



PROXIMA

Vécu et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. Etat des lieux en Région Bruxelles-Capitale

L. LEONARD & A. VAN DAELE

Juin 2004

TABLE DES MATIERES

1.	Secteur de l'aide à domicile	p.2
1.1.	Définitions	p.2
1.2.	Acteurs de l'aide à domicile	p.2
1.3.	Bref historique du secteur en Belgique	p.3
2.	Structure	p.9
2.1.	Fédérations et associations	p.9
2.2.	Centres de coordination	p.10
2.3.	Services	p.12
2.4.	Commissions paritaires et Comité C	p.12
3.	Cadre réglementaire	p.13
3.1.	Législation	p.14
3.2.	Agrément et conditions d'octroi des subventions	p.15
3.2.1.	Centres de coordination	p.15
3.2.2.	Services	p.18
3.3.	Statuts, missions et accès à la profession	p.28
4.	Encadrement du secteur	p.35
4.1.	Conventions collectives de travail	p.35
4.2.	Fonds Maribel social	p.37
4.3.	Titres-services	p.39
5.	Quelques chiffres caractérisant le secteur	p.39
5.1.	Demandes adressées au secteur	p.39
5.2.	Bénéficiaires de l'aide à domicile	p.41
5.3.	Aides familiales	p.43
5.3.1.	Evolution	p.43
5.3.2.	Profil des aides familiales	p.45
	Bibliographie	p.47

1. Secteur de l'aide à domicile

1.1. Définitions

On entend par « aide à domicile », l'aide sociale et domestique que peuvent apporter les assistantes sociales, les aides familiales, les aides ménagères, les gardes à domicile... (KINNA, & CHERBONNIER, 2002).

On entend par « aide à domicile », l'aide apportée aux familles et aux personnes âgées par les aides familiales et les aides ménagères (LEROY, 2003).

1.2. Acteurs de l'aide à domicile

Les assistants sociaux/les travailleurs sociaux : ils ont pour mission d'encadrer et d'assurer l'accompagnement des bénéficiaires ainsi que des aides familiales et seniors. Chargés d'effectuer les enquêtes sociales, ils doivent apprécier les demandes adressées aux services, veiller à ce que l'aide fournie soit la réponse la plus adéquate possible aux incapacités vécues par les bénéficiaires et éventuellement orienter le demandeur vers d'autres services sociaux.

Les travailleurs administratifs : ils ont en charge l'établissement de tous les documents nécessaires à la gestion matérielle du service (demandes de subventions adressées aux différents pouvoirs subsidiaires, facturation aux bénéficiaires, liquidation des salaires...).

Les aides familiales (ou aides seniors) : professionnelles polyvalentes essentielles à la politique volontariste de maintien dans le milieu de vie habituel, elles assistent et secondent les bénéficiaires dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne. Elles préviennent notamment des dangers qui menacent le bénéficiaire et collaborent avec tous les acteurs médico-sociaux entourant le bénéficiaire.

Les aides ménagères : elles ont pour principale mission de seconder la personne qui éprouve des difficultés physiques, sociales et/ou psychologiques dans le nettoyage de son

habitation. Les aides ménagères ont aussi un rôle social : elles rendent compte à l'assistante sociale de l'évolution de la demande et des besoins du bénéficiaire, ainsi que de son vécu.

Les gardes à domicile : elles sont des professionnelles dont le travail est orienté vers les personnes âgées, handicapées, malades ou en perte d'autonomie et dont l'état physique ou psychique empêche de rester seules chez elles pendant une période (momentanée ou non).

1.3. *Bref historique du secteur en Belgique* (GILAIN & NYSENS, 2001)

Dès la fin du 19^{ème} siècle, on recense quelques initiatives éparses d'aide familiale à domicile qui émanent d'organismes familiaux. Ce n'est cependant qu'après la seconde guerre mondiale qu'apparaissent les premiers services organisés et orientés spécifiquement vers l'aide à domicile (BODE et al., 1998). Ces services cherchent à assister les mères de familles nombreuses dans l'entretien du ménage et l'éducation des enfants dans un contexte de nucléarisation croissante des familles et d'affaiblissement des solidarités familiales et de voisinage.

Ces organisations reposent principalement sur l'engagement bénévole de leurs membres. Cependant, elles témoignent dès le départ d'une ambition de professionnalisme et de structuration durable. Très rapidement, elles développent des formations pour leurs travailleuses. Toutes ces conditions apparaissent nécessaires aux promoteurs de projets pour pérenniser ces services et permettre la reconnaissance officielle future de la profession.

Le mouvement associatif joue donc ici un rôle de pionnier en développant des initiatives locales (d'abord urbaines et puis rurales) qui répondent à des demandes sociales émergentes tout en posant les bases d'une construction sociale plus large (DECHAMBRE, 1989). L'action de ces associations pionnières est rapidement reconnue par les pouvoirs publics et un premier texte réglementaire traduit dès 1949 la

reconnaissance officielle des services d'aide familiale. Cette intervention publique s'inscrit dans le contexte socio-économique des Trente Glorieuses favorable à l'essor de politiques sociales.

Les pouvoirs publics assurent le financement des services d'aide familiale sous la forme d'une prise en charge (à concurrence initialement de 75%) de la différence entre le salaire plafonné de l'aide familiale et le prix payé par le bénéficiaire. Celle-ci augmente au fil des années jusqu'à atteindre 100%. Les pouvoirs publics instaurent également un barème légal par heure prestée qui tient compte du revenu des bénéficiaires. Le nombre d'heures subventionnées n'étant pas limité, tout service presté est subventionné. On assiste donc à la multiplication et à la croissance des services : en 1965, 62 services sont agréés, occupant 2 661 aides familiales et prestant quelques 3 825 000 heures ; en 1977, 171 services sont agréés, occupant 9 953 aides familiales et prestant plus de 11 000 000 d'heures (INS, Statistiques régionales).

Ce soutien financier s'accompagne toutefois d'un ensemble de conditions d'agrément destinées à encadrer la structuration de l'offre. Les pouvoirs publics ne reconnaissent dans un premier temps que l'offre émanant des associations, ce qui traduit leur hégémonie sur le terrain. En 1955, ils étendent néanmoins le champ des prestataires autorisés aux organisations publiques locales, les CPAS - succédant aux Commissions d'Assistance Publique (CPA) en 1976. Celles-ci reçoivent pour mission de créer des services d'aide aux familles là où il n'en existe pas encore. Progressivement, elles prendront en charge une partie de l'activité mais cette dernière reste toutefois majoritairement le fait des associations : en 1965, 27 associations prestant 96% des heures subventionnées à côté de 35 services publics et en 1977, 53 associations prestant encore 79% des heures pour 21% aux 118 services publics actifs dans ce domaine. L'offre privée lucrative est en revanche exclue de ce champ d'activités. Elle l'est encore aujourd'hui.

Outre l'exigence du statut non lucratif des prestataires, les pouvoirs publics réglementent aussi le contenu des services et le type de compétences professionnelles requises : les

aides familiales doivent assister la mère dans ses tâches familiales, en particulier les travaux ménagers ; cette aide doit être temporaire et motivée par des conditions particulières telles que maladie, accouchement ou surmenage ; les aides familiales doivent suivre une formation spécifique qui traduit la reconnaissance de leur profession et y associe des exigences de qualité (des subventions sont prévues à cet effet).

Au départ, les services d'aide à domicile ne sont donc pas prioritairement destinés aux personnes âgées. Les aides familiales vont toutefois être rapidement sollicitées par d'autres demandes, avec comme conséquence l'élargissement progressif des situations prises en charge (PIERDOMENICO, 1991). Entre 1954 et 1968, la législation reconnaît cette évolution en élargissant le champ d'action à l'aide aux personnes âgées, malades et/ou handicapées. Cette évolution du champ d'action des services - qui deviennent en 1973 « services d'aide aux familles et aux personnes âgées » - entraîne un accroissement considérable des prestations subventionnées ainsi qu'une certaine diversification des besoins rencontrés. Compte tenu du vieillissement de la population, cet accroissement se fait de plus en plus au bénéfice des personnes âgées, qui deviennent ainsi les bénéficiaires majoritaires des services d'aide à domicile. En 1970, elles représentent 55% du public aidé et, dix ans plus tard, cette proportion atteint 78% (PACOLET et al., 1998).

Les tendances lourdes du vieillissement de la population, de la nucléarisation des familles et l'augmentation de l'activité féminine entretiennent la croissance des besoins d'aide à domicile des personnes âgées, malades et/ou handicapées. La crise économique et sociale généralisée qui se confirme au début des années quatre-vingt, a également de profondes implications dans le champ de l'aide à domicile. Le développement du chômage et de la précarité contribue à l'apparition plus fréquente de problèmes sociaux chez les bénéficiaires de l'aide à domicile (dépression, problèmes financiers, conflits familiaux, maltraitance, problèmes d'éducation...) et place la problématique de l'emploi au cœur des préoccupations des politiques publiques. Simultanément, la Belgique connaît une réforme institutionnelle importante en 1980 qui se traduit par un transfert de compétences de l'Etat fédéral aux communautés et régions. L'aide non médicale à domicile ressort du pouvoir communautaire de 1980 à 1994, date à laquelle elle est transférée à la Région

wallonne. Cette nouvelle répartition des compétences introduit la possibilité d'une évolution différenciée de l'aide à domicile en Flandre et en Wallonie, en fonction de leurs politiques respectives. Elle implique aussi une multiplication des niveaux de pouvoir ayant une influence sur l'organisation de l'aide à domicile, ce qui soulève d'importants problèmes de coordination.

Dans tout ce contexte social, deux types de mesures conditionnent alors particulièrement l'évolution de l'aide à domicile : celles qui s'inscrivent dans la lutte contre le chômage et celles qui visent la maîtrise des dépenses de santé.

- Sur le plan de la lutte contre le chômage, l'Etat fédéral relayé par les régions, développe au fil des années une série de dispositifs destinés à soutenir la création d'emplois et l'insertion socioprofessionnelle des personnes précarisées sur le marché du travail, entre autres dans le secteur non marchand. Il s'agit en particulier des programmes de résorption du chômage et des aides à l'emploi qui deviennent progressivement une source importante de financement alternatif pour les services d'aide à domicile. Cependant, cet appui des nouvelles initiatives sur ces ressources alternatives pour compenser le manque de subventions structurelles n'est pas foncièrement une réelle démarche d'insertion professionnelle des travailleurs, plutôt un moyen de financer le développement de services destinés à une demande seulement partiellement solvable.
- Sur le plan de la santé, dans les années quatre-vingt, les pouvoirs publics cherchent à réduire les séjours en hôpital des personnes âgées qui ne nécessitent pas de traitement médical intensif au profit d'alternatives moins coûteuses à domicile ou en maison de repos. Outre l'objectif budgétaire, cette orientation est aussi validée par un consensus croissant à l'égard de solutions permettant aux personnes dépendantes de rester dans leur cadre de vie habituel aussi longtemps que possible (PACOLET, 1998). Durant les années quatre-vingt, les possibilités de séjours hospitaliers vont donc être réduites, entraînant un afflux de demandes vers les services d'aide à domicile dont les moyens ne sont cependant pas augmentés en conséquence (PACOLET, 1998 ; KUTY, 1993).

