

La Centrale de Services à Domicile de Liège, une institution au cœur d'une société qui change

Par Camille Baillargeon

Prendre la décision de raconter l'histoire d'une entreprise ou d'une organisation, c'est souvent devoir recenser les étapes de sa création et de sa croissance, citer des noms emblématiques et rapporter des chiffres, énumérer les succès, sans négliger, enfin, les difficultés rencontrées, voire les conflits. Mais on oublie parfois que cette histoire, *a priori* aride, porte en elle l'empreinte de la société qui l'entoure. Son histoire nous en apprend tout autant sur l'entreprise initiée par quelques-uns (quelques-unes dans ce cas-ci) que sur la manière dont collectivement le rapport à l'autre a été envisagé au cours du temps. En voici une courte démonstration qui a pour but de faire surgir des questionnements et d'initier une réflexion que d'autres voudront peut-être mener à terme.

CSD : Centrale de services à domicile. Peut-être avez-vous déjà vu ce sigle sur une voiture circulant dans les rues de Liège ou dans une publicité de la mutualité Solidaris ? Peut-être un de vos proches âgé, malade ou confronté à quelque difficulté a-t-il reçu ou reçoit-il l'aide de ce service ? Peut-être l'avez-vous vous-même expérimenté ?

La CSD de Liège existe depuis 1986, voilà un peu plus de vingt-cinq ans. Elle offre aujourd'hui aux affiliés de la mutualité Solidaris, ainsi qu'aux non-affiliés, sur tout le territoire Liège-Huy-Waremme, tant urbain que rural, un nombre important de services visant à améliorer le quotidien des personnes âgées, malades, handicapées, mais également des familles ou des individus aux prises avec des difficultés passagères ou persistantes. Ses services se sont développés progressivement, les uns se créant en complémentarité des autres. On compte aujourd'hui : des aides familiales et des soins infirmiers, des services de kinésithérapie, de logopédie, de pédicurie et de coiffure, des distributions de repas à domicile, la biotélévigilance, du prêt de matériel médical, des gardes à domicile pour personnes malades, enfants malades et personnes handicapées, des services d'ergothérapie, d'aide aux déplacements ou de brico-dépannage...

En un quart de siècle, la CSD a vu quadrupler le nombre de ses employés, qui atteint aujourd'hui près de 800 personnes. Ces vingt-cinq années de développement ont aussi connu l'évolution du public et des méthodes de travail avec l'introduction de l'informatique, de la téléphonie mobile, des GPS ou l'utilisation du carnet de coordination. Elles ont enfin été le témoin de l'émergence de nouveaux métiers et de nouveaux statuts : aides ménagères, aides soignantes, titres-services, infirmières spécialisées...

Située au carrefour de l'économie sociale et du secteur de la santé, la CSD évolue dans un secteur clé des années à venir, non seulement par rapport à la problématique du vieillissement de la population, mais aussi du développement de l'emploi. La nécessité de son existence et l'utilité de l'aide prodiguée ont été depuis longtemps démontrées. Pourtant, comme avant, la reconnaissance des personnes qui y travaillent et se dévouent à la tâche n'est pas toujours à la hauteur des attentes. C'est sur ce point que l'histoire de la CSD rejoint l'histoire des femmes...

1. Des assises anciennes : de l'Entraide familiale à la Centrale de services à domicile

La CSD du Réseau Solidaris a fêté ses vingt-cinq ans en 2011, mais on pourrait faire débiter son histoire une trentaine d'années plus tôt. Elle est, en effet, l'émanation de l'association de l'Entraide familiale, fondée par les Femmes prévoyantes socialistes (FPS) en 1955, et en prolonge l'action.



À l'époque, l'Entraide familiale repose essentiellement sur le travail des aides familiales. Celles-ci se substituent momentanément aux mères de famille incapables d'assumer leur tâche quotidienne à cause d'une nouvelle naissance, d'un accident ou d'une maladie, d'un surmenage ou d'une souffrance psychologique. Elles assistent également les jeunes ménages qui ne savent trop y faire. Elles interviennent ainsi dans les familles pour aider aux tâches ménagères. Elles prennent en charge l'entretien des pièces et du linge, la préparation des repas, font les courses, accompagnent les personnes dans leurs déplacements, s'occupent des enfants et de leurs devoirs, assurent les démarches administratives, etc. Elles apportent enfin une présence rassurante dans le foyer et une écoute souvent reconfortante. Cette aide s'adresse d'abord essentiellement aux familles nombreuses ou en difficulté. Mais rapidement s'y ajoute l'aide aux invalides et aux personnes âgées. Puis, à la fin des années 1960, celle aux personnes handicapées vivant seules ou aux familles en ayant la charge¹. Le développement du champ d'intervention de l'aide à domicile calque ainsi celui des politiques sociales mises en place pendant la période de prospérité économique des Trente Glorieuses², notamment celle de la sécurité sociale instaurée en 1944.

Bien que des organismes familiaux aient procuré des services d'aide à domicile de manière ponctuelle dès la fin du XIX^e siècle, les auteurs intéressés par la question considèrent généralement que les organisations poursuivant exclusivement cette fin naissent aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale³. Il ne s'agit encore que d'initiatives locales et privées. Parfois portées par un engagement bénévole, elles sont souvent conduites par des associations. Il est probable que les conséquences de la guerre multiplient le nombre de familles désemparées et exacerbe les besoins de secours, alors que parallèlement le retour des hommes sur le marché du travail a une incidence sur le travail des femmes. En 1949, l'État reconnaît enfin officiellement les associations qui proposent de l'aide à domicile et ouvre le droit à leur subventionnement⁴, ce qui encourage le développement du secteur.

Photos (de haut en bas) :

- Aides familiales des Femmes prévoyantes socialistes, 1956. © Fonds Robyns-Desarcy – Province de Liège – Musée de la Vie wallonne.
- À ses débuts, l'aide familiale est destinée, selon les termes de la loi, à assurer « la solidité du foyer ». Aide familiale des FPS s'occupant d'enfants, 1968. Coll. IHOES, Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD).
- Prendre soins des personnes âgées. Aide familiale des FPS, 1968 © Fonds Robyns-Desarcy – Province de Liège – Musée de la Vie wallonne.

¹ Archives de l'IHOES (Seraing), Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD), dossier Entraide familiale des Femmes prévoyantes socialistes [1965-1975], coupure de presse : « Il faudrait 10.000 aides familiales pour répondre aux besoins les plus criants : le pays n'en compte que 4.500 », *La Wallonie*, 25 mars 1969, p. 7.

² Période qui s'étend *grosso modo* de la fin de la Seconde Guerre mondiale à la fin de la crise pétrolière au milieu des années 1970.

