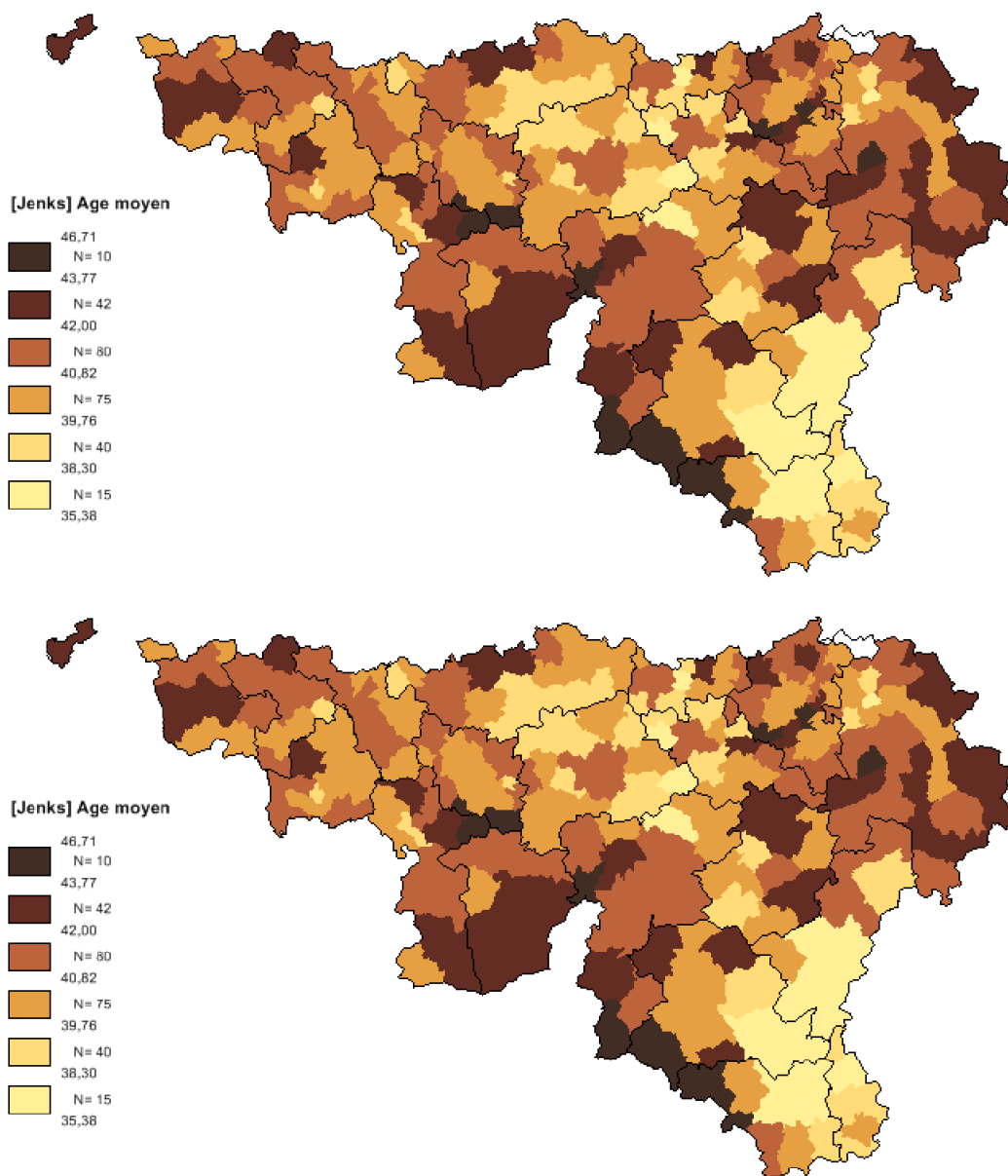
VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION



Évolution de l'âge moyen de la population

Source : DGS – Bureau Fédéral du Plan, issue de "La gestion du vieillissement en Wallonie aux horizons 2025-2045 : enjeux et prospective", Rapport de recherche n°17, IWEPS, Juillet 2016 (p.489).

Le **processus de vieillissement** de la Wallonie s'inscrit dans celui de la Belgique de 1850 à 1990 avec un âge moyen qui est passé d'environ 28 ans à 38 ans, pour atteindre quasiment 41 ans en 2014 ; alors qu'en région Bruxelles-Capitale l'âge moyen diminue entre 1990 et 2014. Au-delà de 2014, les projections indiquent une relative stagnation de l'âge moyen à Bruxelles et une forte augmentation en Wallonie et en Flandre pour atteindre environ 44 ans d'âge moyen en Flandre et en Wallonie.



Âge moyen de la population des communes de Wallonie au 1/1/2015

Source : RN-DEMO

Le rapport de l'IWEPS sur "La gestion du vieillissement en Wallonie aux horizons 2025-2045 : enjeux et prospective" (p.490) précise que le **phénomène de vieillissement de la population présente des disparités géographiques**. Cette hétérogénéité se caractérise par des **zones de sur-vieillissement** (vallée de la Semois, de l'Entre-Sambre-et-Meuse, du Tournaisis et du plateau ardennais) et des **zones de sous-vieillissement**, notamment dans les communes périurbaines du Brabant wallon, du nord de Namur et du sud-est de la province du Luxembourg qui présentent des âges moyens bien plus faibles.

Ce même rapport (p.493) précise qu'entre 2011 et 2026 que le vieillissement de la population touchera toutes les communes wallonnes, y compris celles qui étaient jusqu'à présent relativement épargnées et qui connaîtront un **effet de rattrapage**.

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

	1991-2019	2020-2040	2041-2071
Indice de vieillissement 67+/(0-17)	67,52 %	98,24 %	124,36 %
Intensité du vieillissement (80+/67+)	29,56 %	32,38 %	42,34 %
Ratio de dépendance [(0-17)+(67+)]/(18-66)	57,52 %	64,71 %	73,19 %

Indice et intensité du vieillissement et ratio de dépendance en Wallonie

Source : 1991-2019 : observations, Statbel; 2020-2071 : perspectives - mise à jour COVID-19, BFP et Statbel; traitement UNIPSO.

Les indicateurs démographiques¹ ci-dessus nous permettent d'affiner l'analyse de la dynamique de vieillissement de la population en Wallonie.

L'indice moyen de vieillissement (rapport entre la somme des 67 ans et plus et la somme des 0-17 ans) augmentera de près de 30 % en moyenne entre les périodes 1991-2019, 2020-2040 et 2041-2071. Autrement dit, le nombre de personnes âgées de 67 ans et plus augmente plus vite, et dépassera même, le nombre de jeunes de moins de 17 ans après 2040.

L'évolution de l'intensité moyenne du vieillissement (rapport entre la somme des 80 ans et plus et la somme des 67 ans et plus) confirme la dynamique de "vieillissement dans le vieillissement" avec une augmentation d'environ 10 % entre les périodes 2020-2040 et 2041-2071.

Le ratio moyen de dépendance est le rapport entre les personnes "dépendantes" (0-17 ans et 67 ans et plus) et les d'âge actif (18-66 ans) augmente également mais selon une évolution plus linéaire, en moyenne d'environ 8 % tous les 20 ans. Cette augmentation du ratio de dépendance aura un **impact macroéconomique négatif**² avec une diminution de la population active susceptible de verser des cotisations sociales pour prendre en charge la population inactive.

Évolution de l'espérance de vie et du solde naturel

Cette augmentation de l'âge moyen s'explique essentiellement par l'**allongement des durées moyennes de vie**. Entre 1841-2015, l'espérance de vie à la naissance a quasiment doublé (hommes et femmes) ; et, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté d'environ 10 ans à partir des années 1960.³

Les "Perspectives démographiques 2019-2070"⁴ indique que l'espérance de vie à la naissance continuera de croître pour atteindre 87,9 ans en 2070 pour les femmes et 86,4 ans pour les hommes. Par ailleurs, le solde naturel (différence entre les naissances et les décès) devrait

¹ Indicateurs démographiques issus de Ibid. (p.15).

² L'impact macroéconomique du vieillissement de la population sera abordé dans le contexte économique.

³ IWEPS, *La gestion du vieillissement en Wallonie aux horizons 2025-2045 : enjeux et prospective*, Rapport de recherche n°17, Juillet 2016 (p.491).

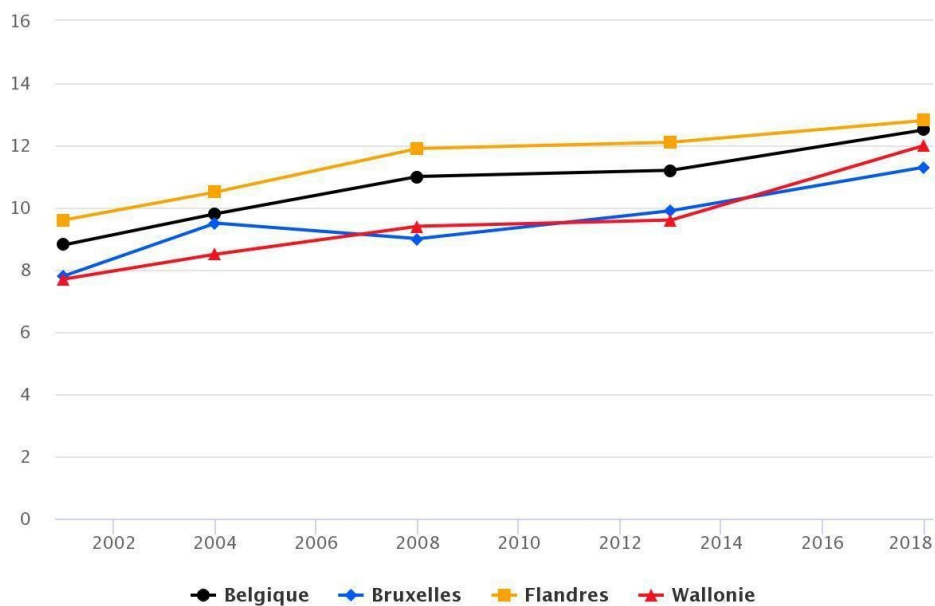
⁴ Bureau fédéral du Plan, Statbel, *Perspectives démographiques 2019-2070 – Population et ménages*, Bureau fédéral du Plan, Série Perspectives, mars 2020 (p.23-24).

rester positif sur la période 2021-2030, pour ensuite nettement s'inverser en 2030-2065 avec un nombre de décès dépassant le nombre de naissances.

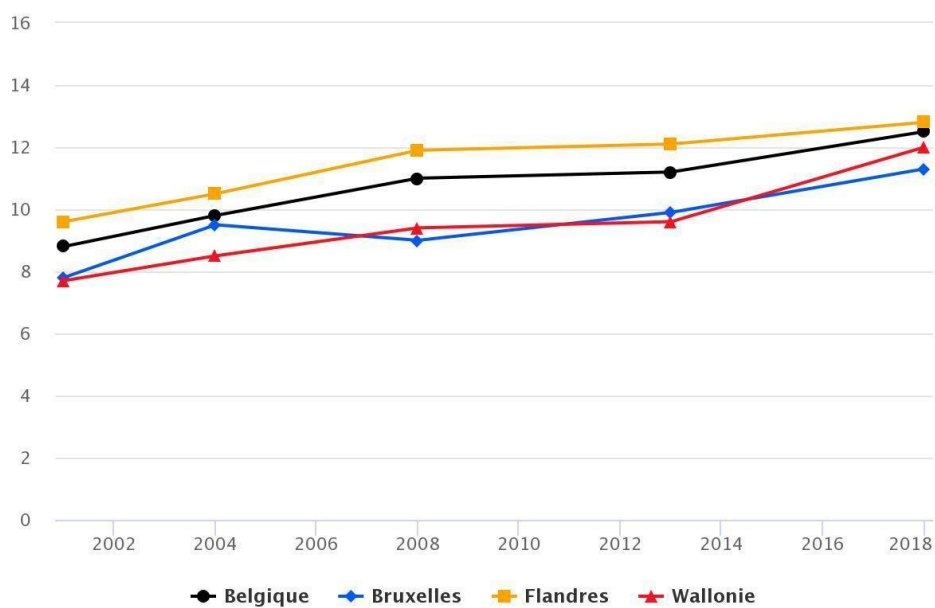
Notons également que dans les dernières prévisions en date du BFP ⁵, l'impact de l'épidémie de Covid-19 induit une surmortalité en 2020 réduisant l'espérance de vie à la naissance, sans pouvoir néanmoins préjuger des impacts post-2020.

En complément, il s'agit également de considérer les indicateurs d'espérance de vie en bonne santé, par exemple sans incapacité, ou sans maladie chronique, ou en bonne santé ressentie.

En 2018, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans (EVS165) des hommes était de 12,5 ans et celle des femmes de 12,4 ans. Entre 2004 et 2018, l'EVS165 a augmenté de 2,7 ans pour les hommes et 1,4 ans pour les femmes.

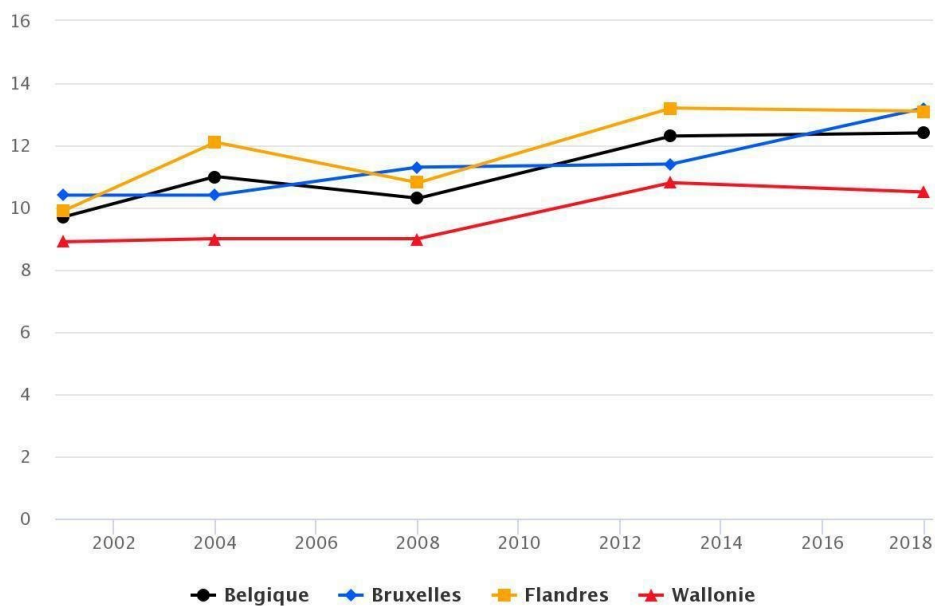


⁵ Bureau Fédéral du Plan-Statbel, Perspectives démographiques 2019-2070 Mise à jour dans le cadre de l'épidémie de COVID-19, Juin 2020.

