

Secteur de l'aide à domicile

représenté par la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile

Rapport Sectoriel 2009-2012

FSB asbl - 103, rue de Linthout - 1200 Bruxelles

02 735 0 735 – fsb.asbl@skynet.be - n° d'entreprise 0865.741.232

agrée par la commission communautaire française

**Agréée par la Commission communautaire française, en 2006¹,
la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile
livre ici son deuxième Rapport sectoriel².**

¹ Décret de la Commission communautaire française du 16 juin 2005 relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux organismes représentatifs de l'Action sociale et de la Famille ; abrogé par le Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires.

² Le premier rapport date de 2008. « Rapport Sectoriel 2008 pour le secteur de l'aide à domicile représenté par la Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile ». FSB, 2008, 49 p. Il y sera fréquemment fait référence dans le présent rapport.

Sommaire

Chapitre 1	le secteur bruxellois de l'aide à domicile et la FSB	04
	<i>Annexe 1 La FSB compte un nouveau membre : l'asbl Gammes. Quels sont les enjeux ?</i>	07
Chapitre 2	Cadre législatif du secteur bruxellois de l'aide à domicile	08
Chapitre 3	Evolution des problématiques du secteur	09
Chapitre 4	Evolution des pratiques professionnelles	12
	<i>Annexe 2 Evaluation du statut de l'aide familial par rapport au Protocole d'accord Social-Santé (14/12/2009)</i>	13
Chapitre 5	Adéquation entre offre de services et problématiques du secteur	15
Chapitre 6	Evaluation du plan de formation	17
Conclusions		20
Sources		21

Chapitre 1

Le secteur bruxellois de l'aide à domicile & la FSB

Les 26 services d'aide à domicile subventionnés de la Région bruxelloise sont groupés en une fédération, active sur le terrain depuis près de quarante ans. Créée d'abord dans le but de générer une synergie entre tous les services d'aide à domicile œuvrant à Bruxelles, l'association ajoute à ses missions un volet « défense des employeurs », à partir de 1992, suite à la IVe Réforme de l'Etat³. Elle jouera, ensuite, un rôle important lors des Accords non-marchands, de 2000. Depuis, elle est devenue un interlocuteur incontournable auprès des pouvoirs publics.

Le 3 mars 2004, l'association de fait se constitue en ASBL sous la dénomination « Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile », en abrégé FSB asbl, acquérant ainsi la personnalité juridique.

Quelles sont les particularités de la FSB ?

- elle représente **exclusivement** des services actifs en Région bruxelloise ;
- elle est pluraliste et n'a pas de couleur politique ;
- ses membres sont des services agréés⁴ par l'une des trois instances : la Commission communautaire française (COCOF), la Commission communautaire commune (COCOM) ou la Région Flamande ; (chaque pouvoir pratique un mode de financement différent) ;
- elle regroupe des services privés et des services publics ;
- elle est bilingue, français-néerlandais, pour répondre à la réalité du terrain bruxellois.

³ En 1992, la IVe Réforme de l'Etat (Gouvernement Jean-Luc Dehaene I) officialise le fait que la Belgique est un Etat fédéral. Le Sénat est réformé et les Parlements régionaux seront désormais constitués d'élus directs et distincts. Le Brabant est scindé. Les Francophones soulagent les finances de la Communauté française en régionalisant l'exercice de quasiment toutes ses compétences sociales et de santé.

⁴ A l'exception de l'asbl Gammes. Voir Annexe 1, à la fin de ce chapitre.

Parmi les 27 services membres :

- 7 sont subventionnés par la COCOF :
 - Aide Sociale aux Familles et Personnes âgées de Koekelberg asbl
 - Aide aux Familles de Schaerbeek asbl
 - Aide et Soins à Domicile de Bruxelles asbl (ASD)
 - Centre Familial de Bruxelles asbl (CF)
 - + *centre de formation Aides Familiaux - Cefor*
 - Centrale de Services à Domicile asbl (CSD)
 - + *centre de formation Aides Familiaux, CFS asbl*
 - Maison de la Famille asbl (Saint-Josse)
 - Vivre chez Soi asbl (Watermael-Boitsfort)
 - + *centre de formation Aides Familiaux*
- 17 sont subventionnés par la COCOM :
 - 13 services au sein des CPAS de :
 - Anderlecht
 - Auderghem
 - Berchem-Sainte-Agathe
 - Bruxelles-Ville
 - Etterbeek
 - Evere
 - Forest
 - Ixelles
 - Jette
 - Molenbeek-Saint-Jean
 - Saint-Gilles
 - Uccle
 - Woluwe-Saint-Pierre
 - 1 service communal :
 - Uccle
 - 3 services privés :
 - Aide aux familles Bruxelloises asbl
 - Aides Familiales et Aides Seniors asbl (Ganshoren)
 - Wolu Social asbl
- 2 sont subventionnés par la Région flamande :
 - Familiehulp vzw
 - + *centre de formation Aides Familiaux*
 - Solidariteit voor het Gezin vzw
 - + *centre de formation Aides Familiaux*
- 1 service n'est ni agréé ni subventionné⁵ :
 - l'asbl Gammes, service de gardes à domicile

⁵

Lire Annexe 1, page 7.