³ L. Léonard et A. Van Daele, *Proxima, Vécu et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. État des lieux en région Bruxelles-Capitale*, [Mons], Université de Mons Hainaut, Psychologie du travail, juin 2004, p. 3 (consultable en ligne : voir bibliographie).

⁴ « Arrêté du Régent du 1^{er} mars 1949 organisant l'agrégation des services d'aide aux familles et l'octroi de subventions à ces services. », *Moniteur belge*, 1949, p. 1627.

Dans les années qui suivent, les demandes d'interventions à domicile ne cessent de croître : de 1956 à 1964, le nombre de familles aidées par l'Entraide familiale des FPS est multiplié par près de dix⁵. C'est pourquoi le recrutement de nouvelles aides familiales devient une priorité. Celui-ci passe par une revalorisation du métier car, déjà à cette époque, les aides familiales se plaignent d'un manque de reconnaissance⁶, ce qui a pour conséquence d'entraver le recrutement de nouvelles candidates. Dès les débuts de l'entreprise, les Femmes prévoyantes socialistes portent une attention particulière à la formation qui vise notamment à professionnaliser leur métier et à assurer une pérennité à ce service social. Par ce biais, les FPS participent à l'essor du travail féminin et collaborent à l'amélioration de la condition de la femme. Le 6 avril 1967, un arrêté ministériel donne enfin un statut officiel au métier d'aide familiale et d'aide senior⁷ ce qui facilitera le recrutement et donnera plus de poids aux formations professionnelles. De la naissance de l'Entraide familiale en 1955 à la création de la CSD liégeoise en 1986, plus de 170 nouvelles aides familiales auront été engagées⁸. Néanmoins, la demande dépassera toujours les capacités d'interventions.

2. Un Centre de coordination

La création de la CSD de Liège, en 1986, se fait dans un contexte hostile. La crise économique des années 1980 frappe durement et a de fortes répercussions sociales. Les voix du néolibéralisme se font entendre, minant les valeurs collectives et pesant sur l'avenir de la sécurité sociale. Sous prétexte de rentabilité économique, des mesures strictes de restriction budgétaire sont prises, notamment dans le secteur de la santé. Les Trente Glorieuses semblent bien loin, alors que s'amorce insensiblement le démantèlement des conquêtes sociales... Se positionnant à contre-courant de cette tendance, la CSD se propose d'incarner la solidarité et de promouvoir les valeurs mutualistes.

L'idée de sa création émane des Femmes prévoyantes socialistes. Liliane Hardenne, directrice de l'Entraide familiale, la suggère en 1985 à la Fédération des mutualités syndicales et socialistes (FMSS, ancêtre de Solidarité) jugeant que le seul travail des aides familiales ne suffit plus à répondre à la problématique du maintien à domicile, alors en profonde mutation. Le projet reçoit immédiatement l'aval de Michel Dighneef, secrétaire général de la mutualité socialiste liégeoise. Celui-ci affirme plus d'une fois la nécessité d'investir dans l'aide et les soins de première ligne, ainsi que l'importance de consolider les entreprises dévolues aux plus vulnérables⁹. Ainsi, voit le jour la CSD de la FMSS et des FPS.

Cette nouvelle structure, dont la FMSS assure le financement initial grâce notamment aux fonds dégagés par la restructuration financière de la Clinique André Renard¹⁰, s'inspire de l'approche multidisciplinaire de la CSD de Bruxelles fondée quelque temps auparavant à la suite de la faillite de la Clinique Édith Cavell. Elle vise à offrir des services complémentaires aux aides familiales et mêle, pour la première fois, le secteur de l'aide et celui des soins à domicile ; secteurs qui se développaient, jusque-là, de manière autonome. Aide familiale, soins infirmiers, kinésithérapie, logopédie, pédicurie, coiffure, distributions de repas, prêt de matériel médical fondent la base de son offre.

⁵ Ce nombre passe de 244 à 2398 familles. *Archives de l'IHOES (Seraing)*, Fonds Solidarité et Réseau Solidarité - Centrale de services à domicile (CSD), dossier Entraide familiale [...], *Op. cit.*, coupure de presse : « Les aides familiales des Femmes Prévoyantes Socialistes : depuis dix ans déjà au service des malades, des enfants et des vieillards », [*Le Monde du Travail*], 7 sept. 1965, p. 7.

⁶ En témoignent, les nombreux articles présents dans le dossier d'archives de l'Entraide familiale, *Op. cit.* Parmi eux, on peut citer : « Plaidoyer pour nos aides familiales », [*La Femme prévoyante : revue mensuelle des Femmes prévoyantes socialistes*, 1964], p. 16.

⁷ *Archives de l'IHOES (Seraing)*, Fonds Solidarité et Réseau Solidarité - Centrale de services à domicile (CSD), dossier Entraide familiale [...], *Op. cit.*, coupure de presse : Gilberte Evrard, « L'Entraide familiale des Femmes prévoyantes socialistes de Liège continue son intéressante progression », [*La Femme prévoyante : revue mensuelle des Femmes prévoyantes socialistes*], sept. 1967, p. 32-33.

⁸ En 1955, l'Entraide familiale occupe 6 aides familiales, en 1974, elle en compte 150. Information tirée de : *Archives de l'IHOES (Seraing)*, Fonds Solidarité et Réseau Solidarité - Centrale de services à domicile (CSD), dossier Entraide familiale [...], *Op. cit.*, Rapport de l'année 1974 : « Des chiffres éloquentes ». En 1986, la CSD emploie 177 aides familiales. Information tirée du *Rapport annuel 1994 de la Fédération des Mutualités socialistes et syndicales de la Province de Liège*, p. 50.

⁹ Pour connaître les positions de M. Dighneef à cette époque, voir notamment les rapports d'activité de la FMSS des années 1985, 1986 et 1990. Voir aussi l'interview de Michel Dighneef, campagne d'archives orales menée dans le cadre des 115 ans de la FMSS par l'IHOES en 2007.

¹⁰ Ouvrage collectif sous la direction de l'Institut d'histoire ouvrière, économique et sociale, *La Clinique André Renard fête ses 50 ans ! Histoire et enjeux d'une médecine de qualité accessible à tous*, Seraing, Fondation Solidarité, 2011, p. 77. Le financement des services d'aides à domicile est d'abord du ressort de l'État fédéral. En 1980, une réforme institutionnelle transfère cette compétence aux communautés, puis, en 1994, aux régions (L. Léonard, *Op. cit.*, p.5). Aujourd'hui, le financement de l'aide à la vie journalière (aides familiales, aides ménagères, garde à domicile, etc.) et les centres de coordination de soins et services à domicile en Wallonie sont financés par la Région wallonne, mais d'autres sources de revenus proviennent de fonds communaux (ceux liés au CPAS notamment), alors que les soins infirmiers, par exemple, sont aussi financés par l'INAMI et les cotisations complémentaires des mutualités. (*Archives de l'IHOES (Seraing)*, Fonds Solidarité et Réseau Solidarité - Centrale de services à domicile (CSD), Notes sur l'histoire de la CSD par Anne-Marie Ferrero Garcia (infirmière responsable de la CSD), 2011, 8 p.). Le financement répond donc à une logique complexe à laquelle il faudrait ajouter les diverses aides à l'emploi dont nous parlons plus loin dans notre texte, mais aussi l'intervention personnelle des bénéficiaires.

