

# LES ANALYSES DE L'ACRF

2010 / 24

## LA MONTEE DE LA PRECARITE, PREOCCUPANTE DANS LES MENAGES AGES RURAUX

Créée dans les années 50 par des mouvements féminins ruraux, l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) est une association sans but lucratif active dans l'aide à domicile. L'objectif prioritaire de l'ADMR est d'apporter de l'aide à toute personne vivant à domicile et cela, à tout moment de la vie. L'ADMR offre des services diversifiés visant à assurer cet accompagnement à domicile en concertation avec la personne aidée, sa famille, son entourage, et les autres intervenants.

Avec ses 1600 travailleurs (la plupart sont des femmes), l'ADMR est aujourd'hui présente dans 122 communes wallonnes. Son public-cible est constitué de personnes résidant dans le milieu rural et dans les villes qui y sont implantées. L'ADMR comptait en 2009 plus de 10.457 clients, dont 71% dans le cadre de son département service d'aide aux familles et aux personnes âgées.

Comme service d'aide à domicile aux familles et aux personnes âgées subventionné par la Région wallonne, l'ADMR intervient auprès de nombreux clients âgés (75% de la clientèle ADMR est âgée de plus de 65 ans). L'ACRF, l'un des mouvements fondateurs, soucieuse des services de proximité et d'un bien vieillir en milieu rural, analyse avec l'ADMR les constats de l'évolution des besoins de cette catégorie de population. Ce que des femmes de l'ACRF pressentent lors de rencontres de voisinage ou de services rendus au village se trouve confirmé par les constats des aides-familiales : la précarité des personnes âgées en milieu rural va croissant.

### Les constats des aides familiales de l'ADMR

Dans les différentes antennes ADMR, les aides familiales constatent à quel point la précarité et la pauvreté touchent certains ménages et/ou certaines personnes isolées.

En matière d'alimentation, cette précarité prend plusieurs formes :

- manque de nourriture (ex : plus de pain pour le déjeuner) ;
- irrégularités dans l'approvisionnement : le frigidaire est rempli au moment où l'on perçoit son chômage ou son salaire, il est vide en fin du mois ;
- mauvaise gestion des réserves alimentaires entraînant un gaspillage (aliments jetés) ou une consommation d'aliments périmés ;

**ACTION CHRETIENNE RURALE DES FEMMES**

**ACRF - ASBL**

Rue Maurice Jaumain, 15 B-5330 Assesse

Editrice responsable : Léonie Gérard

[www.acrf.be](http://www.acrf.be) - [etudes@acrf.be](mailto:etudes@acrf.be)

- faim.

En matière d'équipement (chauffage, sanitaire et éclairage), les aides familiales interviennent dans certains ménages où la salle de bain n'est pas chauffée, où il n'y a pas d'eau chaude pour le bain des enfants, où l'eau sanitaire est chauffée sur le bec de gaz en dernière minute. Les produits de lessive ou d'hygiène corporelle sont parfois manquants, de même que le linge propre.

De telles situations sont évidemment lourdes de conséquences, tant sur le plan de la santé que de l'insertion sociale des personnes concernées. Ainsi, on recourt davantage aux services d'urgence (ce qui dispense de payer tout de suite), on se limite aux soins de santé minima en excluant le recours au dentiste notamment, on change fréquemment de médecins traitants. Des dépresses, assuétudes, et autres problèmes de santé mentale sont fréquemment observés.

Lorsqu'il s'agit de bénéficiaires âgés ou handicapés, les aides familiales observent le manque de moyens financiers au travers de divers indices :

- tous les médicaments prescrits par le médecin ne sont pas forcément achetés ;
- le bénéficiaire hésite à recourir à un spécialiste (dentiste, ophtalmologue, etc.);
- la tristesse engendre des assuétudes (médicaments, alcool,...) qui aggravent leur état de santé psychique ;
- le recours à l'aide familiale est réduit (3h au lieu de 4h, 1 fois par semaine au lieu de 2) ;
- pour les achats alimentaires, ces personnes font de « fausses économies » puisqu'elles se retrouvent carencées en fer, en calcium en raison d'une alimentation peu appropriée à leurs besoins ;
- en fin de vie, lorsque le maintien à domicile se fait plus lourd, le recours aux différents services devient difficilement supportable sauf pour les familles aisées.

Ces constats dressés sur le terrain par les aides familiales gagnent à être replacés dans un contexte sociétal plus large, préoccupant pour les ménages résidant en milieu rural.

