



**AIDE & SOINS
A DOMICILE**

Élections 2024

Mémorandum de la Fédération de l'Aide et des Soins à Domicile

⇒ **4 priorités** en lien avec l'urgence face à laquelle les services d'aide et de soins à domicile se trouvent.

Page 1

⇒ **Notre vision** pour une politique de santé et du bien-être à domicile respectueuse du choix et des besoins de chacun tout au long de son parcours de vie

Pages 2 à 7

⇒ **46 actions** politiques à entreprendre dans le cadre de cette vision identifiées par enjeux et par niveau de pouvoir

Pages 8 à 13

1. QUATRE PRIORITÉS FACE À L'URGENCE VITALE

Le besoin de personnel qualifié, la recherche d'un service de qualité accru assuré par la multidisciplinarité, l'assurance d'une accessibilité financière aux services pour tous citoyens, ou encore le renforcement, la simplification et la stabilité des financements sont autant d'enjeux qui restent au cœur de notre message à destination des prochains gouvernements fédéraux et des entités fédérées. Toutefois, encore davantage que lors des mémorandums précédents, les services d'aide et de soins à domicile sont aujourd'hui face à une **situation critique** sur plusieurs de ces enjeux qui ne fait que renforcer l'**urgence de disposer d'une véritable vision politique** sociale et de santé et de l'investissement financier lié. Les actions à prendre de toute urgence sont :

1. Un **financement** plus adapté et pérenne de l'ensemble des métiers de l'aide et des soins à domicile. L'énergie mobilisée par la complexité et l'imprévisibilité de celui-ci pourrait l'être au profit des missions premières des services, de l'innovation, de l'amélioration continue du service rendu à la population et des conditions de travail. En soins infirmiers, la priorité se situe sur la révision du mécanisme d'indexation des honoraires ainsi que le dégagement de budgets supplémentaires permettant de couvrir certains actes actuellement non-rémunérés ou sous-rémunérés. Dans l'aide à la vie journalière, l'enjeu est la simplification dans la gestion et la pérennisation des métiers actuellement financés par des montages complexes entre des aides à l'emploi et des subventionnements complémentaires. Au-delà de leur complexité, les moyens octroyés pour les métiers de garde à domicile et d'aide-ménagère sociale sont inférieurs au coût de l'emploi et ne couvrent pas leur encadrement social et administratif.
2. Une **accessibilité aux services d'aide et de soins équitables pour tous les citoyens**, ce qui suppose que l'intervention financière sollicitée auprès des bénéficiaires soit socialement juste. L'accessibilité pour tous induit aussi le fait de pouvoir disposer d'une **offre en adéquation avec la demande**. Cela passe par une trajectoire budgétaire pluriannuelle en adéquation avec les besoins sociétaux et l'évolution démographique.
3. Une **disponibilité sur le marché de l'emploi de professionnels qualifiés en suffisance** aussi bien pour les métiers de l'aide que ceux des soins de santé. En effet, l'ensemble des enjeux d'offre, d'accessibilité ou encore de contribution aux défis d'autres secteurs (HAD, ...) ne pourront être relevés sans avoir par ailleurs réglé le problème de pénuries. Celle-ci est aujourd'hui une réalité, inquiétante, aussi bien pour les métiers d'infirmier que d'aide familial et aide ménager !
4. Une **transversalité entre les secteurs du domicile** (service d'aide aux familles et aux aînés, soins infirmiers, télévigilance, aménagement du domicile, ...) mais également entre la première ligne et d'autres secteurs de la deuxième ligne (MR – MRS, revalidation, hôpitaux, ...). Au sein du secteur du domicile, l'**approche intégrée** des services aux citoyens doit être favorisée, notamment en mettant en œuvre les protocoles d'accord d'aide et de soins. Dans l'articulation et la **collaboration entre l'ensemble des acteurs** de la 1^{ère} ligne, mais également de la 2^{ème} ligne, d'aide et de soins, une réflexion en profondeur doit se faire, y compris sur les budgets de l'ensemble et leur allocation. Alors que la durée des séjours hospitaliers ne cesse de diminuer, qu'on encourage l'hospitalisation à domicile, qu'on multiplie la mobilisation des acteurs de la première ligne autour des enjeux de désinstitutionnalisation et de parcours de vie, ... la pérennisation et le renforcement des services à domicile apparaît comme indispensable pour garantir la continuité des soins et le bien-être des citoyens concernés.

2. NOTRE VISION POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE À DOMICILE RESPECTUEUSE DU CHOIX ET DES BESOINS DE CHACUN TOUT AU LONG DE SON PARCOURS DE VIE.

