

Les Secteurs de l'Aide & des Soins à Domicile

Représentés par la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile (FSB asbl) et
la Fédération des Centres de Coordination des Soins et des Services à Domicile (FCCSSD)

RAPPORT 2017

2012 • 2016

avec le soutien de la Commission communautaire française



Sommaire

Introduction & Méthodologie	04
Chapitre 1 - Analyse des problématiques sociales et de santé des secteurs de l'aide et des soins	06
1. Profil socio-démographique et économique des bénéficiaires	
1.1. Age et sexe	
1.2. Niveau socio-économique	
1.3. Autres constats relatifs au profil de la population aidée	
2. Les problématiques sociales	07
2.1. L'accentuation de la précarisation des publics aidés	
2.2. L'aggravation des situations de surendettement	
2.3. L'augmentation des interventions auprès des ex sans-abris	
2.4. L'insécurité, fictive ou réelle, dans certains quartiers	
2.5. Le profil atypique des prestataires de l'aide à domicile	
3. Les problématiques de santé communes aux deux secteurs	09
3.1. La réduction du temps de séjour dans les hôpitaux	
3.2. Conséquence : augmentation des prises en charge de bénéficiaires atteints de pathologies lourdes et de multi-pathologies, y compris les cas relevant de santé mentale et/ou de psychiatrie	
3.3. Le manque de lits dans les milieux résidentiels	
3.4. L'aggravation de la situation de patients faisant appel à des services non professionnels	
4. Les problématiques du secteur de l'aide à domicile	10
4.1. Le financement de la fédération et son extension de cadre pour la valorisation du secteur	
4.2. Le financement des services	
4.3. La quote-part du bénéficiaire : trois tarifs différents pour le Bruxellois !	
4.4. L'assistant social, sa formation, « ses » rôles dans les services d'aide à domicile	
4.5. Le vieillissement des travailleurs : une bombe à retardement	
4.6. L'importance du travail sectoriel Bruxelles-Wallonie (FASD, FCSD, FEDOM, FSB)	
4.7. Concurrence, concurrence déloyale et dérives	
4.8. La politique de la mobilité et l'incidence des zones piétonnières sur le travail au domicile	
5. Les problématiques spécifiques aux centres de coordination de soins et de services	
Chapitres 2 – Description de l'évolution des pratiques professionnelles dans le secteur de l'aide et des soins	13
1. Le secteur de l'aide et des soins à domicile à Bruxelles	
1.1. Etat des lieux et composition des secteurs	
1.2. Couverture géographique	
1.3. Cadre législatif. Qui fait quoi en social-santé à Bruxelles ?	
1.4. Rôles et missions de la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile	
1.5. Rôles et missions de la FCCSSD	
2. L'évolution des demandes d'aide à domicile	18
2.1. Le nombre de dossiers traités	
2.2. L'origine des demandes	
2.3. Le nombre de nouvelles demandes d'aide	
2.4. La nature des demandes sans suite	
2.5. Les motifs de la fin de l'aide	
3. L'évolution du nombre de dossiers traités par les centres de coordination	21

Chapitre 3 - Analyse de l'adéquation de l'offre en réponse aux problématiques sociales et de santé & Recommandations	22
En Adéquation	
1. Une même Ministre en COCOF et COCOM	
2. Les réseaux transversaux et les partenariats	
3. Les projets mis en place pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées	
4. Quelques projets mis en place pour pallier la réduction des séjours hospitaliers	
En Inadéquation	23
1. L'infrastructuration de la Fédération des Services d'Aide à Domicile	
2. Le contingent d'heures	
3. La politique des appels à projets	
4. L'absence de valorisation des métiers de l'aide à domicile	
Sources	26

Introduction & Méthodologie

Bien que la Fédération des Centres de Coordination des Soins et des Services à Domicile ne soit pas encore soumise à l'obligation de réaliser un rapport sectoriel¹, nos deux fédérations ont souhaité réaliser un rapport commun tant les notions d'aide et de soins sont mêlées, tant les partenariats se créent entre les services des deux secteurs, tant nos problématiques présentent des similitudes.

L'aide à domicile est indispensable pour accompagner toutes les situations de vie fragilisées où la dépendance nécessite un soutien régulier, entre autres, les personnes âgées, les familles, les personnes atteintes d'un handicap ou encore les personnes souffrant de troubles de la santé mentale. Sur le terrain, les soins font souvent partie du dispositif d'aide. L'inverse est également vrai.

La Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile regroupe l'ensemble des services d'aide à domicile agréés par l'un des trois pouvoirs subsidiant (COCOF, COCOM, Communauté flamande). Dès lors, quand nous parlons de secteur, il s'agit des 26 services bruxellois². Aborder l'aide ou les soins à domicile à Bruxelles dans son ensemble, c'est plonger dans un tourbillon de réglementations en fonction de la politique linguistique de chaque institution, dont les champs de compétences varient et dont les définitions données à l'aide et aux soins englobent différentes politiques.

Face à cette complexité, comment les personnes qui habitent Bruxelles, c'est-à-dire nos bénéficiaires potentiels, s'y retrouvent-elles ? Elles sont d'autant plus perplexes qu'elles ont la liberté de choisir à quel service ou centre elles vont s'adresser. Mais sur base de quels critères ? A quel prix ? Avec quelle garantie de qualité ? Quelle différence y a-t-il entre un service d'aide et un service de soins ? A qui téléphoner pour obtenir une garde la nuit ? Est-il plus avantageux de faire appel à une société titres-services ? Et si je prenais quelqu'un au noir, ce ne serait pas plus simple ?

Pour la Communauté flamande, le développement des soins à domicile représente un aspect prioritaire de la politique de santé et vise à inciter les personnes à demeurer le plus longtemps possible chez elles³. Sa réglementation intègre les soins et le logement. Mais le cadre institué est loin de simplifier la compréhension. En effet, la Communauté flamande définit la structure d'aide à domicile comme « un service d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires », dans lequel « l'aide » vise les soins personnels, l'aide ménagère, le soutien et l'accompagnement psycho-social et pédagogique, tandis que « les soins complémentaires » comprennent l'aide au nettoyage, la garde ou l'aide aux petits travaux...

Nous reprenons intentionnellement cette définition de l'aide qui comporte toute l'ambiguïté de conférer un contenu compréhensible à l'aide et aux soins. Dans les pays anglophones, le « care » semble englober ces deux notions, pour la compréhension du plus grand nombre, ce qui contourne la difficulté. Chez nous aussi, le concept de « soins à la personne » pourrait contenir l'ensemble du dispositif d'aide et de soins à destination des bénéficiaires.

¹ La FCCSSD n'est, en effet, pas encore agréée ni subsidiée par la COCOF.

² Voir Chapitre 2, 1., 1.1., du présent Rapport, Etat des lieux et composition des secteurs

³ « Etude de programmation pour Bruxelles, recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées » - Vrije Universiteit Brussel – Kenniscentrum Woonzorg Brussel, 2012, p 31.

Méthodologie

Plusieurs sources ont enrichi notre réflexion :

- les rapports d'activité de nos 26 services membres, de 2012 à 2016 (données qualitatives et quantitatives)
- les échanges sur les pratiques professionnelles, réunissant les responsables de services et/ou des assistants sociaux (chefs d'équipes) ainsi que des experts extérieurs
- les réunions interservices COCOF et COCOM, les échanges avec Familiehulp
- les formations et les ateliers dispensés par nos deux permanentes
- les cadastres occasionnels : pas de recueil systématique des données
- la concertation avec les administrateurs (responsables d'un service d'aide à domicile)
- les échanges avec les centres de coordination de services et de soins à domicile, dans différentes instances
- la concertation avec les fédérations wallonnes du secteur de l'aide à domicile pour l'élaboration d'un mémorandum commun à l'occasion des élections,
- les échanges avec l'IFA (interfédération ambulatoire, branche du CBCS).