## Un contexte sociétal préoccupant

14% de la population des communes rurales wallonnes concernés par la pauvreté  
En Belgique, la mesure de la pauvreté à un niveau local est assez complexe faute de données. L'enquête sur les revenus et conditions de vie utilisée pour mesurer la pauvreté aux niveaux national, régional et européen (EU-SILC) n'est en effet pas représentative à un niveau sous-régional. L'analyse des bénéficiaires de l'intervention majorée en soins de santé<sup>1</sup> permet par contre de mener l'analyse plus finement et de refléter la situation des communes rurales<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Guio A.-C. et Carpentier S. (2009), « Un nouvel indicateur de précarité au niveau communal », in *Les brèves de l'WEPES*, n°11, septembre 2009.

<sup>2</sup> A ce jour, le critère simple d'un seuil de densité de population inférieur à 150 hab. /km<sup>2</sup>, tel que défini par l'OCDE, demeure communément utilisé. Au 31 décembre 2006, 123 communes wallonnes présentent une densité de population inférieure à ce seuil, et sont, par conséquent, considérées comme des communautés rurales. Mais il apparaît désormais nécessaire pour la Région wallonne de se doter d'une définition actualisée, adaptée aux réalités actuelles de la Région et à la question de l'accessibilité des services. Voir à ce sujet les réflexions du CAPRU (Cap Ruralité, cellule d'analyse et de prospective en matière

Les personnes ayant des revenus modestes peuvent bénéficier d'un remboursement plus élevé de leurs soins de santé. Deux statuts permettent d'ouvrir ce droit : le statut BIM et le statut OMNIO. Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) est accordé automatiquement aux personnes qui perçoivent :

- le revenu d'intégration sociale sans interruption depuis au moins trois mois ;
- l'aide sociale équivalente du CPAS sans interruption depuis au moins trois mois ;
- une allocation liée à un handicap ;
- la Grapa (Garantie de revenu aux personnes âgées) ;
- les enfants qui sont atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 pour cent.

Le statut BIM est également accordé à certaines catégories pour autant que les personnes en fassent la demande expresse et que les revenus annuels bruts imposables du ménage ne dépassent pas un certain montant. Depuis 2007, le statut OMNIO étend le bénéfice de l'intervention majorée en soins de santé à de nouvelles catégories de personnes à revenus modestes. Dans ce cas, c'est le revenu, et non plus le statut qui ouvre le droit. Peuvent ainsi en bénéficier aussi bien des chômeurs que des travailleurs à bas salaire et/ou à temps partiel ou des indépendants, pour autant qu'ils en fassent la demande.

Dans les zones rurales, 14% de la population bénéficie de l'intervention majorée en soins de santé. On trouve parmi les bénéficiaires de cette intervention majorée proportionnellement plus d'ex-VIPO, de personnes handicapées et de personnes âgées avec garantie de revenu que dans les communes non rurales.

#### Des dépenses variables en matière de santé selon l'âge

En moyenne, un ménage dépense en Wallonie 126 € par mois pour des soins de santé ; cela représente environ 9% des revenus du ménage. Ces dépenses pour des soins de santé augmentent clairement en fonction de l'âge et représentent en moyenne 160 € pour les ménages âgés, c'est-à-dire les ménages avec une personne de référence de 75 ans ou plus (soit 16% du budget total du ménage).

#### Une densité médicale faible dans une commune wallonne sur trois

L'Institut national de l'assurance maladie-invalidité (INAMI) réactualise annuellement la liste des communes qui souffrent d'une "densité médicale faible" ou, pour le dire autrement, qui manquent de généralistes. La loi prévoit en effet que le médecin qui s'installe dans une zone à densité médicale faible peut prétendre à une prime de 20000 €. Une façon d'inciter les jeunes diplômés à élire leur domicile dans une commune où les confrères sont plutôt rares.

Sont désignées les communes qui comptent moins de 90 généralistes par tranche de 100 000 habitants - ou moins de 125 généralistes par tranche de 100 000 habitants si la commune compte moins de 125 habitants au kilomètre carré. La liste, réactualisée en septembre 2009 comprend 166 communes belges. Toutes les régions rurales sont touchées par le manque de généralistes. Ainsi, presque toutes les communes du Luxembourg et du sud de la province de Namur figurent sur la liste de l'Inami. Les médecins fuient la campagne où le travail est plus contraignant. Ils doivent y faire de longues distances et consacrer plus de temps à leur travail que leurs collègues des villes pour s'assurer un niveau de revenu acceptable. En Wallonie, une commune sur trois est menacée par la pénurie. Cette pénurie est susceptible d'entraîner un alourdissement du budget transport des habitants de ces communes car ils sont obligés de se déplacer dans des communes mieux fournies en médecins.