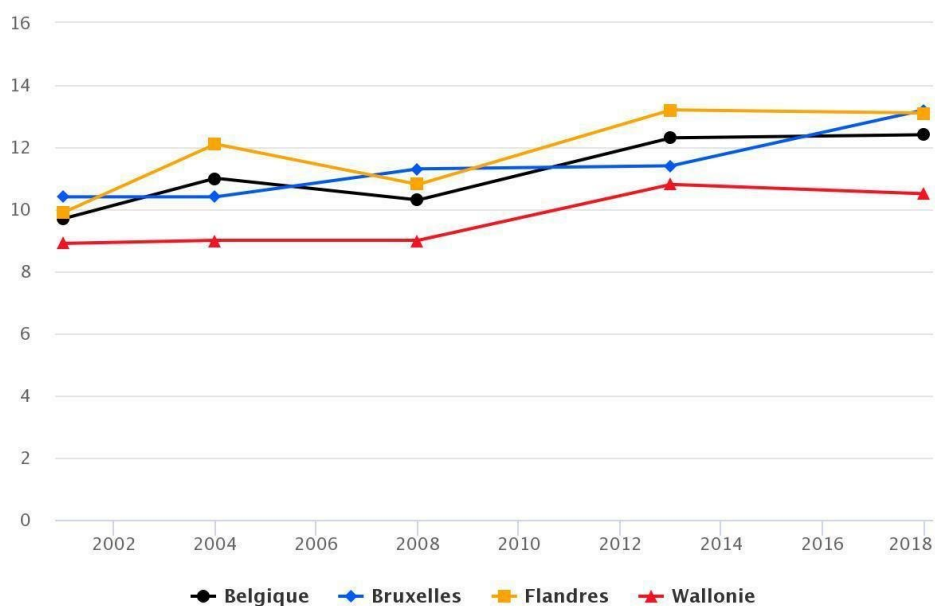


Espérance de vie sans incapacité à 65 ans chez les hommes, par région, 2001-2018

Source : Calculs des auteurs sur base des tables de mortalité de Statbel [1] et des Enquêtes de Santé par Interview de Sciensano [2]⁶



⁶ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante#def-hly-age> (mise à jour 17 février 2021)



Espérance de vie sans incapacité à 65 ans chez les femmes, par région, 2001-2018

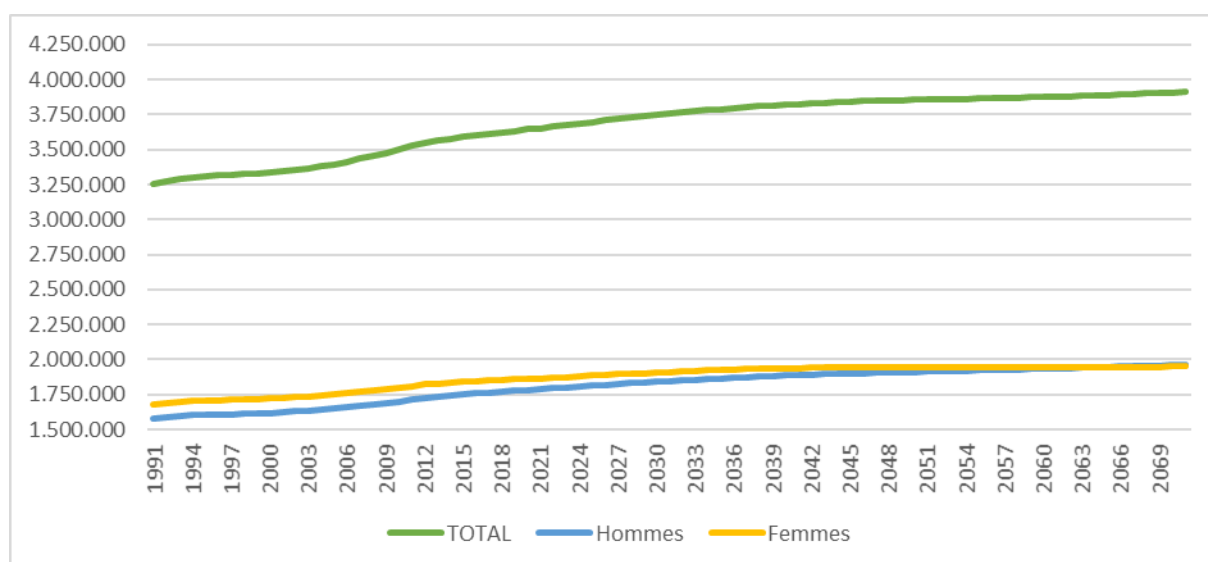
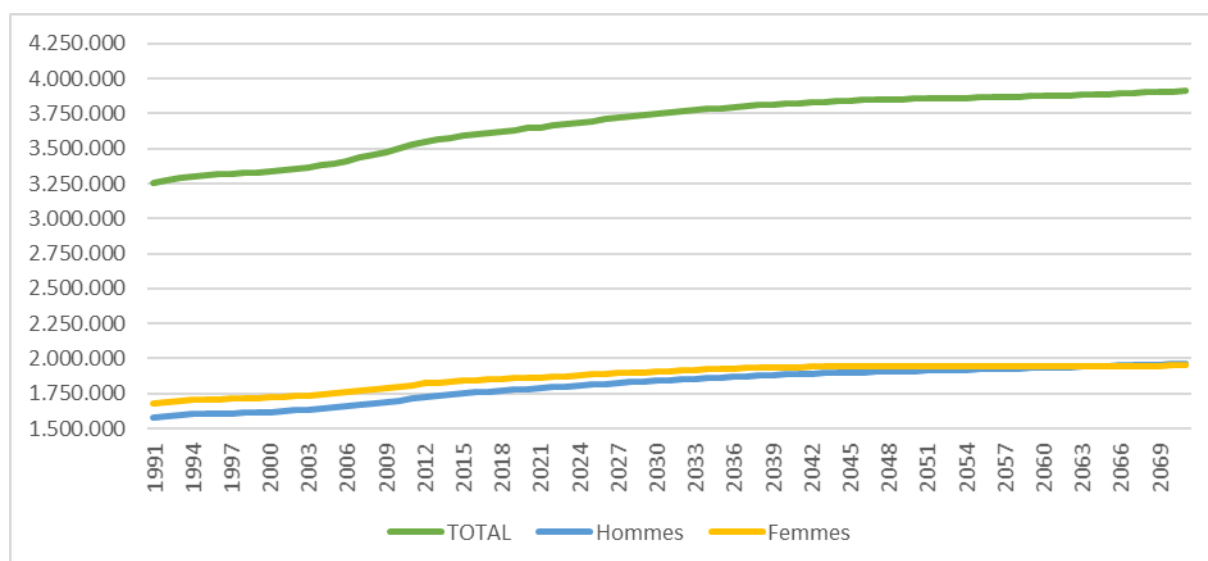
Source : Calculs des auteurs sur base des tables de mortalité de Statbel [1] et des Enquêtes de Santé par Interview de Sciensano [2]⁷

Il existe également d'importantes inégalités socio-économiques dans l'espérance de vie en bonne santé, à tout âge. Elles sont plus prononcées chez les femmes. En 2011, l'écart en EVSI à l'âge de 25 ans (EVSI25) entre les niveaux d'éducation le plus bas et le plus élevé (niveaux groupés en 3 catégories) atteignait 10,5 ans chez les hommes et 13,4 ans chez les femmes. A 50 ans, l'écart est d'environ 6,7 ans chez les hommes et 7,7 ans chez les femmes. Enfin, à l'âge de 65 ans, cet écart existe toujours et atteint 2,5 ans chez les hommes et 4,6 ans chez les femmes. En termes relatifs, les écarts augmentent avec l'âge chez les femmes, mais pas chez les hommes.⁸

⁷ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante#def-hly-age> (mise à jour 17 février 2021)

⁸ Extrait de <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante#def-hly-age> (mise à jour 17 février 2021)

ÉVOLUTION DE LA POPULATION TOTALE ET PAR CLASSE D'ÂGES



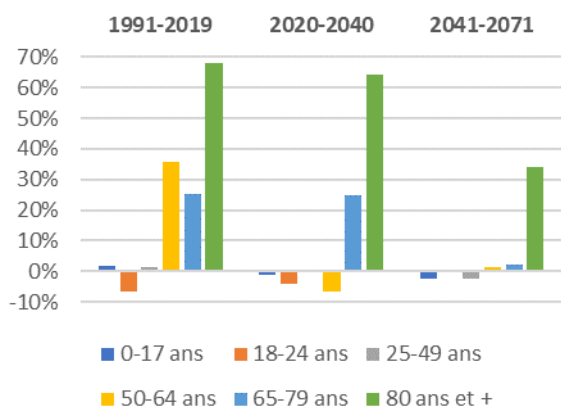
Évolution totale et par genre de la population en Wallonie entre 1991 et 2071

Source : 1991-2019 : observations, Statbel; 2020-2071 : perspectives - mise à jour COVID-19, BFP et Statbel; traitement UNIPSO.

Le **taux de croissance moyen de l'évolution démographique est relativement stable**, avec un taux de 11,22 % sur la période 1991-2018 et un taux de 12,22 % pour les projections entre 2019 et 2071. L'évolution démographique par genre indique par ailleurs que le nombre de femmes et d'hommes tend à s'équilibrer avec le temps, voire à s'inverser dans plus de 50 ans.

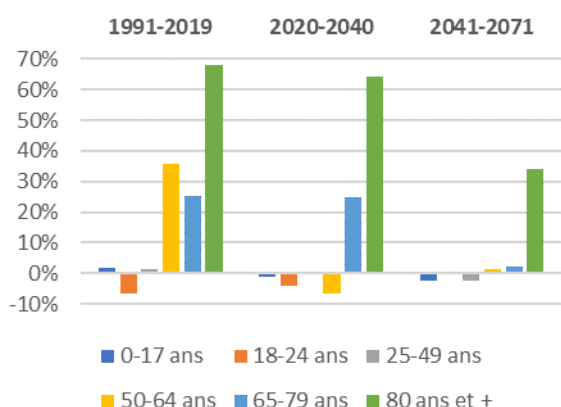
	1991-2019	2020-2040	2041-2071
0-17 ans	1,84 %	-1,16 %	-2,56 %
18-24 ans	-6,61 %	-4,22 %	-0,09 %
25-49 ans	1,34 %	-0,02 %	-2,42 %

50-64 ans	35,77 %	-6,49 %	1,46 %
65-79 ans	25,19 %	24,73 %	2,17 %
80 ans et +	68,11 %	64,22 %	34,24 %
TOTAL	11,51 %	4,82 %	2,26 %



Taux de croissance moyen de la population wallonne par classe d'âge

Source : 1991-2019 : observations, Statbel; 2020-2071 : perspectives - mise à jour COVID-19, BFP et Statbel; traitement UNIPSO.

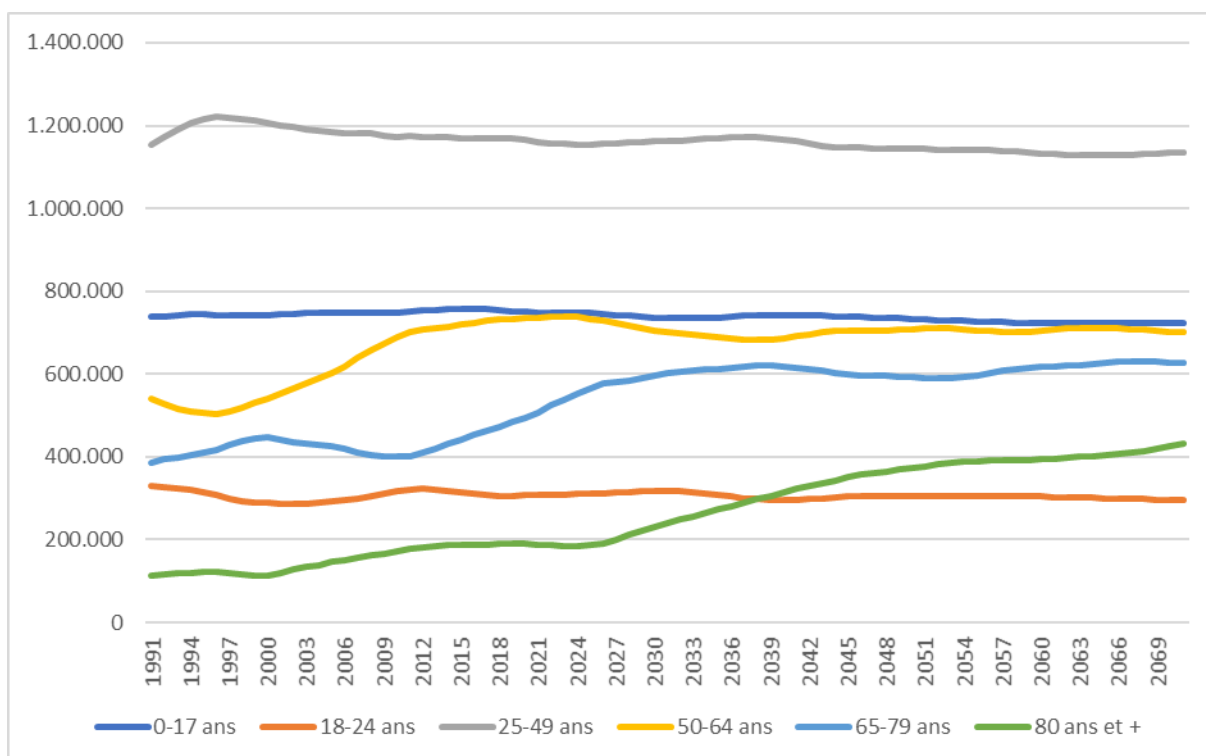
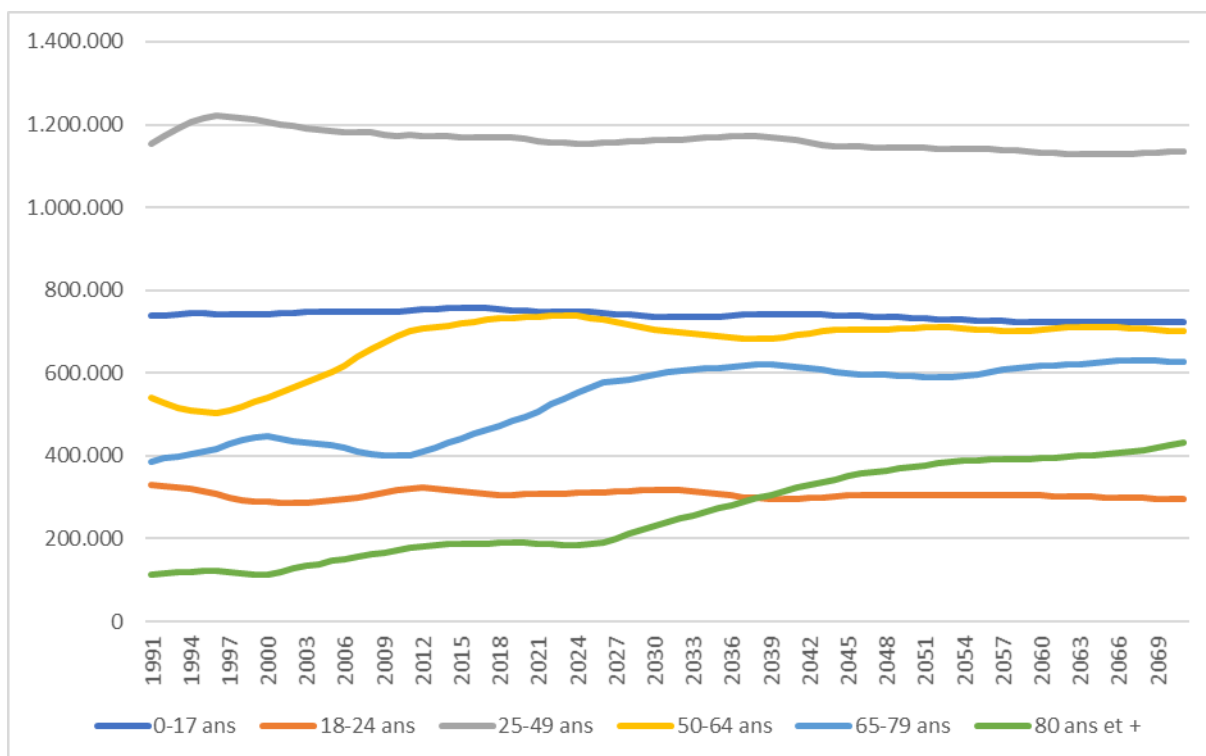