- 3 services (ASD, CSD et Solidariteit voor het Gezin) offrent une coordination « aide et soins » permettant de couvrir les besoins des patients 7 jours sur 7.
- 4 services font partie d'un réseau soit wallon (ASD et CSD), soit flamand (Familiehulp et Solidariteit voor het Gezin).
- 5 services ont créé un centre de formation au métier d'aide familial, agréé et subventionné (Centre Familial, CSD, Vivre chez Soi, Familiehulp, Solidariteit voor het Gezin) ; 2 de ces centres sont reconnus comme organisme d'insertion socio-professionnelle (Cefor, CFSAD).
- Le nombre de travailleurs occupés dans chaque service varie de 5 à 300 personnes. Au total, les 27 services emploient près de 2.000 travailleurs apportant, chaque année, une aide estimée à quelques 10.000 personnes.



Les services d'aide à domicile interviennent auprès d'une large frange de **population**, intégrant tous les milieux socio-économiques et culturels ainsi que toutes les tranches d'âge. Les **personnes âgées** représentent la majorité des bénéficiaires. L'intervention auprès des **familles** se justifie généralement à l'occasion de problèmes ponctuels d'ordre médical : intervention chirurgicale d'un membre de la famille, grossesse à risque, difficultés liées à un accouchement... Toutefois, de plus en plus fréquemment, les services sont appelés à exercer une **action de prévention** à la demande de services extérieurs (hôpitaux, médecins, services sociaux ou de santé mentale), auprès de familles qui présentent des problématiques sociales aiguës ou des problèmes d'ordre psychologique.



Au cours des quinze dernières années, tous les services ont fait preuve d'une réelle capacité à s'adapter aux évolutions de la vie sociale et à celle des pathologies développées par les patients. Face à une **complexification à tous niveaux**, les moyens mis en œuvre diffèrent, cependant, d'un service à l'autre.

Annexe 1

La FSB compte un nouveau membre : l'asbl Gammes. Quels sont les enjeux ?

L'asbl Gammes a été créée en 1999 à l'initiative des cinq centres de coordination bruxellois⁶. Le 31 mars 2011, elle était l'invitée de l'assemblée générale de la FSB. L'occasion de faire le point sur une dizaine d'années d'activité de cette association.

Le métier de garde à domicile souffre, en Région bruxelloise, d'une absence de reconnaissance par les pouvoirs publics. Son financement est exclusivement lié aux aides à l'emploi et aux fonds structurels européens. Or, suivant la classification professionnelle du métier de garde à domicile, définie par les CCT en vigueur au sein de la SCP 318.01, le garde à domicile doit avoir la qualification d'aide familial (ou équivalent). La Région wallonne et la Communauté germanophone respectent cette classification professionnelle (la Région flamande également).

Les enjeux autour des métiers de « garde à domicile » et d'« aide familial » et l'isolement de Gammes, à Bruxelles, ont fait naître l'idée, au sein de l'assemblée générale, de proposer à cette association de devenir membre de notre fédération. Quelques mois plus tard, la FSB accueillait Gammes comme membre, à l'issue d'une procédure conforme à ses statuts. La FSB posait ainsi son choix d'une **ouverture** sur une **réflexion** plus large et d'un **débat** sur le travail à domicile.

La « coexistence » de deux métiers auxquels les candidats accèdent en suivant des formations différentes, les débats autour de la qualification et des barèmes ont nourri la réflexion de tous. Il semble profitable à tous de travailler ensemble et « côte à côte », les **métiers** de garde à domicile et d'aide familial étant **complémentaires**.

Toutefois, afin de maintenir son adhésion au sein de la fédération, Gammes devra se positionner quant à la qualification minimale de la (du) garde à domicile. La FSB souhaite, en effet, que la garde à domicile ait une qualification au moins équivalente à celle de l'aide familial (conformément à la classification professionnelle).

⁶ Bruxelles-Assistance-3^e Millénaire, COSEDI, CSD, Soins à Domicile et Soins chez Soi.

