

Belgique : l'histoire d'un partenariat associatif - public

par Bruno Gilain et Marthe Nyssens

L'objet de ce chapitre¹ est de retracer le développement progressif du champ de l'aide à domicile en Belgique des lendemains de la seconde guerre mondiale à nos jours. Cette histoire est marquée par une alternance de phases d'innovation impulsées par les initiatives de terrain et de structuration via le développement de régulations publiques. C'est donc dans un processus d'interactions entre les prestataires de services et les pouvoirs publics, régulateurs du secteur que s'est construit progressivement ce champ.

Les premières initiatives associatives, sont nées dans un contexte de nucléarisation de la famille et de l'affaiblissement des solidarités courtes pour répondre à des demandes sociales émergentes. Avec l'essor de l'Etat-providence, le champ de l'aide à domicile a connu une première structuration via un cadre réglementaire accompagné d'un financement public qui a permis un développement des services classiques. Dans un contexte de mutations tant démographiques avec l'augmentation du nombre des personnes âgées, que socio-économiques avec la crise du chômage et la remise en cause de l'Etat-providence, les années 1980 ont connu un foisonnement d'initiatives innovantes qui posent les jalons d'une nouvelle structuration qui est encore en cours aujourd'hui dans le champ de l'aide à domicile.

Dans le cadre de cette étude, nous nous concentrons sur l'évolution des services d'aide à domicile d'aide à la vie quotidienne dont nous avons exclu les soins médicaux et para-médicaux. Pour comprendre l'organisation des services à domicile, il est indispensable de la replacer dans le contexte institutionnel de la Belgique fédérale. Lors de la réforme de l'Etat de 1980, les matières "personnalisables", dont l'aide à domicile, ont été communautarisées et donc transférées de l'Etat national vers les différentes communautés et régions. Nous tenterons donc de contraster les évolutions entre la région wallonne et flamande après cette date charnière².

1. L'ORIGINE ASSOCIATIVE DES SERVICES D'AIDE A DOMICILE

Dès la fin du 19^{ème} siècle, on recense quelques initiatives éparses d'aide familiale à domicile qui reposent sur du bénévolat et émanent de certains organismes familiaux. Ce n'est cependant

¹. Outre les textes de référence, ce parcours historique se base sur une série de rencontres effectuées entre 1996 et 1999 avec différentes personnes ressources ayant participé activement à la construction du secteur de l'aide à domicile. Nous tenons à les remercier.

². Pour être complet, il faudrait y joindre l'évolution en région bruxelloise.

qu'après la seconde guerre mondiale qu'apparaissent les premiers services organisés et orientés spécifiquement vers l'aide aux familles et aux personnes âgées tels que nous les connaissons aujourd'hui [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. Ils répondent également à une volonté d'émancipation et de développement de rôles sociaux et professionnels des femmes dont le niveau d'éducation et les aspirations évoluent [Kuty, 1993; ADMR, 1995].

Ces initiatives naissent au sein des mouvements associatifs, dans un contexte caractérisé par la construction de l'« État-providence ». Elles relèvent principalement de la mouvance catholique (ligue ouvrière des femmes catholiques, action catholique rurale, etc.) ainsi que, dans une moindre mesure, de la mouvance pluraliste (par exemple, la Ligue des familles). 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. Aux côtés d'un bénévolat de proximité, elles se dotent ainsi d'un certain nombre de permanents rémunérés, souvent de manière dérisoire, grâce à la contribution financière des usagers. Cette contribution est généralement déjà fixée en fonction des revenus de l'usager. Ces organisations développent également très rapidement des formations pour leurs travailleuses. Selon Dechambre [1989], toutes ces conditions apparaissent nécessaires aux promoteurs des projets, dès leur commencement, afin de pérenniser ces services et de permettre ultérieurement une reconnaissance officielle de la profession. Le mouvement associatif joue donc ici un rôle de pionnier en développant des initiatives locales qui répondent à des demandes sociales émergentes tout en posant les bases d'une construction sociale plus large³.

2. LE DEVELOPPEMENT DES SERVICES CLASSIQUES DANS LE CADRE DES POLITIQUES SOCIALES (1949-1979)

La structuration légale de ces services et leur développement vont se renforcer progressivement durant les décennies suivantes. L'action des associations pionnières est rapidement reconnue par les pouvoirs publics et un premier texte réglementaire traduit, dès 1949⁴, la reconnaissance officielle des services d'aides familiales. Cette intervention publique s'inscrit dans un contexte socio-économique favorable à l'essor de politiques sociales (les "Trentes Glorieuses").

³. Le début du XXème siècle voit aussi se développer sur une base associative les premiers services organisés d'infirmières à domicile, qui constituent à côté des services d'aides familiales l'autre pilier de base de l'aide à domicile aux personnes âgées [Kluwer, 1998; Decleyre, 1993].

⁴. Arrêté du Régent du 1 mars 1949.

Les pouvoirs publics assurent le financement des services d'aides familiales 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 l'utilisateur. Celle-ci augmente, au fil des années, jusqu'à atteindre 100 % de la différence. Les pouvoirs publics instaurent également un barème légal par heure prestée qui tient compte du revenu des usagers. Le nombre d'heures subventionnées n'étant pas limité, tout service presté est subventionné. Dans ce cadre, il n'est pas étonnant d'assister à la multiplication et à la croissance des services. En 1965, 62 services sont agréés, occupant 2 661 aides familiales qui prestent quelques 3 825 000 d'heures; en 1977, 171 services sont agréés, occupant 9 953 aides familiales et prestent plus de 11 millions d'heures (INS, statistiques régionales).