L'évolution du taux de croissance moyen par classe d'âge illustre la **dynamique de vieillissement** de la population wallonne avec :

- ▶ Des taux de croissance essentiellement négatifs pour les moins de 24 ans et la population des 25-49 ans qui décroît entre 1991 et 2071 ;
- ▶ Un taux de croissance de 35 % des individus de 50-64 ans (1991-2018) qui chute de plus de 40 % entre 2020 et 2040 et qui redevient légèrement positif par la suite ;

- ▶ Un accroissement de la population âgée de 65 à 79 ans qui se maintient jusqu'en 2040 pour ensuite se stabiliser ; et,
- ▶ Une **très forte croissance des personnes de 80 ans et plus** avec un taux supérieur à 64 % jusqu'en 2040 et qui tend à ralentir à 34 % au-delà.

Les classes d'âge plus jeunes présentent des taux de croissance relativement stables (0-17 ans et 25-49 ans) ou en augmentation modérée (18-24 ans).



Évolution de la population totale en Wallonie par classe d'âges entre 1991 et 2071

Source : 1991-2019 : observations, Statbel; 2020-2071 : perspectives - mise à jour COVID-19, BFP et Statbel; traitement UNIPSO.

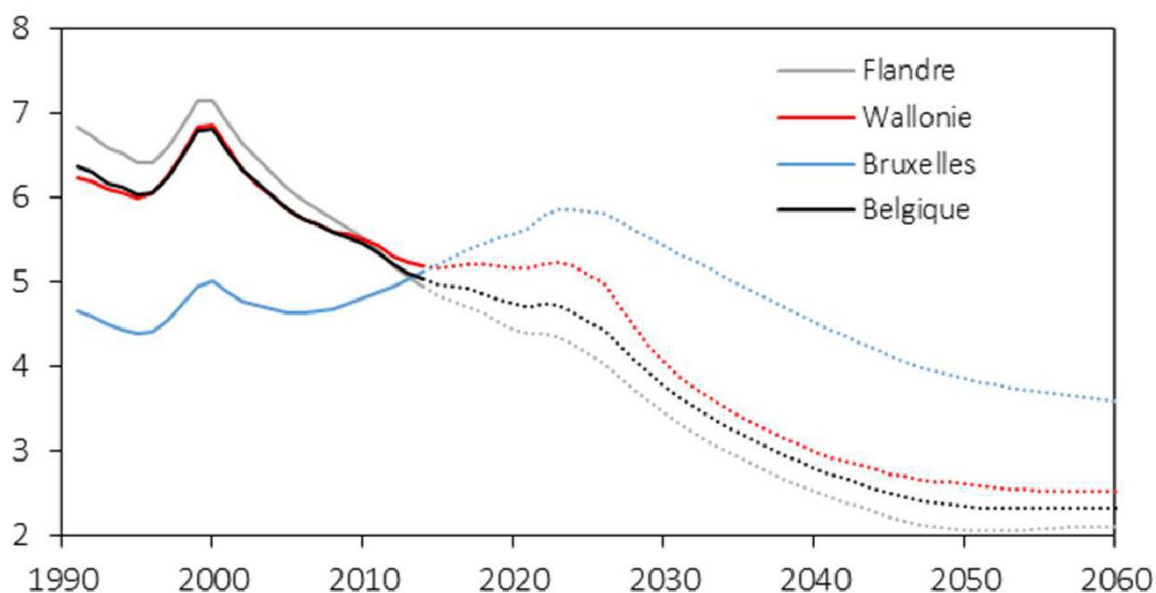
Le graphique ci-dessus illustre les précédentes observations sur le vieillissement de la population totale en Wallonie avec une **forte augmentation de la population âgée de 50-64 ans entre 1996 et 2023** qui se répercute sur les **65-79 ans entre 2011 et 2038**. Parmi les individus âgés de 80 ans et plus, on observe une augmentation quasiment continue depuis

1999, dépassant les 18-24 ans en 2038. Par ailleurs, nous observons la lente décroissance des classes d'âges de 0-17 ans, 18-24 ans et de 25-49 ans.

Il apparaît par conséquent que l'évolution de la population wallonne se caractérise par une **relative stagnation de la population âgée de moins de 50 ans**, et par un **vieillissement de sa population au-delà de 50 ans et en particulier les 65 ans et plus**. L'IWEPS précise que la part des 65 ans et plus dans la population wallonne passerait de 18,9 % en 2020 à 27,1 % en 2071. C'est en particulier la part des 80 ans et plus qui connaît la plus forte augmentation, en passant de 5,3 % en 2020 à 11,1 % en 2071.⁹

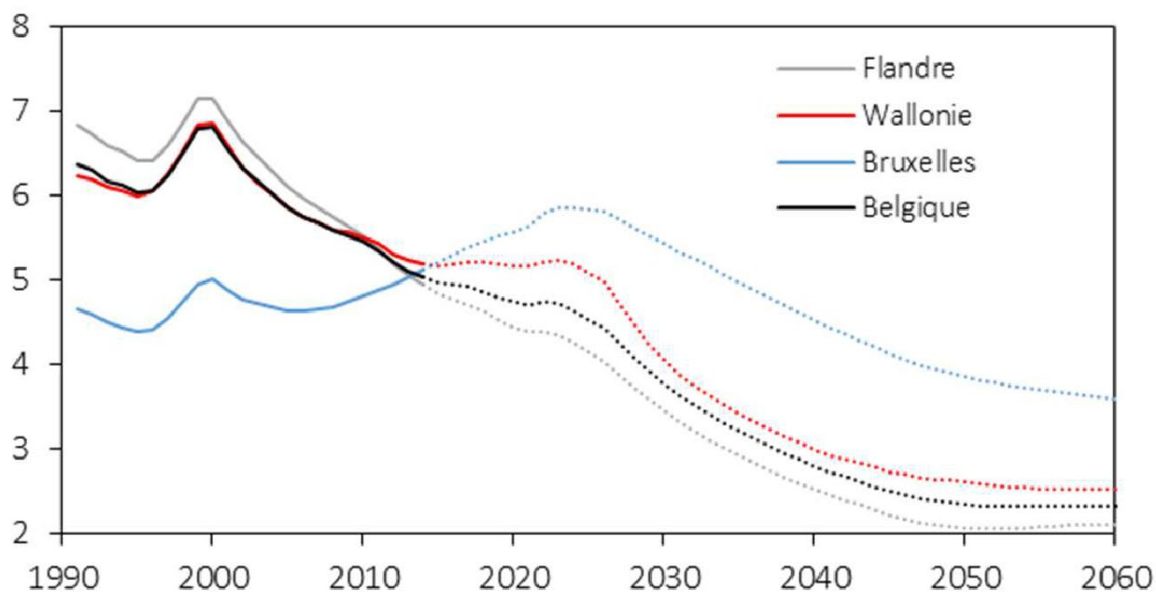
Amorcée dès 1991 pour les 50-64 ans, le vieillissement de la population wallonne s'est intensifié à partir de 2011 et se poursuivra jusqu'au environ de l'année 2040 avec l'accroissement et la forte augmentation des individus âgés de 65 ans et plus. Cette augmentation est principalement alimentée par la part des 75-80 ans et plus, soulignant une **dynamique de "vieillissement dans le vieillissement" de la population wallonne**.¹⁰

ÉVOLUTION DE L'AIDE INFORMELLE POTENTIELLE



⁹ <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/population-des-65-ans-et/> (données au 01/09/2020)

¹⁰ IWEPS, *La silver économie en Wallonie : une analyse prospective*, Rapport de recherche n°35, Juillet 2019 (p.12).



Évolution du ratio entre aidants potentiels (45-64 ans) et personnes âgées (80+)

Source : DGS – Bureau du Plan, issue de "La gestion du vieillissement en Wallonie aux horizons 2025-2045 : enjeux et prospective", Rapport de recherche n°17, IWEPS, Juillet 2016 (p.501).

L'évolution de l'aide informelle potentielle influence sur l'évolution de la demande de services. L'aide informelle correspond à l'aide procurée aux personnes âgées notamment par les enfants dans le cadre familial. Cette aide informelle diminue et s'explique par la diminution structurelle de l'indice conjoncturel de fécondité (nombre d'enfants par femmes) et par des évolutions sociétales et économiques ; en particulier l'évolution de l'accès des femmes au marché de l'emploi ¹¹.

Le ratio d'aidants potentiels en Wallonie montre une nette diminution amorcée depuis 2000, avec un épisode actuel de stagnation (2014-2023), suivi d'une projection de **diminution rapide du nombre d'aidants potentiels en Wallonie dès 2025**.

¹¹ Mais également l'individualisation grandissante, la modification des valeurs familiales ou encore la mobilité des enfants ; Ibid.

ÉVOLUTION DU PROFIL DES PERSONNES AYANT RECOURS À DES AIDES ET/OU DES SOINS

Initialement, le public cible des services à domicile était essentiellement lié au soutien aux familles, puis il est devenu hétérogène et s'est élargi à trois types de bénéficiaires : **familles, personnes âgées et personnes avec un handicap** (physique et mental). Aujourd'hui, les professionnels à domicile sont surtout confrontés à des problématiques multifactorielles concernant des publics touchés par le handicap physique et mental, les maladies dégénératives, la fin de vie, les soins palliatifs, la confrontation à la mort, la maltraitance et les addictions.

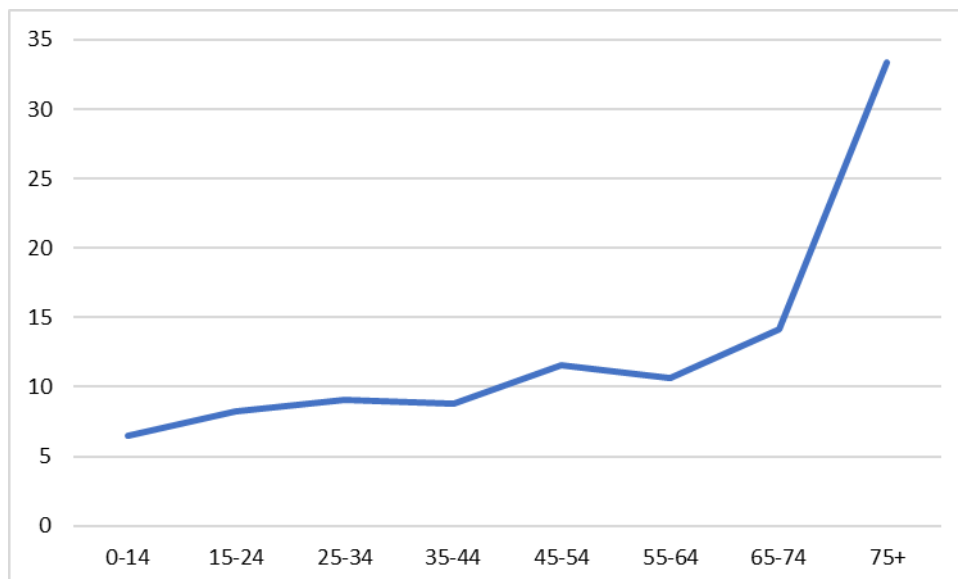
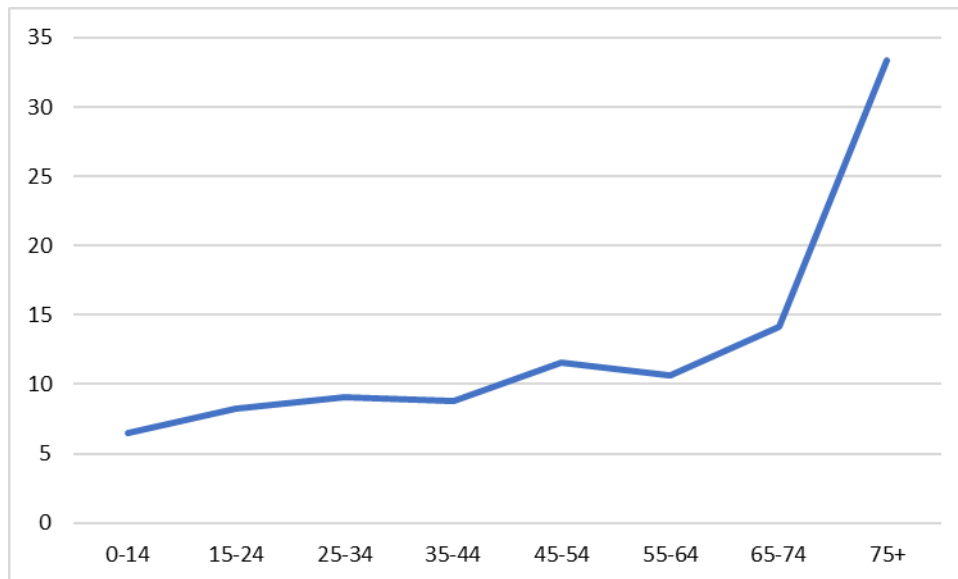
L'objectif premier de cette étude n'est pas de déterminer l'évolution des profils des bénéficiaires des services d'aide et de soins ; les données présentées dans ce rapport étant parcellaires. En effet, les données disponibles concernant la diversité des bénéficiaires sont incomplètes, en particulier concernant le handicap et les familles. Par conséquent, l'objectif n'est pas ici de se focaliser sur les personnes âgées mais de présenter les données disponibles et pertinentes pour caractériser le profil des bénéficiaires des services d'aides et de soins en Wallonie.