L'évolution des politiques de la santé, du bien-être et du maintien à domicile n'est plus un défi majeur de demain mais est devenu une réalité à gérer au quotidien. Si nous posions déjà ce constat en introduction de notre memorandum 2019, les crises sanitaires et géo-politico-économiques vécues ces dernières années n'ont fait que renforcer l'urgence de disposer d'une véritable vision politique sociale et de santé, et d'un investissement majeur dans ces secteurs vitaux, pour les citoyens mais également pour l'ensemble des professionnels actifs dans le secteur du domicile.

L'urgence financière, notamment en soins infirmiers à domicile, ne fait que s'accroître et nécessite une action rapide et durable. Au-delà de celle-ci, conscients que les moyens financiers manquent et que les moyens en personnel sont insuffisants dans l'organisation actuelle, nous souhaitons nous positionner dans une approche globale, constructive et de longs termes de réponse aux demandes croissantes d'aide et de soins à domicile. Dans les pages qui suivent, nous partageons nos **réflexions et propositions pour une politique de santé et de bien-être à domicile respectueuse du choix et des besoins de chaque citoyen.** Cette vision s'articule autour de deux grands principes :

- Un modèle d'**offre d'aide et de soins intégrée** au sein de laquelle chaque métier est reconnu pour sa haute valeur sociétale ajoutée et réalise son action en étroite collaboration avec les autres acteurs du domicile.
- Une **garantie de service de qualité**, pour le bénéficiaire comme pour le travailleur, et **accessible à tous**

2.1. UNE OFFRE D'AIDE ET DE SOINS INTÉGRÉE

Le secteur de l'aide et des soins connaît ces dernières années des évolutions importantes. Les métiers existants se développent et de nouvelles professions apparaissent. L'institutionnalisation ou l'hospitalisation ne sont plus des réponses uniques à des problèmes de santé ou de dépendance. La tendance est même à la désinstitutionnalisation ainsi qu'à la limitation des durées de séjours hospitaliers. De plus, les besoins de la population à domicile se renforcent : accompagnement des personnes en fin de vie, soutien aux personnes en situation de handicap, alternative à l'hospitalisation, répit pour les aidants proches... Une volonté forte rassemble ces évolutions : **répondre plus et mieux aux besoins socio-sanitaires précis et garantir un maintien à domicile de qualité** à un coût acceptable pour la collectivité.

L'intégration de l'aide et des soins à domicile offre une réponse la plus complète possible aux besoins de la population. Pour une action efficace, les différents professionnels de l'aide et des soins doivent **se connaître, se reconnaître** dans leurs tâches, leurs compétences, leurs limites aussi. Ils doivent **cheminer ensemble** en affirmant leurs identités, tout en acceptant la complémentarité de leurs métiers. L'action menée doit aussi donner une place essentielle à la **coordination des soins et de l'aide à domicile** pour toutes les situations qui la requièrent. Le tout se faisant dans une ouverture et une complémentarité avec les autres acteurs du domicile mais également des autres lieux de vie.

2.1.1. La reconnaissance de la haute valeur sociétale ajoutée de chaque métier du domicile

L'entrée dans la dépendance se marque souvent par des besoins d'**aide à l'entretien ménager** auxquels répondaient les aides familiales. Petit à petit, ces tâches sont sorties du giron du métier de l'aide familiale ce qui permet à ces dernières d'agir là où elles sont les plus utiles à la population. Ainsi, face à cette évolution et au danger d'une marchandisation de l'aide aux personnes faiblement dépendantes, le métier d'aide-ménager social s'est distancé 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 (mais toujours en attente d'une publication officielle), financement complémentaire spécifique, intégration dans un contingent mixte avec l'aide familiale sur Bruxelles, possibilité de transition professionnelle du métier d'aide-ménager vers celui d'aide familiale, prise en compte du métier et de ses spécificités dans les réflexions relatives à l'assurance autonomie wallonne (normes d'encadrement, financement, barèmes contributeurs, articulation entre les métiers, ...). Lors de la crise COVID, les aide-ménagers sociaux ont démontré également toute l'**importance de leur rôle social et de prévention** en étant parfois les seules personnes de contact et de relais pour de nombreux citoyens isolés. Malheureusement, certaines décisions et communications des pouvoirs publics ces dernières années, et plus spécifiquement lors de la crise COVID, nous démontrent qu'il est encore nécessaire de travailler à la reconnaissance et valorisation de ce métier, de ses spécificités et de sa place dans le paysage de l'aide aux personnes.

Au quotidien, le manque de capacité de réponse à des demandes de gardes temporaires pour une durée plus longue (matinée, après-midi, nuit, ...) est criant et nombre de personnes sont contraintes de passer par des solutions qui sont du registre de la débrouille ou pire encore. Tout comme pour l'aide ménager, le métier de **garde à domicile** doit **trouver sa place comme métier à part entière** avec un cadre de financement par les pouvoirs publics et les bénéficiaires, une norme d'encadrement social financée et un parcours de formation qui développe la qualification des personnes.