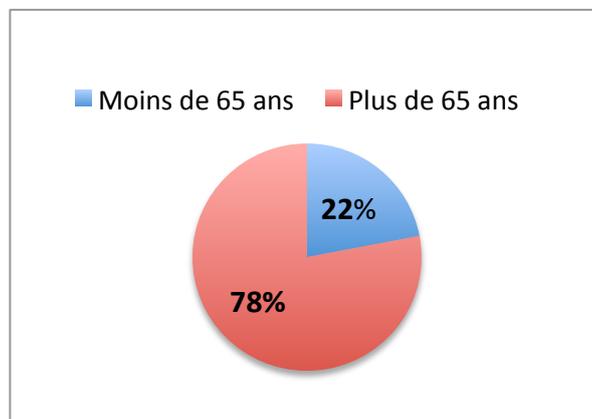
Ont participé aux recherches, à la rédaction et/ou la relecture de ce Rapport :

Christine Hélin, Stéphanie Marlier, Carine Vandroogenbroeck, Dany Vandroogenbroeck,
Dominique van Lierde, Laurent Epicum

Chapitre 1 - Analyse des problématiques sociales et de santé des secteurs de l'aide et des soins

1. Profil sociodémographique et économique des bénéficiaires

1.1. Age et sexe



Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent la majorité des bénéficiaires (**78% en moyenne**). La tranche des moins de 65 ans diminue d'année en année : elle représente aujourd'hui en moyenne **22%** des bénéficiaires.

Les SAD⁴ interviennent auprès de bénéficiaires plus jeunes suite à des problèmes ponctuels d'ordre médical (intervention chirurgicale d'un membre de la famille, grossesse à risque, difficultés liées à un accouchement...). A la demande de services extérieurs (hôpitaux, médecins, services sociaux ou de santé mentale), nos services sont fréquemment appelés à exercer une action préventive auprès de familles qui présentent des problématiques psycho-sociales aiguës.

Au cours des cinq dernières années, les bénéficiaires entre 85 et 100 ans ont augmenté de 10%. La tranche des centenaires, quant à elle, ne dépasse pas 0,25% mais ce pourcentage est fluctuant depuis une dizaine d'années.

Toutes catégories d'âge confondues, les femmes sont les bénéficiaires majoritaires, avec une moyenne relativement constante au fil des ans, de 70%.

La longévité des bénéficiaires influe sur la durée de l'aide (de plusieurs mois à plusieurs années) et sur le dispositif d'aide mis en place. D'une aide hebdomadaire pour le ménage, au moment de la première demande, l'aide s'amplifie au fil de l'âge et de la perte d'autonomie. Le type de prestation se diversifie et le temps par prestation peut augmenter.

⁴ SAD = service d'aide à domicile.

1.2. Niveau socio-économique

Les services d'aide à domicile ont, entre autres, pour mission « *d'accorder l'aide par priorité à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les plus démunis sur le plan financier, de la santé physique ou psychique ainsi que sur le plan social* » (art. 28 du Décret ambulatoire).

Bien que tous les niveaux socio-économiques soient représentés, les SAD interviennent le plus souvent au sein de catégories socio-économiques relativement constantes :

- celle des petites pensions en ce qui concerne les personnes âgées ;
- celle des tranches de revenus très faibles à faibles en ce qui concerne les bénéficiaires plus jeunes.

Les SAD relèvent une précarisation croissante du public aidé (voir point 2.1.). Ce constat est d'autant plus criant dans les SAD des CPAS bruxellois. Ils constatent également une augmentation du nombre de personnes placées sous administration provisoire de biens par décision du juge de paix. Cette mesure de protection touche en majorité des patients âgés et des patients atteints de troubles psychologiques, incapables de gérer leurs papiers et/ou leurs finances.

1.3. Autres constats relatifs au profil de la population aidée

Nos SAD signalent, en outre :

- l'augmentation de personnes issues de l'immigration, sans distinction d'âge ou de sexe ;
- la survenance d'une nouvelle catégorie de bénéficiaires : les ex sans-abris.

Les données chiffrées n'ont pas été relevées pour ces items.

2. Les problématiques sociales

2.1. L'accentuation de la précarisation des publics aidés

L'ensemble des secteurs de l'ambulatoire bruxellois dénonce la précarisation croissante des publics aidés, ce qui confirme les projections réalisées par le bureau fédéral du plan⁵.

Les situations sociales des bénéficiaires sont de plus en plus lourdes en raison de la paupérisation de la population, de l'isolement social, de l'éclatement des familles... Le cumul de ces facteurs avec la complexification des profils de bénéficiaires (bénéficiaires très âgés, polyhandicapés, atteints de troubles psychiques ou psychogériatriques) nécessite une adaptation de la prise en charge à domicile⁶. A côté des bénéficiaires âgés, il existe également un nombre croissant de bénéficiaires plus jeunes dont la situation est extrêmement complexe.

Conséquences :

- l'aide et les soins à mettre en place sont plus lourds et plus complexes
- les prestataires demandent des formations pointues ou très ciblées

2.2. L'aggravation des situations de surendettement

Même remarque que précédemment.

⁵ FASD, FCSD, FSB & Fédom, Mémoire interfédérations, 2014, p. 5 ; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2015, Rapport : un tiers des Bruxellois vit sous le seuil de pauvreté.

⁶ FASD, FCSD, FSB & Fédom, Mémoire interfédérations, 2014, p. 6.

Nous relevons que les prestataires se plaignent beaucoup des administrateurs provisoires de biens, plus spécifiquement du « désintéret » dont certains font preuve à l'égard de la personne dont ils gèrent les biens, ou de la « profession » qu'en font certains avocats.

2.3. L'augmentation des interventions auprès des ex sans-abris

Les Centres de coordination sont de plus en plus sollicités pour apporter différents types d'aide et de soins à des ex-sans abris, relogés et épaulés dans leur réinsertion par de multiples organisations. Il en va de même pour les personnes relevant de la psychiatrie ou qui souffrent d'un handicap et qui vivent chez eux ou dans des appartements supervisés.

Certains ex sans-abris rencontrent des difficultés à s'adapter à la vie sous toit. Les prestataires des SAD se plaignent de leur négligence, du gaspillage de nourriture, du manque de respect pour le travail d'accompagnement ou d'entretien des lieux de vie.

2.4. L'insécurité, fictive ou réelle, dans certains quartiers

Les prestataires des deux secteurs signalent régulièrement ressentir une insécurité dans certains quartiers, plus particulièrement aux heures inconfortables et en hiver. Ils évoquent, entre autres, un mauvais éclairage public, des trottoirs mal pavés, la présence de bandes de jeunes, le manque de moyens de transport pour accéder à certains quartiers.

2.5. Le profil atypique des prestataires de l'aide à domicile

Malgré le rôle fondamental que jouent les aides familiaux et ménagers dans l'accompagnement à domicile des personnes en perte d'autonomie, ces professionnels manquent toujours de **reconnaissance sociale**. Contrairement aux acteurs des autres secteurs de l'ambulatoire, nos prestataires ne sont ni bacheliers ni universitaires. Ce sont des travailleurs infra qualifiés qui acquièrent des compétences au cours de formations (accès au métier⁷ et formations continuées). Depuis quelques années, le secteur constate une forte diminution des candidats qui entament une formation d'aide familial sur base volontaire. La majorité des candidats sont, en effet, envoyés vers nos centres de formation par Actiris, dans le cadre d'une insertion socio-professionnelle. Cette politique n'est pas sans conséquences.

Si l'ouverture du secteur de l'aide à domicile aux personnes en difficulté socio-professionnelle diminue statistiquement le nombre de chômeurs, elle ne cadre pas avec la complexification des tâches de l'aide familial ni avec le profil toujours plus qualifié souhaité par les services. On attend, aujourd'hui, de l'aide familial, intervenant de première ligne et relais privilégié entre le bénéficiaire et le service, qu'il soit capable d'analyser les besoins du patient, de le stimuler dans son autonomie (ne pas faire à la place de), d'organiser son travail, de gérer des situations aiguës, d'appréhender des pathologies lourdes, de gérer un budget, ou encore d'effectuer des démarches administratives et bancaires via l'internet. Il est évident que le « profil » de fonction de l'aide familial a évolué au fil des années, son profil psychologique également.

Les SAD soulignent la fragilité de certains prestataires de plus en plus souvent confrontés eux-mêmes à des situations personnelles difficiles, d'ordre social, psychologique ou financier. Ce n'est pas nouveau mais en cinq ans, la précarisation et la fragilisation d'une frange de prestataires s'est fortement accentuée. Ce constat induit un véritable travail d'éducation, de prévention et d'encadrement au sein des équipes des SAD pour soutenir les prestataires et stimuler la qualité du travail sur le terrain.