Ce soutien financier s'accompagne 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. Ceci traduit leur hégémonie sur le terrain. En 1955, ils étendent néanmoins le champ des prestataires autorisés aux organisations publiques locales — les CPAS ("Centres Publics d'Aide Sociale", succédant aux "commissions d'assistance publique" en 1976). Celles-ci prendront progressivement en charge une partie de l'activité, qui reste toutefois majoritairement le fait des associations : en 1965, 27 associations prestent 96 % des heures subventionnées à côté de 35 services publics et en 1977, 53 associations prestent encore 79 % des heures pour 21 % aux 118 services publics actifs dans ce domaine. L'offre privée lucrative est, par contre, exclue de ce champ d'activités. Elle l'est toujours 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 : les aides familiales doivent assister la mère dans ses tâches familiales, en particulier ses travaux ménagers ; cette aide doit être temporaire et motivée par des conditions particulières telles que maladie, accouchement et 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 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, 1999]. Entre 1954 et 1968, la législation reconnaît cette évolution en élargissant le champ d'action des services à l'aide aux personnes âgées, malades et/ou handicapées⁵. Cette évolution dans le

⁵. En 1954, le droit d'aider les personnes âgées en difficulté est accordé aux services d'aides familiales. En 1965, le statut d'"aide senior" est créé auquel est associé une formation spécifique. Mis à part le type d'utilisateur différent, les aides familiales et aides seniors prestent pratiquement les mêmes services, si ce n'est que ces dernières prestent également des soins d'hygiène normaux pour des personnes de 60 ans et plus ou des personnes handicapées et ne s'occupent pas de la surveillance d'enfants [Gevers et al. 1994]. Les services aux familles et services aux personnes âgées sont néanmoins traités distinctement jusqu'en 1973 où ils sont réunifiés au sein des

champ d'action des services — qui deviennent officiellement 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 usagers majoritaires des services d'aide à domicile. En 1970, elles représentent 55 % du public aidé et 10 ans plus tard, cette proportion atteint 78 % [Pacolet et al., 1998b].

Enfin, la législation prévoit que les aides familiales collaborent avec d'autres services sociaux ou médico-sociaux afin de constituer des centres d'aide sociale aux familles au niveau local. Cependant, si les services d'aides familiales intègrent dès le départ l'exigence d'une capacité d'intervention globale, combinant tâches ménagères, soins aux enfants, éducation et prévention, aide administrative, etc., comme en témoigne le contenu légal de la formation d'aide familiale, le principe d'une collaboration avec des intervenants extérieurs dans le cadre d'un projet concerté est peu appliqué dans les faits [Pierdomenico, 1999; Kluwer, 1999; Derieuw, 1993]⁶.

Au cours de cette même période, les soins médicaux et paramédicaux à domicile connaissent une évolution similaire. Par ailleurs, des services sociaux et de prêt de matériel se développent progressivement au sein des mutualités, des CPAS ou de certaines associations. Sans être axés spécifiquement sur l'aide à domicile, ces services contribuent néanmoins au soutien administratif, financier ou psycho-social de certaines personnes dépendantes à domicile et jouent un rôle d'information et de relais vers les services professionnels d'aide à domicile.

Les « Trentes Glorieuses » voient donc se structurer sur une base professionnelle et salariée les services "classiques" de l'aide à domicile : services d'aides familiales, services paramédicaux et services sociaux. Cette évolution s'inscrit dans un partenariat ouvert entre, d'une part, les services, tant associatifs que publics, qui se créent et s'adaptent à l'évolution des demandes et d'autre part, les pouvoirs publics, qui reconnaissent ces initiatives et les inscrivent progressivement dans des cadres réglementaires et financiers. Elle s'accompagne cependant de divers cloisonnements (professionnels, socio-politiques⁷, sectoriels); le

"services d'aides aux familles et aux personnes âgées". A partir de ce moment, la législation en matière d'aide aux personnes âgées évoluera de pair avec celle de l'aide aux familles [Bode & al., 1998].

⁶. Ce manque initial d'organisation globale des différents services socio-sanitaires s'expliquerait à la fois par l'absence d'une instance reconnue pour la réaliser, par la diversité des pouvoirs publics compétents et par la hiérarchisation des statuts et profils professionnels [Decleyre, 1993; Balthazart, 1996].

⁷. La « piliarisation » est une caractéristique fondamentale du paysage belge. Les associations ont joué un rôle pionnier dans le champ social. Cette activité associative, influencée entre autres par la doctrine sociale de l'Eglise catholique [ébauchée par l'encyclique "Rerum Novarum" de 1891], s'est traduite par la création de multiples organisations : caisses de protection mutuelle, écoles, associations de jeunes, de femmes, d'éducation permanente, etc. Notons que si dans les pays voisins, ces associations se fonderont petit à petit à l'action publique, la Belgique voit par contre le courant socialiste fonder ses propres institutions, de même que des initiatives se créent sur une base volontairement "neutre" ou "pluraliste". C'est ainsi que se développeront les "piliers" (catholique, socialiste et pluraliste) qui structurent encore aujourd'hui la société belge et le secteur de l'aide à domicile en particulier; pour un aperçu plus large de la diversité des courants associationnistes de cette

développement des services d'aides familiales n'est pas, à ce stade, explicitement articulé au développement des autres services sociaux et médicaux.

3. INNOVATIONS ET RECOMPOSITIONS DANS UN CONTEXTE EN MUTATION

La fin des années 1970 ouvre une nouvelle période d'innovations et de recompositions dans le champ de l'aide à domicile, répondant à d'importants changements de contexte.

Pour comprendre la dynamique amorcée au cours des années 1980, il est nécessaire de situer plusieurs évolutions importantes qui en constituent la toile de fond.