Au fond, il s'agit simplement de renouveler ce que la Belgique a réussi à créer avec le métier d'aide familiale : développer à grande échelle et à partir d'un niveau de qualification accessible à une très grande partie de la population des compétences pointues. La Belgique est le seul pays au monde doté d'un corps professionnel de plusieurs milliers d'**aides familiales** capables de dispenser des tâches d'aide à la vie journalière, mais aussi des soins d'hygiène ou des soins relationnels pour les personnes désorientées. Cette ressource, nous devons l'exploiter en plein **en permettant à ces professionnels de réaliser les tâches les plus complexes de leur métier**. Ce faisant, nous permettrons à toute une série de personnes d'accéder aux métiers d'aide ménager et de garde à domicile. Nous permettrons également aux praticiens de l'art infirmier de se concentrer sur les tâches et les actes qu'ils sont les seuls à pouvoir réaliser avec une qualité de soins élevée.

Comme les métiers de l'aide, le métier d'**infirmier** est appelé à connaître son évolution. Contrairement à bon nombre de pays européens, cette fois, nous sommes à la traîne et continuons à structurer le métier sur sa dimension d'actes. Il est urgent de **reconnaître la dimension intellectuelle, les rôles de prévention, d'empowerment du patient, de coordination des soins**, ... du métier d'infirmier et d'en tirer les conséquences pratiques qui s'imposent. De nouvelles pratiques, des actes intellectuels, de nouveaux actes liés aux besoins actuels de la population, en particulier la population âgée, les malades chroniques, les bénéficiaires dans le cadre des trajets de soins ou dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation (HAD, ...) doivent être créés. La réalité du métier d'infirmier à domicile doit trouver sa place à côté de celle d'infirmier en institution car ce sont deux réalités qui ont leurs particularités.

2.1.2. La collaboration interprofessionnelle

Fort de notre expérience de service offrant à la fois des prestations soins infirmiers et des aides à la vie quotidienne, nous plaillons pour que la **collaboration interprofessionnelle** s'accroisse afin de permettre à chaque professionnel d'apporter le maximum de qualité, de valeur ajoutée à l'offre d'aide et de soins. Cette intention est au cœur du protocole d'accord, dont plusieurs versions ont été signées entre 2009 et 2019, entre l'État Fédéral et les entités fédérées concernant la relation entre les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile. Ce protocole est un premier pas pour clarifier les spécificités et les rôles de chaque professionnel de l'aide et des soins, dans le respect de l'identité de tous et de chacun, et dans le souci de complémentarité des métiers. Il nécessite maintenant d'être traduit en mesures concrètes permettant d'opérationnaliser la subsidiarité de certains actes actuellement réservés aux praticiens de l'art infirmier vers les professionnels de l'aide.

2.1.3. Une coordination des acteurs du domicile

Par ailleurs, face à une situation complexe nécessitant des interventions multiples et de l'interdisciplinarité, une **coordination des acteurs intervenant au sein du domicile** s'avère être une plus-value, voire indispensable. Cette notion de coordination était d'ailleurs au centre des enjeux pointés par les démarches Proxisanté en Région Wallonne et de réforme de la première ligne en Région Bruxelloise. Nous voyons dans les centres de coordination, actifs depuis déjà de nombreuses années sur le terrain, une réponse à cet enjeu, qu'il convient dès lors de valoriser, faire évoluer et renforcer. Les **centres de coordination** ont développé cette capacité rare de connaître tous les acteurs de l'aide et des soins sur une zone géographique et de pouvoir, en un temps très court, structurer un plan d'aide et de soins autour d'un bénéficiaire. Par ailleurs, la fonction de coordination s'avère également une ressource intéressante dans l'accompagnement des parcours de vie, et plus particulièrement lors de changement de lieux de vie. D'une part lors d'une désinstitutionnalisation, pour une sortie d'hôpital par exemple, la coordination assure la mise en place urgente au sein du domicile de la personne du dispositif multidisciplinaire nécessaire à la continuité des soins et la sécurisation de la personne. D'autre part, lors d'une institutionnalisation, notamment en maison de repos et de soins, la coordination contribuera à ce que ce changement de lieu de vie, parfois vécu comme un déracinement, puisse se passer de manière la plus sereine possible. Ces structures représentent dès lors un maillon essentiel dans la garantie de qualité des services offerts et l'adéquation de ceux-ci avec les besoins des bénéficiaires.

Au-delà de la fonction spécifique de coordination, chaque professionnel de l'aide et des soins doit pouvoir s'inscrire dans cette dynamique de concertation et de travail en réseau. Cela implique de pouvoir **bénéficier d'un temps spécifique, sans aide ou soin**, consacré à la communication, la coordination et la collaboration dans l'intérêt des bénéficiaires. Il nous apparaît indispensable, pour les métiers dont ce n'est pas encore le cas tel que les soins infirmiers, de prévoir un financement spécifique favorisant cette prise de temps qualitatif.