⁷ Trois voies d'accès au métier d'aide familial : pour les jeunes, enseignement de jour de plein exercice (CESS professionnel d'aide familial); pour les adultes, les cours de promotion sociale (de jour ou du soir) et le brevet délivré par les deux centres bruxellois de formation agréés par la COCOF.

Les SAD ont à cœur de maintenir la **pluriculturalité** au sein des équipes, mais aussi de veiller à un certain équilibre. Malgré la formation suivie pour accéder au métier d'aide familial ou d'aide-soignant, le terrain révèle les différences culturelles qu'il faut ménager : l'usage de l'eau, par exemple, la méconnaissance de certains aliments (d'où : comment les préparer, les cuisiner), une gêne ou de la réticence pour effectuer la toilette intime et certains soins de confort. Autant de situations délicates, sensibles que les responsables et les chefs d'équipe tentent de gérer de manière conviviale. Autant de thèmes, par ailleurs, qui nourrissent les formations continuées.

3. Les problématiques de santé communes aux deux secteurs

3.1. La réduction du temps de séjour dans les hôpitaux

Mesure logique pour résorber le déficit des hôpitaux, et le coût de la sécurité sociale. Mesure facilitée par les évolutions technologiques.

Cela fait dix ans que nous pointons cette problématique dont les effets négatifs pèsent de plus en plus lourd sur plusieurs secteurs de l'ambulatoire, dont le nôtre, bien entendu.

Cette pratique renvoie à domicile des personnes en perte d'autonomie temporaire ou définitive sans que notre secteur bénéficie d'une augmentation de moyens (humains ou financiers) pour cette prise en charge.

3.2. Conséquence : augmentation des prises en charge de bénéficiaires atteints de pathologies lourdes et de multi-pathologies, y compris les cas relevant de la santé mentale et de la psychiatrie

Ces prises en charges exigent parfois des mesures particulières comme celle d'affecter 2 prestataires en même temps, par exemple, pour prévenir tout accident.

La plupart des services relèvent l'augmentation de ce type de prises en charge et citent comme pathologies :

- les dépendances à l'alcool, aux drogues, aux médicaments ;
- le Syndrome de Korsakoff ;
- la Maladie de Parkinson ;
- la Maladie de Charcot ;
- la Sclérose en plaques ;
- la Fibromyalgie ;
- des Cancers à différents stades ;
- les Soins palliatifs en partenariat avec d'autres intervenants ;
- la Maladie d'Alzheimer aux différents stades de la maladie ;
- des cas de stress, dépression, burn-out
- la schizophrénie.

En ce qui concerne les problématiques de santé mentale, il existe plusieurs projets mettant des unités mobiles⁸ de crise à disposition des patients, mais leurs interventions sont limitées à certaines zones et impliquent un suivi pendant un certain temps.

⁸ Article de Stéphanie Devlésaver, CBCS asbl, "Réseaux 107 et équipes mobiles de crise : quel travail pour quelle vision de la santé?", <http://www.cbcs.be/Reseaux-107-et-equipes-mobiles-de>

3.3. Le manque de lits dans les milieux résidentiels

Induit une double problématique :

- le manque de lits dans les centres de réhabilitation, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins ; et le manque de places dans les centres de jour ;
- le coût inabordable de ces institutions pour une grande partie de la population bruxelloise.

Le problème n'en serait pas un si l'on en croit « Le thermomètre Solidaris-RTL-Le Soir », dont l'enquête révèle que 3 octogénaires sur 4 vivent à domicile et que 86% d'entre eux sont satisfaits de leur vie actuelle⁹ !

3.4. L'aggravation de la situation de patients faisant appel à des services non professionnels

Les SAD et les centres de coordination se plaignent de la concurrence sauvage qui sévit au domicile des bénéficiaires, depuis des années, et qui s'amplifie. Des sociétés privées (souvent des sociétés en nom collectif – SNC) ou des personnes privées interviennent auprès de bénéficiaires sans aucun contrôle, et sans communication avec d'autres professionnels.

Il en résulte que les SAD et/ou les centres de coordination sont souvent appelés quand la situation du bénéficiaire est irrémédiablement détériorée et qu'un placement en maison de repos devient inévitable. Ces derniers mois, la FSB elle-même a été interpellée par des familles de bénéficiaires mécontentes.

4. Les problématiques du secteur de l'aide à domicile

➤ Les problématiques déjà évoquées dans les rapports précédents¹⁰ et toujours d'actualité

4.1. Le financement de la fédération et son extension de cadre pour une valorisation du secteur

Depuis 2006, la FSB compte une équipe de 2 permanentes, soit 1,5 ETP. Or, le contexte dans lequel notre fédération évolue s'est fortement modifié au cours de ces quinze dernières années. Les réglementations (décrets et arrêtés), les « Accords », les « Protocoles » se sont multipliés. Ils sont devenus plus contraignants, ils ont généré la création de nouvelles structures¹¹, et ont fait naître de nouvelles obligations. Les exigences en termes de réunions, de formalités administratives, de rapports, de projets, de suivis et d'évaluation ont généreusement augmenté. La FSB essaie d'être présente sur tous les terrains et cultive des liens sectoriels et intersectoriels pour remplir plusieurs de ses missions.

Toutefois, une sorte d'asphyxie s'installe qui ne lui permet pas de se développer, de jouer le rôle moteur qu'elle souhaiterait pour le bien-être des bénéficiaires et le développement des services. Par exemple :

- mener une campagne d'information sur les métiers du domicile : c'est quoi une aide familiale ?
- combattre la concurrence déloyale et parfois dangereuse pour les bénéficiaires
- animer la visibilité du secteur sur le net, assurer son suivi et sa mise à jour
- créer une communication via les réseaux sociaux (demande des aides familiaux)
- activer la concertation et la réflexion sur les problématiques sectorielles d'actualité
- élaborer des stratégies
- étudier la faisabilité de l'adaptation des programmes informatiques des services pour le recueil de données et leur partage avec l'administration
- avoir le temps de préparer, d'analyser les dossiers en discussion

⁹ www.lesoir.be, <http://www.lesoir.be/1500458/article/actualite/belgique/2017-05-10>, consulté le 17/05/2017.

¹⁰ FSB, Rapport sectoriel 2008 et Rapport sectoriel 2012.

¹¹ CADEQ, ABBET, Tables rondes, Interfédérations, entre autres.

- avoir le temps d'assister à des réunions, à des colloques, ou encore des journées d'étude
- réaliser des études sur les problématiques sectorielles
- organiser un colloque, une journée de réflexion, etc.

4.2. Le financement des services

Contingent d'heures, forfait horaire, personnel encadrant, frais de fonctionnement. Ces points sont en discussion avec les cabinets des Ministres C. Fremault et P. Smet.

4.3. La quote-part du bénéficiaire : trois tarifs différents pour le Bruxellois !

Relevons que l'usager bruxellois paiera, pour une même prestation, trois prix différents selon qu'il s'adresse à un service agréé par la COCOF, la COCOM ou la VGC.

Ce point est en discussion avec les cabinets des Ministres C. Fremault et P. Smet ; la VGC a été approchée.

4.4. L'assistant social, sa formation, « ses » rôles dans les SAD

Dans la formation au métier d'assistant social, l'absence de formation sérieuse à la gestion d'équipe et au management pose un réel problème dans notre secteur où l'assistant social joue des rôles multiples. L'ensemble de la problématique relative à l'assistant social se trouve bien analysée dans les suites de deux colloques organisés par des fédérations sectorielles wallonnes, la Fédom et la FASD :

- <http://www.fedom.be/content/assises-des-travailleurs-sociaux>
- <http://www.aideetsoinsadomicile.be/fr/suite-colloque-defi-de-la-collaboration-interprofessionnelle>

4.5. Le vieillissement des travailleurs : une bombe à retardement

Le vieillissement des travailleurs touche de nombreux aspects de la gestion des services, entre autres, la santé des travailleurs, leur absentéisme, le maintien du contingent d'heures, le poids financier de l'ancienneté ou encore les formations continues¹².

Notre secteur connaît peu de turnover. Plus de 40% de travailleurs ont de plus de 50 ans ; dans un contexte d'allongement de la carrière, d'une part, et de pénibilité des métiers, d'autre part, les problèmes surgissent.