Dans un tel contexte, la Flandre comme la Wallonie introduisent des limites dans l'attribution des subventions structurelles qui, jusque-là, étaient allouées au rythme des demandes émanant des services agréés d'aide familiale. Cependant, la Flandre se différencie de la Wallonie dans la gestion de la dépendance. Dès le début des années quatre-vingt, le nord du pays privilégie le développement de l'aide à domicile par rapport aux maisons de repos considérées comme trop onéreuses et ne répondant pas toujours au désir des personnes de rester dans leur environnement familial (HEDEBOW et al., 1990).

En Wallonie en revanche, la croissance des besoins liés à la dépendance est principalement absorbée par le développement considérable du secteur des maisons de repos, en particulier sur une base commerciale. Il faut attendre le milieu des années nonante pour qu'une politique volontariste soit développée en faveur de l'aide à domicile (BALTHAZART, 1996) et que celle-ci devienne une option prioritaire dans les politiques d'aide aux personnes âgées. Cela s'est traduit par un nouvel investissement dans ce secteur en Wallonie comme en Flandre.

Néanmoins, les modalités de l'intervention publique sont plus contraignantes : la contribution au salaire des aides familiales devient forfaitaire et ne dépend plus de la contribution du bénéficiaire. Un système de contingentement¹ est instauré et à plusieurs reprises, un plafond est établi pour le nombre d'heures pouvant être prestées auprès d'un même bénéficiaire. Les restrictions sont cependant moins marquées en Flandre.

Pour ce qui est de la coordination des services, si le principe d'une approche globale des personnes aidées à domicile est inscrite dès le départ dans la réglementation, les différents services d'aide et de soins à domicile se sont développés de manière largement cloisonnée. Ce n'est qu'à partir de la fin des années soixante et au cours des années septante que certaines initiatives de coordination se sont développées à l'initiative de médecins, de comités locaux, de mutuelles ou de certaines institutions publiques, pour permettre d'approcher les situations individuelles des bénéficiaires dans toute leur

complexité et de manière personnalisée. Avec les années quatre-vingt et les efforts de rationalisation des dépenses dans le champ socio-sanitaire, une impulsion nouvelle est donnée par les pouvoirs publics à la structuration systématique (reconnaissance légale et subventionnement) des initiatives de coordination favorisant une approche globale : la coordination entre les professionnels de l'aide et des soins à domicile.

Dans ce cadre, les structures de coordination (dénommées « centres de coordination » en Wallonie) se multiplient selon des modèles variables en fonction des acteurs porteurs et de leur conception des services (BALTHAZART, 1996 ; KLUWER, 1998). Une distinction importante apparaît ainsi entre les formules de « coordination interne » ou « intégrée » - une structure rassemble un ensemble de services sous la direction d'un même employeur - et les formules de « coordination externe » - une structure passe des conventions de collaboration avec des services autonomes. En Wallonie, le modèle de coordination intégré, structure unique bénéficiant du soutien logistique et financier des mutuelles (socialistes et chrétiennes), connaît un développement important et tend aujourd'hui à dominer le champ. En Flandre, c'est le modèle de coordination externe qui prédomine (PACOLET et al., 1998).

Cette diversité d'approches et de dynamiques traduit plusieurs types de tensions. Les mutuelles ont tendance à privilégier une approche plus sanitaire, axée sur la construction d'une offre pluridisciplinaire intensive pour des personnes malades et/ou fortement dépendantes, en s'appuyant sur la complémentarité de différents professionnels. Le repère est alors « l'hôpital à domicile ». En revanche, le courant d'associations d'aide familiale non intégrées à des centres de coordination tente plutôt de minimiser le nombre d'intervenants et de valoriser le rôle central de l'aide familiale dans la perspective d'une approche plus sociale, préventive et donc inscrite dans la durée.

¹ Le contingent est pour les responsables d'un service la limite à l'aide qu'ils peuvent accorder à leurs bénéficiaires s'ils veulent voir leurs activités entièrement subventionnées, le nombre maximal d'heures subventionnées pour l'ensemble des prestataires.

2. Structure

En région bruxelloise, le secteur de l'aide à domicile est composé de fédérations, d'associations, de centres de coordination et de services.

Les critères les plus fréquemment mis en avant pour caractériser et différencier ces différentes structures sont l'opposition « mutualisé - non mutualisé », « intégré - non intégré » et « public - privé (ASBL) ».

- *Service mutualisé* = service lié à une mutuelle. Concrètement, la mutuelle participe à l'octroi des subsides au service. Elle réduit aussi les frais liés à l'aide reçue par les bénéficiaires qui lui sont affiliés.
- *Service intégré* = service relié à un centre de coordination où on retrouve le trépied « aides familiales - infirmières - assistantes sociales » en son sein. On parle aussi dans ce cas de centre de coordination interne (vs externe).
- *Service public* = service dépendant ou lié à un CPAS.

2.1. Fédérations et associations

Les structures locales sont regroupées dans des fédérations ou associations selon leur tendance philosophique (chrétienne, socialiste, neutre ou pluraliste).

A Bruxelles, il existe 2 fédérations et 2 associations.

Les deux fédérations sont :

- La fédération des ASD (Aide et Soins à Domicile) regroupe 10 centres de coordination en Wallonie un centre à Bruxelles.

- La fédération des CSD (Centrales de Services à Domicile) regroupe 11 centres de coordination dont deux sont à Bruxelles.

Ces deux fédérations (la FASD et la FCSD) sont elles-mêmes regroupées au sein de la confédération des Centres de coordination des Soins et Services à Domicile (C.C.C.S.S.D.).

Les deux associations sont :

- L'association ACCOORD (Association des Centres de Coordination de la Communauté Française) regroupe 37 centres dont un seul se trouve à Bruxelles. Tout comme la FASD et la FCSD, ACCOORD rassemble des centres de coordination mais à la différence de celles-ci, ce sont des centres de coordination externes (ne comprenant pas de services intégrés d'aide à domicile).
- L'association ASB (Association des services d'aides aux familles et aux personnes âgées de la région de Bruxelles capitale) regroupe 5 services privés couvrant l'ensemble des 19 communes de Bruxelles et 22 services dépendants des CPAS et limités au territoire communal.

Certains services dépendant d'une fédération et font partie d'une association. C'est le cas par exemple de l'asbl aide familiale affiliée à l'ASB mais également repris sous la FASD comme faisant partie d'un des services qu'offre le centre de coordination.

2.2. Centres de coordination

A Bruxelles, il existe 5 centres de coordination. Ces centres reçoivent leur agrément ainsi que la majeure partie de leurs subsides de la Commission Communautaire Française (COCOF).

Ces 5 centres sont :

- Bruxelles Assistance IIIème Millénaire. Ce centre dépend de la FASD. Il s'agit d'un centre de coordination interne, disposant de son propre service d'aides familiales. Créé en 1949 par Vie Féminine, ce centre travaille aujourd'hui en partenariat avec le service infirmier de la Croix Jaune et Blanche, ainsi qu'avec les mutualités chrétiennes qui interviennent financièrement en accordant une réduction à leurs membres. Ce centre est ouvert à toutes personnes en difficulté.
- Centrale des Services à Domicile de Bruxelles. Ce centre dépend de la FCSD. Il s'agit d'un centre de coordination interne. Les personnes âgées à revenus modestes et qui ont besoin d'aide à domicile pour résoudre des problèmes quotidiens représentent la majorité de la population qui s'adresse à la CSD.
- Soins à Domicile asbl. Ce centre dépend aussi de la FCSD. Il est lié aux mutualités socialistes. C'est un centre de coordination externe.
- Soins chez soi. Ce centre dépend de ACCOORD. Il a été créé sous l'impulsion d'un groupement de médecins généralistes en 1984. Il vise à procurer une aide adaptée à toute personne en perte d'autonomie partielle ou totale qui souhaite rester dans son environnement familial. Il concerne donc les personnes âgées mais aussi toute personne en difficulté temporaire ou en situation de post-hospitalisation. Il s'agit d'un centre de coordination externe, reposant sur un réseau non intégré de partenaires dont des prestataires de soins (médecin, infirmière, kinésithérapeute, logopède, garde malade,...) et des prestataires de services (aides familiales et ménagères, repas, télévigilance, transport, prêt de matériel,...).
- COSEDI (Centre de Coordination, de Soins et de Services à Domicile Indépendant). Ce centre n'est pas affilié à une fédération. Il travaille en

collaboration avec la mutualité libérale du Brabant. C'est un centre de coordination externe qui offre une large palette de services à domicile.

2.3. Services

A Bruxelles, il existe 27 services d'aide aux familles et aux personnes âgées tous affiliés à l'ASB. Sur ces 27 services, 12 sont des asbl et 15 sont des services publics directement attachés à la commune. Sur ces 12 asbl, 5 sont des services privés (couvrent l'ensemble des communes de Bruxelles) et 7 dépendent de près ou de loin à leur commune (couvrent uniquement le territoire communal). Ces services sont agréés soit par la COCOF, soit par la COCON, soit par la COCOM.

On constate que :

- 5 services relèvent du secteur privé et 22 du secteur public ;
- 7 services sont agréés par la COCOF, 18 par la COCOM et 2 par la COCON ;
- 5 services desservent toutes les communes de Bruxelles et 22 services ne desservent que la commune à laquelle dans la majeure partie des cas, ils dépendent ;
- 7 services sont des asbl qui dépendent de la commune

2.4. Commissions paritaires et Comité C

Les services privés du secteur de l'aide à domicile à Bruxelles (et en Wallonie) sont réglementés par :

- la Sous-Commission paritaire 305.2, compétente pour les centres de coordination de soins et services à domicile ;

- la Commission paritaire 318, « compétente pour les travailleurs en général et les employeurs des services des aides familiales et des aides seniors » ;
- la Sous-Commission paritaire 318.01, « compétente pour les travailleurs en général et leurs employeurs, à savoir les services subsidiés par la Région wallonne, les commissions communautaires française ou commune de la Région de Bruxelles - Capitale ou la Communauté germanophone ». Cette Sous-Commission est relative aux services d'aide aux familles.
- la Sous-Commission paritaire 318.02, « compétente pour les travailleurs en général et leurs employeurs, à savoir les services subsidiés par la Communauté flamande ou la Commission communautaire flamande de la Région de Bruxelles-Capitale.