2.1.4. Une articulation plus étroite avec les autres secteurs

Cette dynamique d'offre intégrée vis-à-vis de la population doit également aller au-delà des services d'aide et de soins au sein du domicile. Ainsi, le conseil et l'aménagement du domicile, le prêt ou la vente de matériel adapté, l'installation d'outils d'assistance digitale et

de télévigilance, le transport non-urgent vers des lieux d'activités ou de soins, ... sont autant de composants d'une **réponse globale et efficiente** que nous devons être en capacité d'apporter aux besoins identifiés chez chacun des bénéficiaires faisant appel à nos services d'aide et de soins à domicile. Nous plaillons ainsi également pour que s'organise la **transversalité entre les secteurs** du domicile (service d'aide aux familles et aux aînés, soins infirmiers, télévigilance, aménagement du domicile, ...) mais également avec d'autres secteurs de la deuxième ligne (MR – MRS, revalidation, hôpitaux, ...). Au-delà des réflexions menées au sein des régions wallonne et bruxelloise autour des enjeux de la territorialisation de la première ligne, une réflexion en profondeur doit se faire sur cette transversalité entre les différents secteurs actifs dans l'actions sociale et la santé, y compris sur les budgets de l'ensemble et leur allocation.

2.2. DES SERVICES DE QUALITÉ ET ACCESSIBLES À TOUS

Garantir la qualité et l'accessibilité pour tous des services d'aide et de soins à domicile nous paraît essentiel pour plusieurs raisons.

Avant tout, ces services, de par leur présence et les réponses apportées aux besoins de chacun, permettent aux personnes âgées, en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap de rester maître de leur choix de vie, de continuer à rester au sein de leur lieu de vie, auprès de leurs proches, au cœur de leur vie sociale, et d'y rester, autant que faire se peut, actives.

Ensuite, ces services bénéficient également au répit et à la prévention auprès des aidants proches. Leur permettre de maintenir une activité professionnelle et/ou sociale tout en sachant que son proche est accompagné et en sécurité contribue à réduire la pression mentale et émotionnelle à laquelle ils sont soumis au quotidien. Le soutien psycho-social qu'apportent les professionnels du domicile, aussi bien à destination du bénéficiaire que de son entourage, est indéniable et a notamment été fortement souligné lors de la crise COVID.

Enfin, un accès à des services d'aide et de soins à domicile adapté à tous, et ce dès l'émergence des premiers besoins, permet d'éviter des dégradations prématurées de la santé, avec toute la suite des conséquences possibles – chutes, immobilisation, esquarres, isolement, dépression, ... – induisant des coûts plus conséquents à la fois pour la personne et pour la collectivité.

2.2.1. L'accessibilité pour tous

L'accessibilité des services à l'ensemble des personnes présentant des besoins en matière de soins de santé et/ou d'aide dans les actes de la vie quotidienne est un enjeu de société dont le degré d'urgence ne fait que s'accroître année après année.

Cette problématique de l'accessibilité est **avant tout financière**. La contribution sollicitée auprès des bénéficiaires pour de tels services vitaux doit être socialement juste. Or, pour les services d'aide familial par exemple, les barèmes de contribution des bénéficiaires n'a plus été indexé en Région wallonne depuis 1993, ce qui amène aujourd'hui près de 80% des citoyens sollicitant un service d'aide à domicile à payer le montant maximum, c'est-à-dire 7,81 € de l'heure. Nous ne pouvons que faire le constat jour après jour de bénéficiaire manifestant le souhait de diminuer le nombre d'interventions mensuelles et leur durée, voire d'y mettre purement et simplement fin, uniquement pour une incapacité d'assumer les factures.

Ensuite, l'accessibilité pour tous induit aussi le fait de pouvoir disposer d'**une offre en adéquation avec la demande**. Cela passe par une **trajectoire budgétaire** en adéquation avec les besoins sociétaux et l'évolution démographique mais également par une disponibilité sur le marché de l'emploi de **professionnels qualifiés en suffisance** aussi bien pour les métiers de l'aide que ceux des soins de santé.

Lors de la législature 2014-2019, la construction d'un projet d'assurance autonomie wallonne (et la réflexion similaire sur Bruxelles) avait pour ambition de permettre d'ajuster et de pérenniser le financement des trois métiers, de rendre plus accessible financièrement les services, d'augmenter la capacité des services à apporter la meilleure réponse aux besoins des bénéficiaires et de renforcer la complémentarité entre les métiers du domicile. Si ce projet n'a pu politiquement aboutir, les objectifs sociétaux derrière ce principe étaient malgré tout repris dans les déclarations de politique régionale des gouvernements actuels. Peu, voire pas selon les régions, d'actions ayant pu être entreprises en ce sens compte-tenu des crises s'étant succédées, nous ne pouvons qu'insister sur l'urgence qu'auront les prochains gouvernements régionaux à construire avec les acteurs de terrain une réponse à ces défis sociétaux.