Chapitre 2

Cadre législatif du secteur de l'aide à domicile bruxellois

Les 7 services relevant de la COCOF, les 2 centres de coordination ainsi que la FSB sont maintenant régis par un même décret :

- **le Décret du 05 mars 2009** (M.B. du 08/05/2009) relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Il abroge l'A.R. du 23 mars 1995 (M.B. du 06/12/1995) ;
- **l'arrêté du 04 juin 2009 portant application du décret** du 5 mars 2009 (M.B. du 22/07/2009).

Les 17 services relevant de la COCOM sont régis par :

- **l'arrêté du 25 octobre 2007** (M.B. du 1^{er} février 2008) relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile. Il abroge l'arrêté du 1^{er} août 1975 ;
- depuis 2008, le secteur attend les circulaires d'application, notamment celle relative à la quote-part du bénéficiaire ; **les circulaires d'application** de référence datent donc de 1979.

Les 2 services relevant de la Région flamande sont encore toujours réglementés par :

- **l'arrêté du gouvernement flamand du 24 juillet 1997** (M.B. du 29 novembre 1999) réglant l'agrément et le subventionnement des services d'aide aux familles et aux personnes âgées. Le volet du subventionnement de la réglementation avait été modifié par l'arrêté du gouvernement flamand du 24 mars 1998 (M.B. du 12 mai 1998).

Chapitre 3

Evolution des problématiques du secteur

Les problématiques sociales et de santé relevées dans le premier **rapport sectoriel 2008**⁷ sont toujours d'actualité. Ainsi, le secteur de l'aide éprouve encore et toujours des difficultés à trouver sa place face au secteur des soins alors qu'il est un **partenaire** essentiel. Il est particulièrement **sous financé**, y compris sa fédération.

L'hospitalisation raccourcie, le développement de l'hospitalisation à domicile, le manque de places dans les centres de revalidation, les centres de jour, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, le coût inabordable de ces institutions pour une grande partie de la population bruxelloise, ainsi que l'augmentation du nombre de cas de santé mentale, sont autant de **facteurs qui modifient les besoins et la manière d'aborder l'aide à domicile**.

C'est pourquoi le secteur bruxellois a entrepris de se pencher, entre autres, sur la **problématique de l'ancienneté** (non seulement son financement, mais également les conséquences du vieillissement des prestataires), ainsi que sur la **formation au métier** d'aide familial (professionnalisation, spécialisation, formations continues encore plus pointues). Concernant ce dernier point, notre réflexion a été nourrie par le questionnement autour de la **formation complémentaire d'aide-soignant**⁸ qu'ont suivi plus de 300 aides soucieux de maintenir leur mobilité professionnelle.

Depuis 2009, le secteur a fait face à de nouvelles obligations. La mise en place du **Décret ambulatoire**, en COCOF, suivie un an plus tard, de la mise en œuvre des projets de **démarche d'évaluation qualitative**, au sein des services et de la fédération. Et, pour notre fédération, s'ajoute la collaboration à l'élaboration de la **démarche d'évaluation qualitative transversale** (sous la houlette du CBCS).

Face à cette évolution, le secteur de l'aide à domicile ne peut se développer comme il le souhaite. Rappelons que notre secteur est le seul dont le mode de fonctionnement repose sur un

⁷ Rapport Sectoriel, FSB, 2008, p 14-23.

⁸ Voir Rapports d'activité FSB 2008, p 8, 2009, p 9, 2010, p 23-24, et 2011, p 12.

contingent d'heures et que ce contingent n'a plus évolué depuis 13 ans ! Il est bloqué, empêchant ainsi toute expansion des services.

Mais **à qui**, alors, **profite le crime** ? Le secteur **marchand** (par le biais des agences titres-services, par exemple) et le marché du **travail au noir** ont, selon nous, saisi l'opportunité de proposer leurs services et se sont développés à Bruxelles, auprès de bénéficiaires aux revenus divers. En outre, l'ouverture créée par l'entrée en vigueur de la Directive européenne Services risque d'accentuer encore le marché de la concurrence. Cette concurrence « marchande » (a fortiori, celle du travail au noir) a des retombées négatives sur notre secteur. Elle obscurcit, notamment, le rôle des aides familiaux. Les travailleurs du secteur marchand, en effet, moins payés et plus flexibles, effectuent plus facilement des tâches que nos travailleurs ne peuvent accomplir.

Parmi les autres problématiques du secteur, relevons **le sous-financement du personnel encadrant et celui des frais de fonctionnement** (le subsidie de la COCOF ne couvre que 20% des charges), ainsi que le **forfait horaire bloqué à 11 ans**. Le subsidie à l'heure est, en effet, calculé sur une moyenne de 11 ans d'ancienneté. Cette moyenne devient insuffisante alors que nous pensons que, pour les 5 prochaines années, l'accroissement de l'ancienneté moyenne des travailleurs sera proche de 1 par an, considérant qu'un nombre restreint de travailleurs sera pensionné, que nous connaissons une faible rotation du personnel et que les possibilités d'accès au crédit-temps et la prépension sont réduites. Il en résulte un surcoût structurel à charge des services.