Les services publics du secteur de l'aide à domicile des services bruxellois dépendent quant à eux du Comité C pour la Région Bruxelloise. A la différence des Commissions et Sous-Commissions, ce Comité C est compétent pour donner son avis et établir une réglementation pour l'ensemble des services publics. Les services publics d'aide aux familles et aux personnes âgées qui dépendent des CPAS ne sont donc pas représentés en tant que tels dans ce Comité.

3. Cadre réglementaire

A Bruxelles, les compétences en matière d'aide à domicile relèvent soit de la commission communautaire française (COCOF), soit du bicommunautaire (COCOM), soit de la commission communautaire néerlandophone (COCON).

3.1. Législation

Les réglementations de référence sont :

- pour les 5 centres de coordination (qui relèvent de la COCOF) : le **décret du 4 mars 1999 et l'arrêté du 29 avril 1999** organisant l'agrément et les subventionnements des centres de coordination de soins et services à domicile.
- pour les 18 services relevant de la COCOM : **l'AR du 1^{er} août 1975** (M.B. du 6 avril 1976) réglant l'agrégation des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi des subventions à ces services pour la région bruxelloise.
Pour les statuts de l'aide familiale et de l'aide senior, les arrêtés ministériels du Ministre de la famille et du logement du **6 avril 1967** (M.B. du 27 avril 1967) sont toujours en vigueur.
- pour les 7 services relevant de la COCOF : **l'arrêté du 23 mars 1995** (M.B. du 6 décembre 1995) relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services d'aide à domicile. Il abroge l'AR du 1^{er} août 1975².
- pour les 2 services relevant de la COCON : **l'arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 1997** (M.B. du 29 novembre 1999) réglant l'agrément et le subventionnement des services d'aides aux familles et aux personnes âgées. Le volet du subventionnement de la réglementation a été modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 24 mars 1998 (M.B. du 12 mai 1998).

² Contrairement à la COCOM, la COCOF a nettement distingué son arrêté du texte de loi arrêté le 1er août 75. L'accent est mis sur la coordination et la concertation avec l'ensemble des partenaires. L'aide familiale est reconnue comme partenaire au centre de la coordination. Tout comme pour la COCOM, l'idée générale est de favoriser l'autonomie de la personne aidée. Par contre, l'encadrement a été renforcé. La formation continuée est incorporée au fonctionnement des services. Des prestations plus courtes aussi mais plus nombreuses sont encouragées. Les aides familiales et seniors ont vu leur horaire allégé. Le terme de « service d'aide aux familles et aux personnes âgées » a été remplacé par celui de « services à domicile ».

3.2. Agrément et conditions d'octroi des subventions

3.2.1. Centres de coordination

Les centres de coordination organisent les soins et les services à domicile. Ils établissent en concertation avec les prestataires de soins, les services, les bénéficiaires et leur entourage un plan de soutien dont ils assurent l'évaluation régulière et la coordination.

Selon le décret du 4 mars 1999 et l'arrêté du 29 avril 1999 organisant l'agrément et les subventionnements des centres de coordination de soins et services à domicile, pour être agréés, les centres doivent être organisés en asbl ayant parmi leurs objectifs la coordination des soins et des services à domicile.

Les centres doivent tous fournir et coordonner les 3 services principaux suivants :

- aide aux actes de la vie journalière par un service agréé comme service d'aide aux familles et aux personnes âgées,
- soins infirmiers à domicile,
- distribution de repas à domicile.

Les centres de coordination dispensent eux-mêmes, en tout ou en partie, les soins et services précités ou collabore avec des prestataires de soins et services (indépendants ou prestataires regroupés) en concluant des conventions de collaboration.

A Bruxelles, sur base des services fournis, il est possible de distinguer 3 catégories de centres de coordination :

- catégorie 1 : le centre doit organiser à la demande des bénéficiaires et en collaboration avec leur médecin traitant, l'ensemble des soins et des services

nécessaires afin d'éviter l'hébergement en institution. Le centre doit assurer la coordination des 3 principaux services ainsi que pouvoir répondre aux demandes concernant les autres services.

- catégorie 2 : le centre doit en outre pouvoir organiser et adapter journallement les services principaux en fonction de l'intensité de l'aide nécessaire. Il organise aussi un système de garde et de surveillance 7 jours sur 7 et 24 h / 24h disposant d'un accès continu aux dossiers de coordination des patients et organisant une intervention urgente endéans l'heure par du personnel infirmier.
- catégorie 3 : contrairement aux autres types de centre de coordination, le centre de catégorie 3 est un centre interne c'est-à-dire que les 3 services principaux (soins, aide, repas) y sont intégrés. Le centre de catégorie 3 organise un système de garde permettant d'assurer la permanence 24h / 24h dans ses locaux et dispose du personnel de coordination suffisant à cet effet.

Tous les centres de coordination doivent :

- assurer la formation continuée des coordinateurs,
- tenir à jour un dossier de coordination pour chaque bénéficiaire,
- établir une fiche de liaison au domicile du patient,
- organiser la transmission de l'information par des réunions de travail pour que les différents intervenants puissent échanger toutes les informations utiles à l'exécution de leurs missions.

Pour remplir leurs missions, les centres de coordination disposent au minimum d'un employé temps plein de personnel de coordination (le coordinateur) qui est assistant social, infirmier gradué hospitalier, infirmier gradué social ou infirmier gradué spécialisé en santé communautaire (ou équivalent). Mais le centre peut également disposer de

personnel administratif et de personnel de direction. Un centre de coordination peut être agréé pour 175000 habitant.

La procédure d'agrément comporte d'abord une demande d'agrément provisoire. La demande d'agrément provisoire est statuée par le Collège. Elle mentionne l'identification du centre de coordination, le lieu d'activité, le territoire desservi, la catégorie dans laquelle le centre de coordination est agréé et la date d'entrée en vigueur de l'agrément provisoire. Durant cette période d'agrément provisoire, l'administration procède à une inspection afin de déterminer si le centre de coordination, fonctionne conformément au décret. Six mois plus tard, le centre de coordination introduit auprès du Collège une demande d'agrément accompagnée d'un projet et d'un dossier administratif. Après s'être assuré que le centre de coordination respecte le décret, le Collège statue sur la demande d'agrément. L'arrêté ne stipule pas la durée de l'agrément. Mais le Collège peut à tout moment le retirer si d'éventuels changements ne sont pas communiqués. Apparemment, la durée de l'agrément varie en fonction des cas et la demande de renouvellement doit être introduite au plus tard six mois avant le terme de l'agrément en cours.

L'octroi des subventions aux centres de coordination se fait à différents niveaux. Les subventions pour frais de personnel tiennent compte de l'évolution de l'ancienneté et de l'indexation. L'indemnité forfaitaire par prestataire et par réunion est fixée à 12,4 euros. Le montant maximal annuel varie en fonction de la catégorie dans laquelle se situe le centre : 2481 euros pour un centre de catégorie 1 ; 4959 euros pour un centre de catégorie 2 et 7444 euros pour un centre de catégorie 3. Un des critères d'appartenance à une catégorie est la moyenne annuelle du nombre de bénéficiaires d'un plan de soutien. Le montant forfaitaire annuel total pour frais de fonctionnement varie aussi d'une catégorie à l'autre : 14888 euros pour un centre de catégorie 1 ; 29752 euros pour un centre de catégorie 2 ; 59504 euros pour un centre de catégorie 3.

3.2.2. Services

Pour être agréés par leur pouvoir de tutelle, les services doivent respecter certaines conditions.

En ce qui concerne leur subventionnement, les services bénéficient d'interventions multiples. L'intervention la plus importante est octroyée par le pouvoir de tutelle. Les services perçoivent également une intervention de l'ONAFTS (office national des allocations familiales pour travailleurs salariés). Les autres ressources proviennent des Provinces, de Communes ou des CPAS, des mutualités (suivant des conventions), ce qui rend le financement assez complexe. Le bénéficiaire paie une participation horaire calculée selon ses revenus et les personnes qu'il a en charge. Les prix varient en fonction du lieu de résidence et du montant des revenus des bénéficiaires. Ainsi, le prix d'une heure de travail d'aide familiale oscillait en 2002 entre 1 et 6 à 8 EUR en région bruxelloise. Des réductions peuvent être obtenues en fonction de l'appartenance à telle ou telle mutuelle ou de la jouissance ou non d'une assurance libre complémentaire.

Services relevant de la COCOM

L'agrément des services relevant de la COCOM ainsi que leur subventionnement sont décrits dans l'AR du 1^{er} août 1975 (M.B. du 6 avril 1976) réglant l'agrégation des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi des subventions à ces services pour la région bruxelloise. Cet arrêté a été modifié par l'arrêté du 19 décembre 2002 (M.B. 15 janvier 2003).

Pour être agréé par la COCOM, un service doit :

- accomplir ses missions ;
- disposer d'au moins trois aides familiales ou seniors ;
- appliquer les statuts ;

- collaborer avec un service d'enquête sociale placé sous la responsabilité d'un assistant social ou d'un infirmier ;
- disposer d'au moins un local accessible au public (dans la commune) ;
- se soumettre au contrôle (organisé par les Ministres) ;
- exiger des bénéficiaires le paiement intégral des prestations fournies (contribution en rapport avec les ressources et les charges de la famille)³ ;
- ne pas excéder, pour un même cas, une durée de 800 heures par an pour l'ensemble des prestations fournies (excepté dérogation apportée par le Ministre et motivée par un rapport du service d'inspection).

L'agrément est accordé pour une durée indéterminée. Mais il peut être retiré aux services qui ne remplissent plus les conditions fixées.

Subventions

D'après l'arrêté du 19 décembre 2002 (M.B. 15 janvier 2003), il existe une subvention forfaitaire par heure de prestation pour intervenir dans les frais de fonctionnement des services.

Il existe aussi une subvention destinée à couvrir la cotisation patronale imposée aux services par la législation concernant la sécurité sociale des travailleurs.

Les services ont droit à une subvention s'élevant à 10% du montant total des rémunérations brutes payées par le service.

Une subvention salariale annuelle forfaitaire par poste d'AS ou d'infirmier social gradué ETP est accordée aux services constitués sous forme d'ASBL.

³ En réalité, le montant de l'intervention du bénéficiaire est calculé selon le barème établi par la COCOM. Il est tenu compte uniquement des revenus des personnes et pas des charges. En cas de difficultés financières, l'introduction d'une demande de dérogation s'établit en tenant compte d'une partie des charges.

Aussi, chaque organisation reçoit un budget à affecter à la formation. Une subvention peut être allouée aux services qui organisent des cours de perfectionnement correspondant aux formations continues.