En soins infirmiers, cette difficulté d'accessibilité réside également dans le fait que certains prestataires sélectionnent les actes qu'ils couvrent, et par conséquent leurs patients, en excluant ceux sous-financés.

Le renforcement, la simplification et la stabilité des financements des différents métiers du domicile, qu'ils dépendent du fédéral ou des entités fédérées, est un enjeu qui nous paraît majeur. L'énergie mobilisée par la complexité et l'imprévisibilité de ceux-ci pourrait l'être au profit des missions premières des services, de l'innovation, de l'amélioration continue du service rendu à la population et des conditions de travail.

2.2.2. Le modèle « salariés » comme modèle de qualité

C'est précisément dans l'optique de cette recherche de qualité de conditions de travail, persuadés que pour prendre soin des autres il faut avant tout pouvoir prendre soin de soi, que les services Aide & Soins à Domicile ont toujours privilégié un modèle organisationnel basé sur de l'emploi salarié. Pour des métiers pénibles, à risques et réalisés de manière isolée et en itinérance, ce cadre de travail leur permet en effet d'avoir une stabilité d'emploi, de pouvoir bénéficier de formations continues, d'être membre d'une équipe, de bénéficier d'un accompagnement spécifique (par une assistante sociale et/ou un infirmier chef), ... Ce cadre de travail et de soutien aux travailleurs contribue à son tour à la qualité des soins, des services, de l'accompagnement apportés aux bénéficiaires.

Malheureusement, les modes de financements actuels, notamment en soins infirmiers, ne sont pas adaptés à ce modèle organisationnel et aux coûts qui y sont liés. L'effet actuel est d'ailleurs contraire avec une pression « de rentabilité » induite sur les services et les travailleurs ayant des effets non-négligeables sur les conditions dans lesquelles les missions à destination de la population doivent s'exercer.

Par ailleurs, soucieux de réfléchir à des alternatives organisationnelles « prenant soin » autant des professionnels que des patients et bénéficiaires, nous avons ces dernières années initiés des projets visant à tester un modèle de fonctionnement inspiré de celui Buurtzorg¹. Les bienfaits, autant sur les travailleurs que sur les patients, sont certains. Les

¹ Modèle organisationnel innovant pour les soins infirmiers à domicile développé aux Pays-Bas en 2007. Les équipes y sont reliées entre elles par des échanges permanents (information, conseils, partages de pratiques, ...). Chaque équipe intervenant sur une zone géographique assez limitée et s'auto-gère (recherche de patients, coordination, organisation des horaires, recrutement, ...).

freins à leur poursuite et à leur extension à l'ensemble des structures résident essentiellement dans les modes de financement de ces métiers. Ceux-ci ne permettent actuellement pas de prendre le temps de la coordination, de la communication entre professionnels ainsi qu'avec le patient et son entourage alors que ces aspects sont au cœur de ce type de modèle qualitatif. Les projets pilotes n'ont ainsi pu se réaliser qu'avec des soutiens financiers externes tels que celui du fonds Daniel de Coninck² de la Fondation Roi Baudouin. Nous sommes convaincus que revoir et renforcer le financement des métiers du domicile, et plus particulièrement celui des soins infirmiers à domicile, augmentera les conditions d'exercice de ces fonctions, leur attractivité et par conséquent la qualité de l'offre à la population en perte d'autonomie et/ou nécessitant des soins. Cet investissement aura comme effets directs un renforcement de la prévention, de la santé et du bien-être des citoyens les plus fragilisés ayant pour effet de ralentir et/ou diminuer l'arrivée dans des situations de dépendances lourdes et de besoins médicaux plus coûteux.

² <https://www.fondsdanieldeconinck.be/fr/>

3. ENJEUX ET ACTIONS À ENTREPRENDRE

Dans le présent chapitre, nous vous proposons une série d'actions concrètes pouvant contribuer à la mise en œuvre d'une politique de santé et du bien-être à domicile respectueuse du choix et des besoins de chacun tout au long de son parcours de vie tel que nous l'avons exposé dans les pages précédentes.




Ces actions vous sont proposées selon la même organisation de l'exposé de notre vision :

- Une offre d'aide et de soins intégrée
 - La reconnaissance de la haute valeur sociétale ajoutée de chaque métier du domicile
 - La collaboration interprofessionnelle
 - Une coordination des acteurs du domicile
 - Une articulation plus étroite avec les autres secteurs

- Des services de qualité et accessibles à tous
 - L'accessibilité pour tous
 - Le modèle « salariés » comme modèle de qualité

Un dernier chapitre reprend d'autres actions complémentaires et transversales contribuant aux défis face auxquels le secteur de l'aide et des soins à domicile se trouve.