L'ajout de soins infirmiers place la CSD de la FMSS et des FPS en concurrence avec d'autres intervenants comme la Croix Jaune et Blanche – association chrétienne qui occupait le terrain depuis déjà près de cinquante ans¹¹ – ou les infirmières indépendantes. La première tâche de la CSD est donc de se faire un nom auprès d'une patientèle potentielle, des médecins généralistes et des organismes avec lesquels elle est appelée à collaborer.

Le 19 juin 1989, quelques mois après l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées (16 décembre 1988), un décret du ministre de la Communauté française chargé de la Santé et des Affaires sociales, Charles Picqué, reconnaît officiellement les « Centres de coordination de soins et de services à domicile » leur ouvrant droit à un subventionnement public¹². Pour ce faire, ils doivent assurer une coordination entre l'aide familiale, les soins infirmiers, un service social et le médecin généraliste selon le libre choix du patient. Au minimum, quatre autres services parmi les suivants, doivent par ailleurs être proposés : kinésithérapie, biotélégilance, prêt de matériel, soins dentaires, aménagement des locaux, ergothérapie, logopédie, pédicurie, distribution de repas à domicile. Les pouvoirs publics reconnaissent ainsi l'utilité d'une articulation du social, du sanitaire et du médical. La CSD, qui répond déjà aux termes du décret, est agréée en 1990, comme 43 autres centres en Wallonie¹³.



Quelques services de la CSD, [1986]. Coll. IHOES, Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD).

3. Évolution de la politique de maintien à domicile

Pour expliquer le rapprochement du sanitaire et du social dans l'offre de services à domicile, il faut remonter dans le temps et s'attarder un instant sur l'évolution même des soins à domicile et sur cette volonté de sortir le patient de l'hôpital.



Dès le début des années 1960, l'Entraide familiale des FPS, confrontée à l'augmentation constante de la demande et sensible aux évolutions sociétales, imagine le développement d'un service d'hospitalisation à domicile¹⁴. Ce concept américain, promotionné dans l'immédiat après-guerre, trouve ses premiers défenseurs en Europe dès les années 1950. L'idée est autorisée par l'évolution des techniques de soins et du matériel médical. Elle se pose comme une réponse à la fois au désir du patient de rester dans le « confort » de son intimité et au désir des pouvoirs publics de réduire les coûts d'hospitalisation classique. Le second terme prenant graduellement une importance accrue.

Prise en charge de patients convalescents, [s.d.]. Coll. IHOES, Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD).

¹¹ Organisme chrétien, né à Gand en 1937, il proposait ses services dans de nombreuses villes belges, dont Liège. Dès 1948, il bénéficia d'une reconnaissance officielle de l'État. Pour en savoir plus, consulter le site : <http://www.fasd.be/FASD/Welcome/Lhistorique/Lhistorique.asp>.

¹² Gérard Lemaire cite deux expériences de coordination de services et de soins à domicile ayant vu le jour, dans les années 1970, à Havelange et à Braine-le-Château. Il rappelle ensuite l'existence d'un décret de la Communauté française du 30 mars 1983 qui donnait « la possibilité d'agréer des services de soins complets à domicile et de négocier un transfert de fonds de l'Inami vers les services agréés de soins à domicile », mais qui, faute de moyens, ne fut pas mis en application. Cf. Gérard Lemaire, « Histoire des services et soins à domicile », *La Revue Nouvelle*, n°10, oct. 2003, p. 52-61 (Consultable en ligne : voir bibliographie). C'est le décret de 1988 qui réglera l'agrément et le subventionnement de ces services pour la partie francophone du pays. Cet arrêté, comme celui sur l'agrément des centres de coordination, sont consultables en ligne (voir bibliographie).

¹³ G. Lemaire, *Loc. cit.*, p. 57.

¹⁴ *Archives de l'IHOES (Seraing)*, Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD), dossier Entraide familiale [...], *Op. cit.*, coupure de presse : « Entraide familiale », [*Le Femme prévoyante : revue mensuelle des Femmes prévoyantes socialistes*], nov. 1962, p. 20.

La contestation de la fin des années 1960 marque une période de rupture. Les réflexions entamées à cette époque teintent encore profondément les années 1970 où on assiste à une remise en cause des cadres établis et des institutions sociales exerçant une autorité sur l'individu. Écoles, prisons, institutions asilaires mais aussi hospitalières sont contestées¹⁵. Ces dernières sont notamment remises en question parce qu'elles monopolisent le savoir médical et imposent l'idée que les technologies médicales, auxquelles elles ont, seules, accès, leur confèrent une autorité sur l'ensemble du secteur de la santé¹⁶. Il est question de désinstitutionnalisation et l'on réfléchit à des alternatives en matière de soins. Le travail en réseau, ainsi que le développement des soins ambulatoires sont, à ce moment, fortement encouragés¹⁷.

La logique néolibérale des années 1980 s'insère cependant dans les brèches de cette utopie émancipatrice pour donner une autre tournure à cette remise en cause de la prise en charge médicale. Les réformes Dehaene du milieu des années 1980 sont significatives du mouvement de déshospitalisation qui se met en place et s'accélère au cours de la décennie suivante sous le ministère de Philippe Busquin¹⁸. Celui-ci doit permettre de faire des économies sur le budget de la sécurité sociale en réduisant les dépenses hospitalières qui en absorbent une part importante. De 1979 à 1999, le nombre de lits d'hôpitaux en Belgique (hôpitaux psychiatriques compris) diminue de près du quart. L'État appuie cependant la création de maisons de repos pour « désengorger les hôpitaux de leur patientèle âgée qui ne requiert pas à strictement parler de soins hospitaliers¹⁹ ». Il faut dire que le vieillissement de la population devient alors un problème crucial. Il induit déjà une croissance exponentielle du coût des soins de santé et a une incidence directe sur l'augmentation du nombre d'admissions en hôpital classique constatée à partir des années 1980²⁰. L'État encourage aussi l'hospitalisation de jour pour limiter le séjour à l'hôpital et incidemment les frais d'hospitalisation. Encore une fois, les progrès technologiques sur le plan médical (interventions moins invasives, possibilité de réaliser des actes techniques à domicile comme la dialyse rénale ou l'oxygénothérapie²¹, etc.) permettent d'envisager cette évolution. Dès lors, alors même que l'hôpital admet plus de patients en ses murs, le nombre de jours d'hospitalisation, lui, diminue de près du quart de 1982 à nos jours. Dorénavant, l'institution hospitalière est réservée aux soins aigus et la convalescence se passe à domicile ou en maison de soins. Avec le virage ambulatoire (tournant dans l'organisation des soins de santé qui encourage à traiter hors de l'hôpital les patients capables de se déplacer, de « déambuler »), la manière d'envisager les soins est totalement repensée. Les soins infirmiers, notamment, connaissent de profondes mutations. On assiste à des transferts de compétences et les soins de santé primaires sont revalorisés. Une approche pluridisciplinaire des problématiques rencontrées est privilégiée, à laquelle répondent les centres de coordination de services à domicile.