Lorsque le montant total des subventions auxquelles peuvent prétendre les services agréés dépassent le crédit disponible, le montant des subventions est diminué.

Les subventions ne sont pas octroyées lorsque la contribution des bénéficiaires est manifestement fixée trop bas par rapport à ses ressources et à ses charges familiales.

D'après l'arrêté du Collège du 19 décembre 2002 modifiant l'AR du 1^{er} août 1975, les subsides accordés aux services s'entendent comme suit :

- une subvention de 12, 39 EUR par heure est accordée pour les déplacements des aides familiales et aides seniors à concurrence d'un quart d'heure par prestation pour, au maximum, deux prestations par jour.
- concernant la rémunération horaire brute, elle passe de 8,05 EUR pour les aides ayant moins de 2 années de services à 13, 11 EUR pour les aides ayant plus de quarante années de services.
- chaque organisation reçoit un budget qui, compte tenu du droit à la formation de chaque membre du personnel et moyennant concertation entre employeurs et travailleurs est à affecter à la formation.
- une subvention d'un montant de 14, 87 EUR par heure pour un minimum de 25 heures et un maximum de 30 heures par an et par équivalent temps plein d'aide est accordée à titre de formation continuée.
- une subvention de 14, 87 EUR par heure est accordée pour les réunions d'équipe, à concurrence de minimum 4 heures et maximum 6 heures par aide subventionnée et par mois.

- une subvention de 14,87 EUR par heure est accordée pour la coordination extérieure, à concurrence de maximum 12 heures, par aide subventionnée et par an.

Condition d'octroi de l'aide pour la personne demandeuse

Le service, après enquête sociale préalable, procure l'aide⁴ :

- lors d'un accouchement ;
- en cas de décès ou d'absence prolongée d'un des parents ;
- s'il faut s'occuper d'un enfant handicapé ;
- si une mère est surchargée avec au moins 3 enfants de moins de 14 ans ;
- lorsqu'un enfant est malade et si les parents travaillent ;
- lors de la maladie de l'un ou l'autre conjoint d'un vieux ménage ou d'une personne âgée vivant seule ;
- lorsqu'une personne est surchargée de travail en raison de la présence en son foyer d'une personne âgée malade ;
- lorsqu'une personne a à charge une personne gravement handicapée ;
- à une personne gravement handicapée vivant seule.

L'aide peut aussi avoir pour objet la distribution de repas au domicile des bénéficiaires.

Services relevant de la COCOF

L'agrément des services relevant de la COCOF ainsi que leur subventionnement sont décrits dans l'arrêté du 23 mars 1995 (M.B. du 6 décembre 1995).

⁴ La classification reprise ci-dessus a été élaborée suite à l'A.R. Vu sa désuétude, elle n'est plus utilisée comme telle. Dans les faits, l'aide s'adresse à tout le monde : aux jeunes ou aux personnes âgées, aux malades en crise aiguë, chronique, mourant, psychique ou aux handicapés, à une famille ou à une personne isolée pour peu qu'elle s'inscrive dans les missions des services.

Pour être agréé par la COCOF, un service doit :

- être constitué sous forme d'ASBL ;
- avoir son siège à Bruxelles ;
- exercer ses activités principalement sur l'ensemble du territoire de Bruxelles-capitale ;
- employer 5 aides familiales ou seniors ETP ;
- appliquer les statuts ;
- occuper au moins une assistante sociale ETP pour 20 aides familiales ou seniors ETP ;
- se soumettre au contrôle assuré par les services du Collège ;
- être organisé en équipe de maximum 20 ETP (il peut y avoir plusieurs équipes).

En outre :

- le responsable du service doit être titulaire d'un diplôme social, juridique ou paramédical ;
- le responsable de l'équipe doit posséder un diplôme d'assistant social, d'infirmier social gradué, d'infirmier gradué avec dérogation et remplir un rôle d'encadrement auprès des bénéficiaires et un rôle de coordination avec le responsable du service.

L'agrément n'est accordé par la COCOF que pour une durée de 5 ans renouvelable pour autant que les conditions énoncées ci-dessus soient respectées. A ce titre, des contrôles sont normalement effectués par des inspecteurs.

La demande de renouvellement d'agrément doit être introduite au plus tard neuf mois avant l'expiration de l'agrément en cours. L'agrément peut aussi être retiré lorsqu'une ou plusieurs conditions prévues par le décret ne sont plus observées. Après avoir été mis en demeure d'y remédier, le service dispose de deux mois pour s'y conformer.

Subventions

D'après l'article 27 de l'Arrêté du 27 avril 2000 relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services d'aide à domicile, les subventions sont octroyées sur base des éléments suivants :

- le nombre d'heures prestées par les aides ;
- le nombre de prestations effectuées par les aides ;
- le nombre de prestations effectuées à domicile le samedi, le dimanche, les jours fériés entre 18 heures et 7 heures ;
- la contribution du bénéficiaire.

L'octroi des subventions est subordonné aux conditions suivantes :

- exiger du bénéficiaire une contribution en rapport avec ses revenus et ses charges,
- tenir une comptabilité par année budgétaire,
- transmettre un rapport d'activité à la COCOF,
- rémunérer les aides pour les prestations effectuées dans le respect de la réglementation relative au contrat de travail.

Chaque année, pour chaque service agréé, le Collège fixe pour l'année suivante, un nombre maximal d'heures de prestations subventionnables. Ce nombre - le contingent - se calcule sur base du nombre d'heures subsidiées l'année précédente multiplié par un coefficient.

Si avant la fin du mois de février, les heures prévues par le contingent de l'année précédente n'ont pas été utilisées, elles peuvent être redistribuées à d'autres services.

La subvention relative aux activités des aides familiaux et seniors comporte :

- un montant forfaitaire de 16,60 euros par heure prestée à titre d'intervention dans les charges salariales et de fonctionnement des aides familiales et seniors. La contribution horaire du bénéficiaire est déduite de ce montant ;

- un seul montant forfaitaire de 1,24 euros par heure prestée pour la distribution des repas à domicile qui est déduit des 16,60 euros (la durée de la prestation prévue à la distribution des repas ne peut excéder 4 heures par jour) ;
- un montant forfaitaire de 0,44 euros par heure prestée à titre d'intervention dans les charges salariales du personnel administratif ;
- un montant forfaitaire de 0,30 euros par heure prestée à titre d'intervention dans les frais de fonctionnement pour les prestations à domicile ;
- un montant forfaitaire de 3,12 euros par prestation à titre d'intervention dans les charges salariales du responsable de service et des responsables d'équipe ;
- un montant forfaitaire de 48.486,73 euros pour un équivalent temps plein à titre d'intervention dans les charges salariales pour le personnel de direction lorsque le service comporte plus de cent aides équivalents temps plein.

Les subventions pour les heures prestées le dimanche, les jours fériés légaux ou le matin avant 7 heures et le soir après 18 heures sont majorées d'un supplément horaire de 8,30 euros. Les heures prestées le samedi sont majorées d'un supplément horaire de 5,81 euros.

Un montant forfaitaire supplémentaire de 14,56 euros par prestation à titre d'intervention dans les charges salariales du responsable de services et des responsables d'équipe pour les prestations effectuées le samedi, le dimanche et les jours fériés légaux et pour toute prestation avant 7 heures et le soir après 18 heures pour autant que les heures représentent au moins 4% du volume total d'heures prestées à domicile.

La durée de déplacement est prise en considération dans le calcul des subventions à raison d'un quart d'heure par prestation.

Une indemnité annuelle de formation de 247.89 euros est accordée pour un équivalent temps plein au responsable de services et aux responsables d'équipe.

Lorsque le nombre minimal des heures de coordination et des heures de formation continuée n'est pas atteint, les subventions sont diminuées.

Condition d'octroi de l'aide pour la personne demandeuse

L'aide est octroyée en 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 (personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté).

La COCOF a instauré et fixé un système de tarification relatif au montant de la contribution de l'aide fournie. Ce tarif est en rapport avec les ressources et charges de la famille du bénéficiaire. Le barème tient compte de certains codes définis en annexe IV de l'arrêté du 27 avril 2000.

Services relevant de la COCON

L'agrément des services relevant de la COCON ainsi que leur subventionnement sont décrits dans l'arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 1997 (M.B. du 29 novembre 1999) réglant l'agrément et le subventionnement des services d'aides aux familles et aux personnes âgées.

L'arrêté de l'exécutif flamand du 22 juin 1988 (M.B. du 1^{er} juillet 1988) réglant l'agrément et le subventionnement des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et des centres formation d'aides aux familles et aux personnes âgées reste en vigueur pour les centres de formation d'aides aux familles et aux personnes âgées.

Par le décret sur les soins à domicile du 14 juillet 1998 (M.B. du 5 septembre 1998), le gouvernement flamand reconnaît les différents acteurs du dispositif socio collectif présents dans le secteur des soins à domicile et fixe leurs compétences.

Pour être agréé par la COCON, un service bruxellois doit :

- être constitué sous forme d'asbl ;
- occuper ou rétribuer au moins trois membres du personnel d'aide ETP conformément aux conventions de travail conclues ;
- respecter les dispositions du décret du 29 avril 1997 (M.B. 11 juin 1997) relatif à la « gestion de la qualité». Depuis 2001, le manuel de la qualité est obligatoire.

L'agrément d'un service est accordé pour une durée indéterminée.

Subventions

Le Ministre fixe par service agréé et sur une base annuelle, le nombre maximal d'heures entrant en ligne de compte pour le subventionnement. Des montants forfaitaires sont attribués au sein de ces contingents horaires :

- par heure prestée et par heure de formation complémentaire visant à améliorer les compétences de l'aide familiale, au titre de subventionnement du personnel de l'aide à domicile ;
- par tranche de 150 demandeurs aidés au titre de subventionnement du personnel d'encadrement ;
- par tranche de 75 ETP de personnel soignant, au titre de subventionnement du personnel dirigeant ;
- par tranche de 200 demandeurs aidés, au titre de subventionnement des frais d'administration et de coordination.

Le service de nettoyage n'est pas subventionné directement. La majeure partie des frais de personnel est prise en charge par le VDAB via des plans de résorption du chômage dans le cadre d'ACS (agent contractuel subventionné) et des mesures visant à promouvoir l'emploi.

Condition d'octroi de l'aide pour la personne demandeuse

L'aide aux familles s'adressent à tout le monde : aux jeunes ou aux personnes âgées, aux malades ou aux handicapés, à une famille ou à une personne isolée. La priorité est donnée aux personnes ayant le plus besoin d'aide.