Les niveaux de pouvoir concernés par chaque mesure concrète proposée sont identifiés en marge gauche du document au moyen de la signalétique suivante :

-  = fédéral
-  = régions
-  = communautés

3.1. POUR UNE OFFRE D'AIDE ET DE SOINS INTÉGRÉE

3.1.1. La reconnaissance de la haute valeur sociétale ajoutée de chaque métier du domicile

- Poursuite de la reconnaissance des métiers d'aide-ménager et de garde à domicile, valorisation de l'aide ménager dans son rôle de prévention aux phénomènes de perte d'autonomie
 - Créer des filières de formation certificative pour le métier d'aide-ménager social
 - **Soutenir la mobilité**, indispensable à la réalisation des missions auprès des citoyens, des (futurs) travailleurs du secteur de l'aide à domicile : accès à des formations au permis de conduire, gratuité des transports en commun, prêt à 0% pour l'acquisition d'un premier véhicule, financement de voitures partagées au sein des service d'aide aux familles et aux aînés, ...
 - **Valoriser la plus-value sociale et préventive** de l'aide-ménager social auprès des citoyens
- Mettre en place des **formations passerelles** de l'aide-ménager social vers l'aide familial, de l'aide familial vers l'aide-soignant, de l'aide-soignant vers l'aide-infirmier et de l'aide-infirmier vers l'infirmier responsable de soins généraux permettant des trajets et évolutions professionnelles au sein du secteur de l'aide et des soins. Cela



passe aussi par le renforcement de l'offre de formation aide familiale en promotion sociale sur Bruxelles.

- **Organisation des parcours de formations / d'études** conformément à l'échelle de soins / d'apprentissage afin de répondre à la Directive Européenne 2013/55, qui modernise la directive 2005/36 :
 - Niveau 4 du Cadre Européen de Certification : aide-soignant
 - Niveau 5 du Cadre Européen de Certification : aide-infirmier
 - Niveau 6 du Cadre Européen de Certification : infirmier responsable de soins généraux
 - Niveau 6 du Cadre Européen de Certification : infirmier spécialisé
 - Niveau 7 du Cadre Européen de Certification : infirmier de pratique avancée
 - Niveau 8 du Cadre Européen de Certification : infirmier chercheur clinicien
- Révision de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et des actes confiés par un médecin ou un dentiste à des infirmiers responsables de soins généraux.
- Mettre en cohérence la nomenclature des soins infirmiers à domicile à la mise en œuvre de l'échelle de soins / d'apprentissage

3.1.2. La collaboration interprofessionnelle

- Favoriser l'approche multi-métiers en permettant d'une part à chacun de ceux-ci d'agir là où il apporte le plus de plus-value et d'autre part une communication et une coordination permanente entre eux. Pour ce faire, nous invitons à :
 - **Revoir et pérenniser le système de financement de chaque métier** : consolider un modèle évolutif s'adaptant aux nouveaux coûts structurels et permettant une adaptation de l'offre au regard de la demande, intégrer le budget des aides à l'emploi aide ménager social et garde à domicile dans le financement structurel, ...
 - Poursuivre l'**évolution des normes d'encadrement**, dans une vision multi-métiers et en adéquation avec l'évolution des missions
 - Favoriser l'informatisation des services et l'équipement digital des travailleurs afin d'optimiser la communication entre les acteurs autour du bénéficiaire
 - **Concrétiser les protocoles d'accord aide et soins** et anticiper les actions nécessaires à la mise en œuvre d'une subsidiarité d'une série de prestations techniques de l'art infirmier vers les métiers de l'aide à la vie journalière. Cette transposition dans la législation doit s'accompagner de la création :
 - d'un honoraire au sein de l'article 8 de la nomenclature des soins de santé des soins infirmiers à domicile afin de mettre œuvre cette subsidiarité dans le cadre qualité défini ;
 - d'une adaptation des formations initiales et continues des métiers de l'aide.

Convaincus de la plus-value de la structuration d'une collaboration interprofessionnelle autour du bénéficiaire au domicile, la FASD travaille déjà depuis 2009 sur ce sujet et dispose d'une série d'analyses, avis et recommandations pouvant contribuer à la mise en place d'une telle dynamique.

3.1.3. Une coordination des acteurs du domicile

- **Renforcer le rôle de la coordination de l'aide et des soins au niveau le plus proche du citoyen** et plus particulièrement dans les situations complexes et/ou multidisciplinaires. A ce renforcement peut y être intégré la réflexion quant au rôle

et aux missions du case management. Au cours du temps, la fonction de « case manager » est mise en avant pour des prises en charge complexes voire très complexes. Il est primordial pour la FASD de se poser la question du rôle et des missions de ce « case manager » au regard de l'existant qui sont la coordination assumée par les centres de coordination et la coordination des soins assumée par le patient, le médecin ou les infirmiers à domicile en fonction de la complexité des prises en charge.