Les services d'aide à domicile sont confrontés au vieillissement de la population. Aide familiale des FPS, [s.d.]. Coll. IHOES, Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD).

¹⁵ Sur cette question, voir : Jean-Louis Genard, « Ressources et limites des réseaux », *La Revue nouvelle*, n°10, octobre 2003, p. 42-51 (consultable en ligne : voir bibliographie).

¹⁶ « L'omnipraticien traditionnel, qui fait figure d'archaïsme devant les progrès scientifiques et le travail d'équipe dans l'hôpital ou la clinique, lutte contre eux comme l'entrepreneur et l'ancienne classe moyenne contre la supériorité technique des grandes entreprises. » Citation tirée de C. Wright Mills, *Les cols blancs, essai sur les classes moyennes américaines*, Paris, François Maspéro, 1966, p. 140.

¹⁷ Jean De Munck, « Quel avenir pour le secteur ambulatoire de la santé ? », *La Revue Nouvelle*, n°10, oct. 2003 (consultable en ligne : voir bibliographie).

¹⁸ Sur cette question de la déshospitalisation, consulter notamment l'étude de : Xavier Leroy (dir.), *Manpower Planning, Offre et demande de travail dans le champ de la 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*, [Louvain, Université catholique de Louvain], [s.d.], p.13-33 (consultable en ligne : voir bibliographie).

¹⁹ L. Léonard, *Op.cit.*, p. 6.

²⁰ En 1997, « 40 % des personnes hospitalisées en Wallonie ont plus de 60 ans ». Sur cette question voir : X. Leroy, *Op. cit.*, p. 15-26.

²¹ G. Lemaire, *Loc. cit.*

Au tournant des années 1990, les services d'aides à domicile – comme les autres prestataires de soins de première ligne – deviennent enfin des maillons clés de la politique du maintien à domicile des patients hospitalisés, alors qu'ils poursuivent leur action dans celle du maintien à domicile des personnes âgées. L'évolution de la législation hospitalière a eu un impact direct sur leur champ d'intervention. C'est à cette époque que la CSD liégeoise développe son interface hospitalière en engageant, en 1994, une infirmière sociale comme coordonnatrice pour assister le retour au foyer des patients hospitalisés. Le développement des soins palliatifs, à partir des années 1990, induit également de nouvelles formes de prises en charge qui tiennent compte du désir du malade de rester dans son cadre familial. Ces années sont aussi celles où la politique de désinstitutionnalisation envisagée dans les années 1970 se met en place²². On cesse d'« enfermer » les malades psychiatriques et les personnes handicapées, et l'on propose des structures d'accueil et un suivi extra-hospitaliers. Toutes ces réformes auront une incidence sur l'aide à domicile : sur son rôle et la nature de ses bénéficiaires.

4. Évolution du public de l'aide à domicile

Au début de l'entraide familiale, comme nous l'avons dit, c'est la cellule familiale que l'on veut protéger. Elle est encore largement traditionnelle : père au travail, mère au foyer et enfants, parfois nombreux. L'État apporte son soutien aux intervenants qui préservent cette structure lorsque celle-ci est fragilisée par les aléas de la vie. L'aide aux invalides, c'est-à-dire aux personnes incapables de travailler à cause d'une blessure ou d'une maladie invalidante (maladie professionnelles, par exemple), est aussi proposée. « Entre 1954 et 1968 : le champ d'application de l'aide familiale s'étend progressivement aux personnes âgées et handicapées²³ ». On assiste dorénavant des personnes qui ne représentent plus un « bénéfice » direct pour la société, ce qui figure un nouveau rapport à l'autre.

Dans les années qui suivent, de grandes mutations – notamment démographiques et sociologiques – se font sentir. Le travail féminin prend de l'importance. La proportion de femmes au foyer diminue. Le nombre de divorces et de familles monoparentales augmente de façon sensible, alors qu'on assiste au « détricotage » du tissu familial et à la dissolution des solidarités de voisinage. Les années 1980 – celles qui voient la naissance de la CSD – sont notamment marquées par l'augmentation du chômage et l'appauvrissement croissant de la population, l'arrivée des drogues dures sur le marché et leur « démocratisation », le Sida... Le vieillissement de la population se fait déjà sentir, tandis que la problématique du « quatrième âge » affecte la décennie suivante. Isolement social, dépendance, violence, grande précarité, fragilité économique se présentent de façon plus courante. Il n'est plus rare, pour les services d'aide à domicile, de devoir intervenir auprès de personnes ou de familles en grande difficulté sociale ou psychologique. La société change et avec elle la prise en charge des plus vulnérables, ce à quoi l'aide à domicile doit constamment s'adapter. En cela, la coordination du travail, les réunions d'équipe et la formation continuée sur des problèmes spécifiques ont été, et sont encore, des ressources essentielles pour les intervenants à domicile.



Prendre soins des personnes handicapées. Aide familiale des FPS, [s.d.]. Coll. IHOES, Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD).

²² Interview de Liliane Hardenne, campagne d'archives orales menée dans le cadre des 115 ans de la FMSS par l'IHOES en 2007. X. Leroy, *Op. cit.*, p. 24.

²³ L. Léonard, *Op. cit.*, p. 5.