Ce surcoût va encore s'accentuer si l'on tient compte du **vieillissement des travailleurs**. Dès 2013, près de **40%** du personnel aura **plus de 50 ans**. Dans un contexte d'allongement de la carrière, d'une part, et de pénibilité des métiers, d'autre part, nous serons confrontés à des problèmes nouveaux auxquels il faudra répondre par des solutions nouvelles.

Enfin, le secteur a dû s'adapter (ou faire face) à des accords et/ou à des événements pour lesquels il n'a pas, ou peu, été consulté.

• Le protocole d'accord Social-Santé du 14/12/2009

Un protocole conclu entre État Fédéral, Communautés et Régions concernant la relation entre les prestataires d'aide⁹. Ce protocole d'accord a le mérite de clarifier les rôles spécifiques des aides familiaux et des prestataires de soins. Il constitue un socle de départ pour construire une meilleure coordination de ces deux secteurs dans l'accompagnement des bénéficiaires à domicile. Ce protocole revêt un caractère fondamental à nos yeux dans la mesure où il **reconnait**, pour la première fois, **une légitimité aux métiers de l'aide en tant que partenaires professionnels** des professionnels de la santé et vice-versa. En ce sens, le fait de soutenir la double qualification de notre personnel comme aide familial(e) et aide-soignant(e) peut s'avérer une articulation intéressante en vue de réaliser cet objectif de collaboration¹⁰. Un certain chemin resterait toutefois à parcourir, si l'on s'en réfère à l'enquête que nous avons menée, début 2012, auprès de nos services¹¹.

• L'avenant n°3 au protocole d'accord n°3 du 13 juin 2005 conclu entre le Gouvernement fédéral et les Communautés et les Régions

Ce protocole prévoit un financement pour étudier les formes alternatives de soins et le soutien aux soins pour des personnes âgées vulnérables. Plusieurs projets ont vu le jour, pour la plupart des projets locaux. Leur incidence sur le secteur n'a pas encore été analysée.

Du côté des services, la CSD a, quant à elle, élaboré plusieurs projets dans ce cadre.

• Depuis 2010, notre fédération a également participé au processus, long et complexe, de mise en place du **dispositif paritaire** d'encadrement de la **démarche d'évaluation qualitative transversale**. Avec des conséquences positives pour le secteur, notamment la multiplication d'échanges constructifs avec les partenaires sociaux sur différents dossiers.

• **Enfin, le protocole d'accord non-marchand COCOF bruxellois (2010-2012)** a débouché sur l'élaboration d'une convention collective de travail relative aux éco-chèques (dont ont bénéficié les travailleurs), ainsi que la création d'une nouvelle instance paritaire, l'ABBET (association bruxelloise pour le bien-être au travail). Sous l'égide de cette dernière, nous avons organisé et coordonné une formation orientée vers le bien-être des travailleurs (2012 et 2013), donnant lieu à une embauche compensatoire.

L'expérience a déjà permis de mettre en évidence quelques différences entre petits et grands services. Nous nous livrerons à une analyse plus approfondie de cette problématique au terme de la formation 2013.

⁹ Protocole d'accord concernant la relation entre les prestataires d'aide et d'accompagnement des services agréés d'aide à domicile et les professionnels de santé dans leurs activités à domicile, M.B. du 21/01/2010.

¹⁰ Rapport d'activité 2009, FSB, page 8.

¹¹ Voir Annexe 2, page 13.

Chapitre 4

Evolution des pratiques professionnelles

Entre le travail de l'aide familiale, il y a trente ans, qui se limitait à la gestion des tâches ménagères, et les prestations effectuées aujourd'hui par les services d'aide à domicile pour répondre aux besoins des patients, la complexification des métiers du secteur ne fait aucun doute.

C'est pourquoi les responsables de service (ou les travailleurs sociaux qu'ils délèguent) se réunissent pour échanger leurs pratiques professionnelles respectives. Plusieurs thèmes d'ordre juridique, organisationnel, philosophique, ou encore pratico-pratique sont ainsi discutés. La préparation et l'étude préalable des sujets par les participants optimisent l'interactivité des échanges, permettant de dégager des pratiques communes et d'améliorer le travail au quotidien. Un index, systématiquement mis à jour, et des synthèses complètent les rencontres. Enfin, à terme, il est prévu de créer une boîte à outils et d'éditer des fiches pratiques.