En outre, afin de compléter le profil des individus ayant recours à l'aide à domicile (hors soins de santé), il aurait été utile de considérer le profil des individus qui font appel à l'aide à domicile par le système des titres services ; notamment, en raison d'un manque de disponibilité lié au contingent d'heures financées des SAFA. En comparant le profil des populations qui font appel à l'un ou l'autre modèle d'aide à domicile, nous pourrions déduire qu'une part importante de la population wallonne se retrouve exclue, notamment financièrement ; et qu'une autre part de la population a des besoins différents pour lesquelles une offre adaptée doit être proposée.

L'enjeu de cette partie pour notre étude est de démontrer, à partir des données dont nous disposons, que globalement la demande en services est bien grandissante, influençant de fait les besoins des services en matière de recrutement et de fidélisation de personnel.

Le rapport de l'IWEPS sur *La gestion du vieillissement en Wallonie aux horizons 2025-2045 : enjeux et prospective*¹² précise que la littérature montre que, parmi les personnes qui bénéficient de services d'aide et de soins, **l'utilisation de ces services augmentent avec l'âge**. De plus, le graphique ci-dessous, basé sur les données belges de l'enquête de Santé (2018) démontre une **forte augmentation des besoins d'aides et de soins au-delà de 65 ans**.

¹² IWEPS, La gestion du vieillissement en Wallonie aux horizons 2025-2045 : enjeux et prospective, Rapport de recherche n°17, Juillet 2016



Pourcentage de la population ayant eu recours à des services d'aides et de soins à domicile au cours des 12 derniers mois (% , Wallonie, 2018)

Source : Enquête de Santé, Belgique, 2018 ; traitement UNIPSO.

En Wallonie, tous âges confondus, ce **recours de la population à un service de soins (et d'aide) à domicile est en nette augmentation** entre 2013 et 2018 (+4,2 %). La population âgée des 65 ans et plus constitue la catégorie d'âge utilisant le plus un service de soins à domicile ; ce recours restant relativement stable (23,8 % en 2018, contre 25,8 % en 2013). Les **femmes** (27,7 % contre 18,6 % pour les hommes) et les **personnes âgées de 75 ans et plus** (34,6 % contre 14,4 % pour les 65-74 ans) **ont davantage recours à un service d'aides et de soins à domicile** ; le niveau d'instruction n'a cependant pas d'influence sur ce recours, en Wallonie.

La proportion des personnes de 65 ans et plus ayant recours à des services d'aide à domicile est également en augmentation (14,7 % en 2013, 17,4 % en 2018) ; de même que pour le recours à un service de repas chauds à domicile (5,1 % en 2013, 6,7 % en 2018). Les femmes (21,3 % contre 12,1 % pour les hommes) et 28,3 % des personnes de plus de 75 ans (contre 8,2 % pour les 65-74 ans) ont principalement recours aux services à domicile. En outre, le niveau d'éducation de ces personnes indique que les personnes les moins instruites (24,6 %) utilisent beaucoup plus les services d'aides à domicile que les personnes ayant un diplôme de

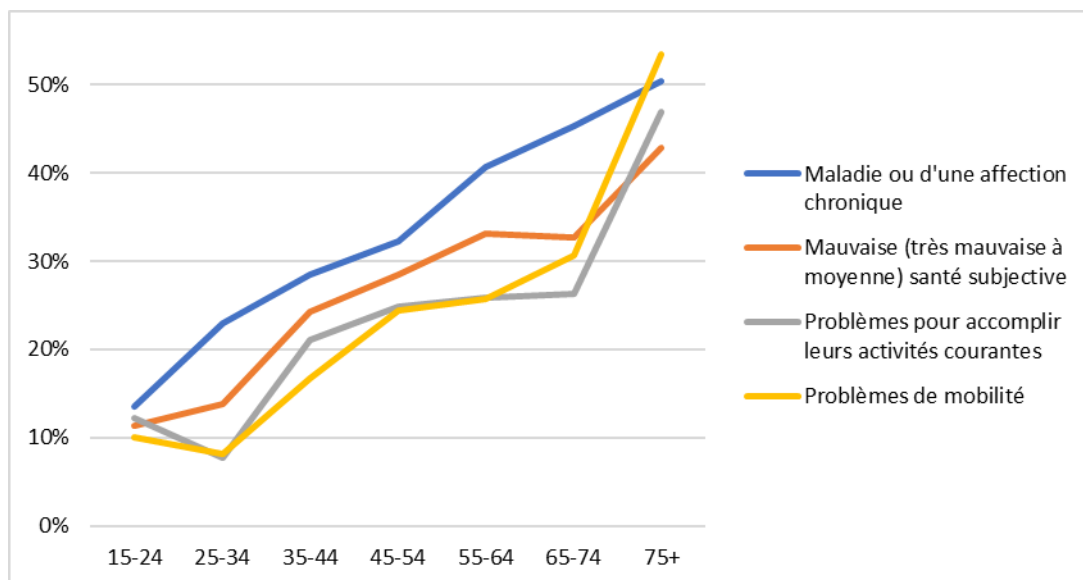
l'enseignement supérieur (12,1 %). Ces mêmes tendances sont également observées quant à l'utilisation de services de repas chaud à domicile. ¹³

GRUPE(S) CIBLE(S) DE L'AIDE ET DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

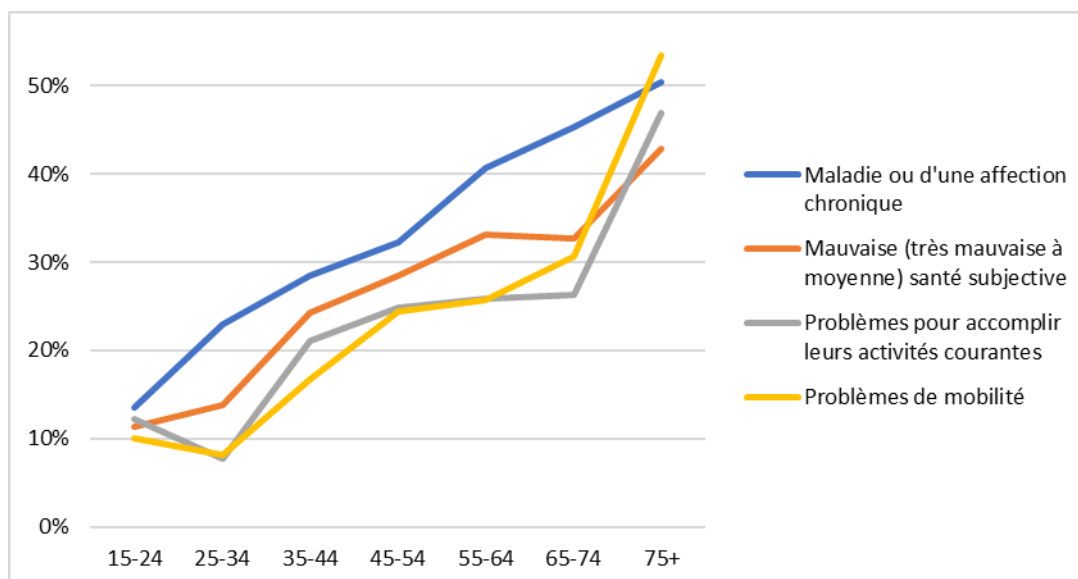
Considérant ces remarques préliminaires, un ensemble de facteurs socio démographique sera ici abordé pour mieux appréhender le profil des principaux bénéficiaires de l'aide et des soins de première ligne et évaluer par conséquent l'évolution de leurs besoins.

ETAT DE SANTÉ

La corrélation positive entre le recours de l'aide et des soins et l'âge de la population s'explique notamment par l'état de santé qui incite à faire usage de ces services. L'état de santé est appréhendé dans le graphique ci-dessous par les limitations fonctionnelles, psychiques ou physiques qui sont plus fréquentes avec l'accroissement de l'âge, avec une nette augmentation au-delà de 65 ans.



¹³ S. Drieskens, F. Berete, F. Renard. Enquête de santé 2018 : Services à domicile et d'aide à domicile. Bruxelles, Belgique, Mars 2020



Pourcentage de la population de 15 ans et plus, qui déclare souffrir d'une maladie ou d'une affection chronique, avec une mauvaise (très mauvaise à moyenne) santé subjective, qui déclare avoir des problèmes pour accomplir leurs activités courantes et qui déclare avoir des problèmes de mobilité (% , Wallonie, 2018)

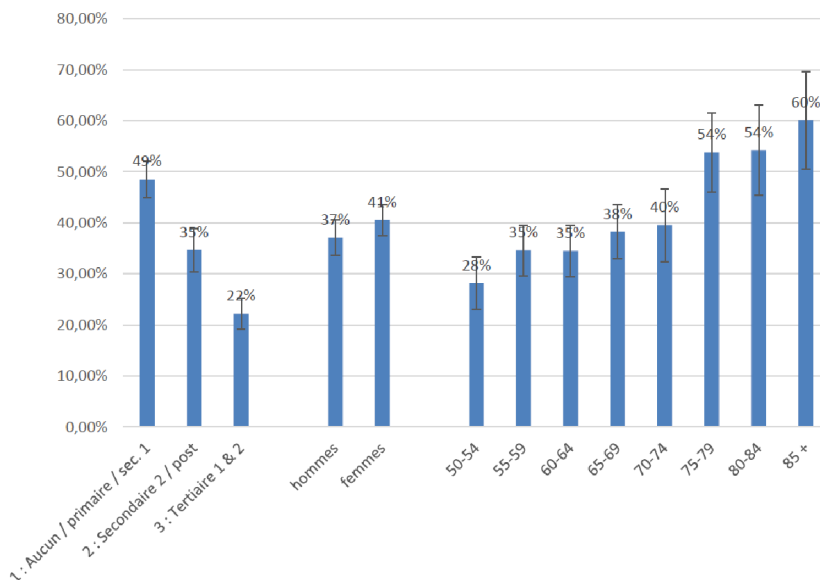
Source : Enquête de Santé, Belgique, 2018 ; traitement UNIPSO.

Par ailleurs, le programme financé par le Protocole 3 ¹⁴ de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) précise les facteurs auxquels il est important de s'intéresser pour repérer les besoins qui resteraient non-couverts pour les personnes âgées fragiles. Il s'agit d'une part des **problèmes liés à la dépendance** (limitations fonctionnelles, incontinence, déficits cognitifs, troubles du comportement) et au **fardeau de l'aidant proche**.

¹⁴ Recommandations en vue de la pérennisation des interventions évaluées dans le cadre du programme financé par le Protocole 3, disponibles sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/personne-agee/alternatives-agees/Pages/default.aspx>

FRAGILITÉ CHEZ LES PERSONNES DE 50 ANS ET PLUS SELON LE NIVEAU D'ÉDUCATION, LE GENRE ET LA CLASSE D'ÂGE

Issue du Rapport de l'IWEPS sur *La silver économie en Wallonie : une analyse prospective*¹⁵, la fragilité est analysée de façon multidimensionnelle selon six variables : l'état de santé déclaré, les problèmes de maladies chroniques, la dépression, les problèmes de mobilité et de mobilité instrumentale¹⁶ et la désorientation temporelle.



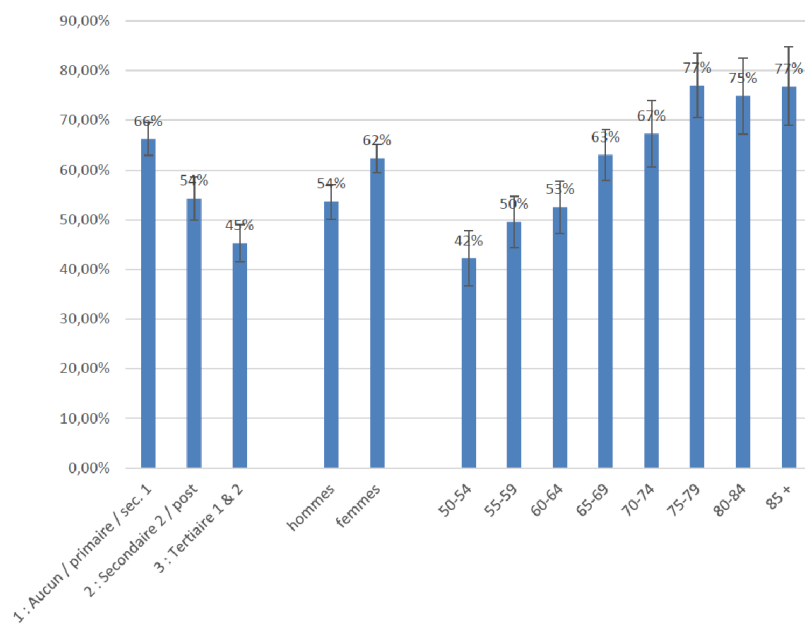
Santé subjective (proportion de médiocre/acceptable sur Excellente/très bonne /bonne / médiocre /acceptable parmi les 50 ans et plus en Wallonie (2015).

Source : SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), calculs Ulg5

La **santé subjective** (état de santé évalué par les individus mêmes) démontre que la perception de l'état de santé par les individus eux-mêmes, ici en l'occurrence les 50 ans et plus en Wallonie, s'améliore avec le niveau éducatif mais décroît avec l'âge. En revanche, la distinction de genre ne montre pas de différence significative.

¹⁵ Ibid.

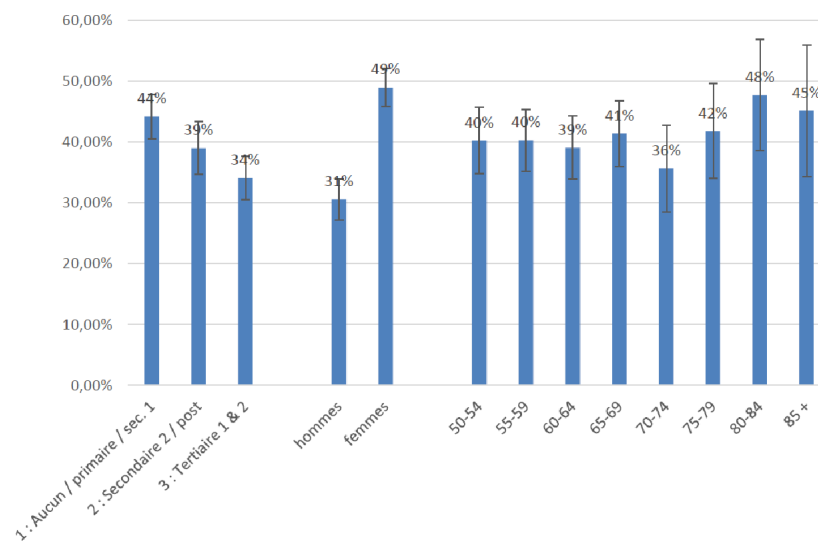
¹⁶ L'aspect "instrumental" fait référence à ces activités quotidiennes essentiellement gouvernées par des fonctions cognitives, telles que faire des achats, utiliser des transports en commun, cuisiner, faire son ménage ou sa lessive, utiliser le téléphone, prendre des médicaments, gérer son budget... <http://papidoc.chic-cm.fr/35autonomieiadl.html>, Ibid.