- Intégrer les réflexions relatives au développement de la **mission de case management** dans le cadre de l'approche multidisciplinaire des centres de coordination.
- Renforcer l'action des centres de coordination au bénéfice des **aidants proches**.
- Mettre en place dans le financement des services de soins infirmiers une **prestation pour le suivi, l'éducation, la prévention et la coordination des soins** des bénéficiaires à domicile.

3.1.4. Une articulation plus étroite avec les autres secteurs

- Rencontrer l'évolution des politiques de la santé du bien-être et du maintien à domicile se fera en tenant compte des volumes de professionnels disponibles dans la société et en faisant travailler chaque métier en complémentarité avec les autres. Au regard de la pénurie, effective aussi bien dans les métiers de l'aide que ceux des soins de santé, nous appelons à la mise en place d'une **stratégie concertée de promotion des filières de formation**, au refinancement et **déploiement de centres de formation** directement attachés au secteur de l'aide, ainsi qu'au renforcement de **mesures soutenant ou facilitant la reconversion et la transition professionnelle**.
- Financer adéquatement les projets transmuraux par le transfert des budgets entre les secteurs : thérapie par pression négative, alternative à l'hospitalisation, HAD, trajets de soins, ...
- Favoriser l'**articulation avec les autres métiers** (médecins, pharmaciens, psychologues, assistants sociaux, centres de coordination, métiers de l'aide à la vie journalière, ...) et la **complémentarité entre acteurs** du secteur non-marchand
 - Mettre en place une politique de structuration de la première ligne d'aide et de soins intégrant l'ensemble des métiers du domicile
 - Financer de façon pérenne l'organisation et la coordination des soins infirmiers à domicile par la mise en place de cercles / consortia infirmiers
 - Renforcer les liens entre les soins infirmiers à domicile, les médecins généralistes et les maisons médicales

3.2. POUR DES SERVICES DE QUALITÉ ET ACCESSIBLE À TOUS

3.2.1. L'accessibilité pour tous

- **Renforcement de l'offre des services d'aide et de soins** pour une réponse adaptée aux besoins, y compris les nouveaux besoins, des citoyens
 - Définir une trajectoire d'investissement pluriannuelle visant l'augmentation de l'offre en adéquation avec les besoins de la population
 - Renforcer les synergies entre le secteur de l'enseignement et les services d'aide aux familles et aux aînés en vue de faire évoluer les programmes de formations initiales des différents métiers de l'aide à la vie journalière ainsi que

garantir la disponibilité de personnel qualifié en suffisance, que ce soit pour les métiers de l'aide ou ceux des soins infirmiers

- Revoir le financement des centres de formation d'aide familial adossés aux services SAFA et structurer leur (re)déploiement en veillant à une couverture de l'ensemble du territoire et une gestion/attribution équitable entre toutes les fédérations.
- Soutenir financièrement l'accueil de stagiaires dans les services
- Augmenter l'accessibilité aux interventions de type « répit » effectuées par les gardes à domicile
- Rendre possible (légalement et financièrement) le développement de réponses à d'autres besoins spécifiques des bénéficiaires : ouvriers polyvalents, aménagement du domicile, système de télévigilance et prévention des chutes, centres de jours, accompagnement spécifique (Alzheimer, fin de vie, etc.),
- Créer un cadre légal spécifique à la livraison de repas
- Encourager l'innovation (appel à projets, financement « innovation » structurel, projet sectoriel pilote, ...) visant la réponse à de nouveaux besoins et l'anticipation de ceux de demain

■ **Protection du citoyen face aux inégalités d'accessibilité** aux services ainsi que face aux dangers de nouvelles formes alternatives de services, cadrer l'offre de services d'aides à domicile non-agrèée

- Donner les moyens aux services SAFA agréés de pouvoir rester le premier choix des bénéficiaires
- Revoir le système des barèmes de contribution des bénéficiaires aides familiaux en Région wallonne (plus indexé depuis 1993) dans le but de le simplifier et le rendre plus juste pour l'ensemble des bénéficiaires des Services d'aide aux familles et aux aînés.
- Conjointement à la révision des financements de l'ensemble des métiers, envisager un principe de barèmes de contribution pour l'ensemble des métiers (cfr note produite lors des travaux sur l'assurance autonomie).
- Extraire les métiers de l'aide de la liste des activités réalisables dans tout dispositif du type travail associatif (statut semi-agoral) ne fixant pas de cadre de qualification requise et/ou de protection du citoyen
- Recenser et cadrer le champ d'action de l'ensemble des structures, marchandes et non-marchandes, offrant des services d'aide à domicile