Parmi les thématiques abordées, citons entre autres : l'alcoolisme du patient, l'évolution du public aidé, la fragilité mentale et sociale de certains patients, la problématique des horaires pour répondre aux besoins des patients, la multiculturalité, le nettoyage des vitres, la prévention des maladies contagieuses, la médecine préventive, le photogramme, les produits d'entretien, le rôle de l'assistant social, la sécurité des travailleurs et les vêtements de travail, la problématique liée à la sélection du personnel, les titres-services dans le secteur, les titres-services sociaux, le transport d'argent du patient et la responsabilité en cas de vol ou de perte, les RTT, le crédit-temps, la DEQ, l'administration provisoire de biens, les patients psy...

Ces dernières années, l'attention s'est portée sur la **formation au métier d'aide familial**¹² et le rôle des assistants sociaux.

¹² Pour en savoir plus, se reporter au Chapitre 5 du présent rapport.

Annexe 2

Evaluation du statut de l'aide familial par rapport au Protocole d'accord Social-Santé (14/12/2009)

- Enquête lancée en février 2012, à la demande du Ministre Emir Kir
- Année de référence = 2011
- 19 services sur 27 ont répondu au questionnaire

1. Nombre de cas pour lesquels un suivi conjoint est assuré avec du personnel de soins

Le nombre de cas traités varie de 0% à 80% selon les services. A la lecture des réponses reçues, nous avons relevé plus de 1.000 dossiers.

■ Quand un suivi conjoint existe, les services signalent spontanément qu'il s'agit :

- du médecin généraliste
- de personnel infirmier
- de la (du) kiné
- du psychologue ou thérapeute

■ Quand certaines prestations sont gérées uniquement par un service d'aide à domicile, les services précisent qu'il s'agit de :

- la toilette non médicalisée,
- de la distribution des médicaments préparés par la famille.

2. Quelles difficultés votre service rencontre-t-il dans le suivi de ces cas ? (Communication avec le personnel de soins, existence ou non de documents écrits, etc.)

■ Le manque de communication est le plus souvent cité :

- pas ou peu de volonté de communiquer
- désintérêt pour le cahier de communication : le médecin et/ou les infirmiers ne le regardent pas et, le plus souvent, refusent de l'utiliser, de le compléter ;
- refus de communiquer les problèmes rencontrés avec le patient ;
- ne pas disposer des documents du médecin stipulant la médication du patient, par conséquent, les aides donnent des médicaments (ne les préparent pas !) sans savoir ce qu'elles donnent.

■ Le manque de respect du bénéficiaire, par exemple :

- Les infirmiers ne prennent pas le temps pour faire correctement leur travail et la toilette est souvent bâclée et/ou non faite alors qu'elle est facturée !

■ *Le manque de respect des autres prestataires, par exemple :*

- *les infirmiers effectuent les soins sensu stricto et laissent aux aides familiales la suite des opérations (le linge qui devrait être mis à la poubelle, le gant de toilette ou la baignoire qui ne sont pas rincés, ...)* ;
- *tendance à percevoir une hiérarchie : certains prestataires de soins se sentent supérieurs, donnent des ordres.*

3. Quelle est le nombre, ou la proportion, de cas pour lesquels votre service a rencontré des difficultés ?

Difficile à préciser d'un service à l'autre, mais la situation semble généralisée.

Disons que la « Bonne Pratique » constituerait l'exception !

4. Avez-vous essayé de résoudre les problèmes rencontrés ? Comment ?

■ *L'ensemble de nos services se sent concerné par le bien-être des bénéficiaires. Il ne s'agit pas d'inscrire les prestations en « concurrence » avec celles des prestataires de soins mais, au contraire, de travailler ensemble à améliorer la qualité de vie et l'autonomie des bénéficiaires vivant chez eux.*

■ *En règle générale, les services tentent de résoudre les problèmes rencontrés :*

- *par le biais de contacts téléphoniques avec le médecin et/ou le service infirmier (ou paramédical) dans les situations qui posent problème ;*
- *dans le cadre de réunions avec les intéressés ;*
- *par la mise en place d'un cahier de liaison.*

■ *Certains services disent devoir « faire du forcing » auprès des intervenants de soins qui ne se rendent pas compte que la responsabilité des services d'aide à domicile est engagée.*

■ *Parmi les solutions à mettre en place, les services suggèrent :*

- *de recourir, éventuellement, à un « arbitrage » ou une concertation multidisciplinaire (par exemple, via les SISD ou une infirmière sociale) ;*
- *de créer un courrier type à destination des médecins et services infirmiers des bénéficiaires aidés afin de les informer de l'intervention d'un SAD et de leur rappeler les responsabilités de chacun dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire du patient.*

Chapitre 5

Adéquation entre offre de services et problématiques

L'analyse présentée dans le premier **rapport sectoriel 2008**¹³ reste d'actualité.