4.6. L'importance du travail sectoriel Bruxelles-Wallonie (FASD, FCSD, Fédom, FSB)

Les fédérations bruxelloise et wallonnes du secteur de l'aide à domicile se rencontrent tous les mois. Au départ, l'objectif était de préparer les réunions de la sous-commission paritaire 318.01, du Fonds social, du Fonds Maribel social et de s'entendre sur une position commune du banc patronal. Au fil du temps, des problématiques plus diversifiées ont été abordées en fonction des priorités, de l'actualité et des différentes instances et groupes de travail dont la multiplication va de pair avec la 6e Réforme de l'État. L'expérience wallonne s'avère porteuse pour le secteur bruxellois (par exemple, à propos de la reconversion des aides ménagers titres-services en aides ménagers sociaux, la réflexion sur l'assurance autonomie, les futurs accords du non-marchand, etc.).

¹² FSB, Rapport d'activité 2014.

➤ Les nouvelles problématiques et les problématiques aiguës

4.7. Concurrence, concurrence déloyale et dérives

La demande en « aide à domicile », au sens le plus large, est indéniablement présente sur le marché bruxellois et il semblerait logique que nos secteurs aide et soins se développent. Le blocage du contingent n'a jamais permis cette extension de périmètre. Les demandes sont fortes et les services agréés ne pouvant répondre à l'afflux de demandes, toutes sortes de concurrences envahissent le marché bruxellois. Agences Titres-Services, sociétés privées en tout genre, agences d'intérim belges ou étrangères, dames de compagnies, infirmières et d'autres proposent des services à domicile avec des conditions de travail, de salaire et de qualifications qui ne correspondent pas aux obligations des services agréés par la COCOF, la COCOM ou la VGC.

La réalité de terrain est complexe. Les bénéficiaires ne connaissent généralement pas la mosaïque de législations et ne font pas forcément la différence entre toutes les offres de service qu'on trouve sur le marché. Les demandes reçues par les services sont majoritairement accompagnées d'un besoin immédiat et urgent de prise en charge qui, faute de moyens suffisants, n'est pas toujours rencontré.

Estimant que l'avenir et la pérennité des services d'aide à domicile sont en jeu, mais aussi le bien-être et la sécurité des bénéficiaires, le Fonds social des Aides familiales a entamé, en 2017, une recherche à Bruxelles et en Région wallonne. Elle se poursuivra en 2018. Nous collaborons activement avec le Fonds quant à l'analyse et aux enjeux de cette problématique.

4.8. La politique de la mobilité et l'incidence des zones piétonnières sur le travail au domicile

L'instauration du piétonnier au centre de Bruxelles a été le révélateur de problèmes de mobilité sur le territoire de la Région. Tant pour les usagers faibles (personnes âgées, handicapées, adultes avec de jeunes enfants) que pour les professionnels de l'aide à domicile. On relève des pertes de temps dues aux détours, la difficulté d'accéder à certains logements, de livrer les courses etc. Le Conseil consultatif de l'Aide aux Personnes a interpellé les autorités à ce sujet.

5. Les problématiques spécifiques aux centres de coordination de soins

Depuis de nombreuses années, les centres de coordination sont sollicités par les hôpitaux, qui raccourcissent les durées de séjour pour la mise en place de multiples HAD (hospitalisation à domicile). Aucune compensation financière régulière à moyen terme n'est garantie par les divers pouvoirs subsidiant.

Il existe un manque cruel de gardes à domicile à Bruxelles, et le nombre de personnes demandeuses ne cesse de croître. A ce sentiment de désarroi s'ajoute une vigilance de tous les instants face à des groupements privés qui se réclament de la coordination et qui n'hésitent pas, contre monnaie sonnante et trébuchante, à palier l'absence de professionnels honnêtes et compétents. Les 5 centres attirent souvent l'attention du politique sur ces dérives, mais exceptés des effets d'annonce, rien de concret ne se précise. Ce constat renforce encore la problématique de la concurrence évoquée ci-avant dans le cas des SAD.

Chapitre 2 – Description de l'évolution des pratiques professionnelles dans le secteur de l'aide et des soins

1. Le secteur de l'aide et des soins à domicile à Bruxelles

1.1. Etat des lieux et composition des secteurs

La FSB compte 26 membres¹³, soit l'ensemble des services d'aide à domicile bruxellois agréés et subventionnés, ainsi que l'asbl Gammes¹⁴, service de gardes à domicile.

- **7 services sont subventionnés par la COCOF :**
 - Aide Sociale aux Familles et Personnes âgées de Koekelberg asbl
 - A Vos Côtés 1030 (ex Aide aux Familles de Schaerbeek asbl)
 - Aide et Soins à Domicile de Bruxelles asbl (ASD)
 - Centre Familial de Bruxelles asbl (CFB) + *centre de formation Aides Familiaux - Cefor*
 - Centrale de Services à Domicile asbl (CSD)
 - Maison de la Famille asbl (Saint-Josse)
 - Vivre chez Soi asbl (Watermael-Boitsfort) + *centre de formation Aides Familiaux*
- **17 services sont subventionnés par la COCOM dont :**
 - 14 services au sein du CPAS des communes de :*
 - Anderlecht
 - Auderghem
 - Berchem-Sainte-Agathe
 - Bruxelles-Ville
 - Etterbeek
 - Evere
 - Forest
 - Ixelles
 - Jette
 - Molenbeek-Saint-Jean
 - Saint-Gilles
 - Uccle
 - Woluwe-Saint-Lambert
 - Woluwe-Saint-Pierre
 - 1 service communal :*
 - Uccle
 - 2 services privés :*
 - Aide aux Seniors Bruxellois asbl
 - Aides Familiales et Aides Seniors asbl (Ganshoren)
- + *1 service de garde à domicile: (en voie d'agrément)*
 - l'asbl Gammes
- **1 service est subventionné par la VGC :**
 - Familiehulp vzw

¹³ La liste des membres peut être consultée sur notre site internet (www.fsb-aideadomicile.be).

¹⁴ L'asbl Gammes est agréée en économie sociale (initiatives locales de développement de l'emploi-ILDE) et est en voie d'être agréée par la COCOM.

La FCCSSD est une association de fait qui groupe 5 services de coordination :

- La Centrale des Soins à Domicile (CSD) *
- Bruxelles Assistance III millénaire (ASD) * Collaboration avec la mutualité St-Michel
- Soins chez Soi Collaboration avec les mutualités libres et neutres
- Soins à Domicile Collaboration avec la mutualité socialiste
- Cosedi Collaboration avec la mutualité libérale du Brabant

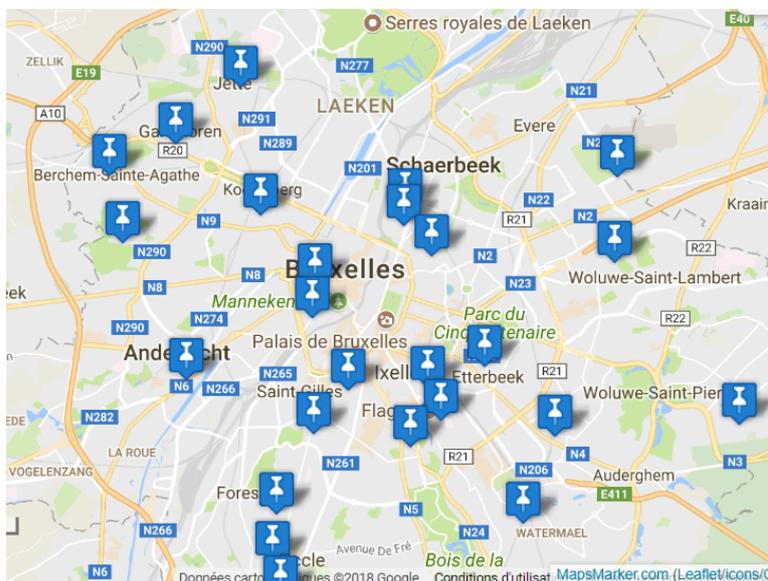
* CSD et ASD sont aussi membres de la FSB

1.2. Couverture géographique

Les services d'aide à domicile sont implantés dans toutes les communes et couvrent entièrement la zone Bruxelles. Les centres de coordination sont, eux aussi, actifs dans toutes les communes bruxelloises.

La localisation du siège social des services et des centres est pointée dans la carte ci-dessous. Comme l'activité se déroule au domicile des bénéficiaires ou des patients, elle ne figure pas sur la carte. L'accessibilité du domicile des bénéficiaires est évoquée infra, au point 4.8.