Proportion d'individus de 50 ans et plus ayant 2 ou plus maladies chroniques (2015)

Source : SHARE, calculs UIg

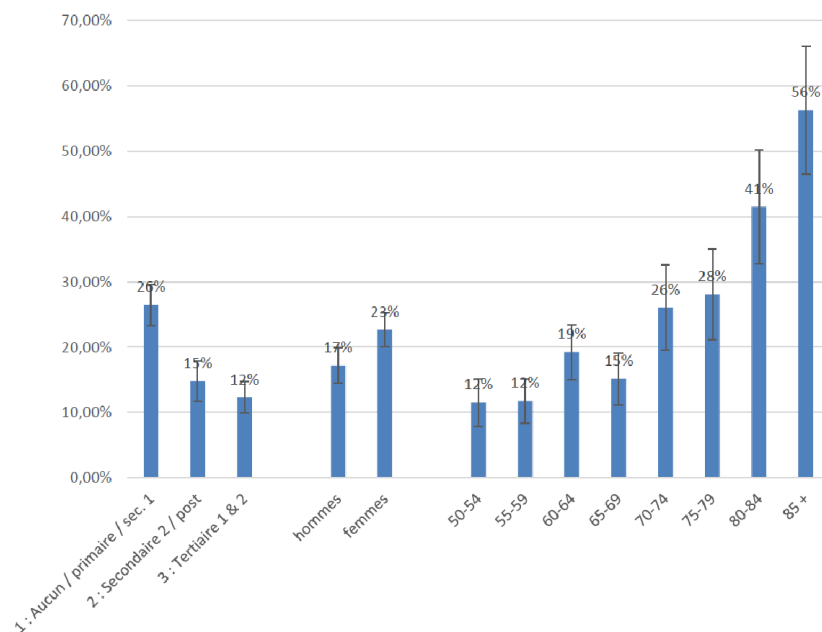
Le critère des **maladies chroniques** chez les personnes de plus de 50 ans confirme les effets précédemment constatés : le risque d'avoir plus de deux maladies chroniques augmente avec l'âge et le niveau de d'éducation. La distinction par le genre démontre que les femmes sont plus exposées.



Proportion de 50 ans et plus ayant renseigné un score supérieur à 4 sur une échelle d'évaluation de la dépression allant jusque 12 (2015)

Source : SHARE, calculs UIg

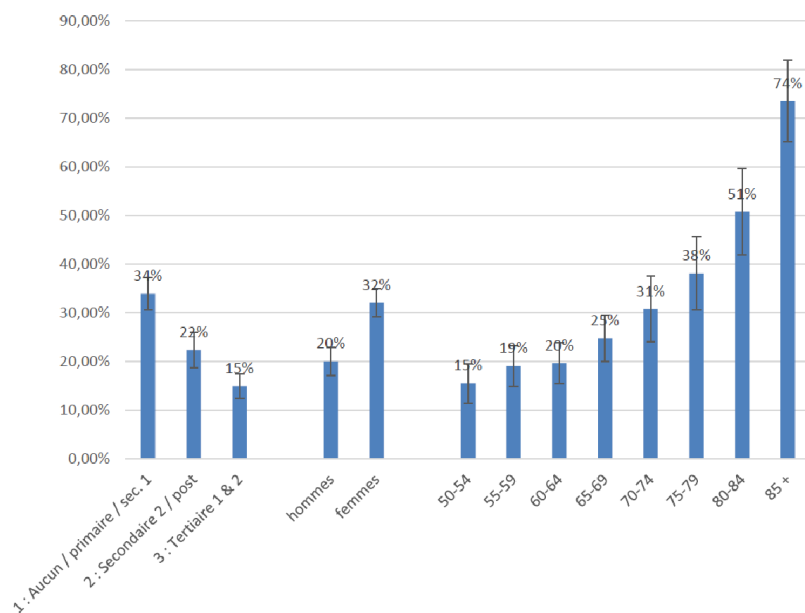
L'évaluation de la fragilité par le critère de la **dépression** indique que le niveau d'éducation influe positivement sur la dépression, de même que le sexe, les femmes étant nettement plus impactées que les hommes. Par contre, l'impact de l'âge ne semble pas être déterminant.



Proportion de 50 ans et plus avec 1 problème de mobilité ou plus (2015)

Source : SHARE, Calculs : Ulg

Le facteur de **mobilité** montre que le niveau d'éducation est un facteur positif pour faire face aux problèmes de mobilité des individus de 50 ans et plus. Ce problème de mobilité reste stable jusqu'à 60 ans puis s'accroît avec les tranches d'âge. Enfin, la différence entre les genres est ici significative, les femmes étant légèrement désavantagées par rapport aux hommes.

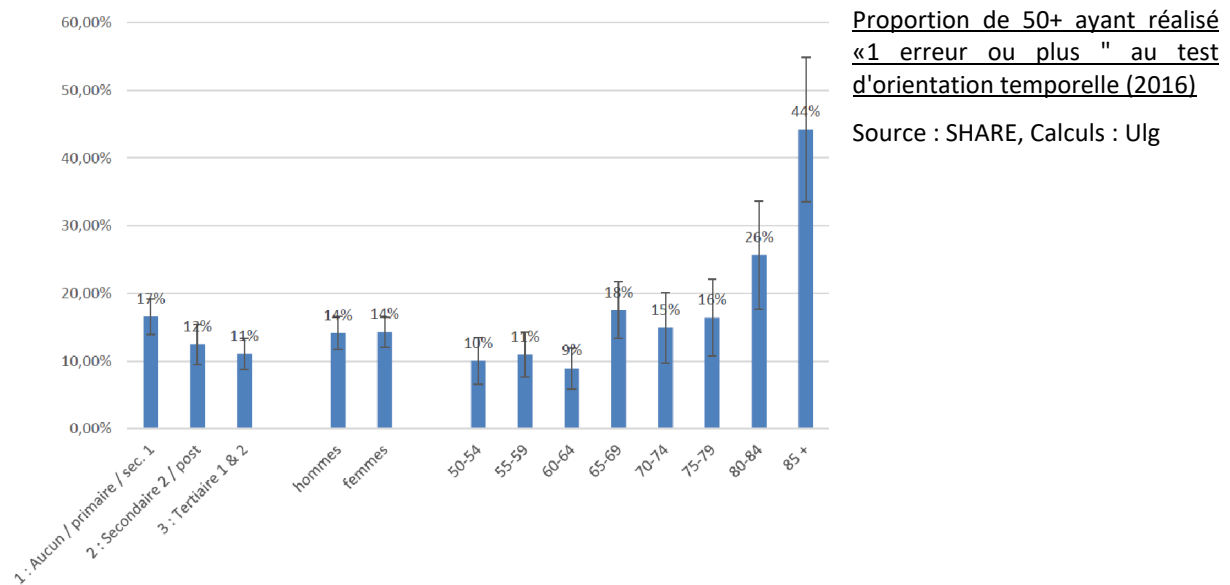


Proportion de "problème de mobilité instrumentale ou plus", parmi les 50 + (2015)

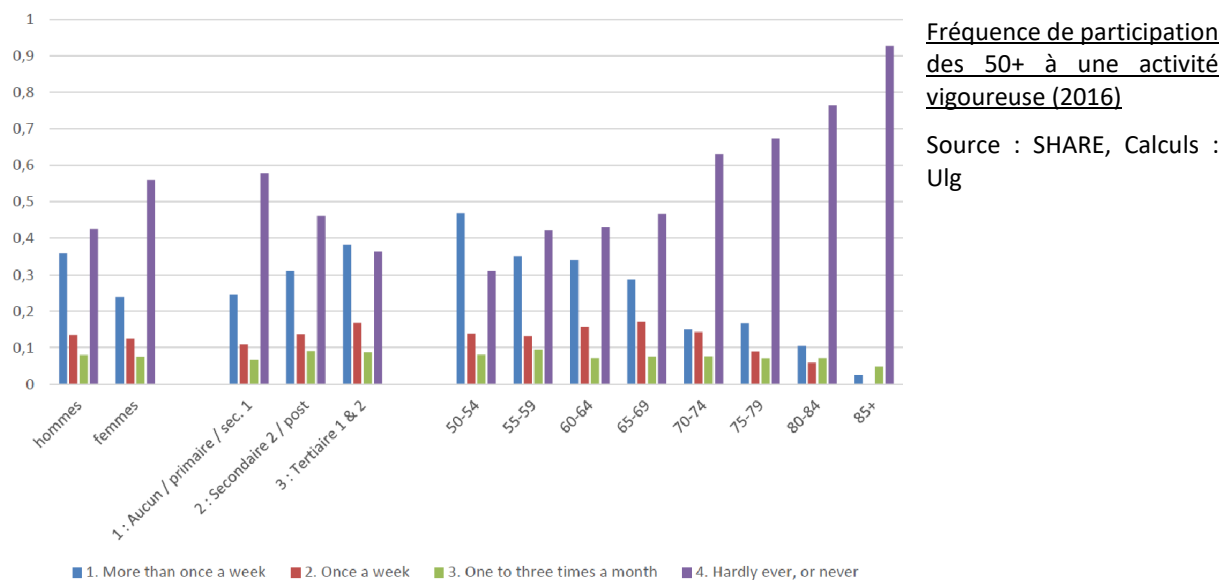
Source : SHARE, Calculs : Ulg

Le critère de **mobilité instrumentale** ¹⁷ confirme les corrélations observées pour les problèmes de mobilité classique, avec des différences plus significatives entre les genres et une progressivité plus nette entre les classes d'âge.

¹⁷ Référence à des activités quotidiennes essentiellement gouvernées par des fonctions cognitives ; telles que faire des achats, utiliser les transports en commun, cuisiner, faire son ménage, etc. Cf. <http://papidoc.chic-cm.fr/35autonomieiadl.html>



L'orientation temporelle offre une mesure de déclin des capacités cognitives. Il apparaît que l'avancement du niveau d'étude a une faible influence sur l'orientation temporelle des individus de 50 ans et plus. L'accroissement de l'âge influence négativement le résultat au test d'orientation temporelle selon quatre paliers : 50-64 ans, 65-79 ans, 80-84 ans et 85 ans et plus. En outre, cet indicateur ne démontre pas de différences significatives entre les hommes et les femmes.



La pratique d'activité physique vigoureuse étant considérée comme un facteur comportemental favorisant le bien vieillir¹⁸, nous observons que la participation des individus de 50 ans et plus à une activité vigoureuse diminue avec l'âge et est plus faible chez les

¹⁸ Nisen et al., 2014, p.13 ; issu de Ibid. p.21.

femmes. De plus, le niveau d'éducation influence positivement sur la pratique d'activité vigoureuse qui est plus élevée chez les personnes ayant un niveau éducatif plus haut.

En outre, il est utile de préciser que le rapport de Sciensano sur les Incapacités de longue durée (Enquête santé 2018) comporte des données intéressantes concernant les facteurs de dépendance et notamment au sujet des conditions socio-économiques.¹⁹

En conclusion, l'analyse de ces indicateurs nous apprend que **l'apparition de facteurs de fragilité est positivement influencée par l'accroissement de l'âge** et, dans une moindre mesure, **la faiblesse du niveau d'éducation. Les femmes sont en général plus impactées** par ces facteurs que les hommes.

RESSOURCES FINANCIÈRES ET LE RISQUE DE PAUVRETÉ

Un autre facteur qui a une corrélation positive avec les besoins d'aides et de soins est l'appartenance socioéconomique des populations âgées²⁰.

L'analyse des ressources financières des personnes âgées de 65 ans et plus en Wallonie²¹ nous offre les enseignements suivants :

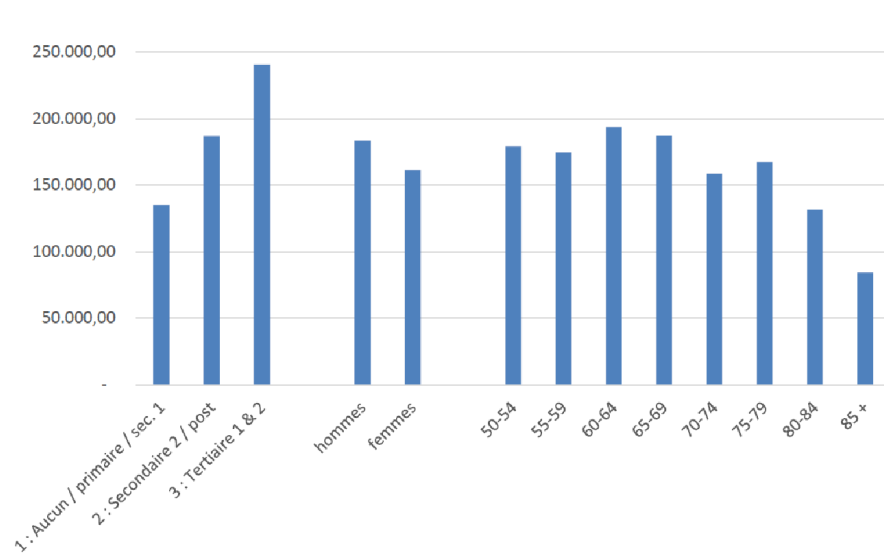
- ▶ Les personnes âgées vivant seules ont en général des revenus plus faibles que le reste de la population.
- ▶ Parmi les personnes vivant seules, les personnes âgées aisées ont un niveau de vie supérieur aux autres personnes aisées et les personnes âgées les plus pauvres ont un niveau de vie inférieur aux autres personnes les plus pauvres.
- ▶ Le revenu des ménages de deux adultes dans lequel un des deux a 65 ans et plus est équivalent au reste de la population.

Par conséquent, la solitude des personnes est un facteur de diminution des ressources financières pour l'ensemble une grande part de la population et en particulier pour les personnes âgées de plus de 65 ans les plus pauvres. Au contraire, les personnes âgées seules les plus aisées étant gardent un niveau de vie supérieur en revanche moins impactées que les autres.

¹⁹ Sciensano, Demarest S., Gisle L., Charafeddine R., Van der Heyden J., Incapacité de longue durée, Enquête santé 2018 ; https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/IL_FR_2018.pdf.

²⁰ "un mauvais état de santé, généralement corrélé à une appartenance socioéconomique précaire, favorise le recours à des soins et, dans tous les cas, une augmentation des besoins requis pour l'accomplissement des activités quotidiennes ou des activités instrumentales. », IWEPS, *La gestion du vieillissement en Wallonie aux horizons 2025-2045 : enjeux et prospective*, Rapport de recherche n°17, Juillet 2016 (p.125).