La contribution que le demandeur d'aide doit payer pour chaque heure d'aide familiale prestée sera proportionnelle à ses moyens financiers et à ses charges familiales. Un barème légal de contribution a été fixé. Le demandeur d'aide ne paie qu'une partie limitée du prix coûtant de l'aide familiale. La Communauté flamande prend environ 75% du prix coûtant total à sa charge. En outre, les services peuvent bénéficier des subsides alloués par des administrations locales (communes, provinces) et par les mutualités.

On distingue aussi des groupe cibles particuliers : la mère, le bébé et le jeune enfant dans la famille, la personne handicapée et le malade en crise aiguë, la malade chronique ou mourant, le malade psychique, les personnes âgées démentes et leur entourage.

L'aide aux familles est proposée à toute personne faisant appel à l'offre de service en fonction de ses besoins, qui sont évalués par une enquête sociale en collaboration avec les bénéficiaires et les aidants proches.

3.3. Statuts, missions et accès à la profession

Services relevant de la COCOM

Statuts et missions

Dans le texte réglementaire de base, l'arrêté royal du 1^{er} août 1975, la définition du statut n'est pas évoquée. Mais elle renvoie le lecteur aux statuts approuvés par le Ministre ayant la famille dans ses attributions. Ces statuts de l'aide familiale et de l'aide senior sont approuvés par les arrêtés ministériels du 6 avril 1967 (M.B. du 27 avril 1967) et sont toujours en vigueur.

Cependant la distinction entre aide familiale et aide senior n'étant plus d'actualité, la définition du statut de l'aide familiale rejoint plutôt celle décrite en COCOF (voir plus loin).

Dans les services bicommunautaires, l'aide familiale a un statut ouvrier ou d'employé. Les aides familiales sont embauchées via le plan Maribel social, via des contrats ACS.

Les aides familiales assistent les familles ou les personnes âgées dans une situation de crise. Elles ont un rôle transitoire. L'objectif est de permettre au bénéficiaire de ne plus avoir besoin de leur aide à terme en lui faisant retrouver son autonomie ou en développant un réseau relationnel et social proche. Les aides familiales assistent temporairement les bénéficiaires dans l'accomplissement de leurs tâches familiales et spécialement dans les travaux ménagers.

Accès à la profession

Du point de vue de l'accès à la profession, les aides familiales peuvent suivre une formation organisée par la communauté flamande ou par la communauté française, sur base de laquelle une attestation de capacité est délivrée.

Elles peuvent aussi accéder à la profession en étant détentrices d'un diplôme de puéricultrice ou d'un diplôme de 6^{ème} professionnelle « orientation sociale ». Il n'existe pas d'école de formation au niveau bicommunautaire.

Services relevant de la COCOF

Statuts et missions

Pour les services relevant de la COCOF, les aides familiales sont toutes employées depuis 1995 et les aides ménagères sont ouvrières. Les aides familiales doivent toutes être en possession d'un certificat d'aptitude. Par contre, aucune formation n'est requise pour les aides ménagères. Pour les aides familiales et ménagères, un horaire plein équivaut à 38 heures de travail par semaine. Il est intéressant de relever que la COCOF a instauré un système de crédit congé équivalent à deux heures par semaine en raison de la pénibilité du travail.

D'après l'annexe 1 de l'arrêté du Collège de la COCOF du 27 avril 2000 (MB 18/07/2000) qui décrit le statut de l'aide familiale ou senior il est stipulé que l'aide familiale ou senior est une professionnelle à caractère polyvalent.

Elle assiste, seconde et accompagne les bénéficiaires dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne sous la responsabilité d'un chef d'équipe pour permettre le maintien à domicile des personnes et de leur assurer une qualité de vie. Elle mène une action en concertation, avec le bénéficiaire et ses collègues, et collabore avec tous les acteurs

médico-sociaux entourant le bénéficiaire. Elle exerce sa fonction au sein d'un service d'aide à domicile sous la responsabilité d'un responsable d'équipe. Elle intervient auprès des familles, des personnes âgées, malades ou handicapées, en difficulté pour accomplir les actes de la vie journalière. Son rôle est de permettre le maintien à domicile des personnes et de leur assurer une qualité de vie. L'aide familiale est intégrée dans le travail social. Elle joue un rôle important de prévention et peut contribuer à l'insertion dans la vie sociale. Elle intervient sur le plan individuel (vis-à-vis de la personne aidée), sur un plan collectif (vis-à-vis des familles et de l'environnement de la personne) ; sur le plan préventif (par son rôle éducatif, par son observation, sa capacité de gérer et de signaler les situations à risques) et sur un plan curatif (par son rôle éducatif, sanitaire, d'aide relationnelle et sociale à la vie journalière).

La demande d'aide peut avoir une fonction d'appui, d'allègement et/ou de substitution. Elle est également temporaire. Dans le cadre d'une prise en charge globale, la demande d'aide couvre notamment quatre domaines. Ceux-ci peuvent être distingués l'une de l'autre mais ne sont pas toujours séparables. Ils sont fréquemment accomplis simultanément. Il s'agit de l'aide ménagère (course, préparation et distribution des repas, lessive, repassage,...), du soutien psychosocial général (écoute attentive, observation et compréhension des problèmes de deuils, de solitude, de dépression, ...), du soutien pédagogique et socio-éducatif général (soins apportés aux enfants et à leur éducation, conseils d'hygiène de vie,...) et des soins personnels (assistance à des activités de la vie journalière, soins limités et élémentaires,...).

L'aide familiale ou senior doit exercer ses activités en étroite collaboration avec le responsable d'équipe. Par son temps de présence auprès des familles, l'aide familiale ou senior constitue un relais important pour l'ensemble des intervenants sanitaires, sociaux et médicaux. Grâce à ses observations et à ses informations, elle est amenée à jouer un rôle important dans les réunions de coordination. Celles-ci permettent d'optimiser l'efficacité de l'aide et de décider de la conduite à suivre dans les situations plus lourdes et plus complexes.

L'aide ménagère entretient le logement du bénéficiaire et effectue des tâches ponctuelles avec l'accord du responsable d'équipe. Elle travaille en concertation avec ses collègues et le bénéficiaire et prévient de toute évolution qu'elle constate chez lui. Elle est appelée à intervenir dans les familles, auprès des personnes âgées, malades ou handicapées en difficulté pour assurer l'entretien courant des pièces occupées du logement. Elle est aussi intégrée dans le travail social. L'aide ménagère se doit d'être à l'écoute du bénéficiaire et de transmettre ses observations au responsable d'équipe. Elle ne peut répondre à toutes les demandes du bénéficiaire. Elle ne peut rien faire qui touche au corps ou à l'argent du bénéficiaire. Le responsable d'équipe définit les priorités en concertation avec le bénéficiaire et l'aide ménagère et régulièrement, l'intervention sera évaluée et adaptée en fonction de ses besoins. L'aide ménagère s'intégrant dans l'équipe doit exercer sa fonction en collaboration avec son responsable. Par son temps de présence auprès du bénéficiaire, l'aide ménagère constitue aussi un relais privilégié pour l'ensemble des intervenants sanitaires, sociaux et médicaux. Grâce à ses observations, elle joue également un rôle important dans les réunions de coordination.

Accès à la profession

Pour pouvoir exercer sa profession, l'aide familiale doit être en possession des certificats, attestations et diplômes exigés. Selon l'arrêté du 27 avril 2000, le Ministre délivre le certificat d'immatriculation permettant d'accéder à la profession sur production des documents suivants :

- premièrement : un des certificats, attestations ou diplômes suivants :
 - l'attestation de capacité d'un centre de formation d'aides familiaux agréés établissant que l'intéressé a suivi avec fruit un cycle complet de formation ;
 - un certificat d'immatriculation ou un titre équivalent ;
 - une attestation de capacité d'aide familial ou senior datant d'avant le 1er juillet 1990 ;

- un certificat de l'enseignement technique secondaire supérieur section « aspirant nursing » ;
 - un certificat de l'enseignement technique secondaire supérieur section « éducateur en gérontologie »;
 - un certificat de qualification de l'enseignement secondaire supérieur de promotion sociale d'auxiliaire polyvalent des services à domicile et en collectivités ;
 - un certificat de qualification de 6^{ème} année de l'enseignement professionnel section « auxiliaire familial et sanitaire » ;
 - un certificat de qualification de 6^{ème} année de l'enseignement professionnel subdivision « puéricultrice » ;
 - un certificat d'enregistrement délivré par l'INAMI pour le personnel aide soignant ;
 - un diplôme, une attestation ou un certificat étranger jugé équivalent par le Ministre.
- deuxièmement : un certificat de bonne vie et mœurs.
- troisièmement : un certificat médical attestant que le candidat est apte pour exercer la profession d'aide familiale.

Pour être aide ménagère, aucune qualification n'est requise.

Une annexe à l'arrêté du Collège de la COCOF du 21 octobre 1999 détaille le programme du cycle de formation (500 heures) des aides familiales (subdivisée en six branches) organisée par la COCOF. Les branches étudiées sont la déontologie (50 heures), le droit familial – Institutions sociales – législation sociale (50 heures), la promotion de la santé, hygiène et premiers soins (100 heures dont 40 heures de pratique), la psychologie – gérontologie - communication (100 heures), la formation ménagère (110 heures) et des cours à option (90 heures).

Par son arrêté du 27 avril 2000, la COCOF impose aussi aux services une formation continuée. Le service doit assurer la formation continuée du responsable de service et du responsable d'équipe à concurrence d'un minimum de vingt heures et d'un maximum de trente heures par an et par personne. Chaque aide familiale doit suivre annuellement au minimum vingt heures et au maximum trente heures de formation continuée. La formation continuée doit avoir une durée minimale d'une heure. Les groupes ne peuvent pas être inférieur à cinq aides (ETP) et ne peuvent excéder vingt-cinq aides (ETP).

Services relevant de la COCON

Statuts et missions

Dans l'annexe de l'arrêté du gouvernement flamand datée du 24 juillet 1997 (M.B. 29/11/1997) qui définit le statut de l'aide familiale, on constate que l'aide familiale a une place appropriée dans le cadre de l'aide à domicile qui est définie comme un métier à part entière.

Ici, le bénéficiaire (appelé le demandeur) occupe une place centrale. Cela signifie que la demande d'aide est centrale et non l'offre d'aide et de services. Le bénéficiaire est assisté avec respect pour sa liberté, convictions, style de vie,... en tenant compte de son milieu et du réseau social. L'aide familiale soutient et stimule l'autonomie du demandeur d'aide et de son milieu, et soutient les intervenants informels (familles, amis...). L'attitude professionnelle est caractérisée par l'expression sincère d'attention et de sensibilité, la discrétion, la confiance, l'esprit d'équipe, le tact et la loyauté.