Tout d'abord, les tendances lourdes du vieillissement de la population, de la nucléarisation des familles et de l'augmentation de l'activité féminine entretiennent la croissance des besoins d'aide à domicile des personnes âgées, malades et/ou handicapées. Le problème du vieillissement devient, également, une source d'inquiétude pour le financement de la sécurité sociale à long terme. Ensuite, la crise économique et sociale généralisée, qui se confirme au début des années 1980, a 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 usagers de l'aide à domicile (dépression, problèmes financiers, conflits familiaux, maltraitance, problème d'éducation, etc.) et place la problématique de l'emploi au coeur des préoccupations des politiques publiques. Cette crise a également des implications budgétaires de sorte que les années 1980 sont des années de restriction et de rationalisation des dépenses publiques. Enfin, la Belgique connaît une réforme institutionnelle importante en 1980 qui se traduit par un transfert de compétences de l'Etat fédéral vers les Communautés et Régions⁸. L'aide aux familles et personnes âgées dont dépend l'aide (non médicale) à domicile entre ainsi largement dans les compétences des Communautés, tandis que la politique de la santé et donc l'aide para-médicale à domicile restent principalement gérées au niveau fédéral. 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 et du champ socio-sanitaire dans son ensemble, ce qui soulève d'importants problèmes de coordination.

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

époque (socialiste, chrétien, libéral ou solidariste) et leurs rapports avec les organisations actuelles publiques et d'économie sociale, voir Defourny et al. [1992].

⁸. Par facilité, nous parlerons indistinctement des Communautés ou des Régions pour désigner ce "deuxième niveau de pouvoir" entre le fédéral et le local. Il faut cependant noter qu'il s'agit d'une simplification ne tenant pas compte de ce que pour Wallonie, il existe une distinction et un partage de compétence supplémentaire entre

Sur le plan de la santé, les années 1980 sont marquées par l'adoption d'une politique destinée à encourager la réduction des dépenses publiques. C'est pourquoi, les pouvoirs publics développent davantage de cadres réglementaires et de planification afin de mieux les maîtriser. En particulier, ils cherchent à réduire les séjours en hôpitaux pour les personnes âgées qui ne nécessitent pas de traitement médical intensif, au profit d'alternatives moins coûteuses à domicile ou en maisons de repos. Au côté de l'objectif budgétaire, cette orientation est aussi validée par un consensus croissant pour les solutions permettant aux personnes dépendantes de rester dans leur cadre de vie habituel aussi longtemps que possible [Pacolet, 1998a]. Durant les années 1980, les possibilités de séjours hospitaliers vont ainsi être réduites, entraînant un reflux de demandes vers les services d'aide à domicile dont les moyens ne sont cependant pas augmentés en conséquence [Pacolet, 1998a ; Kutty, 1993]. En effet, les ressources publiques ainsi économisées par l'Etat fédéral ne sont pas transférées vers les pouvoirs régionaux dont dépendent ces services d'aide à domicile.

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 socio-professionnelle 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, que ce soit en compensation du rationnement des subventions structurelles aux services classiques ou en favorisant la création de nouveaux services⁹. La création des Agences Locales pour l'Emploi au niveau communal s'inscrit également dans une perspective de traitement social du chômage. Elles permettent à des chômeurs de longue durée de travailler un nombre limité d'heures dans des "petits boulots" — entretien de ménages et de jardins, petits bricolage, garde d'enfants et personnes âgées, tâches administratives —. Ces prestations effectuées auprès de particuliers ou d'organisations sans but lucratif donnent droit à une rémunération complémentaire aux allocations de chômage.

Les pouvoirs publics communautaires - les nouveaux responsables de l'aide à domicile - font donc face à la double exigence de répondre à la croissance et la diversification des demandes et de maintenir les dépenses dans le cadre de budgets restrictifs. En Flandre comme en Wallonie, deux orientations politiques de fond se dessinent. D'une part, les régions introduisent des limites dans l'attribution des subventions structurelles qui, jusque-là, étaient allouées au rythme des demandes émanant des services agréés d'aides familiale. D'autre part, elles soutiennent le développement de nouveaux services et modes d'organisation, notamment dans la coordination entre les différents acteurs du champ socio-sanitaire, et ce principalement via des programmes qui visent l'insertion des publics moins qualifiés.

la Communauté française et la Région Wallonne. L'aide non médicale à domicile ressort ainsi du pouvoir communautaire à partir de 1980 jusqu'en 1994, date à laquelle elle est transférée à la Région Wallonne.

⁹. Voir par exemple Willaert [1996] pour un aperçu critique de l'évolution des programmes de résorption du chômage appliqué dans le champ social et/ou associatif.

Cependant, la Flandre se différencie de la Wallonie dans la gestion de la dépendance. Dès le début des années 1980, le nord du pays privilégie le développement de l'aide à domicile par rapport aux maisons de repos considérées comme trop onéreuses et qui ne répondent pas toujours au désir des personnes de rester dans leur environnement familial [Hedebouw et al. 1990]. La Flandre encourage tant le développement des services classiques d'aide à domicile que des nouveaux services susceptibles de compléter l'offre existante et de renforcer la capacité de prise en charge par les familles elles-mêmes. En Wallonie, par contre, 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 1990 pour qu'une politique volontariste soit développée en faveur de l'aide à domicile [Balthazart, 1996]¹⁰.