²¹ IWEPS, *La silver économie en Wallonie : une analyse prospective*, Rapport de recherche n°35, Juillet 2019 (p.23).



Valeur moyenne du patrimoine, si la personne est propriétaire (€)(2016)

Source : SHARE, Calculs : Ulg²²

Le patrimoine moyen des personnes de plus de 50 ans propriétaires en Wallonie augmente avec le niveau d'étude des individus et selon le genre à l'avantage des hommes. La valeur de patrimoine diminue avec l'âge au-delà de 70 ans.

Par ailleurs, le risque de pauvreté²³ des personnes de 65 ans et plus en Belgique est passé de 23,2 % à 15,2 % entre 2005 et 2014, pour remonter à 16,7 % en 2017 ; contre un risque de pauvreté de 16,3 % pour la population âgée de moins de 65 ans. Cette diminution est également observée chez les personnes âgées isolées et en couple, les femmes âgées et les pensionnés entre 2005 et 2012. L'écart du risque de pauvreté entre les femmes âgées isolées (20,8 %) et les hommes âgés isolés (19,3 %) tend à se réduire significativement.²⁴

Le revenu net disponible ne prend pas en compte le patrimoine, y compris immobilier. Si l'on prend en compte l'avantage d'être propriétaire, le risque de pauvreté des personnes âgées est nettement plus bas (9 %) que celui du reste de la population (16,5 %) en 2016.

Selon les perspectives du Comité d'étude sur le vieillissement, le risque de pauvreté des pensionnés décroît jusqu'en 2070.²⁵

Notons également que les personnes âgées se distinguent du reste de la population **par l'origine de leurs ressources financières et par leur risque plus élevé de tomber dans la pauvreté**. Le montant de la pension moyenne est d'environ 1.200€ en Belgique mais celui-ci varie fortement en fonction de la durée et du type de carrières. Par ailleurs, le prix moyen d'une chambre individuelle en MR/MRS est de 40€ par jour, soit un budget de 1.200€ par mois, hors suppléments. Pour les personnes âgées souffrant d'une maladie chronique et soignées à domicile le coût peut devenir encore plus important en fonction de leur niveau

²² Ibid. (p.24)

²³ Une personne présente un risque de pauvreté si son revenu net disponible équivalent, ou revenu du ménage ramené à l'échelle individuelle, est inférieur à 60 % de la médiane qui définit le seuil de pauvreté.

²⁴ La réduction de cet écart s'explique notamment par l'augmentation du taux d'activité des femmes menant à des carrières plus longues et par conséquent des pensions plus élevées.

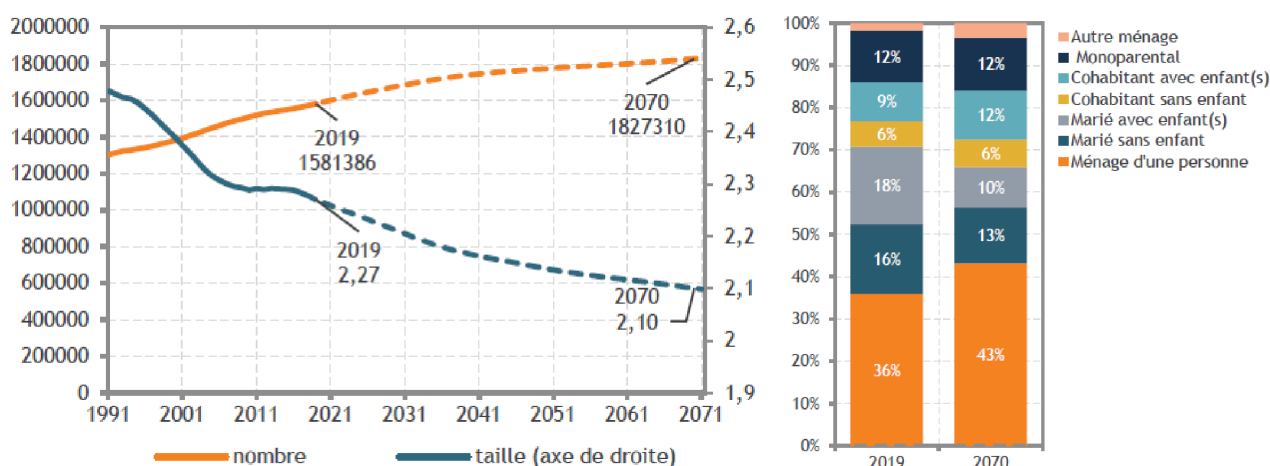
²⁵

de dépendance. La seule pension ne suffit donc pas pour assumer les dépenses. Des mécanismes complémentaires ont été mis en place afin de soulager les plus fragiles : MAF , MAF Malades chroniques, BIM , GRAPA , APA . Toutefois, ceux-ci s'avèrent insuffisants puisque les aînés se caractérisent par un taux de pauvreté plus élevé que la moyenne. 22,6 % (23,8 % pour les femmes et 20,9 % pour les hommes) des personnes de 65 ans et plus connaissent un risque de pauvreté en Wallonie (contre 18,1 % en Flandres). Ce constat montre que les revenus combinés de la pension et des diverses aides complémentaires ne protègent pas d'un risque de pauvreté.

Sur le plan des coûts de santé, 36,6 % des hommes et 38 % des femmes de 65 ans et plus estiment leurs dépenses en matière de soins trop élevées. 8,2 % des hommes et 9,6 % des femmes de cette tranche d'âge déclarent même avoir dû postposer des soins médicaux pour des raisons financières. Cette contrainte financière est à comparer avec l'état de santé moyen qui se dégrade avec l'âge. En effet, 38,7 % des individus disent souffrir d'une santé "moyenne" à "très mauvaise" (cette proportion est un peu plus élevée en Wallonie que dans le reste du pays)²⁶. Selon l'enquête de santé par interview (HIS), le report de soins pour des raisons financières est important : 14 % de la population belge déclare reporter les soins pour des raisons financières. Au sein du noyau familial, une organisation informelle se met en place pour rendre certains services aux proches, et remplacer certains services payants. Surtout au niveau des métiers de l'aide à domicile (aide familiale, aide à domicile, garde-malade...). Ces solutions alternatives permettent de ne plus recourir, ou dans une moindre mesure, à certains services afin de comprimer les coûts dans le chef de l'utilisateur.

Ceci conduit au renforcement des inégalités en termes de revenus et probablement en termes d'accès aux services d'aide et de soins à domicile ; ainsi que potentiellement des impacts sur la santé des aidants.

Composition et répartition des types de ménages



Nombre et taille moyenne des ménages, Wallonie

Source : 1991-2019, observations : RN-Statbel et calculs BFP.

Répartition des types de ménage, Wallonie

Source : 1991-2019, observations : RN-Statbel et calculs BFP.

²⁶ DGO5-IWEPS, tableau de bord de la santé en Région wallonne, Observatoire wallon de la santé, 2009.

Le nombre de ménages en Wallonie devrait passer d'environ 1,6 millions (2019) à 1,8 millions (2070). À l'inverse, il est prévu que la taille des ménages diminue de 2,3 individus en 2019 à 2,1 en 2070. Cette diminution s'explique par le vieillissement de la population qui modifie la structure d'âge des ménages et entraîne une hausse des ménages d'une personne de 36 % en 2019 à 43 % en 2070.

Au niveau du lieu de résidence, il est important de noter que 8,3 % des aînés de plus de 65 ans vivent en institutions en Wallonie (4,9 % en MR et 3,4 % en MRS) pour moins de 6 % en Flandre (2,5 % en MR et 3,3 % en MRS)²⁹. Proportionnellement, il existe deux fois plus de personnes en MR en Wallonie qu'en Flandre. Selon un rapport de l'UCL³⁰, 8,3 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent en institution en Wallonie (5,8 % en Flandres). Ainsi, une majorité des personnes de plus de 65 ans vivent toujours chez elles en autonomie, en faisant parfois appel à des services d'aide et de soins à domicile et/ou à des aidants proches et/ou à des services de répit. Entre 90 et 94 ans, cependant, elles ne sont plus que 55 % à vivre à domicile (avec ou sans aide). A 95 ans ou plus, le nombre chute même à 19 %.

Une étude de la Fondation Roi Baudouin³¹ montre effectivement qu'il y a beaucoup plus de personnes plus âgées dans les maisons de repos comparativement aux personnes vivant à domicile (40 % vs. 9 %). Cette étude nous apprend aussi qu'on y retrouve plus de femmes (72 % vs. 57 %), plus de personnes veuves (66 % vs. 39 %), de célibataires (14 % vs. 7 %) et moins de couples (13 % vs. 47 %). Au niveau des revenus et de la nationalité des personnes, il n'y a, par contre, pas de différences importantes.

²⁷ Ibid. (p.25).

²⁸ Ibid.

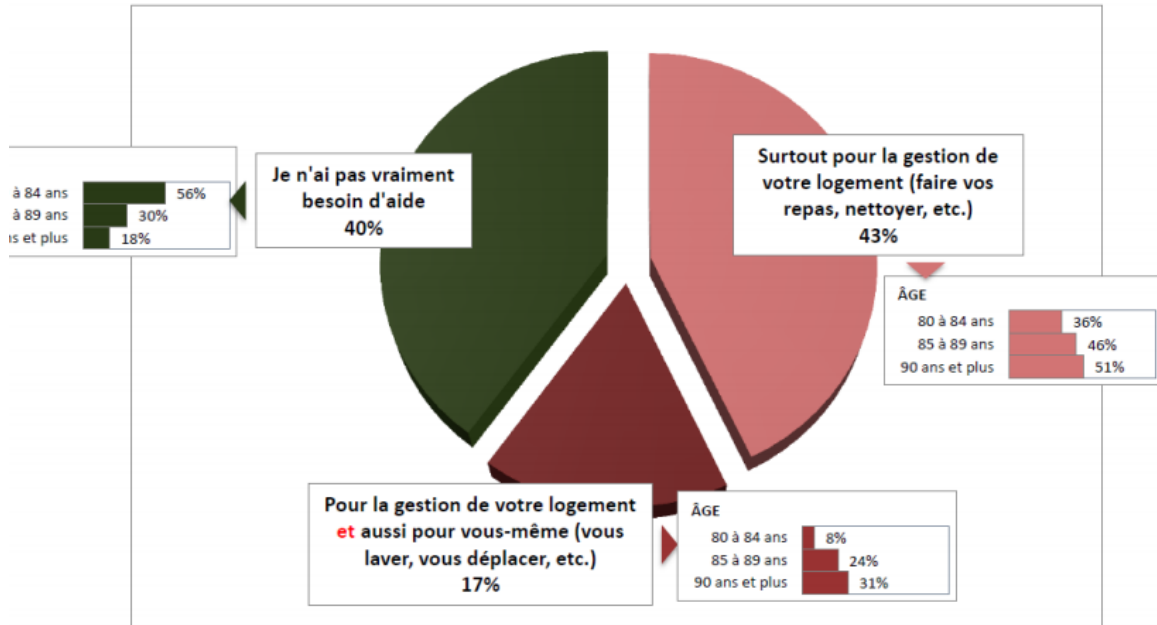
²⁹ "Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025 », KCE Reports- Health Services Research, 2011.

³⁰ NYSENS, M., DEGRAVE, F., "care regimes on the move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy", 2012

³¹ VANDENBROUCKE, S., VERMEULEN, B., MAGGI, P., DELYE, S., GOSSET, Ch., LEBRUN, J-M., DECLERCQ, A., "Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique », FRB, mars 2012

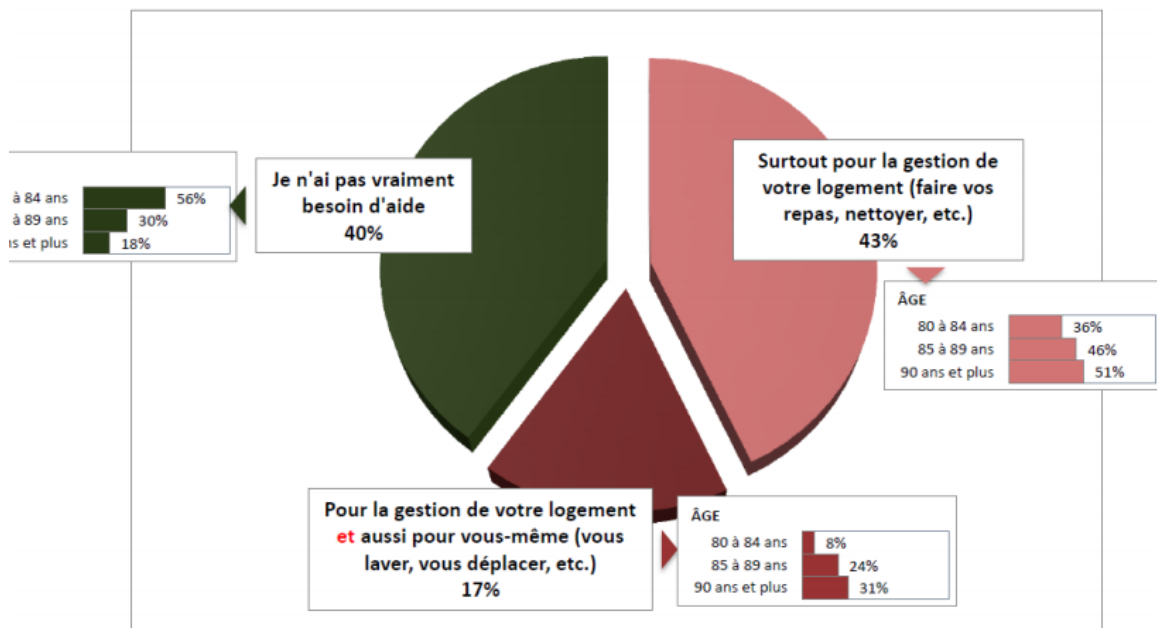
Recours à l'aide extérieure chez les 80 ans et plus à domicile

Base : 100% = Les personnes de 80 ans et plus – Wallonie & Bruxelles –.



Recours à l'aide extérieure chez les 80 ans et plus à domicile

Base : 100% = Les personnes de 80 ans et plus – Wallonie & Bruxelles –.



Programme d'enquêtes sociales et politiques mené par Solidaris, en coopération avec le Soir et RTL. L'étude est disponible sur www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/05/80ansetplus.pdf

ANALYSE DU FACTEUR POLITIQUE

UNE POLITIQUE EN FAVEUR DU MAINTIEN À DOMICILE

Malgré l'augmentation de l'espérance de vie "en bonne santé", le vieillissement entraîne, dans certains cas, une perte d'indépendance et d'autonomie qui conduit à une demande individuelle et variable au cours du temps d'aide, de soutien et de soins appropriés. De nombreuses études relèvent que rester au domicile le plus longtemps possible est un objectif commun souvent formulé explicitement par la plupart des personnes.