Depuis la fondation de l'Entraide familiale en 1955, les catégories de bénéficiaires aux aides sociales se sont étendues et il y a certainement moins de laissés pour compte qu'auparavant. Les problématiques à affronter sont, cependant, de plus en plus complexes. La charge émotionnelle des cas abordés est souvent lourde à porter pour les travailleurs de la CSD, comme pour les autres dispensateurs de services et de soins à domicile. Aider de jeunes ménages relevait souvent du dépannage, tandis qu'assister une personne âgée en perte d'autonomie ou en fin de vie, une personne handicapée ou atteinte d'une maladie neurodégénérative (Parkinson, sclérose en plaque, Alzheimer...) ou mortelle (cancer...) réclame une aide soutenue et régulière. Par ailleurs, la réduction des durées de séjour à l'hôpital a non seulement entraîné une augmentation des interventions à domicile, mais aussi un accroissement du nombre de patients encore fragiles, voire à risque, replacés dans un environnement familial qui n'est pas toujours adapté à une convalescence (pour des raisons d'hygiène, par exemple)²⁴. Dans un autre ordre d'idées, la multi-culturalité pose aussi de nouvelles données dans le rapport au bénéficiaire : les différences d'usages et de coutumes, le rapport homme/femme, la frontière de la langue, etc., requièrent parfois de modifier l'approche des soins et services prodigués. La capacité d'adaptation des divers intervenants à domicile est alors, dans ce cas comme ailleurs, une qualité fondamentale.

Parmi toutes ces mutations, le vieillissement de la population est certainement celle qui a, encore aujourd'hui, le plus grand impact. Une étude de l'UCL, intitulée *Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020*, rapporte que plus des trois-quarts des bénéficiaires de l'aide à domicile sont aujourd'hui constitués de personnes âgées, parmi lesquelles une large part de personnes de plus de 80 ans. Cette donnée vaut aussi pour la CSD liégeoise²⁵. Les autres types de bénéficiaires ayant recours aux aides familiales sont ensuite, dans l'ordre : les personnes en difficulté économique, les personnes handicapées et les personnes avec des problèmes de santé²⁶.

5. Rôle de l'aide à domicile

Comme nous l'avons expliqué, la CSD du Réseau Solidaris coordonne l'aide, mais aussi les soins à domicile. Toute une série d'intervenants tiennent donc un rôle spécifique dans la prise en charge du bénéficiaire. Le travail des aides familiales y est central. Les services sont fournis en fonction des besoins de la personne et sur base d'une enquête sociale réalisée par l'assistant(e) social(e) qui supervise ensuite les actions menées. Cette enquête détermine aussi le prix des interventions qui peut varier en fonction des revenus et des charges des bénéficiaires, avec pour volonté de garantir un accès démocratique au service.

Le rôle de la CSD est d'assurer, voire d'améliorer, la qualité de vie du bénéficiaire en lui permettant de rester chez lui tout en lui donnant les moyens de renforcer son autonomie et corrélativement de préserver son sentiment de dignité²⁷. Aides familiales et aides ménagères apportent une aide à la vie quotidienne en assurant les tâches domestiques (cuisine, ménage, lessive, courses). Certains soins d'hygiène, la supervision de la prise des médicaments ou les démarches administratives sont du ressort des aides familiales, tout comme les tâches qui impliquent un contact physique avec la personne. Mais, tout comme les aides familiales, les aides ménagères sont amenées à rendre compte, au centre de coordination, de l'évolution de la situation et des besoins du bénéficiaire. À leur côté, les gardes à domicile sont dévouées à assurer une surveillance de l'adulte ou de l'enfant, malade ou handicapé, mais elles ne peuvent s'occuper du ménage ni de soins médicaux²⁸. Les infirmières, quant à elles, s'occupent du suivi du traitement médical, du soin des plaies, etc., tandis que les autres spécialistes (kinésithérapeute, ergothérapeute, pédicure, etc.) prodiguent leurs soins spécifiques. Le travail se fait en étroite relation avec l'assistante sociale, les autres intervenants médico-sociaux extérieurs²⁹, ainsi qu'avec la famille et l'entourage.

²⁴ Pierre Ansay, « Virage ou mirage ambulatoire ? », *La Revue nouvelle*, n°10, oct. 2003, p. 94 (consultable en ligne : voir bibliographie).

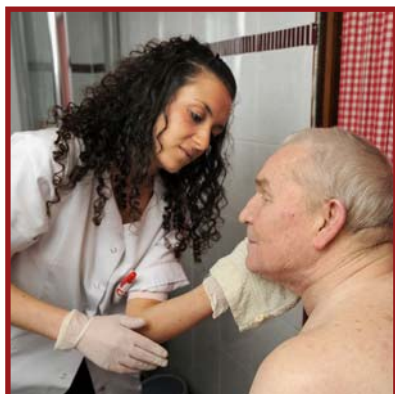
²⁵ En 2002, 75 % des bénéficiaires de l'aide familiale de la CSD avaient 65 ans et plus ; 36 %, plus de 80 ans. Information tirée des *Archives de l'IHOES (Seraing)*, Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD), « Profil des bénéficiaires » in *Rapport au Conseil d'entreprise 2002, information annuelle*.

²⁶ X. Leroy, *Op. cit.*, p. 67.

²⁷ Nous reprenons ce terme largement utilisé (notamment par la CSD) lorsqu'on aborde la dépendance des personnes âgées, mais nous avons quelques réserves à son sujet. La réflexion de Cédric Enjalbert dans un article récent intitulé « La vieillesse en face. Les défis de la dépendance », *Philosophie magazine*, n° 56, fév. 2012, p. 30, rejoint notre idée sur la question : « La tendance de notre époque à donner comme synonyme de la dignité humaine les notions de maîtrise et d'autonomie confine les personnes âgées en situation de grande dépendance dans une forme d'humiliation. La dépendance figure le revers honteux d'une éthique de l'autonomie. Servant de repoussoir, elle couvre l'angle mort de la société où son rejetés indistinctement les échecs sociaux – isolement et pauvreté des vieillards –, les contre-valeurs – fatigue, lenteur et improductivité – et les incapacités du progrès à soigner les maladies chroniques, l'impuissance de la technique à soulager une vieillesse honteuse. »

²⁸ X. Leroy, *Op. cit.*, p. 235.

²⁹ Les services d'aide à domicile sont souvent appelés à travailler en collaboration avec des services extérieurs tels : l'aide à la jeunesse, les centres de médiation de dettes, les centres de santé mentale, les CPAS, les hôpitaux, les centres de jour, etc.



À côté des soins domestiques et des soins à la personne, les interventions à domicile jouent un rôle préventif (prévention des risques de santé, des accidents domestiques, de la maltraitance des enfants ou des aînés...). Elles collaborent ainsi à assurer la santé et la sécurité de la personne. Elles ont aussi un rôle éducatif : prodiguer des conseils d'hygiène de vie, offrir un soutien aux familles dans leur rôle éducatif, etc. Elles ont enfin un rôle d'« intégration sociale ». Pour cette raison, la personne aidée est considérée non seulement sur un plan individuel, mais sur un plan collectif. L'aide est « contextualisée », au contraire des soins en institution hospitalière ou en maison de repos où la personne est extraite de son milieu³⁰. Ici, on tient compte de l'environnement de la personne : du contexte économique, culturel, familial et social dans lequel elle baigne. Les intervenants à domicile peuvent ainsi contribuer à retisser des liens sociaux, tout en respectant l'intégrité de la personne. Dans ce processus, les aides familiales jouent un rôle central, c'est pourquoi nous leur accordons une attention particulière.