Dans les deux régions, les modalités de l'intervention publique deviennent donc plus contraignantes : l'intervention dans le salaire des aides familiales devient forfaitaire, indépendamment de la contribution de l'utilisateur. Un système de "contingentement" est instauré. Il fixe un nombre maximal d'heures subventionnées pour l'ensemble des prestataires¹¹ et à plusieurs reprises, un plafond est établi pour le nombre d'heures pouvant être prestées auprès d'un même usager. Les restrictions sont moins marquées en Flandre. De plus, elles sont en partie compensées par un recours important à l'embauche d'aides familiales dans le cadre de programmes de résorption du chômage (plus spécifiquement le Fonds Budgétaire Interdépartemental (FBI) instauré en 1982 pour favoriser la création d'emplois). Ceci permet à l'activité subventionnée des services d'aides familiales de croître légèrement au cours des années 1980 [Hedebouw et al. 1990, p. 87 ; Derieuw, 1993, p. 18 ; Pacolet et al. 1998c]. En Wallonie, le recours au FBI est plus limité et le nombre total d'heures subventionnées diminue sensiblement [Balthazart, 1996]. Au cours des années 1990, l'aide à domicile devient une option prioritaire dans les politiques d'aide aux personnes âgées ce qui se traduit par un nouvel investissement dans ce secteur en Wallonie comme en Flandre : le système de forfaits et de contingentements est maintenu, mais les pouvoirs publics planifient une croissance soutenue de ceux-ci. Le tableau 1 illustre ces différentes évolutions.

Tableau 1 : évolution de l'activité des services subventionnés d'aide aux familles et aux personnes âgées, 1980-1999

	1980	1991	Evolution 80-91	1995	1999	Evolution 91-99

¹⁰. Le moindre investissement des pouvoirs publics dans l'aide à domicile en Wallonie pourrait aussi en partie refléter les problèmes budgétaires exceptionnels de la Communauté française au cours des années 1980.

¹¹. Réparties selon une clé de répartition "historique" entre les différentes composantes socio-politiques du secteur, représentées en partie par les fédérations de services.

Flandre						
Nombre d'aides familiales	7 900	9 700	+22,7%	10 100	12 832	+ 27%
Nombre d'heures subventionnées (x 1000)	9 726	10 290	+5,8%	11 748	14 651	+ 25%
dont part sous budget de l'emploi (FBI)		10%		12%	13%	
Wallonie						
Nombre d'aides familiales	4 700	4 200	- 10,6%	4 424	5 816	+ 31 %
Nombre d'heures subventionnées (x1000)	5 305	4 235	-20,5%	4 721	5 600	+ 19%
dont part sous budget de l'emploi (FBI)		4%		4%	3%	

Sources : I.N.S., *Annuaire des statistiques régionales*; Ministère de la Région Wallonne (DG de l'action sociale et de la santé), *Vlaams Ministerie van Cultuur, Gezin en Welzijn*; *Associations des services d'aide aux familles et aux personnes âgées de la Région Wallonne (note de service)*.

Ces services bénéficient donc depuis de nombreuses années de subventions structurelles qui couvrent aujourd'hui environ 70 % des coûts, dans les limites des contingents d'heures fixés par les Régions. La contribution des usagers constitue, en moyenne, 15 % du financement. Le solde est, entre autres, couvert par les subventions obtenues indirectement à travers les mesures de réduction des cotisations sociales patronales ainsi qu'à travers l'emploi de travailleuses dans le cadre des programmes de résorption du chômage. Il est aussi couvert par le biais de convention de financement passées avec les mutualités et les communes¹².

Si les CPAS ont progressivement été amenés à jouer un rôle dans la prestation de ces services, le secteur associatif occupe aujourd'hui encore, une place prépondérante et ce de manière plus marquée encore en Flandre. Cette situation reflète une différence traditionnelle entre les deux régions. Par ailleurs, si les associations prestent la majorité des heures subventionnées, nous constatons aussi qu'elles sont beaucoup moins nombreuses que les CPAS. Les services associatifs sont donc généralement beaucoup plus grands que les services publics (avec des exceptions notables dans certaines grandes villes, comme à Charleroi, à Anvers ou à Hasselt). Les services d'aides aux familles et personnes âgées ne constituent en effet qu'une des activités développées par les CPAS alors que les associations d'aides familiales se concentrent entièrement sur cette activité. Soulignons que cette répartition entre services publics et privés se double d'une répartition en fonction de l'appartenance des services à l'une ou l'autre des

¹². Ce déficit chronique des services d'aide familiale qui les oblige à passer des conventions de financement avec les mutuelles constitue un moyen de pression et de contrôle de ces dernières sur les associations.

"piliers" de la société belge, à savoir les tendances chrétienne, socialiste et pluraliste (ou neutre). Dans le secteur de l'aide à domicile, l'appartenance socio-politique se reflète en particulier dans l'existence de rapports privilégiés entre les associations et les mutualités, acteurs centraux au sein des piliers.

Tableau 2 : Répartition des services et de l'activité d'aide aux familles et aux personnes âgées entre les secteurs associatif et public

	Associations			CPAS		
	Nbre de services	Nbre d'aides familiales	Nbre d'heures subventionnées (x 000)	Nbre de services	Nbre d'aides familiales	Nbre d'heures subventionnées (x 000)
Wallonie (1998)	28	3 513	3 747,5	52	1 293	1 393,5
	35%	73%	72%	65%	27%	28%
Flandre (1996)	25	8 968	9 783	126	2 433	2 040
	16,5%	79%	83%	83,5%	21%	17%

Sources : I.N.S., *Annuaire des statistiques régionales* et Ministère de la Région Wallonne (DG de l'action sociale et de la santé).

Un foisonnement d'initiatives innovantes

Au-delà de ces évolutions financières au sein des services classiques d'aide à domicile, nous distinguons trois dynamiques importantes qui balisent l'évolution du secteur : une évolution dans le mode d'organisation des services classiques vers plus de flexibilité et de polyvalence ; l'apparition de services "complémentaires" ciblés sur des besoins spécifiques et le développement de partenariats entre les différents acteurs de la dépendance à domicile.