L'aide familiale est un travailleur polyvalent. Elle dispense une aide professionnelle tant sur le plan des soins personnels que sur celui de l'aide ménagère. Là où cela s'avère souhaitable, elle propose également un soutien psychosocial en concertation et en collaboration avec le personnel d'encadrement du service. Elle assure un soutien pédagogique et socio-éducatif. Cette aide est destinée à tous, jeunes ou moins jeunes, malades ou handicapés, familles ou personnes isolées. En suivant des cours de recyclage,

elle peut se spécialiser vis-à-vis de groupes cibles particuliers : la mère, le bébé et le jeune enfant dans la famille, la personne handicapée, le malade aigu, le malade chronique ou mourant, le malade psychique, les personnes âgées démentes,...

La fonction de l'aide à domicile recouvre plusieurs tâches :

- des tâches orientées vers le demandeur d'aide : les soins personnels (assistance dans les activités de la vie journalière, soins élémentaires, aider à manger et à boire,...), l'aide ménagère (les courses, les repas, la vaisselle, la lessive,...), le soutien psychosocial général (stimulation de l'autonomie, observation et compréhension des problèmes psychosociaux comme le deuil, la solitude, la dépression,...) et le soutien pédagogique et socio-éducatif général (soins et éducation aux enfants, gestion financière, exécution des actes administratifs,...).

- des tâches orientées vers l'organisation. La participation à la formation afin d'actualiser de nouvelles techniques et de suivre l'évolution dans l'aide à domicile est vivement conseillée. La participation à des réunions de travail, la concertation interdisciplinaire et la prise de contact régulière avec le responsable du service optimisent la qualité de l'aide. L'aide doit remplir également des tâches administratives en vue d'une facturation et d'un subventionnement correct des services offerts. L'aide familiale doit également coopérer avec les autres intervenants formels et informels. Elle a un horaire flexible.

La relation d'aide se caractérise par plusieurs éléments :

- elle est limitée dans le temps ;
- la mission est limitée compte tenu de l'autonomie du demandeur ;
- elle est fondée sur la confiance et le respect ;
- elle est liée par le secret professionnel.

Le statut de l'aide ménagère n'est pas défini comme tel dans les textes réglementaires. Ces personnes sont engagées via des plans de résorption du chômage.

Accès à la profession

Selon l'arrêté du 18 décembre 1998, toute aide familiale doit, à son entrée dans un service, être titulaire d'un certificat d'immatriculation délivré par l'administration, et ne pouvant être délivré qu'à des personnes étant titulaires d'un des documents suivants :

- un diplôme, certificat, attestation ou brevet d'une orientation pédagogique ou d'une orientation du secteur des soins faisant apparaître que l'intéressé a terminé avec fruit l'enseignement secondaire supérieur professionnel ou technique ;
- un certificat d'aptitude d'aide délivré par un centre de formation agréé ;
- un certificat d'aptitude délivré par une autre autorité que la communauté flamande ou d'un diplôme ou certificat de l'étranger équivalent.

Par ailleurs, les aides familiales sont invitées à se perfectionner par la formation continuée et la spécialisation d'un groupe cible.

4. Encadrement du secteur

4.1. Conventions collectives de travail

Plusieurs conventions collectives de travail (CCT) ressortissant de la sous-commission paritaire 318.01 pour les services des aides familiales et des aides seniors de la communauté française, de la région wallonne et de la communauté germanophone ont marqué le secteur de l'aide à domicile récemment.

La convention collective de travail du 13 mai 2002, conclue pour une durée de trois ans, traite de l'indemnité complémentaire octroyée dans le cadre de l'aménagement de

carrière. Il faut entendre par « aménagement de la carrière » le système de crédit-temps, de diminution de carrière et de réduction des prestations de travail à mi-temps. Par la conclusion de cette convention, les partenaires sociaux souhaitent octroyer une prime complémentaire à l'allocation perçue dans le cadre de l'aménagement de la fin de carrière au bénéfice des aides familiales qui sont âgées de 55 ans au moins et qui réduisent leurs prestations à mi-temps. Le montant de l'indemnité complémentaire d'aménagement de carrière prise en charge par le Fonds social de la Sous-Commission paritaire est de 36,34 euros bruts par mois, par travailleur bénéficiaire. La durée des versements est égale à la durée de l'aménagement de carrière accordée par l'ONEM et toute travailleuse entrant dans le système pendant la durée de la convention collective de travail bénéficiera de l'indemnité complémentaire jusqu'à l'âge de la pension pour autant qu'elle continue à répondre aux conditions reprises dans la présente convention collective de travail.

La convention collective de travail du 13 mai 2002 relative au tutorat, en vigueur pour une durée indéterminée, prévoit l'instauration d'un système de tutorat dont l'organisation et le financement sont réalisés par le Fonds social de la Sous-Commission paritaire.

Tout service peut bénéficier du financement pour une tutrice par tranche entamée de 50 aides familiales ou moins, sur dérogation. Le service qui souhaite adhérer au système de tutorat propose donc à chaque aide familiale de poser sa candidature sur base volontaire en tant que tutrice. La tutrice doit être une aide familiale du service depuis au moins dix ans (il peut être dérogé à cette condition dans les services qui ont moins de dix ans d'existence) et son régime de travail doit être équivalent ou supérieur à un mi-temps. La personne nouvellement engagée doit être quant à elle inscrite depuis moins de 12 mois au registre du personnel. La tutrice confirmée dans sa compétence est chargée de l'encadrer en l'accompagnant, en la conseillant et en partageant ses expériences acquises.

Pour sa part, le Fonds social de la Sous-Commission paritaire confie à des opérateurs de formation l'organisation d'une formation de base au tutorat à raison d'une session de 6

jours par personne formée et d'une formation continue à raison de 8 heures par an et par tutrice. Dans ce cadre, l'employeur doit organiser le travail de son service de manière à permettre aux tuteurs de participer à la formation au tutorat, à la formation continue, à la journée annuelle de bilan de fonctionnement ainsi que leur permettre d'assurer l'encadrement des personnes nouvellement engagées à raison de 16 heures par an. Tout ceci est pris en charge financièrement par le Fonds et l'employeur bénéficie en outre d'un contingent annuel d'heures de tutorat correspondant à 16 heures multiplié par le nombre de tuteurs que le service comprend.

La convention collective de travail du 18 novembre 2002 institue un fonds de sécurité d'existence dénommé « fonds social pour les services des aides familiales et des aides seniors » (en abrégé FIFr.⁵), et en fixe les statuts pour les services subventionnés par la Région wallonne, la Communauté germanophone, la COCOF et la COCOM. Cette convention, entrée en vigueur le 01/01/2003, a été conclue pour une durée indéterminée.

Le siège social de ce fonds est AFOSOC (Association des Fonds Sociaux). Cette association a été créée afin de regrouper les fonds sectoriaux du secteur non-marchand.

4.2. Fonds Maribel Social

A côté du FIFr., on trouve l'AR du 05/02/97 (modifié par l'AR du 16/04/98) portant sur les mesures qui visent à promouvoir l'emploi dans le secteur non-marchand via les emplois Maribel. Cet arrêté prévoit des réductions de cotisations patronales de sécurité sociale, pour autant que celles-ci soient converties entièrement en embauches nettes

⁶ Plus spécifiquement, le FIFr. a pour objectifs d'organiser l'octroi et la liquidation d'avantages sociaux complémentaires aux travailleurs, de financer et d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs en général, de percevoir et de recouvrer les cotisations à charge des employeurs ressortissant à ce fonds, de payer les indemnités complémentaires de prépension et les charges y afférentes, d'assurer la prise en charge de la formation syndicale, d'assurer la prise en charge et/ou l'organisation de formations professionnelles continuées entérinées par la Sous-Commission paritaire... Pour y parvenir, le FIFr dispose des cotisations versées par les employeurs d'aide à domicile qui s'engagent à adapter le taux de leurs cotisations afin de garantir la continuité des obligations du Fonds.

supplémentaires dans les institutions privées ou publiques des secteurs de la santé, de l'action sociale et du socioculturel.

Les intentions d'une telle « entreprise » consistent à diminuer la charge de travail et à améliorer la qualité des services rendus aux bénéficiaires par une augmentation des effectifs. La pénibilité croissante du travail dans le secteur non-marchand est en effet à l'origine de certains problèmes en ce qui concerne la qualité du service.

Chacune des phases d'attribution des emplois Maribel fait l'objet d'une convention collective de travail dans les commissions paritaires concernées. Le choix des qualifications retenues est la résultante des négociations entre les partenaires sociaux et les pouvoirs de tutelle. Dans certains cas, les qualifications retenues répondent aux besoins du terrain représentés par les partenaires sociaux, dans d'autres elles résultent du souci d'augmenter globalement le volume de l'emploi en faisant appel à des professionnels moins qualifiés (présentant une charge salariale plus faible, permettant un nombre plus important d'embauches) ou des priorités définies par les politiques de tutelle. Les fonctions visées par ce fonds sont ainsi notamment celles des aides familiales, des soignants, des infirmiers...

A la différence d'autres mesures de mise à l'emploi, les embauches supplémentaires du Maribel social ne sont pas liées au statut des personnes (les travailleurs engagés ne doivent pas être nécessairement des chômeurs indemnisés). Leur contrat de travail ne diffère d'ailleurs pas de celui des autres membres du personnel.

Enfin, l'intervention financière du Fonds Maribel social est limitée de deux manières : d'une part, aux coûts salariaux du travailleur embauché suite à l'attribution d'un poste de travail supplémentaire ; d'autre part, au montant défini dans la CCT d'application par travailleur engagé à temps plein. Depuis le 1^{er} janvier 2003, ce montant ne peut dépasser 64 937, 84 euros par an, ce montant étant indexé et les frais salariaux ne pouvant être supportés que par l'intervention du Fonds Maribel social.

4.3. Titres-services

Les titres-services découlent d'une nouvelle mesure issue de la loi du 20 juillet 2001 (M.B. 11/08/2001) dont les buts sont de favoriser l'offre et la demande de services de proximité, de créer des emplois occupés prioritairement par des travailleurs peu qualifiés et de remplacer une partie du travail au noir par du travail salarié et des prestations dont la qualité est assurée. Ce régime est complémentaire à celui des agences locales pour l'emploi. Le fonctionnement est que l'utilisateur achète des titres-services à une société émettrice (ACCOR services), pour faire effectuer un service par un travailleur non occupé, inscrit comme demandeur d'emploi et engagé dans les liens d'un contrat de travail au moins à mi-temps par une entreprise (commerciale ou non) agréée par la région compétente ou la communauté germanophone. L'utilisateur paie chaque heure de travail prestée par un titre (ACCOR reverse le montant correspondant à l'entreprise). Le reste du coût pour l'entreprise est supportée par les pouvoirs publics, financé pour moitié par la région et pour l'autre par le fédéral (ONEM). Les activités visées sont l'aide à domicile de nature ménagère, la garde d'enfants et l'aide aux personnes âgées, malades ou handicapées à domicile.