Au-delà des tâches qui leur sont confiées, les aides familiales peuvent fournir une aide relationnelle qui participe à l'action curative : elles sont une présence, une écoute, un accompagnement, un soutien psychosocial permettant d'affronter plus sereinement les situations difficiles (deuil, dépression, solitude, stress, soins palliatifs). Ce contact humain, au cœur du travail de l'aide familiale, est d'ailleurs certainement celui dont elles tirent le plus de satisfaction.

Au regard de tous ces rôles, on comprend que ces métiers requièrent tact et patience, empathie et sympathie, respect et équité : des qualités humaines qui doivent aussi se jumeler à des qualités professionnelles influencées par des impératifs économiques. La logique marchande et la concurrence économique dans lesquelles nous baignons ajoutent d'autres attentes face à ces métiers, notamment une certaine logique de rendement. Il faut être « efficace ». Le public assisté paraît aussi plus exigeant qu'aux premières heures de l'aide familiale. La société s'est habituée aux aides sociales et les considère comme acquises. La solidarité a perdu de son sens : le rapport de réciprocité qu'elle implique n'est plus une évidence. Les droits du patient se sont aussi affirmés sur la base du principe « le client est roi » et laissent planer des menaces de poursuites judiciaires en cas de manquement aux règles, ce qui oblige parfois une approche plus procédurière.

6. Évolution des conditions de travail

Avant même la création de la CSD de la FMSS et des FPS, le concept de coordination de ses intervenants s'était mis en place, encouragé par Lilianne Hardenne. Assistante sociale, celle-ci fut directrice de l'Entraide familiale des FPS, puis de la CSD de 1986 à 2011³¹. Alors que pendant longtemps le travail des aides familiales s'effectuait de façon isolée, chacune recevant son horaire par la poste, L. Hardenne instaura les premières réunions de « coordination » entre les aides familiales et les assistantes sociales. Elle proposa aussi à son personnel des cours de perfectionnement pour développer et maintenir une relation entre les intervenants, tout en professionnalisant ces métiers. Il s'agissait là des prémises de la coordination et de la formation continuée, approches qui ont, depuis, été privilégiées par la CSD. Le travail d'équipe se plaçait désormais au cœur de la façon d'aborder l'aide à domicile. Aujourd'hui, la coordination, l'interdisciplinarité, le travail en réseau sont des concepts primordiaux.

Photos (de haut en bas) :

- Accompagner le bénéficiaire dans la prise en charge des tâches domestiques. Aide familiale de la CSD, 2008. Coll. CSD (Seraing).
- Personnel infirmier et aides familiales réalisent des soins d'hygiène. Infirmière de la CSD, 2008. Coll. CSD (Seraing).
- Soins infirmiers à domicile, 2008. Coll. CSD (Seraing).
- Les intervenants à domicile représentent aussi une aide relationnelle. Aide familiale de la CSD, 2008. Coll. CSD (Seraing).

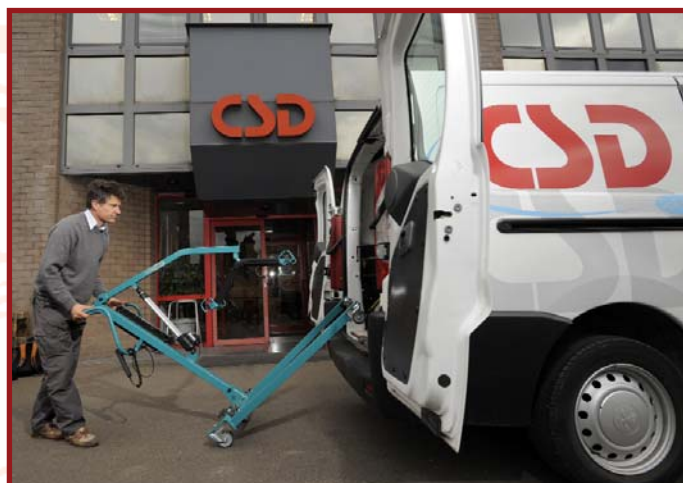
³⁰ J. De Munck, *Loc. cit.*, p. 5.

³¹ Interview de L. Hardenne, *Op. cit.* ; *Solidaris magazine*, n° 1, janv. 2011, p.12-13 (consultable en ligne, voir bibliographie).

Le rôle de coordination de la CSD a permis un travail concerté entre tous les acteurs impliqués. La création d'un « cahier de coordination », propriété du patient, où sont notifiées les remarques des différents intervenants et de l'entourage, a permis d'améliorer la communication pluridisciplinaire, l'échange et le suivi avec les proches³². Cette approche s'est faite au bénéfice des personnes aidées, mais a également contribué à améliorer le quotidien des intervenants. Le centre de coordination a aussi créé un lieu d'écoute où les travailleurs peuvent faire part de leurs craintes, de leurs difficultés ou de leur ressenti. C'est un lieu où s'organise la tâche en concertation et où la parole de chacun, dans la prise de décision, est encouragée. C'est enfin un lieu où l'on trouve les ressources (formations et autres) pour mieux affronter la réalité du terrain.

Avec le temps, la CSD liégeoise a pris de l'expansion. Pour ne pas perdre sa proximité avec la population et ses interlocuteurs privilégiés (CPAS, hôpitaux, médecins généralistes, aide à la jeunesse, centres de jour...), elle a créé des antennes. Malgré la fermeture de certaines d'entre elles pour des raisons budgétaires, trois implantations subsistent : le siège de Seraing et les antennes d'Herstal et de Wanze. Une centrale téléphonique fonctionnant 24h/24 s'est aussi mise en place. L'informatique s'est développée, ainsi que les moyens de communication. Comme dans beaucoup d'autres domaines, l'augmentation des tâches administratives s'est fait ressentir³³.