Depuis quelques années, ce souhait exprimé par la population s'accompagne par le développement de priorités politiques en faveur du maintien à domicile et de la coordination des services qui gravitent et cela, dans un objectif de continuum d'aide et de soins centré sur le bénéficiaire.

Accroissement des soins à domicile et raccourcissement des séjours à l'hôpital

Dans un contexte où le vieillissement de la population et le maintien à domicile deviennent des enjeux de plus en plus cruciaux, où les moyens budgétaires sont limités, où la durée de séjour devient un facteur-clé du financement des hôpitaux, où des programmes et projets de soins se développent dans une dimension transmurale, on assiste à un accroissement des soins à domicile.

Comme dans de nombreux pays européens, la politique belge en matière de soins de longue durée vise également à élargir l'offre de services de soins à domicile afin de postposer aussi longtemps que possible l'institutionnalisation des personnes âgées. Le budget de l'INAMI pour les soins à domicile est "ouvert" de manière à pouvoir évoluer en fonction des besoins. Les dépenses publiques en matière de soins à domicile ont donc considérablement augmenté.

La réforme fédérale du paysage des soins de santé et du système de financement des hôpitaux de 2018 a contribué à soutenir cette approche centrée sur le domicile et à des initiatives et projets transmurales (ex : hospitalisation à domicile).

DÉCLARATION DE POLITIQUE RÉGIONALE WALLONNE 2019-2024

On retrouve les intentions politiques pour ces secteurs dans la DPR :

- ▶ Le Gouvernement wallon marque sa priorité au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. A cette fin, il amplifiera les SAFA et augmentera la visibilité des centres de coordination de soins et de l'aide à domicile. Les métiers de l'aide à domicile (aide familial, aide-ménager social, garde à domicile) seront soutenus face à la pénurie et aux besoins croissants. Dans ce cadre, le statut d'employé pour les aides familiales et les gardes malades à domicile sera concrétisé.
- ▶ Le passage du statut d'ouvrier à celui d'employé pour les aides familiales et les gardes à domicile a été concrétisé le 1^{er} avril 2020, ce qui permet une revalorisation des conditions de travail et des salaires de ces travailleurs.
- ▶ Renforcement de l'offre de première ligne d'aide et de soins (pratiques multidisciplinaires, maisons médicales (associations de santé intégrée), médecins généralistes...) avec un focus sur les zones en pénurie.

- ▶ Définition d'une organisation territoriale de l'offre d'aide et de soins avec les acteurs, à partir des zones de soins de première ligne. Il sera tenu compte des dynamiques existantes (services intégrés de soins à domicile, cohérence entre première ligne et soins spécialisés, dont les réseaux hospitaliers et soins de santé mentale...).
- ▶ Redéfinition du rôle et partage des tâches entre les acteurs de la première ligne.
- ▶ Les politiques de prévention et de promotion de la santé seront intégrées dans la réorganisation des zones de soins de première ligne et dans la redéfinition des rôles et tâches des acteurs. Il y aura une amélioration du taux de couverture des programmes de médecine préventive.
- ▶ Plus globalement, il soutiendra les métiers de la santé de première ligne et du social. Le malaise et le mal-être actuel des soignants seront pris en compte dans l'élaboration des politiques. Les conditions de travail feront l'objet d'une attention forte.

PROTOCOLE D'ACCORD N°3 CONCERNANT LA POLITIQUE DE LA SANTÉ À MENER À L'ÉGARD DES PERSONNES ÂGÉES³²

Le secteur des soins de longue durée pour les personnes âgées en perte de capacités physiques et mentales a également été restructuré selon des principes similaires à ceux de la réforme des soins de santé mentale. Ici aussi, l'objectif était de favoriser les soins dispensés dans la communauté au détriment des hospitalisations de longue durée. Il y a eu d'une part, des protocoles d'accord entre les autorités fédérales et fédérées visant à remplacer progressivement les lits de soins à basse intensité (low care) par des lits de soins high-care dans les établissements de soins, ce qui peut être vu comme une forme d'"intensification" des soins.

Le plus récent de ces accords le "Protocole 3" poursuit le développement de services permettant aux patients plus âgés de rester le plus longtemps possible dans la communauté (interventions à domicile, centres de jour, etc.), répondant au principe de "désinstitutionalisation" poursuivi dans le secteur des soins de santé mentale.

ANALYSE DU FACTEUR LÉGAL

DES COMPÉTENCES PARTAGÉES À DIVERS NIVEAUX DE POUVOIRS

Les secteurs de l'aide et des soins à domicile sont partagés entre les entités fédérées pour la partie "aide" et le niveau fédéral pour la partie "soins".

La 6^e réforme de l'État a conduit au transfert de la partie santé et aide aux personnes vers les Régions et plus spécifiquement cela concerne notamment le secteur des maisons de repos et de soins et autres centres de soins de jour, les infrastructures hospitalières et les normes d'agrément des hôpitaux, l'allocation d'aide aux personnes âgées, la santé mentale et la prévention et la première ligne d'aide et de soins dont l'aide à l'installation des médecins généralistes.

³² [Protocole n° 3 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées](#)

Cependant, les soins de santé liés au financement des hôpitaux, à la politique des soins de santé (professions de santé, soins intégrés, etc.) la coordination de l'aide médicale urgente relevant reste du ressort du Fédéral.

La tendance vers une défédéralisation de la première ligne de soins accentue également les défis futurs. L'organisation de cette première ligne de soins doit en effet nécessairement se penser en complémentarité avec la seconde ligne de soins et avec les services d'urgence, restés fédéraux.

L'enjeu est dès lors dans l'organisation de la collaboration interprofessionnelle entre l'ensemble ces services d'aide et de soins autour du bénéficiaire.

ANALYSE DU FACTEUR ÉCONOMIQUE

UN MODÈLE DE FINANCEMENT CONTRAIGNANT

Le modèle de financement du secteur a également un impact sur l'attractivité vers ces métiers. Ces modèles sont différents en fonction du type de prestations liées à l'aide ou de soins.

FINANCEMENT DU SECTEUR DE L'AIDE À DOMICILE

Le financement de l'aide à domicile effectuée par les SAFA se base principalement sur un cadre légal wallon tenant compte :

- ▶ Du contingent d'heures pour l'aide à la vie quotidienne et autres types d'activités (courses, préparation des repas, encadrement, etc.). Ce contingent est appliqué uniquement aux aides familiales.
- ▶ De la part contributive du bénéficiaire en rapport avec les ressources et les charges de famille (barème du bénéficiaire). Ce barème n'a pas été revu depuis très longtemps et devrait donc être actualisé pour correspondre à la réalité des bénéficiaires.
- ▶ Des plafonds d'intensité d'aide au bénéficiaire par trimestre.

Certains métiers de l'aide à domicile (principalement le métier de garde à domicile et d'aide-ménager social) peuvent être financés hors contingent soit sur fonds propres ou financés dans le cadre de toute autre disposition en matière d'aide à l'emploi et plus précisément,

- ▶ Impulsion 12 mois +,
- ▶ Tremplin 24 mois +,
- ▶ Impulsion 55 ans +,
- ▶ De la mesure d'économie d'insertion sociale (SINE),
- ▶ De la promotion de l'emploi dans le secteur non marchand (Maribel),
- ▶ De l'aide à la promotion de l'emploi (APE),
- ▶ Des articles 60 et 61 de la loi organique des CPAS.

Ces travailleurs n'ouvrent pas le droit aux subventions forfaitaires dans le cadre de l'utilisation du contingent.

FINANCEMENT DU SECTEUR DES SOINS À DOMICILE

A l'instar des autres prestations médicales, les soins infirmiers à domicile sont financés via le mécanisme fédéral de l'assurance obligatoire maladie-invalidité, gérée par l'INAMI. Ils sont donc partiellement voire totalement remboursés, généralement selon le mécanisme du tiers-payant. Ce dernier diffère du mode de remboursement appliqué lors d'une visite classique chez le médecin. Ici, l'organisme assureur (mutualité, caisse auxiliaire des soins de santé...) rembourse directement le prestataire des soins, ce qui permet au patient de ne devoir payer que sa contribution finale. L'importance de cette dernière, appelée dans ce cas "ticket modérateur", varie selon le statut social du patient de 0% à 25% du coût total de l'intervention.

Le système de facturation de base est un paiement "à la prestation". Les différentes interventions possibles sont reprises dans la classification de l'INAMI qui définit le tarif de ces prestations en fonction de leur coût supposé. Pour les cas plus "lourds" nécessitant la combinaison de nombreuses interventions de manière répétée, un système forfaitaire a néanmoins été mis sur pied. Ils ont ainsi défini quatre groupes de patients allant de peu dépendants à lourdement dépendants. Un tarif journalier maximum est fixé pour chaque catégorie de bénéficiaires, peu importe le nombre d'interventions qui seront exécutées durant la journée.

DES SERVICES SIMILAIRES RECRUTANT AU MÊME MOMENT/SUR LE MÊME TERRITOIRE (CONCURRENCE)

Dans un contexte d'augmentation des besoins et des demandes et du cadre budgétaire limité, le secteur connaît une forme de concurrence sur le terrain. Cette concurrence apparaît principalement dans le secteur de l'aide à domicile et est parfois liée à des stratégies empruntées au secteur commercial.

Elle peut concerner les services (SAFA) entre eux mais la concurrence existe principalement avec les aide-ménagères et les entreprises de titres-services, le marché au noir ou le développement de plateformes.

On constate que cette multiplication des prestataires de services et l'accroissement de la concurrence peut, dans une certaine mesure, amener un risque, voire un danger de confusion des publics aidés en relation avec les compétences. Cette concurrence peut également avoir un effet sur l'emploi dans le secteur.

Pour des services de qualité et adaptés au bénéficiaire, le champ d'action des prestataires de services doit être bien défini pour éviter le chevauchement des compétences et le basculement des tâches et permettre le recrutement de personnel adéquat.

ENTREPRISES TITRES-SERVICE ET AIDE-MÉNAGÈRE TITRES-SERVICES

Avant la réforme de 2015, de nombreux SAFA avaient développé une activité d'aide-ménagère titres-services (AMTS) en parallèle de leurs activités principales. Ces AMTS ont disparu de la classification professionnelle au sein des SAFA et ont été converties en aide-ménagère sociale (AMS). Il n'y a donc plus d'AMTS dans les SAFA du secteur privé non marchand. Une démarche similaire a eu lieu pour le secteur public (CPAS disposant de SAFA).

A côté des SAFA, il existe toutefois les entreprises titres-services qui mettent à disposition des aide-ménagères pour diverses prestations chez des particuliers qui utilisent les titres-services

comme moyen de paiement. Ces prestations comprennent notamment : le nettoyage du domicile, la lessive et le repassage, la préparation des repas, les courses ménagères, le repassage en dehors du domicile de l'utilisateur, et le transport accompagné de personnes à mobilité réduite.

Vu la similarité des prestations, il existe donc également une possible concurrence entre les métiers d'aide-ménagères T-S (employées par des entreprises T-S) et aide-ménagères sociales (employées au sein de SAFA) qui peut influencer sur le recrutement et l'attractivité de ces emplois.

Depuis la régionalisation de la compétence relative aux titres-services en 2016, pour pouvoir employer du personnel et le mettre à la disposition d'utilisateurs particuliers, les entreprises qui souhaitent devenir entreprises titres-services doivent préalablement demander un agrément octroyé par le Ministre régional de l'Emploi. Plusieurs conditions doivent être remplies, notamment³³ :

- ▶ Avoir créé son entreprise³⁴ et être en possession d'un numéro d'entreprise ;
- ▶ S'inscrire et suivre la formation obligatoire dispensée par le Forem ;
- ▶ Verser un cautionnement de 25.000 EUR sur un compte du Service Public de Wallonie ;
- ▶ Introduire un formulaire de demande d'agrément complet auprès du Service Public de Wallonie.

En Wallonie, il y a à ce jour 3.128 entreprises agréées titres services³⁵.

Face à cette évolution vers une marchandisation de l'aide aux personnes faiblement dépendantes, le métier d'aide ménager social a voulu se distancer de l'activité titres-services et s'est structuré dans un contexte d'aide aux familles et aux personnes âgées comme un métier à part entière : rédaction d'un statut en Région wallonne, financement complémentaire spécifique, possibilité de transition professionnelle du métier d'aide ménager social vers celui d'aide familial, prise en compte du métier et de ses spécificités dans les réflexions liés au secteur (normes d'encadrement, financement, barèmes contributeurs, articulation entre les métiers, etc.) et création d'un référentiel métier spécifique pour l'AMS.

La concurrence pousse le secteur non lucratif à mettre en avant des atouts, en renforçant les exigences de qualité des services, ce qui peut entraîner également une valorisation des métiers et un recours accru à la formation. Les demandes de formation pour des compétences liées à la dépendance et ses conséquences apparaissent de plus en plus souvent au sein du Fonds de formation Titre-service. Cela témoigne de la demande sur le terrain des bénéficiaires en perte d'autonomie et du manque de clarté pour le citoyen des limites des demandes autorisées.

Des évolutions dans d'autres secteurs ont également un impact sur celui de l'aide à domicile. A titre d'exemple, le secteur pourrait s'interroger sur l'impact du changement de rôle social du facteur auprès des bénéficiaires, différent de l'aide de type ménagère ou aide sociale. La

³³ [Arrêté royal 12 décembre 2001 concernant les titres-services \(version consolidée suite au transfert de compétences\)](#). [Obtenir un agrément en tant qu'entreprise titres-services \(wallonie.be\)](#)

³⁴ Une société commerciale ou une association civile à caractère commercial, une ASBL, une commune, une ALE, un CPAS, une entreprise d'insertion, une société de travail intérimaire, une personne physique

³⁵ [Espace Sécurisé titres-services \(wallonie-titres-services.be\)](#)

répartition des zones d'intervention des différents organismes a un impact sur le nombre et la durée des déplacements. Ceci pourrait aussi être réfléchi et analysé tout en tenant compte de la liberté de choix des bénéficiaires.

PLATEFORMES D'ÉCONOMIE COLLABORATIVES³⁶

L'économie des services a été fortement perturbée par le développement des plateformes digitales.

Les plateformes d'économie collaborative sont des intermédiaires qui, via une plateforme en ligne, mettent en relation des prestataires et des utilisateurs et facilitent les transactions entre eux, qu'elles soient lucratives ou non lucratives. La tendance à ce que d'aucuns appellent "l'Uberisation de l'économie" a été rendue possible par la conjonction de l'Internet, du Big Data et de la connectivité mobile.

Le secteur des services a vu l'arrivée de nombreuses plateformes : c'est le cas pour le ménage (Pwiic, Mariette, Pootsy), les petits travaux (Listminut), les livraisons de repas (Uber Eats, Deliveroo), la garde d'enfants (Bsit) et même l'assistance aux personnes âgées (Care.com).