De la flexibilité accrue des services

Différentes études montrent que les organisations classiques d'aides familiales font face à une modification du profil de leurs usagers. La part des personnes âgées (de plus de 60 ans) devient prépondérante avec une proportion importante de personnes très âgées (plus de 80 ans). Un grand nombre d'usagers sont des personnes isolées et près de la moitié des familles aidées, dont la plupart sont jeunes, sont monoparentales. Beaucoup d'usagers ont de revenus modestes, les usagers en âge de travailler étant majoritairement chômeurs ou en incapacité de travail. Des problèmes médicaux sont, dans la plupart des cas, à l'origine des demandes mais se doublent, fréquemment, de problèmes sociaux (dépression, isolement, difficulté à gérer l'éducation des enfants...) [Hedebouw et al., 1990; Derieuw, 1993; Tricot, 1997, FESAD, 2000]. On observe également que la plupart des usagers sont aidés pour des très longues durées.

Pour faire face à cette évolution, les services classiques instaurent une plus grande flexibilité et une plus grande polyvalence dans leur organisation. Les prestations sont fragmentées et étendues aux "heures inconfortables", c'est-à-dire en soirée, le week-end et les jours fériés. Parallèlement, les formations évoluent vers plus de polyvalence et s'adaptent tant du point de vue des compétences techniques que relationnelles. Le travail en équipe se développe, au sein des services et avec des prestataires extérieurs, dans le cadre d'une aide sociale, médicale ou éducative [Pierdomenico, 1999].

Les pouvoirs publics reconnaissent cette évolution. C'est ainsi que des critères stricts d'intervention sont remplacés dans les textes légaux par des références plus larges mettant en évidence l'importance d'un travail social de prévention et d'une organisation plus souple des services. La limitation du nombre d'heures par usager est levée sauf pour l'aide aux familles. Mais, par contre, si l'objectif des services s'élargit, la priorité doit être donnée aux besoins les plus lourds et aux usagers les moins favorisés sur le plan financier (bien que la subvention reste forfaitaire ne tenant pas compte du niveau de participation de l'utilisateur). L'aide devient donc plus sélective reflétant un choix politique dans un contexte de contraintes budgétaires.

L'apparition de nouveaux services

Un ensemble de nouveaux services apparaissent qui viennent compléter et étoffer les possibilités d'aide à la vie quotidienne dans des problèmes spécifiques et/ou sur une base plus flexible : aide ménagère, garde malade, accompagnement, courses et repas à domicile, bio-télévigilance, petites réparations, domotique, etc. Ces services sont soit développés par les organisations de services classiques, ou dans le cadre de nouveaux partenariats avec des mutualités, CPAS et centres de coordination. Ils sont aussi créés par de nouveaux entrants dans le secteur, le plus souvent sur une base associative et à travers l'implication d'une multitude d'acteurs ayant une expérience dans le champ social ou socio-sanitaire, tels que des associations locales, des mutuelles, des communes, des professionnels de la santé, des syndicats, etc.

Une des caractéristiques essentielles de ces initiatives est de s'appuyer sur des ressources alternatives pour compenser le manque de subventions structurelles¹³. Ces ressources proviennent, d'abord, de l'emploi de travailleurs dans le cadre des programmes de résorption du chômage. Ils sont plusieurs milliers à être engagés dans ce cadre en Flandre, quelques centaines en Wallonie [Pacolet et al. 1998c]. Pour la majorité des organisations, le recours à ces programmes ne répond pas à une réelle démarche d'insertion professionnelle des

¹³. Dans le cas d'une enquête réalisée à Charleroi [Gilain, 1998], les subventions structurelles accordées aux services complémentaires ne représentent ainsi que 6,7% de l'ensemble des ressources mobilisées. La principale source de financement est assurée par la contribution des usagers (56%) et dans une moindre mesure, par le recours au bénévolat (dont la masse salariale fictive représenterait 19,4% des ressources). Les subventions obtenues indirectement par le recours aux programmes de résorption du chômage jouent également un rôle important (14,8% des ressources). Enfin, les conventions de financements avec des mutualités et CPAS représentent 1,7%.

travailleurs mais est un moyen pour financer le développement de services destinés à une demande seulement partiellement solvable. Le recours à ces politiques actives implique donc une forme d'instrumentalisation, ce qui ne va pas sans poser de questions [Gilain et al., 1998]. Du point de vue des usagers, le recours aux programmes de résorption du chômage s'accompagne de conditions sur le profil des travailleurs (faibles qualifications, chômage de longue durée, renouvellement régulier) qui posent des difficultés au niveau de la construction d'un service de qualité et dans la durée, en particulier pour les services destinés à des usagers vulnérables et exigeants sur le plan relationnel. De plus, les prestations "bon marché" offertes dans le cadre de certaines initiatives d'insertion (en particulier les ALE et certaines associations) menacent potentiellement la viabilité des mécanismes de solidarité mis en oeuvre à travers le barème des prestations offertes par les services agréés, par exemple d'aides familiales. Du point de vue des travailleurs, ensuite, le développement de ces formes de travail s'accompagne d'inégalités en termes de revenus¹⁴, de couverture sociale, de condition de travail et d'image professionnelle dans un même champ d'activité. Notons enfin que cette évolution implique également un surcroît de travail administratif pour les services, lié à la multiplication des types de contrats et d'aides financières. Un certain nombre d'initiatives, particulièrement en Flandre, poursuivent néanmoins explicitement un tel objectif d'insertion. Elles se concentrent alors principalement sur des services de nettoyage, repassage, petites réparations et autres courses à domicile. Il s'agit en majorité d'associations, fréquemment issues de partenariats entre des CPAS, des organisations d'éducation permanente, des syndicats et autres organisations impliquées dans l'insertion socio-professionnelle. Un certain nombre d'associations reposent, également, sur du bénévolat. Elles se concentrent surtout sur des demandes d'ordre relationnel ou du type "petit coup de main" et sont fréquemment associées à une volonté de promouvoir les liens sociaux au sein d'une localité. C'est, par exemple, le cas des services d'accompagnement de personnes âgées dépendantes dans leur déplacement ou de certains services de petites réparations pour personnes démunies. Ces services essaient généralement de structurer des pratiques existantes déjà sur des bases très locales et informelles [Hedebouw et al., 1990]. Outre les chômeurs remis au travail et les bénévoles, le travail au noir constitue une troisième voie utilisée par certaines organisations et plus souvent, directement par les usagers, pour rendre plus accessibles certains services ménagers et de garde, en particulier.