Sur le terrain, les conditions de travail ont aussi changé : le matériel nécessaire à l'entretien, à la communication entre intervenants, à la manipulation physique du bénéficiaire ont certainement soulagé les travailleurs de certaines tâches éreintantes. Par contre, leurs interventions dans chaque foyer sont plus courtes qu'auparavant. Plusieurs acteurs se relaient dans l'aide apportée, ce qui a nécessairement modifié la relation qui s'établissait autrefois avec les familles aidées (il faut savoir qu'au temps de l'entraide familiale, il pouvait arriver que des aides familiales passent la nuit au domicile du bénéficiaire). L'augmentation du nombre de bénéficiaires et les limites budgétaires existantes ont imposé un nouveau rapport au temps, à présent, compté³⁴. Cela n'empêche pas la CSD de faire parfois le choix de sortir de cette « logique industrielle » et d'aider plus longuement ceux qui en ont besoin, même si cela implique un « sacrifice » financier. Dans le domaine de l'aide à domicile, comme dans d'autres, une augmentation de la pression au travail est ressentie par les travailleurs. Néanmoins, une étude constate que c'est un secteur où les épuisements professionnels sont inférieurs à la moyenne³⁵. Il faut dire que ces métiers laissent une certaine liberté au travailleur (pas de rapport hiérarchique direct, autonomie dans l'exécution de la tâche, etc.) et permettent, dans bien des cas, de concilier travail et vie de famille, le travail à temps partiel étant fréquent (il représente près des deux tiers des aides familiales en Belgique). Par contre, les maux physiques, comme le mal de dos, sont courants. La fatigue physique est ce qui affecte le plus les aides familiales prenant de l'âge.



Prêt de matériel facilitant la manipulation physique du bénéficiaire, 2008. Coll. CSD (Seraing).

Travailleurs indépendants, salariés et volontaires (encadrés et formés) s'investissent aujourd'hui à la CSD. Le personnel administratif s'est évidemment accru de façon importante au fur et à mesure de l'expansion de la structure, tout comme le nombre d'assistantes sociales. Pour répondre aux besoins de kinésithérapie, logopédie, pédicurie ou coiffure, la CSD fait régulièrement appel à des travailleurs indépendants. Elle doit aussi, parfois, établir des conventions avec du personnel infirmier indépendant pour pallier le problème du recrutement de cette catégorie de travailleurs qui se fait sentir dans ce domaine comme dans l'ensemble du secteur de la santé.

³² Archives de l'IHOES (Seraing), Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD), Notes sur l'histoire de la CSD par Anne-Marie Ferrero Garcia, *Op. cit.*

³³ *Ibidem.*

³⁴ Aux débuts des services d'aides à domicile, l'État subventionnait un nombre illimité d'interventions en fonction des besoins du bénéficiaire, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Cf. L. Léonard, *Op. cit.*, p. 3. « Un plafond est établi pour le nombre d'heures pouvant être prestées par le même usager ». Cf. X. Leroy, *Op. cit.* p. 66.

³⁵ L'étude à laquelle nous faisons référence est : [Université de Mons Hainaut, Hoger Instituut voor de Arbeid, DIRACT], *Travailler comme aide familiale à domicile. Principaux résultats de l'enquête Proxima*, Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, sept. 2006, 32 p. Elle a aussi servi de sources aux autres données développées dans ce paragraphe.

Au fil du temps, de nouveaux métiers et de nouveaux statuts ont vu le jour. Le secteur auquel se rattache la CSD est en effet depuis toujours étroitement lié au développement de l'emploi. Le métier d'aide familiale donnait du travail à nombre de femmes après-guerre. Depuis le milieu des années 1970, des mesures ont été prises pour lutter contre le chômage et favoriser l'insertion professionnelle des personnes peu qualifiées. C'est dans ce contexte que le métier d'aide-ménagère fut créé. Il ne requérait aucune qualification préalable (mais fut par la suite soumis à une formation continuée). Dans la même optique, on créa les gardes à domicile (1995)³⁶ et les aides-soignantes (2007). À cela s'ajoutèrent des mesures pour diminuer le travail au noir. C'est ainsi qu'est apparue récemment la réglementation sur les titres-services (2001). Ces nouvelles « catégories » de travailleurs ont ainsi fait leur apparition au sein de la Centrale de services à domicile. De la même façon, la CSD s'est inscrite parmi les entreprises agréées IDESS (Initiatives de développement de l'emploi dans le secteur des services de proximité à finalité sociale). Cette mesure, mise sur pied par la Région wallonne en 2006 pour lutter contre le travail au noir, lui offre la possibilité de financer l'exécution de petits travaux (jardinage, petites réparations, transport social, etc.). Ses services de brico-dépannage y sont liés. Il est certain que les diverses aides à l'emploi, mises en place au fil du temps, constituent un « subventionnement alternatif » qui aide à combler le manque de ressources énoncé par ailleurs³⁷. Cependant, la création d'emplois moins qualifiés, et incidemment moins payés, peut paraître, à certains, une façon pernicieuse de « contourner le manque de moyens ». Elle comporte, en effet, le risque de dévaloriser le travail en créant des concurrences internes.



Service de brico-dépannage, 2008. Coll. CSD (Seraing).

Avec le développement de l'emploi dans le secteur, l'aide à domicile est apparue, pour certains travailleurs, comme un moyen de se sortir de la précarité. On comprend alors que tous ne conçoivent pas leur rapport au travail de la même manière. Réelle « vocation » pour les uns ou simple source de revenu pour les autres, il ne convie pas nécessairement au même investissement personnel. La CSD a donc rédigé, au début des années 2000, une « Charte des valeurs » pour rappeler à ses employés ses principes et le fondement de son action.

Par ailleurs, on constate également des changements dans la délimitation des tâches dévolues à chacun. Les frontières entre les différents métiers de l'aide à domicile sont mouvantes. Les responsabilités octroyées aux uns poussent les autres à se distinguer en se spécialisant davantage. La tâche traditionnelle des aides familiales a été grugée (sans l'en priver) par le travail des aides ménagères, lui permettant par ailleurs de mettre à profit ses qualifications dans d'autres domaines. Le travail s'est parcellisé et la qualité du rapport avec le bénéficiaire s'en est trouvée modifiée. Parallèlement, les aides familiales ont été autorisées à se charger de certains soins (d'hygiène, par exemple) anciennement dévolus à l'infirmière³⁸. L'infirmière (ou l'infirmier) qui, à son tour, s'est spécialisée (en diabétologie, soins des plaies, soins palliatifs...) étendant ainsi son domaine de compétences et déléguant à l'aide-soignant(e) des soins de base³⁹. Il y a donc une constante remise en question des identités professionnelles qui se lie en partie à l'évolution de la société et de la conception des soins et de l'aide à la personne, mais aussi à la quête de reconnaissance sociale.

³⁶ « Dans sa Déclaration de Politique Régionale du 7 juin 1995, le Gouvernement wallon s'engageait à créer des emplois supplémentaires dans le double objectif de répondre à des besoins collectifs de société en créant des emplois dans le cadre d'un Programme de Transition Professionnelle (PTP). [...] Dans cette optique, mais selon des modalités de fonctionnement différentes selon les Régions, des emplois de gardes (malades) à domicile sont créés. Dans tous les cas, il s'agit de formules temporaires de mise à l'emploi (contrat de deux ans maximum) sans qu'il y ait une réelle reconnaissance du métier. ». Cf. X. Leroy, *Op. cit.*, p. 235.