3.2.2. Le modèle « salariés » comme modèle de qualité

■ **Sécuriser financièrement le fonctionnement du métier infirmier**, développement du métier pour rencontrer les besoins de la population et d'une qualité de soins, et développement non-marchand des soins

- Instaurer un budget adéquat pour le refinancement des prestations de soins infirmiers à domicile : prestations de base, prestations techniques de soins infirmiers, forfait « A », ...
- Rattraper le « delta » qui s'est créé sur 20 ans entre l'indexation des honoraires et les coûts
- Mettre en œuvre des mesures pour retrouver des marges budgétaires : lutte contre la fraude, contrôles, suppression de l'utilisation de l'article 8 de la nomenclature par les hôpitaux, pratiques de groupes, perception du ticket modérateur obligatoire

- **Moderniser le financement des soins infirmiers à domicile**
 - Stimuler le financement de pratique en intégrant les différentes sources de financement complémentaires (intervention pour les frais spécifiques de soins infirmiers à domicile, prime informatique et prime formation). Le financement de pratique doit s'appliquer aussi bien aux groupements d'infirmiers travaillant sous statut salarié qu'indépendant ou pour les groupements mixtes. Ce financement de pratique stimulant doit d'abord conduire à une simplification administrative, les primes existantes seront réduites à une seule demande. De plus, avec l'aide du financement supplémentaire, les pratiques seront stimulés à travailler de manière qualitative, avec un accent particulier sur la continuité des soins, la qualité, la spécialisation, en ligne avec les technologies de l'e-santé, la collaboration intégrée et la possibilité de participer activement à des initiatives de projets pour des soins transversaux.
 - Revoir la nomenclature. Le modèle actuel de financement a démontré ses limites. De nombreux pays ont adapté le modèle de financement à l'acte à un modèle de financement forfaitaire au temps passé auprès des bénéficiaires pour les soins infirmiers à domicile, associée à une évaluation standardisée et régulière de la situation des patients. Ce modèle de financement est appliqué dans le cadre des modèles "Buurtzorg" dont les avantages tant pour la qualité et la sécurité des soins des bénéficiaires que les conditions de travail des praticiens de l'art infirmier ne sont plus à démontrer.
- **Pérenniser les métiers d'aide ménager social et de garde à domicile** via un financement simplifié et intégrant l'ensemble des coûts relatifs à l'organisation de ces métiers
 - Financer l'encadrement social et administratif de ces deux métiers. Nous prôtons dans ce cadre le déploiement d'une norme d'encadrement et un financement multi-métiers.
 - Adapter les modalités de financements complémentaires de ces métiers par rapport aux effets de la réforme APE.
 - Renforcer le financement des métiers pour que celui-ci couvre les coûts annexes aux salaires (déplacements, matériel, formation, ...).

3.3. AUTRES ENJEUX SECTORIELS ET TRANSVERSAUX

3.3.1. Reconnaissance du rôle de la fédération dans le secteur de l'aide et des soins à domicile

- Définir et intégrer le **rôle des fédérations** dans le paysage de la coordination politique et administrative de la première ligne d'aide et de soins à domicile. Si nous avons toujours joué un rôle de relais et de représentation des services de terrain auprès de l'administration et des cabinets concernés, les attentes et demandes de contributions de la part de ceux-ci vis-à-vis des fédérations n'a cessé de croître ces dernières années avec une accentuation toute particulière durant la crise COVID. La structuration du travail et des responsabilités entre administration, fédération et services de terrain ayant sensiblement évolué il nous semble utile de les clarifier.
- **Financer les missions confiées aux fédérations** et qui contribuent à la coordination du secteur, la communication vers les services, la concertation sociale, la récolte et consolidation de données de terrain, la mise en œuvre de mesures politiques, etc. Concrètement, nous plaçons pour le financement d'ETP attribués

proportionnellement aux nombres de travailleurs de terrain subventionnés au sein des services représentés par la fédération.

3.3.2. « Démocratisation » des outils technologiques, accessibilité, couplage aux professionnels, intégration de ceux-ci dans l'économie non marchande et non dans l'économie marchande.

- Intégrer les outils technologiques permettant le maintien à domicile dans de bonnes conditions de travail des professionnels du domicile. C'est la réussite du **couplage entre professionnels, aidants proches et outils technologiques** qui apportera une réelle plus-value.
- Assurer l'accessibilité, notamment financière, de tous les citoyens à ces outils technologiques tout en travaillant sur la fracture numérique encore fortement présente au sein de la population.
- Permettre aux acteurs non-marchands de pouvoir **digitaliser leurs métiers, leurs outils de gestion et de communication**, mais également leur permettre d'innover et participer au développement de solutions technologiques contribuant à la santé, au bien-être et à la sécurité des bénéficiaires à domicile.