A côté du recours à ces formes « alternatives » de travail, les services s'appuient aussi sur de nouveaux partenariats financiers avec des mutualités ou des pouvoirs publics locaux (provinces, communes et CPAS). Un certain nombre d'initiatives demandent une contribution importante aux usagers. Le secteur de l'aide à domicile au cours des années 1980 s'accompagne, d'ailleurs, d'une hausse relative des prix, posant clairement la question de

¹⁴. Inégalités qui désavantagent en principe les emplois hors contrats classiques, avec des exceptions parfois notables, comme dans le cas des aides ménagères engagées sous statut PRIME qui bénéficient d'un barème plus

l'accès à ces services [Hedebouw et al., 1990; Gilain, 1998]. Pour certains types de services comme les services ménagers, la structuration de l'offre reflète une segmentation. Les usagers solvables s'adressent aux ALE ou au travail en noir, voire à des indépendants s'ils en ont les moyens, tandis que les associations prennent en charge les demandes non solvables.

Le développement de nouveaux partenariats et formes de coordination

Avec la réorganisation des services classiques et l'émergence de services complémentaires, une troisième dynamique balise l'évolution du secteur, le développement de partenariats afin de coordonner les différents acteurs concernés par la problématique de la dépendance à domicile. Un certain nombre d'initiatives pionnières sont apparues dès la fin des années 1960 dans une perspective de décloisonnement professionnel destiné à permettre d'approcher les situations individuelles des usagers dans toute leur complexité et de manière personnalisée. Avec les années 1980 et les efforts de rationalisation du champ socio-sanitaire, une impulsion nouvelle est donnée par les pouvoirs publics à la structuration systématique des initiatives de coordination : la coordination entre les professionnels de l'aide et des soins à domicile, la collaboration avec les familles des personnes dépendantes et enfin, le partenariat avec les institutions d'hébergement et de soins.

La coordination des services et soins à domicile

Si le principe d'une approche globale des personnes aidées à domicile est inscrite dès le départ dans la réglementation des services, nous avons souligné que les différents services d'aide et de soins à domicile se sont développés de manière largement cloisonnée. Néanmoins, certaines initiatives de coordination se développent à la fin des années 1960 et au cours des années 1970, à l'initiative de médecins, de comités locaux, de mutualités ou de certaines institutions publiques. Leur but est de décloisonner les professions afin d'aborder les situations individuelles dans toute leur complexité. Ces expériences pilotes fonctionnent ainsi pendant une dizaine d'années sur des territoires restreints, hors de tout cadre légal et sans subvention spécifique. Ce n'est qu'à partir du milieu des années 1980 que les pouvoirs publics interviennent pour encourager ce type d'expériences, en instaurant progressivement la reconnaissance légale et le subventionnement des structures de coordination¹⁵. La promotion d'une approche globale de l'aide à domicile se double alors d'un objectif de rationalisation des dépenses dans le champ socio-sanitaire. Si des nuances existent selon les communautés, la tendance de fond est d'agréer des structures de coordination impliquant systématiquement les acteurs classiques d'aide et de soins à domicile — les aides familiales, les infirmières, les assistantes sociales et les médecins généralistes — ainsi qu'un minimum de services complémentaires tels que la kinésithérapie, la biotélévigilance, l'ergothérapie, les repas à

avantageux que leurs collègues aides familiales.

domicile, les soins dentaires, etc. Les modalités concrètes d'organisation de ces coordinations restent cependant relativement ouvertes.

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", mises en oeuvre par une structure rassemblant un ensemble de services sous la direction d'un même employeur et les formules de "coordination externe" organisée par une structure qui passe des conventions de collaborations avec des services autonomes. Des formules mixtes se développent également. En Wallonie, un modèle de coordination intégré — le modèle des "centres de services" — connaît un développement important à l'initiative des mutualités (socialistes et chrétiennes). Ces coordinations intégrées regroupent progressivement différents services dépendant de leur "pilier" au sein d'une structure unique. Ce modèle qui bénéficie du soutien logistique et financier des mutualités tend aujourd'hui à dominer le champ. Parallèlement, des coordinations externes ou mixtes se développent à l'initiative d'autres acteurs : par des CPAS en tant qu'acteurs privilégiés de l'action sociale au niveau local, par des associations de médecins généralistes qui jouent le rôle de coordinateurs et s'entourent de différents intervenants pour compléter leur action, enfin par des "groupes de base" initiés par divers professionnels dans le but de promouvoir une approche pluraliste et une action collective au sein d'espaces publics de proximité [Balthazart, 1996 ; Decleyre, 1993]. En Flandre, le modèle de coordination externe prédomine [Pacolet et al. 1998a].

Cette diversité d'approches et de dynamiques traduit plusieurs types de tensions. D'abord, au sein du secteur associatif, le développement des coordinations a mis au grand jour la tension qui existe entre les structures plus proches des piliers, et plus spécialement des mutuelles, et les associations plus indépendantes. Ce clivage traduit également des conceptions différentes de la coordination. Les mutualités ont tendance à privilégier une approche plus sanitaire, axée sur la construction d'une offre pluri-disciplinaire intensive pour des personnes malades et/ou fortement dépendantes, en s'appuyant sur la complémentarité entre différents professionnels. Le repère est alors "l'hôpital à domicile". Par contre, un autre courant d'associations d'aides familiales 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.