5. Quelques chiffres caractérisant le secteur

5.1. Demandes adressées au secteur

Une enquête réalisée par l'Institut Pasteur en 1997 permet d'évaluer la part de personnes âgées ayant recours à des services d'aide à domicile. En Belgique, 24% des personnes âgées de plus de 60 ans utilisent ces services. A partir de 75 ans, une personne sur 5 fait appel à une aide ménagère. Pour les personnes âgées de 80 à 84 ans, 45% utilisent au moins un service pour personnes âgées et pour les plus de 85 ans, cette proportion s'élève à 60%. Si on tient compte de tous les services à domicile, l'enquête révèle qu'un quart de la population bruxelloise de plus de 60 ans utilise des services pour personnes âgées. A Bruxelles les services d'aide ménagère et de repas chauds sont plus utilisés que dans

l'ensemble du pays. Les femmes de plus de 60 ans utilisent plus ces services que les hommes puisque 30% des femmes y ont recours contre 19% des hommes.

Une étude réalisée en 2002 par la CSD de Bruxelles auprès de ses bénéficiaires montre que l'aide familiale est souvent confrontée à des situations de précarité et d'isolement (BLONDEEL & GRUSELIN, 2002). Cette étude relate que le nombre d'interventions auprès des personnes âgées à domicile a augmenté depuis 1983. La plupart de ces personnes sont isolées et souffrent de solitude. L'âge de cette population varie entre 70 et 90 ans. Les auteurs constatent aussi que depuis quelques années, une demande accrue émane des familles d'origine maghrébine, surtout dans les communes à forte densité de population immigrée. Dans la majorité des cas, l'intervention est liée à une incapacité médicale temporaire de la mère. Aussi, la CSD s'occupe de plus en plus de familles présentant des problèmes sociaux aigus (alcoolisme et violence). Les auteurs constatent également une augmentation du nombre d'interventions durant le week end qui se justifie par la prise en charge d'un plus grand nombre de patients souffrants de pathologies lourdes. Apparaissent également en nette augmentation les bénéficiaires fragilisés sur le plan psychologique, tantôt perçus comme marginaux, tantôt exclus des réseaux traditionnels d'aide.

Pour connaître plus finement l'évolution des demandes des bénéficiaires, une cellule de recherche a été mise sur pied par la CSD de Bruxelles. Cette cellule a réalisé une étude qui visait à explorer les tenants et aboutissants de l'organisation de services professionnels à domicile en examinant tout particulièrement les demandes des bénéficiaires potentiels mais aussi le financement des services et les qualifications des prestataires (DE HENAU et al., 2003). Dans cette étude, on constate que les personnes âgées de plus de 60 ans sont de plus en plus en demande de service d'aide à domicile. Cette évolution est d'une part liée au vieillissement de la population et d'autre part au souhait des personnes âgées de terminer leurs jours chez elles. L'étude souligne qu'à Bruxelles, 33% des personnes âgées de 65 ans et plus vivent en couple et 58% vivent seules. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à vivre seules, cette proportion est plus élevée à Bruxelles que dans le reste de la Belgique. Le revenu moyen des

personnes âgées est inférieur de 13% à celui de l'ensemble de la population belge (ce chiffre est de 10% pour Bruxelles). Le revenu moyen des femmes isolées à Bruxelles est inférieur de 20% au revenu moyen bruxellois. 17% des Belges et 14% des Bruxellois âgées de plus de 65 ans ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté. A Bruxelles, une femme isolée sur cinq est touchée par la pauvreté. Et ce sont les personnes âgées, pauvres et isolées qui sont les premières à avoir recours aux services à domicile. Mais les familles, les personnes handicapées et en incapacité temporaire peuvent aussi faire appel à ces services d'aide.

5.2. Bénéficiaires de l'aide à domicile

Le recours aux aides familiales est le plus important pour les personnes âgées, les personnes en difficulté économique, les personnes handicapées et les personnes avec des problèmes de santé (FALAY, 2000).

Pour mieux cerner ces bénéficiaires, l'étude réalisée par la CSD de Bruxelles a porté sur une analyse de leurs besoins et sur une analyse des types d'interventions réalisées par les services.

Les chercheurs dégagent quatre grandes catégories de personnes prises en charge en fonction de leurs besoins :

- les personnes âgées dépendantes. Les besoins de ces personnes ne sont pas nécessairement médicaux. Pour des raisons de santé, de vieillesse ou de handicap léger, elles ont besoin d'une aide et un certain nombre de services doivent leur être fournis pour rester à domicile. Les besoins les plus importants sont relatifs à l'entretien de la maison, aux courses, à la préparation des repas et à l'aide à l'administration.

- les personnes handicapées. Certaines personnes lourdement handicapées peuvent avoir des besoins beaucoup plus importants en matière de soins de santé et en matière d'aide personnelle ou domestique.
- les personnes sortant de l'hôpital. Les personnes expriment de plus en plus leur désir de ne pas être hospitalisées ou de retourner rapidement à leur domicile après une hospitalisation.
- les personnes en phase terminale d'une maladie. Certaines personnes en fin de vie souhaitent passer leurs derniers jours à domicile.

Ces catégories ne sont pas exclusives. Un même bénéficiaire peut appartenir à plusieurs catégories. A ces catégories les plus importantes, il convient aussi d'ajouter les familles et les cas psychiatriques.

L'état de dépendance du bénéficiaire en matière sociale ou sanitaire va déterminer le type de services à lui prodiguer à domicile. Quatre catégories de prise en charge en fonction du degré de dépendance (intensité, fréquence et importance des services) ont également été mises en évidence :

- l'aide à domicile qui concerne des personnes légèrement dépendantes qui ont surtout besoin de services d'aide à domicile ;
- le maintien à domicile qui concerne les cas de dépendance moyenne. Une relative coordination des services est nécessaire ;
- les soins et les services continus à domicile qui nécessitent une surveillance permanente. La coordination est à ce niveau indispensable ;
- l'hospitalisation à domicile.

La CSD de Bruxelles a également mené une enquête par questionnaire à laquelle 41% de ces bénéficiaires ont répondu. Ce questionnaire porte sur les caractéristiques générales des personnes ayant recours aux services de la CSD. Il investigate aussi l'aide reçue ou sollicitée. L'échantillon qui a répondu ne permet pas de généralisation mais donne un aperçu sur le profil des bénéficiaires ainsi que sur les types d'intervention. On constate que les caractéristiques principales de l'échantillon, assez représentatif de la population, sont une forte majorité de femme (78%) une moyenne d'âge élevée (78 ans) avec 75% de la population d'âge supérieur à 75 ans, ainsi qu'un très fort pourcentage d'isolés (84%) et de veufs (56%). Enfin seules 7% des personnes n'ont plus de famille du tout. Aussi 54% de la population interrogée ont un diplôme inférieur à l'enseignement secondaire supérieur et 15 % n'ont jamais travaillé, surtout des femmes. Ils sont 23% à vivre dans un logement social et 23% ont un revenu inférieur à 750 EUR par mois. D'autres données issues de ce questionnaire montrent que 36% présentent des difficultés plus ou moins sévères de locomotion, 44% sont aidés pour les soins corporels. La moitié de l'échantillon est atteinte d'un handicap de type définitif et ils sont significativement plus jeunes que les autres (âge moyen de 75 ans contre 81 ans). Les résultats montrent que 89% des bénéficiaires sont aidés pour le ménage, 79% pour les courses et 57% pour des démarches administratives.

5.3. Aides familiales

5.3.1. Evolution

La COCOF distingue les aides familiales des aides ménagères. Les premières forment très largement la majorité des travailleurs du secteur de l'aide à domicile, suivis par l'encadrement social et les aides ménagères (DE BACKER, 2002).

Aides familiales et seniors	Aides ménagères	Encadrement social	Administration	Total
483	117	36	29	665
72.6%	17.6%	5.4%	4.4%	100%

Tableau. Emplois ETP dans les services d'aides familiales à domicile (1999)

D'après l'auteur, l'évolution en nombre de personnel et en nombre d'heures prestées depuis une vingtaine d'année ne montre pas de croissance notable. Ceci est d'autant plus curieux que le vieillissement de la population, la préférence affichée par les principaux intéressés et par les pouvoirs publics pour le maintien dans le milieu de vie, devraient au contraire entraîner une croissance considérable de ce type de services.

Par rapport à ce constat les explications données par les acteurs de terrains sont de plusieurs ordres :

- limitation des subventions octroyées par les pouvoirs publics ;
- concurrence de non professionnels offrant des tarifs plus avantageux ;
- problèmes de recrutement des aides familiales pour des raisons qui tiennent en partie aux conditions peu attractives de la profession mais également à l'âge. Ce métier est rarement exercé par des jeunes diplômées pour des raisons qui tiennent à la nature du public aidé et au type de travail à effectuer ;
- du côté de la formation, manque d'heures disponibles dans les écoles, notamment de promotion sociale pour faire face à la demande de formation d'aide familiale ;
- turn-over élevé dans les services pour des raisons liées aux conditions de travail et à l'écart entre les qualifications requises et les compétences réellement mise en œuvre qui génère de la souffrance au travail ;

- manque de respect et de considération lié à une identité professionnelle vécue négativement, à la fois dans les relations avec les bénéficiaires, les collègues plus qualifiés de l'équipe d'encadrement ou l'environnement social plus large ;
- l'isolement dans l'exercice du métier.

5.3.2. Profil des aides familiales

Une enquête assez ancienne mais quasiment la seule à notre connaissance, a été menée en Belgique sur le statut professionnel et les conditions de travail des aides familiales et des aides seniors. Cette étude a été organisée par la cellule « Actions positives » du Ministère de la santé et des affaires sociales de la Communauté française et s'est basée sur un échantillon représentatif de 188 aides familiales et aides seniors de Bruxelles, du Brabant Wallon et de Wallonie. L'échantillon bruxellois représentait 16% de l'échantillon global et était constitué d'AF du secteur privé (COCOF) (PIRE & FONTEYNE, 1991).

Les principaux résultats que nous pouvons en retirer sont que 14% des aides familiales et des aides seniors sont âgées de 51 ans et plus, 18% ont entre 41 et 50 ans, 41% entre 31 et 40 ans et 26% entre 21 et 30 ans.

84% d'entre elles n'ont pas acquis une formation égale ou équivalente au diplôme d'humanités. Néanmoins, une évolution vers une plus grande professionnalisation est constatée à travers le choix plus fréquent d'une formation dont la finalité est en rapport avec la fonction.