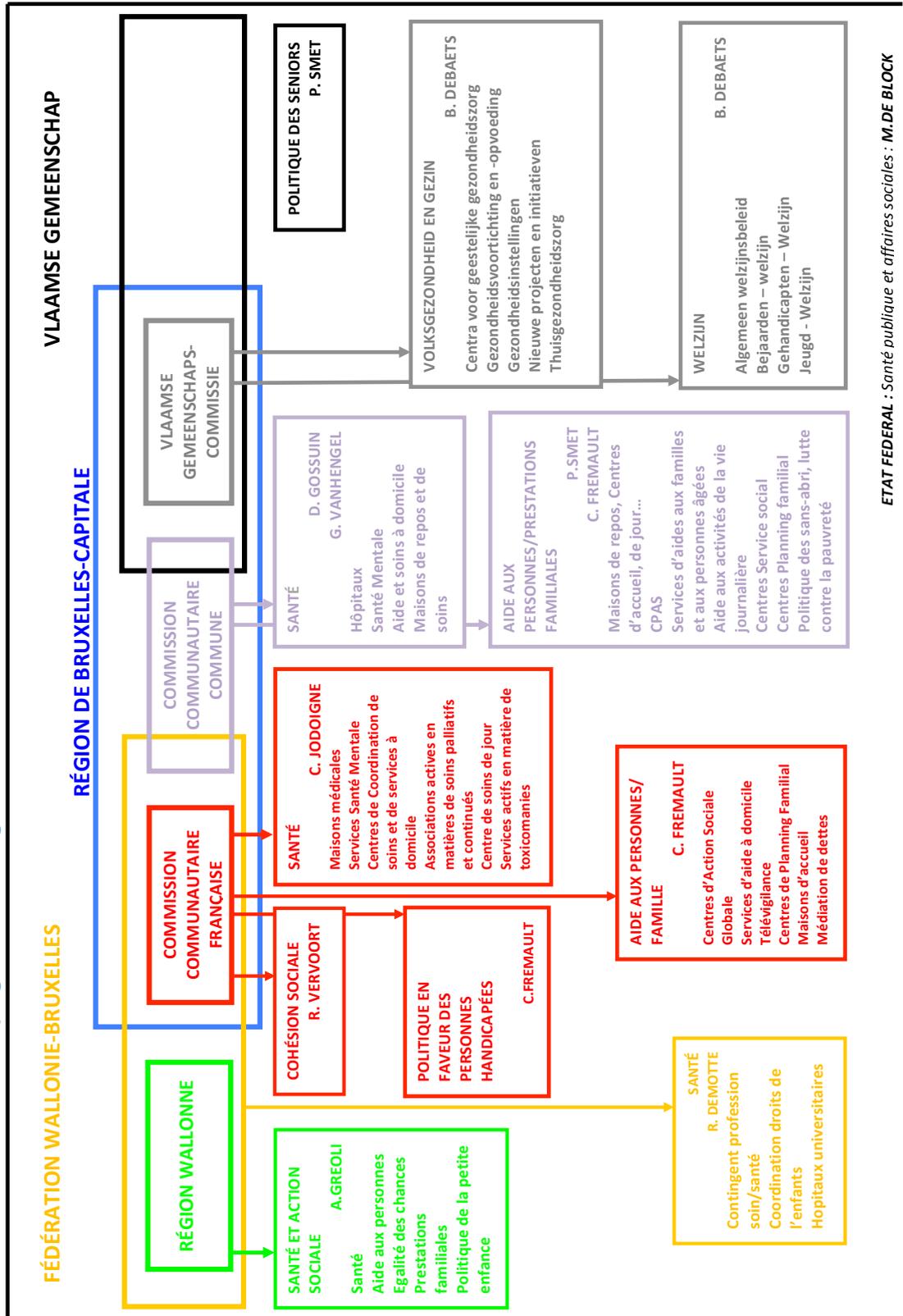
- Il y a au moins 1 SAD dans chaque commune,
- 5 SAD et les 5 centres de coordination desservent toutes les communes,
- 2 SAD pratiquent « aide + soins » (ASD et CSD) dans tout Bruxelles
- 2 SAD disposent d'une cellule garde d'enfants malades (ASD et CSD), idem
- 1 service dispose d'une cellule titres-services (CFB), idem.



1.3. Cadre législatif

Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?

AUJOURD'HUI, QUI FAIT QUOI EN SANTÉ ET EN SOCIAL À BRUXELLES ?



ETAT FEDERAL : Santé publique et affaires sociales : M. DE BLOCK

Les 7 services d'aide à domicile relevant de la COCOF, les 5 centres de coordination ainsi que la Fédération (FSB) sont régis par :

- **Le Décret du 05 mars 2009** (M.B. du 08/05/2009) relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Il abroge l'A.R. du 23 mars 1995 (M.B. du 06/12/1995) ;
- **L'arrêté du 04 juin 2009** portant application du décret du 5 mars 2009 (M.B. du 22/07/2009).
- **L'Arrêté 2015/693 du Collège de la Commission communautaire française** relatif à la modification des montants forfaitaires par heure prestée octroyés à titre d'intervention dans les charges salariales des aides familiaux et ménagers et son **Annexe**
- **L'Arrêté 2015/932 du Collège de la Commission communautaire française** fixant le nombre maximum annuel d'heures de prestation admissibles dans les services d'aides à domicile bénéficiaires des subventions pour l'année 2015. Augmentation du contingent des services d'aide à domicile à partir du 1^{er} janvier 2015.
- **Le Décret du 20 juillet 2016** (M.B. du 08/09/2016) modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé et insérant des dispositions relatives aux institutions qui ont fait le choix de la Commission communautaire française suite à la Sixième Réforme de l'Etat.

Les 17 services relevant de la COCOM sont régis par :

- **L'ordonnance du 7 novembre 2002** (M.B. du 27/11/2002) relative aux centres et aux services de l'aide aux personnes
- **L'arrêté du 25 octobre 2007** (M.B. du 01/02/2008) relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile. Il abroge l'arrêté du 1^{er} août 1975
- **L'arrêté du 30 août 2012** (M.B. du 19/09/2012) déterminant les contingents et le nombre d'heures rémunérées prises en considération dans la subvention pour les aides familiaux ou senior et les aides ménagers des services d'aides à domicile
- **L'arrêté du 20 décembre 2016** (M.B. du 26/10/2017) fixant la répartition des heures non utilisées aux contingents de l'année 2015 pour les aides familiaux ou seniors des services d'aide à domicile.

Le service relevant de la Région flamande est encore toujours réglementé par :

- **L'arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 1997** (M.B. du 29/11/1999) réglant l'agrément et le subventionnement des services d'aide aux familles et aux personnes âgées. Le volet du subventionnement avait été modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 24 mars 1998 (M.B. du 12/05/1998)
- **Le Décret du 13 mars 2009** sur les soins et le logement («Woonzorgdecreet») qui remplace le 'Thuiszorgdecreet' (décret sur les soins à domicile) du 14/07/1998, et le 'Ouderendecreet' (décret relatif aux structures destinées aux personnes âgées) du 5/3/1985
- **Et ses arrêtés d'exécution du 24 juillet 2009** relatifs à la programmation, aux conditions d'agrément et au règlement en matière de subventions des structures de soins à domicile et des associations d'usagers et d'aidants proches.

Autres Législations régissant le secteur

- **L'Accord Non-Marchand COCOF du 22 décembre 2010** portant, entre autres, la création de l'asbl paritaire ABBET - Association bruxelloise pour le bien-être au travail.

1.4. Rôles et missions de la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile

A la fois fédération d'employeurs et fédération de services, la FSB a pour objet :

- d'assurer la représentation et la défense des services auprès des autorités publiques, organismes représentatifs compétents et autres groupements d'employeurs;
- d'informer les services de leurs droits et obligations découlant des dispositions fédérales, communautaires et régionales;
- d'être un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics dans l'élaboration d'une politique de l'aide à domicile en Région de Bruxelles-Capitale ;
- de défendre et valoriser les métiers liés à l'aide à domicile.