Ensuite, ces dynamiques multiples reflètent des jeux de positions difficiles dans un champ en recomposition [Decleyre, 1993 ; Kutu, 1989]. Ceux-ci se jouent entre les différentes professions impliquées — aides familiales, infirmières, assistantes sociales, médecins, etc. —

¹⁵. Les premières initiatives datent en Flandre de 1986 ("décret Lenssens") et 1990 ("Décret Weckx"), de 1987 ("Arrêté Bertouille") et 1989 ("Décret Picqué" sur les centres de coordination des services et soins à domicile) en Wallonie [Kluwer, 1998; Balthazart, 1996].

autour de la répartition des tâches. Ils se jouent aussi entre différentes structures. Les mutualités défendent leur rôle dans la promotion d'un système d'assurance-dépendance solidaire et utilisent l'offre d'aide à domicile comme un levier dans la concurrence qu'elles se livrent pour attirer des affiliés. Les CPAS, chargés de développer une aide sociale complète sur une base locale, s'efforcent d'accroître leur visibilité auprès des usagers. Les médecins généralistes défendent quant à eux leur rôle dans une approche globale et préventive face au monde hospitalier [Kuty, 1996].

Le rôle et le soutien des "aidants informels"

L'évolution vers une plus grande prise en charge de la dépendance à domicile s'accompagne aussi de réflexions et d'initiatives axées plus spécifiquement sur le soutien et la participation des "aidants informels", c'est-à-dire issus de l'entourage des personnes dépendantes (famille, amis, voisinage). Ceux-ci restent, en effet, lorsqu'ils sont disponibles, les principaux acteurs d'aide à la vie quotidienne : 95 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent à domicile et rares sont les services professionnels d'aide à la vie quotidienne qui sont utilisés par plus de 15 % de cette population. La faible utilisation résulterait en partie d'un manque d'information mais également du prix. Les aidants informels jouent donc un rôle déterminant comme le montre plusieurs enquêtes [FESAD, 2000 ; Derieuw, 1993]. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte dans ce débat [Hedebouw et al. 1990]. D'abord, ces aidants sont généralement perçus comme importants pour la qualité de vie des usagers. Ensuite, une génération intermédiaire de personnes inactives mais valides se développe. Elle pourrait souhaiter jouer un rôle dans ce domaine. La charge est parfois très lourde pour les aidants : impact négatif sur l'accès à la vie professionnelle et sur l'organisation de la vie familiale, fatigue nerveuse, sans compter les risques de négligence, voire de maltraitance [Kuty, 1993]. Enfin, ce débat s'inscrit dans un contexte de rationnement des ressources publiques au sein duquel le développement d'aides informels est vu comme source d'économie.

Le soutien aux aidants informels paraît surtout marqué en Flandre, à tout le moins au niveau du relais par les pouvoirs publics. Ceci pourrait traduire à la fois un choix politique plus fort en faveur du développement de l'aide à domicile et une orientation plus axée sur le rôle des familles elles-mêmes dans la gestion de la dépendance¹⁶. Les années 1980 voient ainsi se développer des groupes de soutien réunissant des aidants informels dans un but de partage d'expérience et de soutien moral, entre autres à partir d'expériences-pilotes.. En Flandre, ces groupes de soutien conduisent à la création d'une association (« vereniging thuisverzorgers ») ayant comme but de rassembler les expériences et de les relayer dans les débats publics. Cette association est reconnue quelques années plus tard par les pouvoirs publics et appelée à

¹⁶. Une des personnalités flamandes interrogées suggère que la Flandre se distinguerait dans ce sens, par une tradition de « verzorgende Maatschappij » (mettant l'accent sur les initiatives de la société civile) alors que la Wallonie serait plus attachée à une tradition de « Verzorgende Staat » (mettant l'accent sur les initiatives

participer à l'élaboration des politiques en matière d'aide à domicile¹⁷. Certaines mutualités et initiatives de coordination des services d'aide à domicile développent aussi des cours destinés aux aidants informels, pour les aider à gérer différentes situations particulières (maladie, conflit, difficulté financière,...) et faciliter la collaboration avec les services professionnels. L'implication des usagers et des aidants informels dans l'élaboration des formules d'aide et de soins se révèle être un enjeu important et difficile à intégrer par les professionnels peu habitués au partage des rôles [*ibid.*]. Diverses initiatives ouvrent toutefois des pistes intéressantes dans ce sens. En Flandre, certaines organisations développent ainsi l'idée de "plans de soins" définis sur une base contractuelle en partenariat avec les aidants informels et les usagers [*ibid.*]. Ce type d'implication des aidants informels est explicitement encouragé par le décret flamand de 1990 sur la coordination.

Le soutien financier aux aidants informels fait aussi l'objet de débats. En Flandre en particulier, différentes organisations (CPAS, mutualités et autres administrations locales) introduisent progressivement une prime destinée à soutenir et encourager les aidants informels. Cette prime est d'un montant beaucoup trop faible que pour stimuler réellement l'augmentation de la prise en charge par les familles (25 ₣ par mois, en moyenne). Elle nécessite par contre une démarche auprès de ces organisations qui permet de mieux cerner l'étendue des problèmes de dépendance et du rôle des aidants informels [Derieuw, 1993]. Les revendications conduisent en 1989 à une révision de la législation fédérale sur les personnes handicapées qui introduit une allocation d'aide aux tiers âgés de plus de 65 ans et privés d'autonomie, cette allocation étant conditionnelle à un examen de la dépendance et de l'ensemble des moyens d'existence [Hedebouw et al., 1990; Gevers et al. 1994]¹⁸. Cette aide est un des jalons vers le développement d'une assurance-autonomie, en Flandres, dont le principe a déjà été approuvée mais pour lesquelles les modalités pratiques sont en discussion actuellement.