Nous insistons plus particulièrement sur la nécessité de **reconnaissance** et de **valorisation** de l'**assistant(e) social(e)**. Son rôle s'est amplifié et complexifié, à l'image de l'évolution du secteur. Il exerce, en principe, une action individuelle auprès des patients et une action collective au sein du service. Dans la pratique, il multiplie les casquettes (à la fois analyste, gestionnaire, animateur, coach, médiateur,...). En quelques années, il est devenu un élément essentiel et incontournable du fonctionnement et de la dynamique des services d'aide. Le hic : où va-t-il trouver le temps de se pencher sur les problématiques psycho-sociales rencontrées sur le terrain ?

Malgré le rôle fondamental que jouent les **aides familiaux et ménagers** dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées et/ou en perte d'autonomie, ces professionnels du domicile **manquent toujours de reconnaissance sociale**. En effet, le télescopage des politiques de l'emploi « à tout prix » avec la politique relative aux personnes âgées et celle en faveur des soins, crée une grande incohérence, et une confusion certaine, tant dans le secteur de l'aide à domicile que dans l'esprit des usagers bruxellois.

« L'aide à domicile est engluée dans la mosaïque des emplois familiaux qui gardent une mauvaise image de marque. En effet, les tâches de la vie quotidienne effectuées d'une façon générale par ces intervenantes à domicile paraissent à la portée de la première venue. Ces tâches sont donc synonymes de manque de compétence, de manque de métier, de travail dans la sphère du domicile, donc dans la sphère privée. Les aides à domicile sont donc toujours perçues comme des travailleuses de 'deuxième catégorie', donc mal payées, et elles restent enfermées dans cette non reconnaissance sociale globale qui est celle des 'emplois familiaux' »¹⁴.

¹³ Rapport Sectoriel, FSB, 2008, p 14-23.

¹⁴ Bernard Ennuyer, « Les aides à domicile : une profession qui bouge » Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale, *Gérontologie et société*, 2003/1 n° 104, p. 135-148. France. Article intégral disponible en ligne à l'adresse <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2003-1-page-135.htm>.

Le métier d'aide familial d'aujourd'hui se complexifie et exige une professionnalisation de plus en plus pointue. L'aide familial, comme l'aide ménager, exercent une fonction sociale et s'inscrivent au premier niveau d'une filière professionnelle. Ils concourent au maintien à domicile d'une personne en situation de besoin d'aide dans le respect de ses choix de vie et avec l'objectif de maintenir et/ou restaurer et/ou stimuler son autonomie. Cette mission requiert non seulement un savoir-faire particulier, un savoir être strict mais aussi de sérieuses compétences relationnelles permettant à ces travailleurs de première ligne de s'adapter à toute situation qui se présente à eux. Ils doivent également, souvent, faire preuve de créativité afin d'explorer les pistes utiles pour stimuler leur bénéficiaire. Ainsi, contrairement à la croyance populaire et contrairement aux apparences restrictives, les travailleurs du domicile, attachés à notre secteur, exercent bien plus qu'un simple travail d'exécution de tâches ingrates.

■ Remarque

Dans cette perspective, nous utilisons toujours le mot **métier** pour articuler une identité sociale sur une identité professionnelle : il évoque en même temps l'emploi occupé et la position sociale du travailleur.

Le souhait des services membres de la FSB de **changer le nom de l'aide familial(e)** [et celui de l'aide ménager(ère)] correspond à une volonté de modifier la position sociale de ces « aides à domicile ».

Chapitre 6

Évaluation du plan de formation

La Fédération n'exerce aucun contrôle sur le plan de formation des services membres, ceux-ci étant soumis à des procédures réglementées par les pouvoirs subsidiants, le SPF Emploi et la sous-commission paritaire 318.01. Relevons la lourdeur des diverses procédures administratives et la redondance des informations à communiquer. L'absence (ou le peu) de retour que nous en recevons nous interpellent sur l'utilité de telles procédures dans notre secteur.

La mise en œuvre d'un plan de formation sectoriel n'a pas été envisagée, tout simplement parce que le processus d'analyse préalable implique une ingérence dans le fonctionnement et la gestion des services.

Le secteur bruxellois privilégie une synergie entre les responsables de formations (et/ou les responsables de service). Nous partageons les expériences et les compétences, et nous fédérons les formations par une organisation commune. La coordination et la gestion des formations est assurée par la fédération, en conformité avec ses missions. En ce qui concerne les points forts et faibles de notre système, le lecteur voudra bien se référer au Rapport sectoriel de 2008¹⁵. Ces aspects y sont détaillés.

Entre 2009 et 2012, aucune formation n'a été proposée aux responsables de service ou aux responsables de formation. En termes de formation continue, ces personnels sont invités aux rencontres mensuelles d'**échanges sur les pratiques professionnelles**, ainsi qu'à des **échanges de bonnes pratiques** avec d'autres **acteurs européens**¹⁶ de l'aide aux personnes. Aucune formation spécifique n'a été organisée pour le personnel administratif et comptable.