Elle peut aussi :

- créer, organiser et gérer des activités d'information, de documentation, de formation ;
- organiser des rencontres, conférences, cycles d'étude(s), au niveau régional, national ou international ;
- développer une coordination interservices ainsi qu'une coordination avec les autres organismes de la Santé, de l'Action sociale, de la Famille et de la Cohésion sociale, sans exclure d'autres partenaires.¹⁵

Au-delà de la défense des services, la FSB défend un secteur, celui de l'aide à domicile.¹⁶

Quels contenus donner à l'aide à domicile, ses limites, quels enjeux autour du vieillissement, comment approcher les nouvelles réalités sociales et faire échos de l'évolution des besoins de nos bénéficiaires, comment concrétiser l'interaction et la complémentarité des métiers, comment rendre les formations adéquates, comment soutenir les responsables de service, quels soutiens pour les travailleurs face à l'épuisement, comment articuler la prévention, l'accompagnement et l'écoute, comment rendre plus visible le travail du secteur, quelle coordination entre l'aide et les soins, entre le résidentiel et le domicile, quelle vision stratégique pour le maintien à domicile dans une ville au pouvoir subsidiant tricéphale... ? Ces problématiques et bien d'autres font notre quotidien, nous bousculent, nous font avancer dans un processus de réflexion à long terme mais aussi dans l'urgence. Ces facettes s'entremêlent et en abordant l'une, c'est garder à l'esprit les autres. Voilà notre expérience.

Alors que le repli individuel et sécuritaire fissure le lien social, nous défendons le bénéficiaire, personne sujet de son histoire, libre dans ses choix de vie, légitime dans sa recherche de dignité. La poursuite de ces valeurs est une nécessité inconditionnelle pour la fédération que nous sommes.

Un des maillons essentiels au cœur de notre action est le travailleur qui permet ce travail. L'aide familial et ménager, l'assistant social, l'équipe encadrante, ce sont des professionnels qui travaillent en équipe.

L'aide familial et l'aide ménager interviennent toujours dans le cadre d'un plan d'aide qui est évalué au fil des prestations et réunions d'équipe. Pourquoi devons-nous trop souvent expliquer que les actes de la vie journalière accomplis par les aides ne sont pas de simples gestes qu'un monsieur-et-madame-tout-le-monde pourrait faire ?

¹⁵ Article 3 des statuts de la FSB, modifiés le 23 juin 2016, M.B. 13/07/2016.

¹⁶ Extrait du discours de Dominique van Lierde à l'occasion des 10 ans de la FSB, juin 2015.

Dans cet univers urbain qu'est Bruxelles, notre secteur est profondément multiculturel, de par la population aidée comme par ses travailleurs. Le cocktail fonctionne. Il est générateur de nouveaux et subtiles équilibres et d'échanges renouvelés de pratiques professionnels. La FSB est traversée par ces courants, bien plus, elle en nourrit la réflexion et l'action.

En relisant des écrits et des rapports de ces dernières années sur le secteur de l'aide à domicile, nous sommes frappés par la permanence des questions et des problématiques, comme si rien n'avait changé.

Les pouvoirs politiques ont une responsabilité vitale dans le maintien d'une approche non-marchande du secteur de l'aide. Et investir dans l'aide à domicile, c'est tisser un filet préventif au profit de tout un chacun, car la maladie, le vieillissement, la fragilité nous frappent, ou frapperont, un jour ou l'autre, l'un de nos proches ou nous-mêmes.

La FSB doit poursuivre la défense de l'aide à domicile, le développement de ses champs d'action, le recul de ses limites, l'acquisition de plus de professionnalisme avec des moyens humains complémentaires et le renfort des collaborations et des synergies avec ses partenaires.

1.5. Rôles et missions de la FCCSSD

Pour les professionnels de la coordination, le patient est situé à l'épicentre de l'action, en collaboration avec les proches et les différents intervenants du domicile.

La longue expérience des centres de coordination dans la mise en place de services d'aide et de soins, nous a permis de constituer un réseau dense de compétences particulières régies par différents cadres et arrêtés.

2. L'évolution des demandes d'aide à domicile

2.1. Le nombre de dossiers traités

Les chiffres recueillis sont incomplets donc peu représentatifs de l'activité réelle des SAD.

	Echantillon Nbre de services	Dossiers traités
2013	8	1.583
2014	11	1.885
2015	10	1.916
2016	15	3.173

De plus, pris isolément, ce paramètre ne donne aucune indication quant au nombre de prestations, leur durée et leur fréquence.

2.2. L'origine des demandes

La majorité des demandes provient du bénéficiaire lui-même ou de son entourage proche ($\pm 60\%$).

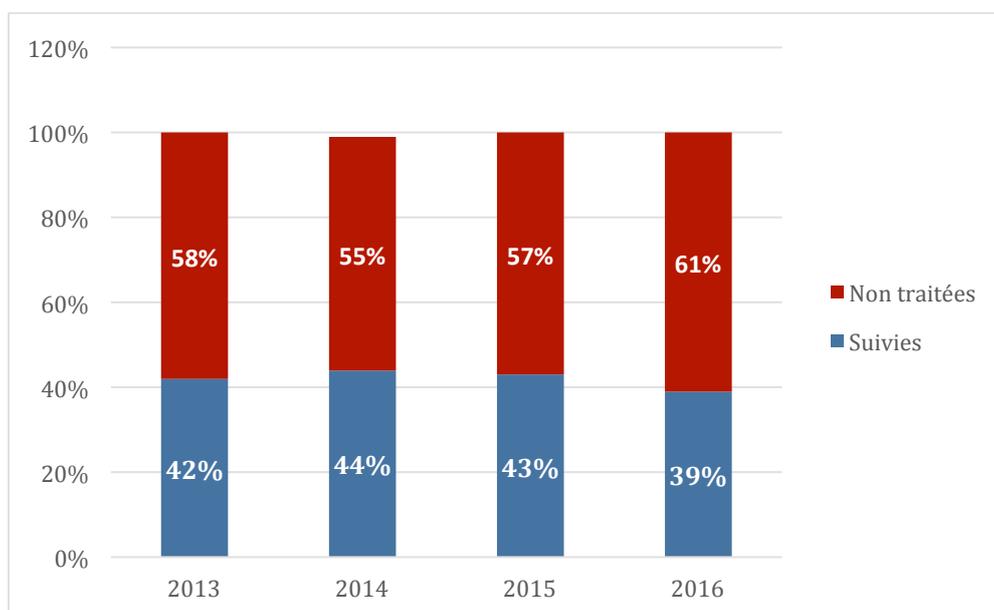
Les demandes effectuées par des services extérieurs (services sociaux et services de santé) ne représentent que 40%.

Echantillon de 15 services (de 2012 à 2016)	Origine des demandes	%
Bénéficiaire	553	28,6%
Famille et entourage	556	28,8%
Services sociaux	313	16,6%
Services Santé	426	21,6%
Autres Services	85	4,4%
Total	1.933	

2.3. Le nombre de nouvelles demandes d'aide et de soins à domicile

Les chiffres, même incomplets sont interpellant. Si l'on examine le tableau, on se rend compte que quelle que soit la taille de l'échantillon, le taux de demandes traitées représente $\pm 40\%$ du nombre de demandes reçues, et les demandes non traitées, $\pm 60\%$, ce qui peut paraître énorme et retient notre attention. Quelle est donc la nature de ces demandes sans suite ? Voir point suivant.

	Echantillon Nbre de services	Demandes Reçues	Suivies	%	Non traitées	%
2013	4	877	366	42%	511	58%
2014	8	1.623	722	44%	901	55%
2015	9	1.725	747	43%	978	57%
2016	22	4.340	1.732	39%	2.608	61%



2.4. La nature des demandes sans suite

Les demandes non traitées résultent le plus souvent de leur inadéquation. Par exemple, la recherche d'une aide ménagère titre-service.