Le rapport aux institutions d'hébergement et les solutions transmursales

La recomposition du champ socio-sanitaire et le développement d'une demande de prise en charge des personnes dépendantes hors institutions s'accompagnent enfin d'un certain nombre de réflexions et d'initiatives axées sur l'articulation entre les acteurs de l'aide à domicile et ces institutions. Ces initiatives sont généralement le fait d'organisations importantes déjà impliquées dans ce champ (hôpitaux, maisons de repos, mutuelles, centres de coordination de services et soins à domicile, CPAS) qui explorent les possibilités de synergies entre différents dispositifs d'aide et de soins et/ou cherchent des réponses intermédiaires plus adaptées aux

publiques). Cette différence serait entre autres liée à la culture politique des partis dominants dans chacune des Régions.

¹⁷. Cette participation aurait par exemple contribué à la révision récente du barèmes des aides familiales destinée à faciliter la prise en charge des personnes dépendantes par leurs conjoints ou familles.

attentes et moyens des usagers : centre de soin de jour, centres d'activités sociales, structures qui assurent la gestion des transitions entre hôpital et domicile. Elles sont cependant assez récentes et lentes à démarrer ; les pouvoirs publics jouent ici un rôle important dans le soutien et la promotion de ce type d'expérience.

4. CONCLUSION

Cet aperçu historique a mis en évidence le rôle pionnier des associations dans l'apparition des premiers services d'aide à domicile aux lendemains de la seconde guerre pour répondre aux demandes émergentes des familles. Dans cette phase d'innovation, ces associations se sont appuyées sur l'engagement des bénévoles et financées via la contribution des usagers. Elles ont ensuite mobilisé leurs relais politiques afin de susciter l'implication des pouvoirs publics dans le financement et la régulation de ces activités porteuses d'enjeux collectifs. L'Etat s'est donc appuyé sur ces expériences pionnières pour structurer sa politique d'aide à domicile dans un cadre d'expansion de l'Etat-providence. La couverture des services classiques d'aides familiales s'est étendue via le développement de services tant associatifs (relevant des divers « piliers ») que publics (via les collectivités locales) via le développement d'une régulation « tutélaire » comme le souligne par ailleurs Jean-Louis Laville [2000]. Cette régulation s'appuie sur des cadres réglementaires et financiers pour développer ces services dont les normes de fonctionnement sont édictées précisément.

Après cette première phase de structuration, les années 1980 ouvrent une nouvelle période d'innovations dans un contexte de crise socio-économique et de rationalisation du champ socio-sanitaire, en particulier autour de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ces innovations s'accompagnent d'une multiplication des acteurs impliqués (organisations traditionnelles d'aides familiales, prestataires de nouveaux services, mutualités, institutions d'hébergement, etc.), des logiques d'action (réponse à de nouvelles demandes d'intervention, maîtrise des dépenses publiques, création d'emplois et insertion, promotion d'une identité professionnelle ou socio-politique) et des modes d'organisations (nouvelles formes de travail et de financement, nouvelles formes de coopération et de concurrence, etc.). Elles soulèvent autant d'enjeux et de débats qui s'inscrivent au coeur de la dynamique actuelle de développement et de restructuration du champ de l'aide à domicile. Relevons en particulier le fait que les pouvoirs publics depuis une quinzaine d'années associe le développement des services à domicile à la remise au travail de chômeurs peu qualifiés entraîne une confusion d'objectifs, voire une certaine instrumentalisation des services qui, comme nous l'avons souligné, soulèvent un ensemble de questions tant du point de vue de la qualité du service que des statuts des travailleurs.

¹⁸. Cette prime qui ne bénéficie donc dans les faits qu'aux personnes à faibles revenus s'élève aujourd'hui en moyenne à 182 € par mois [Pacolet et al. 1998a].

Notre analyse a montré la diversité des acteurs impliqués dans l'évolution du champ de l'aide à domicile (associations, pouvoirs publics, groupements locaux, mutualités, etc.). Différentes pratiques, comme l'implication des diverses parties prenantes (professionnels, bénévoles et usagers) et le partenariat entre différents acteurs au niveau local, sont plus fréquentes au sein du milieu associatif. Ces pratiques expliqueraient en partie le rôle privilégié des associations dans certaines formes d'innovations sociales [Gilain, 1999]. L'implication des mutualités et des pouvoirs publics dans le financement et la régulation des services joue un rôle central dans la diffusion des innovations et la prise en compte des interactions avec des champs d'activité connexes.

Ces spécificités justifient la nécessité d'une réflexion sur les modalités de régulation qui s'écartent tant d'une régulation tutélaire s'accompagnant d'une uniformisation des initiatives autour de règles et des pratiques strictement définies réduisant considérablement la latitude des services pour explorer de nouvelles solutions que d'une régulation d'insertion qui détourne les services de leur vocation première au profit d'un objectif privilégié par les pouvoirs publics. La question posée à la régulation publique par ces services est celle d'une régulation inédite axée sur la participation élargie des parties prenantes aux services dans la construction et l'évaluation de ceux-ci, tant au niveau de chaque service qu'au niveau de la gestion territoriale de l'offre et de la régulation sectorielle.

La réalité passée et présente des services de proximité révèle la coexistence d'une diversité de prestataires aux finalités et pratiques différentes, mais complémentaires. Dans cette perspective, le secteur associatif doit être considéré comme un partenaire, à part entière, dans la régulation de l'offre de services et dans la gestion de leur évolution. L'analyse suggère qu'il restera aussi toujours — au-delà des partenariats organisés — une forme spécifique et privilégiée d'expression de la société civile, dans la constitution de services et de formes de solidarités alternatives, explorant les frontières du monde institutionnalisé.