Si ce modèle économique est vu par certains comme innovant et émancipatoire, il est considéré comme une pratique potentiellement abusive et échappant aux réglementations de la concurrence et du droit social par d'autres. Une série d'enjeux ont été relevés par le développement de ces plateformes dans le secteur des services aux personnes qui concernent notamment la qualité de l'emploi, la relation de travail, la déprofessionnalisation, etc.

TRAVAIL AU NOIR OU GRIS

Il est également constaté un accroissement des formules de travail au noir ou au gris (partiellement déclaré) au niveau de l'aide à domicile. Cela vise principalement les tâches de l'aide à la vie journalière qui se développent de manière conséquente et qui peut avoir une concurrence sur le terrain.

Des sociétés se positionnent de plus en plus en proposant des services d'aide à domicile prestés par des personnes venues de certains pays tels que la Bulgarie, la Pologne, ou encore l'Afrique du Sud. Sur base de sondage, on peut estimer qu'il existe plus de 70.000 personnes travaillant au noir en Belgique pour l'aide aux personnes dépendantes³⁷.

Par manque d'anticipation politique et de moyens, le recours à ce type d'aide risque d'être de plus en plus fréquent et pose de nombreuses questions notamment sur la qualité des prestations pour les personnes les plus fragilisées.

³⁶ [BrochureDigiserv.pdf \(ulg.ac.be\)](#)

³⁷

<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/survey/getsurveydetail/instruments/special/surveyky/2250>

ANALYSE DU FACTEUR TECHNIQUE

LA DIGITALISATION GRANDISSANTE

La technologie et la technicité actuelles permettent de faciliter le traitement des bénéficiaires à leur domicile. Les progrès techniques et les innovations technologiques favorisent l'adaptation constante des métiers et l'offre au bénéficiaire. Il y a lieu dans ce cadre d'être attentif au développement de cette digitalisation et technologie qui doit avoir comme objectif d'être au service du bénéficiaire et modifie les pratiques de travail³⁸.

Ces évolutions peuvent concerner plusieurs aspects et entraîner des conséquences multiples, notamment :

LA TECHNOLOGIE AU SERVICE DES BÉNÉFICIAIRES

Au domicile des personnes, la gérontechnologie facilite le maintien à domicile de personnes âgées ou en perte d'autonomie. Ces technologies visent quatre domaines : la santé (ex : textile intelligent surveillant les paramètres vitaux), le confort (ex : lits et portes automatisés), la communication (ex : visioconférence pour interagir avec le corps médical et paramédical) ou encore la sécurité (ex : technologie de détection des chutes ou de géolocalisation pour personnes atteintes d'Alzheimer). La biotélévigilance, par exemple, peut être assurée via des permanences sociales ou médicales mais aussi d'autres opérateurs. Ce sont les professionnels de première ligne (aide familiale, infirmier, etc.) qui y sont confrontés, soit en l'utilisant directement ou en aidant le bénéficiaire à s'en servir

LE SUPPORT TECHNOLOGIQUE DANS LES PRESTATIONS DE SOINS

En effet, les progrès scientifiques permettent de mettre en place des nouvelles thérapies et de développer des nouveaux dispositifs médicaux. La domotique permet notamment de manipuler les patients tant au domicile qu'à l'hôpital. Les soins sont de plus en plus personnalisables face à un patient qui devient progressivement un client. Dans une politique globale de restrictions des coûts, de demandes de prestations spécifiques fragmentées, les technologies médicales sont de plus en plus utilisées. Tout est mis en place pour développer le système de santé ambulatoire ainsi que la prise en charge à domicile.

L'intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC).

Les outils de gestion et de suivi des activités numériques se développent, dans le cadre de la création de la plateforme "e-health". Cela permet d'optimiser la qualité et la continuité des prestations, d'améliorer la sécurité du patient, de simplifier les formalités administratives et d'offrir un soutien solide à la politique en matière de soins de santé mais cela nécessite aussi une adaptation des compétences techniques des professionnels. La formation des professionnels des soins doit s'adapter à ces évolutions, tout en continuant à maîtriser les bases que sont l'interrogation du patient, l'auscultation et l'observation. La formation est ainsi de plus en plus confrontée à l'apparente contradiction entre contact humain et technicité. Ces évolutions technologiques vont influencer la manière de travailler des professionnels et vont nécessiter la mise en place de formations spécifiques, tant au niveau de l'enseignement initial que de la formation continue : attribution de nouveaux matériels informatiques tel que

³⁸ Faire référence à l'étude Digi Serv : [BrochureDigiserv.pdf \(ulg.ac.be\)](#)

tablettes-PC à certains professionnels, suivi de l'évolution du matériel, capacité d'adaptation et d'apprentissage de nouvelles compétences liées notamment aux TIC. Conformément aux objectifs du Plan numérique wallon (notamment l'axe de développement 5.2.1), une attention particulière devrait être apportée à l'esprit critique quant aux usages des outils numériques, portant notamment sur les enjeux suivants : compréhension générale du fonctionnement des machines, vigilance accrue à avoir vis-à-vis du respect de la vie privée, coûts écologiques importants pour la société. Ces nouvelles technologies vont également toucher les bénéficiaires qui devront y être sensibilisés.

ANALYSE DU FACTEUR ENVIRONNEMENTAL

Si, *a priori*, l'UNIPSO n'a pas défini des éléments dans le facteur environnemental, au fur et à mesure plusieurs éléments sont apparus et ils seront encore davantage déployés avec la conscience écologique qui se développe. Le point le plus important dans le secteur de l'aide et des soins à domicile est la mobilité.

LA MOBILITÉ

La mobilité est centrale et est souvent un point crucial dans l'attractivité des métiers. En effet, les travailleurs pour exercer leur métier sont contraints d'utiliser un véhicule. Pour les fonctions d'aide ménager, d'aide familial, de garde à domicile, disposer d'un véhicule s'avère crucial mais compliqué. Les faibles revenus de ces travailleurs ne leur permettent pas d'investir dans un véhicule peu polluant et le véhicule vieillissant ou d'occasion tombe en panne régulièrement. La consommation de carburant, l'entretien du véhicule, les frais de taxes, d'assurance sont autant de frais connexes qui s'avèrent être un poids budgétaire parfois trop important pour ces faibles salaires.

Les services mettent en place une politique de déplacements pour réduire les trajets entre le domicile du travailleur et le domicile du bénéficiaire. Cependant, il existe une tension entre différents éléments :

- ▶ L'économie sur les remboursements des frais de déplacements
- ▶ La déontologie qui ne permet pas d'envoyer un travailleur chez son voisin
- ▶ La possibilité de déplacement pour le travailleur
- ▶ Les demandes des bénéficiaires et l'offre de services pour rencontrer les demandes.

L'assistant social doit jongler entre les exigences de la direction quant à la diminution des coûts, les demandes des bénéficiaires, les heures prestées et la distance à parcourir entre les bénéficiaires, les disponibilités des travailleurs et de leur capacité de mobilité.

Dans le Livre 1 et ses recommandations/pistes d'action, ce point de mobilité est indiqué comme devant faire l'objet d'une réflexion : accès à un véhicule de société, accès au permis, etc. A l'heure de l'urgence climatique, nous pouvons aussi nous poser la question de la mise en place d'une mobilité douce appropriée à la situation des travailleurs du domicile et leur situation économique.

La voiture reste-t-elle la seule option ? Si oui, quelle est la solution la plus favorable pour l'environnement ?

Ces éléments doivent être investigués plus avant et faire partie d'une réflexion avec l'ensemble des parties prenantes.

LES QUESTIONS ÉCOLOGIQUES DANS L'EXERCICE DU MÉTIER

Pour les questions de gestion des déchets, d'utilisation des produits ménagers et de la réalisation de repas sains, cela fait partie de la formation continuée qui peut être mise en place au sein des services. Une offre de formation existe déjà et est régulièrement mise à jour grâce à l'accompagnement des travailleurs dans les SAFA.

ANALYSE SWOT DU SECTEUR DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

Analyse SWOT secteur de l'aide et des soins à domicile

Au vu de ce contexte (PESTEL), on peut aussi faire en complément, une analyse des forces faiblesses opportunités et menaces du secteur. Cela permet aussi de classer les éléments soulevés lors des échanges.

<p>FACTEURS INTERNES = endogènes au secteur qui créent ou détruisent de la valeur. Pour une entreprise, il s'agit des actifs, compétences ou ressources qu'elle a à sa disposition, par comparaison avec ses concurrents.</p>	<p>FORCES</p>	<p>FAIBLESSES</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Secteur à vocation sociétale ▶ Secteur structuré et qui est régi par décret ▶ Secteur pourvoyeur d'emplois ▶ Potentiel de main d'œuvre conséquent existant 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pyramide des âges/vieillessement travailleurs ▶ Conditions de travail/ statut des travailleurs ▶ Épuisement professionnel/ Turn over ▶ Mobilité nécessaire des travailleurs (transports)

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Métiers accessibles à un large public ▶ Formation continue des travailleurs du secteur ▶ Confiance du public ▶ Accessibilité des services (peut être menacée par certaines mesures politiques) ▶ Qualité des services ▶ Professionnalisation ▶ Réflexion du secteur sur ses pratiques ▶ Fédérations d'employeurs ▶ Des métiers riches de par leurs qualifications, ▶ Des métiers variés ▶ Des métiers qui ont du sens, tournés vers l'humain, ▶ La sécurisation des emplois, non délocalisables et protégés ▶ Les valeurs du non-lucratif, sans-intérêt d'argent et solidaire ▶ Des services à taille humaine pour la plupart ▶ Études existantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Manque de mixité (travail féminin) ▶ Adéquation nbre de prestataires / volume de prestation ▶ Contingentement ▶ Image des métiers : perception erronée des métiers, manque de visibilité des filières et passerelles ▶ Faible reconnaissance sociale des travailleurs ▶ Problématique des stages (accompagnement des stagiaires, le manque de places de stage) ▶ Difficile d'identifier l'ensemble des besoins en personnel ▶ Augmentation des compétences, des connaissances et de aptitudes demandées (technique, relationnelle, législative, gestion, sociales, etc.) et inadéquation de la formation/ Les faiblesses de la formation : référentiels de compétence obsolètes, formation des tuteurs, financement de plus en plus difficile ▶ Problématique, spécificité, complexité du lieu de travail au domicile ▶ Evolution basée sur l'offre plus que sur la demande ▶ Manque de personnel d'encadrement ▶ Travail en "silo"/manque de complémentarité entre les services ▶ Manque de données et bases factuelles sur les ressources humaines dans les secteurs ▶ Un cloisonnement des filières et compétences, rendant les parcours professionnels plus difficiles ▶ L'absence de service RH dans certaines petites structures
--	---	--

<p>FACTEURS EXTERNES = qui peuvent créer ou détruire de la valeur. Ces facteurs ressortent de la dynamique des entreprises et du secteur/marché au sens large et sont façonnés par des facteurs démographiques, économiques, sociaux, techniques, culturels, écologiques ou légaux/politiques (DESTEP).</p>	<h2>OPPORTUNITÉS</h2>	<h2>MENACES</h2>
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mise en place d'une nouvelle politique d'aide et de maintien à domicile ▶ Développement du "parcours de vie" ▶ Révision des statuts professionnels ▶ Renforcement de l'offre de services 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Financement du secteur/ contraintes sur le budget public ▶ Financement des formations ▶ Concurrence entre services notamment avec T-S ▶ Privatisation/ commercialisation sans prise en compte des questions de complémentarité et d'agrément et d'accessibilité

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Création de postes de travail ▶ Evolution des métiers de l'aide et du soin et des profils ▶ Augmentation des besoins et par conséquent de la demande ▶ Évolution numérique/ digitalisation ▶ Travail en réseau ▶ Réorganisation des métiers et du travail vers l'intégration des services ▶ Décloisonnement des secteurs ▶ Virage ambulatoire ▶ Développement d'une territorialisation de l'activité de la première ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Croissance de la demande (faisabilité budgétaire) ▶ Pénuries de main-d'œuvre (quantitative et qualitative) ▶ Emigration des travailleurs ▶ Immigration des bénéficiaires ▶ Augmentation des pathologies physiques et psychologiques ▶ Vieillessement de la population (perte d'autonomie) ▶ Vieillessement des travailleurs (paradoxe pénibilité du travail) ▶ Ubérisation-Travail au noir ▶ Digitalisation/impact du numérique
--	---	---

TABLEAU DE L'ANALYSE PESTEL

POLITIQUE La stabilité gouvernementale et les politiques sociales	<ul style="list-style-type: none">▶ Instabilité▶ Budgets sociaux en péril▶ Sécurité sociale menacée▶ Financement menacé, budget public restreint▶ Etc.
ÉCONOMIQUE L'évolution de l'activité et de ses intérêts	<ul style="list-style-type: none">▶ Concurrence entre les services▶ Privatisation▶ Approche intégrée▶ Complémentarité des métiers▶ Évolution des métiers▶ Etc.
SOCIAL La démographie, l'attitude du public et des clients	<ul style="list-style-type: none">▶ Évolution démographique impactant la population en général (vieillesse, etc.) et les professionnels (nombreux départs à la retraite, etc.)▶ Evolution épidémiologique (prévalence de maladies chroniques, etc.),▶ Disparité territoriale, organisationnelle et sociale d'accès aux soins▶ Consommation médicale croissante▶ Intrications très sensibles entre les secteurs sanitaire et médico-social, une offre de prestations concurrentielle▶ Evolution des modes de vie

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Volonté de rester à domicile ▶ etc.
<p>TECHNIQUE</p> <p>Ensemble des innovations technologiques qui peuvent perturber le marché existant</p>	<p>Digitalisation/ numérisation, big data, équipement, progrès technique qui permettent des nouvelles thérapies et de développer des nouveaux dispositifs médicaux. La domotique.</p>
<p>ENVIRONNEMENTAL</p> <p>Les contraintes environnementales, l'attention portée à la consommation d'énergie, aux déchets produits</p>	<p>Pas d'éléments retenus a priori lors de la réalisation du PESTEL</p> <p>Pourraient être retenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ La sensibilisation des aides ménagers à l'utilisation de produits écologique pour le nettoyage, la gestion des déchets ▶ Une alimentation saine et locale ▶ Un travail sur la question de la mobilité (développement d'une politique de déplacements tenant compte de la mobilité douce et mise à disposition de véhicules plus propres au vu des faibles rémunérations et accès limité aux véhicules moins polluants)
<p>LÉGAL</p> <p>Evolution du cadre réglementaire et législatif</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La 6^e réforme de l'État ▶ Le lancement de la révision de la législation relative à l'exercice des professions des soins de santé en 2016 ▶ La signature d'un protocole d'accord concernant la coopération entre les professionnels des soins de santé et les personnes de l'environnement du patient en décembre 2017. ▶ Contingentement ▶ Accès réglementé à la profession

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">▶ Barème▶ Régionalisation des titres-services▶ Etc. |
|--|---|