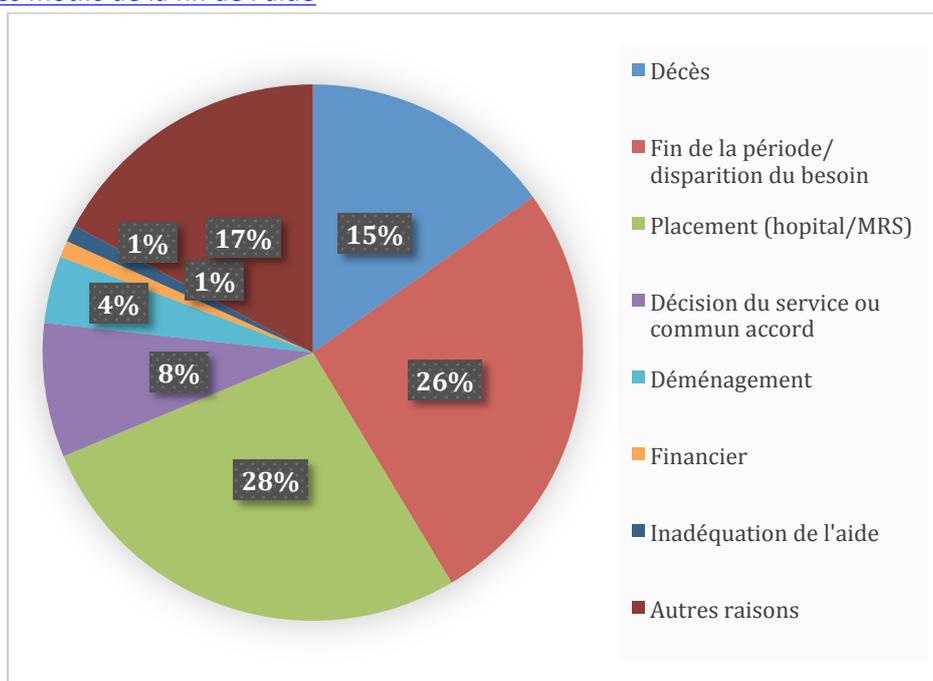
Avec un contingent d'heures à atteindre, les services soulignent qu'ils ne refusent que rarement une nouvelle demande d'aide.

Il peut arriver que le début de l'aide soit différé parce qu'il y a saturation. Certains services ont résolu cette difficulté par la mise en place d'une cellule d'urgence.

Echantillon : 8 services (de 2012 à 2016)	Nombre	%
Se tourne vers d'autres services	315	22,7%
Inadéquation du service par rapport au besoin	307	22,1%
Pas de réponse ou en réflexion	275	19,8%
Refus par le bénéficiaire ou renonciation	242	17,4%
Annulée	120	8,6%
Placement	83	6,0%
Financier	23	1,7%
Refus par le service	13	0,9%
Décès	10	0,7%
Déménagement	3	0,2%
Total	1391	

- Les demandes annulées font, le plus souvent, suite à une disparition du besoin.
- Le refus par le service se produit lieu lorsque le demandeur n'est pas dans les conditions ou ne se soumet pas à l'enquête sociale.

2.5. Les motifs de la fin de l'aide



Echantillon : 11 services (de 2012 à 2016)	Nombre	%
Décès	241	16%
Fin de la période/disparition du besoin	403	26%
Placement (MR/MRS)	422	27%
Décision du service ou commun accord	123	8%
Déménagement	63	4%
Autres raisons (financière, inadéquation, ...)	313	19%
Total	1565	

- Décision du service ou commun accord : en cas d'absence de coopération, de conflit, d'absences du bénéficiaire, du non-respect de la convention, ou souci d'organisation du service
- Autres raisons : les autres motifs sont la mise en place d'un service de garde, la guérison, la prise en charge par la famille, le recours aux titres-services et les renoms sans motifs évoqués.

3. Evolution du nombre de demandes traitées par les centres de coordination

On constate un accroissement régulier pour l'ensemble du secteur (5 services) des centres de coordination.

	Nombre de demandes traitées
2013	15.297
2014	15.328
2015	15.569
2016	16.631

Depuis cinq ans, les demandes de coordination (mise en place de minimum 2 services - social et santé) ont augmenté, mais également le nombre de demandes simples, c'est-à-dire les demandes pour un seul soin ou un service. Cette tendance ne risque pas de s'estomper si l'on envisage l'augmentation de l'espérance de vie, l'anomie des grandes villes, les raccourcissements des durées d'hospitalisation.

Chapitre 3 – Analyse de l’adéquation de l’offre du secteur en réponse aux nouvelles problématiques sociales et de santé

➤ En Adéquation

1. Une même Ministre en COCOF et COCOM

A l’issue des dernières élections régionales, et pour la 1^e fois, nous avons une même Ministre. Ce choix politique a soulevé beaucoup d’espoir dans le secteur de l’aide à Bruxelles. Ce que nous affirmions depuis des années, l’aberrance de réglementations différentes sur le territoire bruxellois et ses conséquences néfastes auprès des populations trouvait écho auprès des décideurs politiques.

Un travail de rapprochement entre les deux réglementations a été entamé et si nous soulignons l’adéquation de cette démarche, aussi timide soit-elle, c’est parce que nous estimons que c’est la seule voie possible pour développer l’aide à domicile dans ce tissu urbain bruxellois et répondre aux besoins des plus démunis.

Recommandation : Maintenir le principe d’un.e Ministre commun.e afin d’assurer la continuité du travail d’harmonisation des secteurs COCOF et COCOM de l’aide à domicile

2. Les réseaux transversaux et les partenariats

Le travail se diversifie, le public aussi. Le temps où chacun cultivait son pré-carré professionnel devient obsolète. Force est de constater que l’avenir appartient et appartiendra à ceux qui développent des synergies souples, des partenariats bien pensés où chacun a sa place dans le travail social. La marche est en cours, par souci d’efficacité, par nécessité financière, par besoin d’appréhender l’individuel et le collectif dans un jeu de nouvelles pratiques professionnelles.

Recommandation : Donner les moyens à l’IFA de renforcer son rôle de coordination de l’intersectorielle ainsi que son rôle de facilitateur d’échanges

3. Les Projets mis en place pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées

La créativité bat son plein quoique laisse penser la morosité ambiante. Il s’agit ici de donner un sens aux relations humaines et telle la rivière qui trouvera toujours son lit, la vitalité des aides familiaux, ménagers, assistant sociaux et responsables rebondit dans de nouveaux projets soucieux de rompre l’isolement de nos aînés en particulier.

A titre d’exemple, mais loin d’être exhaustif :

- Lecture à domicile, en collaboration avec la bibliothèque communale
- Mise en place d’un service « grandes courses » (sous différentes formes suivant les services)
- Organisation d’une tournée « eau » pendant les grandes chaleurs
- Invitation aux activités d’un centre de jour (plusieurs services)
- Apprentissage de l’outil informatique au domicile des bénéficiaires
- Création d’un poste de « Mr Bricolage » à domicile, pour les petits travaux

- Organisation d'activités récréatives : buffet dansant, karaoke, excursions et même voyage annuel, cours de gym, etc.

Recommandation : Encourager, soutenir les initiatives et financer les projets qui demandent à l'être

4. Quelques Projets mis en place pour pallier la réduction des séjours hospitaliers

Plusieurs projets ont vu le jour, le plus souvent en partenariat avec des hôpitaux et des services de soins. Citons, entre autres :

- La création d'une cellule d'aide à domicile dédiée aux interventions d'urgence
- L'hospitalisation à domicile (HAD)
- L'accouchement à domicile et les soins pré- et postnataux dispensés par des sages-femmes
- La surveillance de nuit (passage d'un infirmier une ou plusieurs fois la nuit).

➤ **En Inadéquation**

1. L'infrastructuration de la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile

Son manque de moyens financiers l'empêche de porter adéquatement les objectifs qu'elle s'est donnés. A terme, il est vital pour un secteur d'être porté par un groupement qui fédère l'ensemble de ses services, élargit sa visibilité.

Les Pouvoirs subsidiant attendent des fédérations qu'elles jouent un rôle de relais auprès des services d'aide à domicile tant pour la récolte d'informations que pour la transmission d'informations. Les fédérations contribuent également de façon proactive à la réflexion sur l'évolution du secteur, sur l'évolution des besoins et des métiers. Ces missions requièrent des ressources humaines et financières de plus en plus importantes au sein des fédérations d'employeurs, ressources dont nous ne disposons pas. **Relevons que la FSB ne compte toujours que 2 travailleurs (1,5 ETP) !**

Recommandation : Accorder des moyens financiers supplémentaires à la FSB grâce à des budgets en initiative COCOF et COCOM

2. Le Contingent d'heures

L'organisation du travail s'est articulée autour d'un contingent d'heures. Ce contingent est devenu le socle de référence qu'il est inadéquat aujourd'hui de remettre en question.

En revanche, là où l'inadéquation est criante, c'est dans le blocage du contingent. Il doit évoluer.