L'objectif poursuivi par la formation commune des **aides familiaux et ménagers** est d'améliorer la pratique professionnelle des travailleurs afin de les aider à mieux comprendre leur environnement de travail ainsi que les limites de leur action auprès des patients. Pour les conforter, leur donner de l'assurance et les valoriser. La moyenne d'heures de formation par travailleur s'élève à 24 heures.

¹⁵ Notamment pages 41, 42 et 43.

¹⁶ A l'invitation du Think Tank européen « Pour la Solidarité ».

Formations proposées durant la période de référence 2009-2012¹⁷ :

Les formations permanentes (les 4 piliers)

Ces classiques ont une double finalité : développer les **compétences** et **protéger** les travailleurs.

■ **Déontologie**

- Notions (4 heures)
- Mises en situation (4 heures)

■ **Manutention et prévention des accidents du Dos**

- Base (8 heures) *recommandée aux nouveaux travailleurs*
- Révision (4 heures)
- « Sur mesure » (4 heures)

■ **Premiers secours au domicile du bénéficiaire :**

- Sensibilisation : Que faire et ne pas faire ? (8 heures)
- Approfondissement : Les urgences vitales (8 heures)
- Approfondissement : Les bébés et les enfants (8 heures)

■ **Aspects administratifs et juridiques** liés au suivi des usagers à domicile :

- Base : Les problèmes les plus fréquemment rencontrés (4 heures)
- Approfondissement : l'administration provisoire de biens (4 heures)

Les autres formations

- **Troubles de la mémoire :** comment accompagner à domicile des personnes âgées, confuses et désorientées ? (2 x 12 heures)

- **Les Maladies mentales autres que la démence** (4 heures)

- **L'aide familial et ménager face à une personne suicidaire** (8 heures)

■ **Psychologie de la personne âgée**

- Psycho 1 : Comment intervenir de façon efficace et respectueuse dans la vie d'une personne âgée qu'on visite à domicile ? (8 heures)
- Psycho 2 : L'écoute active et discernante (8 heures)

■ **Ces nouvelles maladies qui changent notre travail**

- formation courte : 8 heures
- formation approfondie : 20 heures

- **Accompagner à domicile des patients souffrant d'un cancer** (8 heures)

- **Hygiène des mains et Toilette intime** (4 heures)

- **Incontinence fécale et urinaire** (4 heures)

¹⁷

A la demande des services, certaines formations sont programmées plusieurs années de suite.

- **Les travailleurs et la violence** (24 heures)
- **La gestion de conflits** (12 heures)
- **La multiculturalité, une source de richesses pour tous ?** (8 heures)
- **Bien-être : diminution de la charge psychologique des travailleurs** (16 heures depuis 2012)
- **Comment je m'exprime** (4 heures)

La fédération participe également à l'élaboration de **projets pilotes**, tels que la formation de sensibilisation des travailleurs à divers types de handicaps (pour les services COCOM) ou la formation au bien-être des travailleurs (pour les services COCOF), dans le cadre de l'ABBET.

Conclusions

Si au sein de notre secteur, les choses bougent, si nos Ministres de tutelle développent des projets et nous y associent, si les partenaires sociaux nous semblent plus à l'écoute de nos préoccupations et plus constructifs, nous relevons que les grandes préoccupations du secteur, celles qui concernent, entre autres, le (re)financement des services ou la reconnaissance sociale des métiers du domicile, font, quant à elles, l'objet de doléances depuis plus dix ans.

Nos services souhaiteraient que leur credo « **un même métier, un même personnel, un même service aux bénéficiaires d'une même Région, Bruxelles** » devienne, rapidement, une réalité.

Est-il utopique d'imaginer, dans un avenir proche, une **couple bruxelloise** de réflexion ou de gestion du secteur de l'aide à domicile réunissant les trois pouvoirs subsidiaires ?



Outre ce qui a été développé précédemment, nous nous permettons d'insister sur l'urgence d'augmenter les **moyens humains et financiers** de notre fédération. Depuis l'entrée en vigueur du Décret COCOF, les obligations de notre fédération ont, en effet, considérablement augmenté. Les moyens humains n'ont pas pu être ajustés. La FSB ne compte que deux travailleurs (1,5 ETP) mais ses obligations sont identiques à celles des autres organismes de coordination. Ce n'est pas une plainte, mais un constat. Et, au-delà de ce constat, il y a une énorme volonté d'aller de l'avant. Le secteur de l'aide acquerrait plus d'amplitude s'il était défendu par une fédération dont les moyens humains et financiers étaient à la hauteur des défis qui se présentent à lui.