Or, en Région wallonne, un ménage dépense en moyenne 13,69 % de son budget aux transports, mais le pourcentage s'élève à 16,02 % pour un ménage habitant une région rurale alors que 12,69 % y sont consacrés dans une région urbanisée<sup>3</sup>. L'écart pourrait se creuser.

## L'aide familiale, agent de promotion du bien-être en milieu rural

Le rôle joué sur le terrain par les aides familiales s'exerce véritablement sur deux plans, le plan individuel et le plan collectif. Au plan individuel, l'aide familiale intervient auprès de la personne aidée (personne âgée, malade ou handicapée), en l'aidant à accomplir les actes de la vie quotidienne. Au plan collectif, l'aide familiale intervient auprès de la famille et de l'environnement de la personne.

L'aide familiale contribue donc directement à promouvoir la santé des ménages ruraux. Nous entendons la santé au sens défini par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>4</sup>. Dans son intervention, l'aide familiale remplit différentes fonctions :

1. une **fonction de détection** : l'aide familiale joue un rôle préventif par son observation au quotidien, au domicile des personnes aidées, par sa capacité à détecter, à repérer parmi les situations rencontrées les situations à risques ;
2. une **fonction d'alerte** : le travail de l'aide familiale s'inscrit résolument dans une dynamique d'équipe, l'aide familiale est intégrée dans le travail social et est supervisée par un travailleur social. Lorsque l'aide familiale détecte une situation à risques, elle le signale au travailleur social afin que, en équipe, on puisse réfléchir à la conduite à suivre, au projet d'aide le plus adéquat dans des situations plus lourdes ou plus complexes ;
3. une **fonction de conseil** : c'est le cas, par exemple, lorsque l'aide familiale veille à recommander à la mère (au père aussi d'ailleurs!) d'acheter en priorité la nourriture ou les diverses courses élémentaires. Parfois (souvent même), l'aide familiale accompagne pour faire les courses. Ce rôle de conseil, elle le tient aussi au niveau de la gestion du budget.
4. une **fonction d'éducation** : "à petit pas", sans brusquer, l'aide familiale soutient les familles dans leur rôle éducatif, notamment en ce qui concerne la propreté des enfants ou le respect de règles d'hygiène lorsqu'on se trouve au chevet d'une personne âgée (ne pas fumer, éviter de boire à l'excès).
5. une **fonction de relais** : en informant l'assistant social de référence, l'aide familiale assure la communication et le relais des difficultés en accord avec la personne aidée vers le service social compétent (mutuelle, CPAS, commune). Elle joue un rôle aussi de relais important vers le médecin, l'infirmière, la famille... toute personne susceptible de venir en aide, tout service pouvant intervenir. Le rôle de l'aide familiale est en effet complémentaire à celui d'autres métiers avec lesquels il faut interagir pour assurer le maintien à domicile dans de bonnes conditions notamment au plan sanitaire.

---

<sup>3</sup> Warrant F. (2005), *La mobilité des personnes en milieu rural*, éditions ACRF, série Milieu rural, Assesse.

<sup>4</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

6. une **fonction de mobilisation des ressources et compétences des familles** : ce dernier aspect est capital, il permet d'éviter « l'assistance » aux familles et aux personnes aidées. L'aide familiale et le travailleur social valorisent autant que possible les ressources et compétences présentes chez les personnes aidées et dans leur entourage pour que les personnes soient pleinement acteurs de leur vie à domicile. Les aides familiales et les travailleurs sociaux s'appuient d'ailleurs sur ces compétences pour élaborer un plan d'aide.

Au travers de toutes ces fonctions, l'aide apportée par l'aide familiale est loin de se limiter aux actes de la vie quotidienne. Dans un contexte de précarisation croissante, et pour faire face aux nouveaux besoins inhérents à l'évolution de notre société que sont l'isolement et le vieillissement), les dimensions d'aide relationnelle et sociale ne feront que s'amplifier.

Comme mouvement de femmes, par le réseau de relations de proximité qu'elle vise à développer en milieu rural, au vu des expériences vécues par ses membres âgés, l'ACRF se doit d'être vigilante et n'a de cesse d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur cette évolution. Toutes les démarches effectuées dans le cadre de son année de conscientisation aux pauvretés vécues en milieu rural vont dans ce sens. Si l'année européenne de lutte contre les pauvretés touche à sa fin, l'ACRF continuera à se mobiliser pour des services de proximité comme ceux de l'ADMR à portée de toutes et tous en milieu rural.

Françoise WARRANT,  
conseillère Stratégie et Innovation à l'ADMR

**L'ACRF souhaite que les informations qu'elle publie  
soient diffusées et reproduites ;  
n'oubliez pas dans ce cas de mentionner la source.**

Avec le soutien de