Qui n'avance pas, recule ! Sans ce développement, le secteur de l'aide à domicile perd du terrain au profit de pratiques concurrentes déloyales où nous sommes tous perdants, où le court terme occulte les enjeux liés à la dépendance, la pauvreté, la solitude, le vivre ensemble.

Recommandation : Appliquer une norme structurelle de croissance du contingent, annuelle ou pluriannuelle

3. La politique des appels à projets¹⁷

Les secteurs de l'aide et des soins à domicile sont au cœur de nombreux appels à projet, chaque année. Mais nous observons que la gouvernance par appel à projets affaiblit le secteur, provoque parfois une concurrence entre les acteurs du secteur, précarise le personnel des services, et tend à favoriser les grandes associations qui déploient leurs activités dans plusieurs secteurs.

Parallèlement, Les exigences légales s'accumulent comme si le temps était extensible, dans un monde « schizophrénique » où nous devons produire plus sans une structure administrative suffisante.

Recommandation : Limiter la pratique des appels à projets aux missions complémentaires des associations

Recommandation : Maintenir une COCOF accessible et soutenante

4. L'absence de valorisation des métiers de l'aide à domicile

... Et son corollaire : la méconnaissance de la part du grand public et d'une large frange de professionnels de ce qu'est le secteur de l'aide à domicile, des métiers qui le composent et des services proposés aux habitants de Bruxelles.

Recommandation : Co-Financer une campagne régionale d'information avec le Fonds social des Aides familiales : Spots radio, publireportages dans la presse magazine, etc.

Recommandation : Redonner du sens aux mots pour une meilleure compréhension de la part du public (ex. : aide « familiale » pour désigner un secteur et un métier dont l'objet a changé ou « soins » pour qualifier « aide », comme illustré, ou encore « coordination », un mot qui demanderait une labellisation COCOF)



Pages d'Or, Google : la Fédération « d'Aide » est rubriquée en « Service de soins » !

¹⁷ Alain WILLAERT, "Gouverner par appel à projet, dompter l'associatif, BIS+, 06/06/2016.

Recommandation : Octroyer un laissez-passer aux aides familiaux chargés des formalités administratives, afin qu'ils aient un accès direct aux guichets des organismes publics

Sources

A. Rapports d'activité de nos services membres

1. Aide à Domicile de Koekelberg (ADK), Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
2. Aide aux Familles de Schaerbeek, Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
3. Aide aux Seniors Bruxellois, Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
4. Aide et Soins à Domicile de Bruxelles, Rapport d'activité 2012, 2013, 2014, 2015, 2016
5. Aides Familiales et aides Seniors de Ganshoren, Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
6. Centre Familial de Bruxelles, Rapport d'activité 2013, 2015, 2016 du Service d'aide à domicile
7. CSàD Bruxelles, Rapports d'activité 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016
8. Familiehulp, Jaarverslag 2015, 2016
9. Gammes asbl, Rapport d'activité 2016
10. Maison de la Famille asbl, Rapport d'activité 2014, 2015, 2016
11. Service d'aide aux familles du CPAS d'Anderlecht, Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
12. Service d'aide aux familles du CPAS d'Auderghem, Rapport d'activité 2016
13. Service d'aide aux familles du CPAS de Berchem-Ste-Agathe, Rapport d'activité 2016
14. Service d'aide aux familles du CPAS de Bruxelles, Rapport d'activité 2016
15. Service d'aide aux familles du CPAS d'Etterbeek, Rapport d'activité 2013, 2014, 2016
16. Service d'aide aux familles du CPAS d'Evere, Rapport d'activité 2015, 2016
17. Service d'aide aux familles du CPAS de Forest, Rapport d'activité 2016
18. Service d'aide aux familles du CPAS d'Ixelles, Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
19. Service d'aide aux familles du CPAS de Jette, Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
20. Service d'aide aux familles du CPAS de Molenbeek-Saint-Jean, Rapport d'activité 2014, 2015, 2016
21. Service d'aide aux familles du CPAS de Saint-Gilles (Collectif Violette), Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
22. Service d'aide aux familles du CPAS d'Uccle, Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
23. Service d'aide aux familles du CPAS de Woluwe-Saint-Lambert, Rapport d'activité 2014, 2015, 2016
24. Service d'aide aux familles du CPAS de Woluwe-Saint-Pierre, Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016
25. Service familial de la Commune d'Uccle, Rapport d'activité 2013, 2015, 2016
26. Vivre chez Soi asbl, Rapport d'activité 2013, 2014, 2015, 2016

B. Ouvrages consultés

1. « Action communautaire en Santé, un outil pour la pratique », Fédération des Maisons Médicales, SACOPR, CLPSCT - 2012
2. Confédération Bruxelloise des Entreprises Non Marchandes asbl, Rapports d'activité
3. De Henau, J., Meulders, D., Zasunayski, E., « Home sweet home ! Au chevet des politiques de maintien à domicile dans la Région de Bruxelles-Capitale », Ed. du DULBEA asbl, 2003
4. « Etude de programmation pour Bruxelles, recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées » - Vrije Universiteit Brussel – Kenniscentrum Woonzorg Brussel, 2012

5. « Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final », Centre de recherches politiques et systèmes de santé – santé internationale - Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique – Septembre 2012
6. FASD, FCSD, FSB, Fédodom, « Mémoire fédération », Elections Européennes, Fédérales, Régionales du 25 Mai 2014
7. FSB asbl, Rapports d'activité 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016
8. FSB asbl, Rapport sectoriel 2005-2008, Rapport sectoriel 2009-2012
9. Léonard, L., & Van Daele, A. (2004). Proxima : vécu et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. Etat des lieux en Région de Bruxelles-Capitale. Rapport, UMH, Mons
10. Pour la Solidarité asbl, Rapport d'activité 2014, 2015, 2016
11. « Services de proximité & nouvelles technologies : une union prometteuse pour l'économie plurielle », Etudes & Dossiers de la Solidarité, PLS, Septembre 2012
12. « Vieillir, mais pas tout seul », Enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique, Fondation Roi Baudouin – Mars 2012, 166 pages

C. Revues sectorielles et intersectorielles

1. **Contact**, revue trimestrielle de la FASD, 2012-2017, n° 131 à 150
2. **Infomedom**, lettre mensuelle d'information de la FEDOM, 2012-2017
3. **Bis**, revue bimensuelle du CBCS, 2010-2017 ; en particulier le nr 162 (octobre 2010) « Vieillir, un projet de vie » et le nr 171 (juillet 2014) « Politiques sociales fragmentées » (pages 29 à 40)

D. Articles de presse- Webographie

1. Alain WILLAERT, "Gouverner par appel à projet, dompter l'associatif, BIS+, 06/06/2016.
2. <http://www.lesoir.be/archive/recup/1500458/article/actualite/belgique/2017-05-10/86-des-octogenaires-sont-satisfaits-leur-vie-actuelle>
3. <http://plus.lesoir.be/93831/article/2017-05-11/3-octogenaires-sur-4-vivent-encore-domicile>
4. <http://www.lesoir.be/archive/recup/911071/article/soirmag/bandeau-soirmag/2015-06-17/seniors-belges-pas-egaux-face-aux-soins-sante>
5. Le « bien vieillir » en Wallonie : Une approche intersectorielle, non marchande et positive du vieillissement (<http://www.unipso.be/spip.php?rubrique112>)
6. Maladies chroniques, <http://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/observatoire-maladies-chroniques.aspx>
7. Stéphanie DEVLESAVER, CBCS asbl, "Réseaux 107 et équipes mobiles de crise : quel travail pour quelle vision de la santé ?", <http://www.cbcs.be/Reseaux-107-et-equipes-mobiles-de>

E. Actes de colloques et événements

1. Les premières Assises des Travailleurs sociaux, FEDOM, 29/09/2016, pour les travaux et les actes, voir <http://www.fedom.be/content/assises-des-travailleurs-sociaux>
2. Les défis de la collaboration interprofessionnelle, colloque organisé par la FASD, 14/10/2016 <http://www.aideetsoinsadomicile.be/fr/suite-colloque-defi-de-la-collaboration-interprofessionnelle>
3. « Une société vieillissante : nouveaux défis éthiques », Colloque organisé par la Ville de Bruxelles, le Centre d'Action Laïque et le Service Laïque d'aide aux Personnes, 17/11/2017
4. « Rendre visible l'invisible », Actions autour de la journée contre la pauvreté, 17/10/2017