A cet égard, avec le CBCS et les autres fédérations agréées en 2005, nous avons relancé, en 2012, le Ministre Kir au sujet du **refinancement** de nos **fédérations**, le financement actuel étant **huit fois moins élevé** que celui accordé à la coordination du secteur de la santé mentale. Il devient pressant de rééquilibrer les moyens consentis à l'action sociale et, plus particulièrement, à notre fédération.

Sources

- Aidants Proches asbl, Rapport d'activité 2011
- Aide aux Familles de Schaerbeek, Rapports d'activité 2008, 2009, 2010, 2011
- Aide et Soins à Domicile de Bruxelles (« ASD Malibrans »), Rapport d'activité 2008, 2009, 2010, 2011
- Aide Sociale aux Familles et aux Personnes Agées de Koekelberg, Rapport d'activité 2008, 2009, 2010, 2011
- « Cadastre des services ambulatoires agréées par la COCOF en Région bruxelloise », centre de recherche politiques et systèmes de santé – santé internationale - Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique – octobre 2012
- CASG, Rapport de la collaboration Inter-Centres d'Action Sociale Globale, 2009
- Centre Familial de Bruxelles, Rapport d'activité 2008, 2009, 2010, 2011 du Service d'aide à domicile
- Centre pour l'Égalité des Chances et la Lutte contre le Racisme, « La diversité dans le secteur bruxellois de l'aide à domicile – Rapport intermédiaire », Mars 2010
- CSàD Bruxelles, Rapports d'activité de 1996 à 2011 (16 volumes)
- Confédération Bruxelloise des Entreprises Non Marchandes asbl, Rapports d'activité 2011, 2012
- De Henau, J., Meulders, D., Zasunayski, E., « Home sweet home ! Au chevet des politiques de maintien à domicile dans la Région de Bruxelles-Capitale », Ed. du DULBEA asbl, 2003
- « Enjeux des TIC pour l'aide à l'autonomie des patients et des citoyens en situation de handicap ou de fragilité dans leurs lieux de vie », Robert Picard, Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi, Conseil Général des Technologies de l'Information, Rapport n°I-2.2-2008, France, Mai 2008
- « Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final », Centre de recherches politiques et systèmes de santé – santé internationale - Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique – Septembre 2012
- Familiehulp, Jaarverslag 2008, 2009, 2010, 2011
- FSB asbl, Rapports d'activité 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011
- InterregIV-A, Rapport d'activité final 2011
- Maison de la Famille asbl, Rapport d'activité 2008, 2009, 2010, 2011
- Pour la Solidarité asbl, Rapport d'activité 2010, 2011, 2012

- Service d'aide aux familles du CPAS de Berchem-Ste-Agathe, Rapport d'activité 2009, 2010, 2011
- Service d'aide aux familles du CPAS de Molenbeek-Saint-Jean, Rapport d'activité 2008, 2009, 2010, 2011
- Service d'aide aux familles du CPAS de Saint-Gilles (Collectif Violette), Rapport d'activité 2008, 2009, 2010, 2011
- « Services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé », Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale, Démarche d'Evaluation Qualitative Transversale DEQ-T, Accessibilité de l'offre des services et pénibilité du travail, Rapport exploratoire, Décembre 2011
- « Services de proximité & nouvelles technologies : une union prometteuse pour l'économie plurielle », Etudes & Dossiers de la Solidarité, PLS, Septembre 2012
- « Vieillir, mais pas tout seul », Enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique, Fondation Roi Baudouin, Mars 2012, 166 pages
- Vivre chez Soi asbl, Rapport d'activité 2008, 2009, 2010, 2011

Reuves

- « Regards croisés sur le maintien à domicile - Personnes âgées, aidants et professionnels », in La revue nouvelle, Mai/Juin 2011
- « L'aide à domicile : repères pour l'avenir », cahiers de l'UNASSAD – 2000
- Contact, revue trimestrielle de la FASD, n° 118 à 130, 2009-2012
- Infosad, lettre mensuelle d'information de la FESAD, 2009, 2010, 2011

Mémoires de fin d'études

Nathalie De Bodt, « Comment le cadre du non marchand participe à la valorisation des aides familiales et ménagères, situés au plus bas de la division sociale du travail de l'aide à domicile ? », Mémoire en vue de l'obtention du grade de Master en Ingénierie et Action Sociales, Cardijn, LLN-Hena-Lux, Juin 2012.

Agnès Dussard, « Femmes d'Afrique et tablier blanc – Impact de la formation d'aide familiale et d'aide-soignante dans les parcours de vie de femmes africaines subsahariennes », Mémoire en vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de l'Education, UCL (EDEF-FOPA), Août 2012.