24% des personnes interrogées déclarent travailler dans le cadre d'un contrat de travail à durée déterminée. Cette situation précaire s'amplifie pour les catégories les plus jeunes : parmi les personnes de moins de trente ans, la proportion de contrat à durée déterminée représente 40% de l'effectif. Simultanément, près de la moitié des personnes interrogées déclarent travailler à temps partiel (largement pratiqué dans ce secteur) et parmi elles, 64% déclarent moins de 24 heures par semaine. Les moins de trente ans représentent

même une proportion importante des 53% de personnes déclarant des prestations de 20 heures et moins.

A l'autre extrême, on constate que plus les aides familiales sont âgées, plus elles travaillent à temps partiel et plus ce sont elles qui en ont formulé la demande.

Il ressort également de cette étude deux conceptions de la même profession avec une évolution significative avec l'âge : les plus jeunes comparent leur travail à celui d'une ouvrière spécialisée alors que les plus âgées l'identifient à celui d'une « simple » ouvrière. Néanmoins, l'ensemble des aides familiales perçoivent une discrimination professionnelle à son égard.

ROMBEAUX (2000) précise quant à lui la question de l'absentéisme. Il estime que dans les services d'aide familiale liés aux CPAS, l'absentéisme est un problème récurrent et que le taux est plus élevé que dans d'autres structures. Une des raisons selon lui est le caractère psychologiquement et physiquement lourd de ce type de fonction. Les divers moyens qui devraient être utilisés pour gérer cette réalité sont la formation à la prévention des accidents et l'organisation de réunions suffisamment fréquentes où l'expression et l'écoute des problèmes pourraient être assurées. Cependant, il remarque que l'absentéisme est lié à l'âge et il propose par conséquent un allègement du travail des agents plus âgés via des formules de crédit-temps et de partage du temps de travail.

BIBLIOGRAPHIE

BLONDEEL, D., & GRUSELIN, N. (2002). *Résultats de l'enquête menée auprès des bénéficiaires des CSD*, Fédération des CSD.

BOCKEN, A., & SCHIFFINO, A. (2001). Secteur Aide familiale à Bruxelles, en Wallonie et Communauté germanophone : réglementations et différences. *Contact*, n°87, 6-7.

BOUGNIART, G. (2001). Aide ménagère, une profession méconnue, suite et fin. *Contact*, n°89, 6-7.

BOUILLON, C. (2000). La pénibilité du travail des aides familiales et des aides ménagères. *Contact*, n°84, 9-11.

CHAPELLIER, J.-L. (1998). *Approche du métier d'aide familiale*. Mons, UMH.

CLOUTIER, E., DAVID, H., PREVOST, J., & TEIGER, C. (1998). *Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*. Montréal, IRSST, Québec.

CLOUTIER, E., DAVID, H., LEDOUX E, BOURDOUXHE, M., TEIGER, C., GAGNON, I., & OUELLET, F. (2003). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile*. Rapport de l'étude du CLSC 1. Montréal, IRSST et GRASP, Université du Québec

CONSEIL SUPERIEUR DE L'EMPLOI (2001), « Potentiel des services de proximité », Rapport annuel, partie III, SPF Emploi, travail et concertation sociale, Belgique.

CORTESE, V., & DETROYER, M. (Octobre 2000). *Centres de coordination de soins et services à domicile. Etudes de cas dans le cadre du programme troisième système et emploi*. ULB, Centre de sociologie du travail, de l'emploi et de la formation.

DAVID, H., CLOUTIER, E. PREVOST, J., & TEIGER, C. (1999). Pratiques infirmières, maintien à domicile et virage ambulatoire au Québec. *Recherches féministes*, vol 12, n°1, 43-62.

DE BACKER, B. (2003). *Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale, 2000-2010-2020. Tome 3. Les travailleurs sociaux : situation en 2000*. Bruxelles : UCL, Socio-Economie de la Santé.

DEFOURNY, J., & MAREE, M. (2001). *Le secteur non marchand en Belgique. Analyse conceptuelle et statistique*. Liège : ULG, Faculté d'Economie, de Gestion et de Sciences Sociales, Centre d'Economie Sociale.

DE HENAU, J., MEULDERS, D., & ZADUNAYSKI, E. (2003). *Home sweet home. Au chevet des politiques de maintien à domicile dans la région de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : Editions DULBEA asbl.

DE LEPELEIRE, J. (2000). *L'organisation des soins à domicile en Flandre, Wallonie et à Bruxelles*. Liège : ULG, Service de Psychologie de la Santé, Unité de psychologie clinique du vieillissement et KUL, Academisch Centrum Voor Huitsartsgeneeskunde , Qualidem.

DE LEPELEIRE, J., YLIEFF, M., PAQUAY, L., BUNTINX, F., & SCHOENMAKERS, B. (2000). *Définition des besoins en soin de la dépendance*. Liège: ULG et Leuven : KUL, Qualidem.

DE TROYER, M, MUNAR, L., & VOGEL, L. (2002). *La dimension genre en santé au travail*. Bruxelles : MET, actuel SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale.

DILLE, P. (1999). Tableau reprenant les sources de financement de l'ensemble des services de la FASD. *Contact*, n°81 septembre, octobre, novembre.

FAIGNART, M. (2000). L'aide à domicile en région wallonne : état des lieux. *Le ligueur* n°30 du 2/08/2000, 16.

FCSD. (2001). *Réflexion sur le secteur des soins et services à domicile*.

FEMINIER, C. (2002). Personnels soignants. Pourquoi jettent-ils si tôt l'éponge ? *Travail et changement*, Octobre.

FESAD. (2000). *L'aide à domicile, ses caractéristiques et les conditions de son nécessaire développement*. Namur.

FESAD (2000). Secteur de l'aide aux familles et aux personnes âgées. Tableau récapitulatif de la statistique et de la réglementation en vigueur dans le royaume.

GAZON, R., YLIEFF, M. (2000). *L'organisation des soins à domiciles. Quelques données concernant la Communauté française*. Liège : ULG, Service de psychologie de la santé, Unité de psychologie clinique du vieillissement et KUL, Academisch Centrum Voor Huitsartsgeneeskunde.

FOSTER, J. & BLANCHART, N. (novembre 2000) *Rapport annuel sur la situation économique et sociale de la Wallonie : Aperçu du secteur non-marchand relevant des compétences de la Région wallonne*.

GILIS, M.-C. (1996). Services d'aide aux familles et aux personnes âgées et Agences Locales pour l'Emploi...articulation possible ou concurrence ? *CPAS plus*, n°10/1966, 98-100

KINNA, F., & CHERBONNIER, A. (2002). Les soins et l'aide à domicile. *Bruxelles Santé*, n°26, 10-19.

LAVILLE, J. -L., NYSSSENS, M (2001). *L'aide aux personnes âgées*. GILAIN, B. & NYSSSENS, M. Ch2 Belgique : l'histoire un partenariat associatif public. Paris, édition La Découverte.

LEMAIRE, G., JADOULLE, P., MEYER, B., SCHIFFINO, A., & VAN ROMPAEY, C. (2000). Aide et Soins à Domicile : perspectives et développement. *Contact*, n°84, 12-20.

LEROY, X., HUBIN, M., STORDEUR, S., DRAELANTS, H., & DE BACKER, B. (2003). *Offre et demande de travail dans le champ de santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020. Tome 1. Soins de santé et aide sociale : les champs d'activité*. Bruxelles : UCL, Socio-économie de la Santé.

LEROY, X., & NEIRYNCK, I. (2003). *Rapport final. Etude relative à la mise en œuvre par les pouvoirs publics de mécanisme de soutien en faveur des personnes ayant besoin d'aide dans leur vie journalière*. Bruxelles : UCL, Ecole de Santé Publique, Socio-Economie de la Santé.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DU TRAVAIL (1996). *Clés pour la négociation des plans d'actions positives*. Bruxelles : MET.

NYSSSENS, M. (2002). Les services sociaux entre associations, Etat et marché – l'aide aux personnes âgées. *CERISIS info*, n°10, 3-5.

PIRE, F., & FONTEYNE, C. (1991). *Enquête sur le statut professionnel et les conditions de travail des aides familiales et aides seniors*. Bruxelles : MET et le Centre d'Etude et de Recherche sur les Institutions à Vocation Non-Marchande.

POTRAS, U. (1999). Auxiliaires familiales. Le point sur les risques du métier. *Prévention au travail*, Printemps 1999, 22-25.

Les aides familiales, femmes d'actions. (1991). Campagne réalisée avec le soutien du Fonds pour l'Emploi et du Fonds Social Européen –Initiative NOW.

ROMBEAUX, J.-M. (2000). Les services d'aide aux familles. Absentéisme et service d'aide aux familles. *CPAS Pus*, n°2, 18-21

SAGEHOMME, D. (2002). *Pour un travail meilleur. Guide d'analyse des conditions de travail en milieu hospitalier.* Bruxelles : INRCT.

SCHIFFINO, A. & LEMAIRE, G. (1991). Tableau réactualisé par DETROYER, M. (2000). *Evolution du concept de soins à domicile dans la législation sociale.*

SCHOFFERS, P. (2003). Fin de carrière : plus tôt ou plus tard ? *Le Vif/L'Express*, 6 juin 2003, 39-47.

VERMOTE, L. CSD, centrale de services à domicile, fascicule de présentation.

Internet

www.enmarche.be/Aide_Soins_domicile/Detienne.htm : Aides et soins à domicile en Wallonie : Un projet de réforme « inadmissible ». (Décembre 2002)

www.arianet.irisnet.be/actu/detienne3.htm : L'accompagnement à domicile : débats autour d'un projet de société. (Décembre 2002)

//dialogue.wallonie.be/01/statut.htm : PIERDOMINICO, Y. Aide familiale : Un nouveau statut pour les aides familiales.

TELESOC : Banque de données d'informations sociales et psychosociales de notre province [EN LIGNE]. www.province.namur.be/telesoc/FI0201.HTM (décembre 2002)

www.plustardjeserai.be/Aide_aux_personnes/Aides_familiales/A_F00665.asp : Plus tard je serai aide familiale. Namur, 2001. (janvier 2003)

www.hc-sc.gc.ca/homecare/francais/hr2.html : Les questions relatives aux ressources humaines dans le secteur des soins à domicile au Canada : point de vue stratégique. (décembre 2002)

www.lasante.be/santé_belgique/soin_chez_soi.htm : Soins chez soi asbl (mars 2002).

www.ipal.be/vieilpop.htm : DEJACE, A., RONDAL, P., ENGLEBERT, L., HOGGE, Y., GOSSET, C., de FROIDMONT C, MILISEN, K, M/OONS, P .& STEEMAN, E. (2000). Sur le vieillissement de la population (janvier 2003)

www.etudesoinsdomicile.ca/fr/about/ : L'étude des ressources humaines dans le secteur des soins à domicile (2003). (février 2003)