³⁷ Parmi elles, on peut aussi mentionner les mesures du Maribel social à la fin des années 1990 (A.R. du 5 fév. 1997) qui octroyaient des diminutions de charges patronales pour favoriser l'embauche et ainsi alléger les conditions de travail. Cf. L. Léonard, *Op. cit.*, p. 6, 37-38. Cette mesure a permis de créer quelque deux cents postes d'aides familiales en Belgique entre 1997 et 2001 (Cf. X. Leroy, *Op. cit.*, p. 258). Ces dernières années le financement de l'aide à domicile s'est beaucoup amélioré (X. Leroy, *Op. cit.*, p. 67, 117) et on peut s'attendre à une constante adaptation du soutien de ce secteur en pleine expansion et espérer qu'il corresponde à la réalité du travail sur le terrain.

³⁸ Josiane De Ridder et Réjane Peigny, *Les Carnets d'Irène*, Bruxelles, Éditions Luc Pire, [2004], p. 19 ; X. Leroy, *Op. cit.*, p. 188.

³⁹ Pour connaître plus précisément les tâches autorisées aux aides-soignants, consulter l' « Arrêté royal fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes », (consultable en ligne : voir bibliographie).

7. Un besoin de reconnaissance...

Chevilles ouvrières de l'aide à domicile, les aides familiales se sont souvent plaintes d'un manque de reconnaissance de leur travail. Nous nous attarderons quelques instants sur celles qui constituaient la base des effectifs de la CSD lors de sa création en 1986 et qui représentent toujours la plus grande partie de l'effectif de la CSD⁴⁰. Néanmoins, les lignes qui suivent pourraient questionner plusieurs autres métiers de l'aide à domicile.

Comme le métier d'infirmière dont elle croise en partie le destin, la profession d'aide familiale est liée à un parcours historique particulier, porteur d'une symbolique forte et qui questionne la vision même du rôle de la femme. L'aide familiale est, en effet, un métier de femmes. Encore aujourd'hui, il est quasi exclusivement occupé par elles : en 2006, en Belgique, seul 1 % des postes d'aides familiales étaient occupés par des hommes⁴¹.

Les rôles de l'aide familiale se confondent en partie avec ceux de la mère, de la bonne et de l'infirmière, de celles dont on attend dévouement et sollicitude. Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, avant que la pratique ne se laïcise, les soins médicaux et l'aide sociale portés aux personnes démunies étaient le plus souvent assurés par des religieuses ou des femmes pieuses. Il y avait là une dimension d'âme charitable, de don, voire de sacrifice. Les soins prodigués aux gens aisés étaient, quant à eux, souvent exécutés par le personnel domestique appliquant les recommandations du médecin. Dans la perception populaire, une bonne infirmière était alors une personne discrète, dévouée, bienveillante, disciplinée, douée de compassion et d'humanité. Ce qui correspondait aussi aux qualités requises du personnel domestique. Il y avait dans ces deux métiers une notion fondamentale de subordination, voire de soumission – l'infirmière au médecin, la domestique au maître des lieux – et un « savoir-être » nécessaire (bonne conduite). Située au carrefour de ces professions, l'aide familiale hérite de ces conceptions et des attentes, parfois pesantes, liées à cette vision archétypale.

L'infirmière ne conquiert un véritable statut social qu'au début du XX^e siècle. C'est à elle que revient d'abord ce rôle sanitaire et social. Elle est à la fois soignante et éducatrice. Elle enseigne les notions d'hygiène publique et sociale, donne des conseils aux jeunes mères et aux familles. Après la Seconde Guerre mondiale, son rôle se limite de plus en plus aux soins hospitaliers, dégagant un champ d'action pour d'autres intervenants, dont les aides familiales. À la fin des années 1960, le rôle de la femme est questionné et, avec lui, les métiers qui lui sont traditionnellement conférés. Ces années sont cruciales pour la reconnaissance du travail féminin. En 1967, un cadre législatif précise les compétences et les responsabilités de l'infirmière, alors qu'il donne un statut à l'aide familiale. Ces arrêtés assoient et distinguent leurs statuts professionnels. Comme nous l'avons déjà dit, l'énergie déployée par les Femmes prévoyantes socialistes dans le développement de l'offre de formation offerte aux aides familiales (formation préalable ou continuée) a aussi largement contribué à professionnaliser le métier d'aide familiale.



Aide familiale des FPS, 1962. © Fonds Robyns-Desarcy – Province de Liège – Musée de la Vie wallonne.

⁴⁰ En 1986, il y avait, à la CSD, 177 aides familiales pour 183 intervenants à domicile (*Rapport annuel 1994 de la FMSS, Op. cit.*). En 2002, elle occupait 221 aides familiales pour 390 employés, soit environ 56% de l'effectif total. (*Archives de l'IHOES (Seraing), Fonds Solidaris et Réseau Solidaris - Centrale de services à domicile (CSD), « Personnel occupé à la C.S.D. au 31.12.2002 » in Rapport au Conseil d'entreprise 2002, Op. cit.*)

⁴¹ [Université de Mons Hainaut, ...], *Op. cit.*, p. 8. Cette proportion vaut aussi pour le personnel de la CSD de Liège.

Pourtant, dans les années 1960, les aides familiales de l'Entraide familiale se plaignent déjà du fait qu'on les considère comme de simples femmes d'ouvrage, alors que leur travail va bien au-delà des soins ménagers. Aujourd'hui encore, elles regrettent qu'on les perçoive trop souvent comme telles, d'autant plus que les soins domestiques sont toujours aussi déconsidérés et conduisent parfois le bénéficiaire à réintroduire un rapport hiérarchique attaché à la domesticité.

Si les considérations ménagères sont toujours fondamentales dans son travail, un travail social en est indissociable. Ce métier nécessite d'ailleurs plus que des capacités physiques, il demande des qualités de cœur, d'écoute, d'attention qui permettent d'« humaniser l'aide matérielle » et d'alléger les difficultés. À quoi s'ajoutent des connaissances spécifiques aux tâches que nous avons énumérées précédemment. Les formations conduisant au métier d'aide familiale développent d'ailleurs leurs connaissances en des domaines aussi divers que la pédagogie, la puériculture, la gérontologie, le droit familial, la législation sociale, la psychologie, la déontologie, l'économie ménagère, l'hygiène et les premiers soins, etc. Cette profession exigeante requiert ainsi une grande polyvalence.

« [A]ide familiale est le plus beau métier du monde [...]. Ce métier, c'est comme le souffle du vent tiède un soir d'été. Il allège l'atmosphère, caresse les peaux dénudées, remue les odeurs du soleil, chasse les herbes sèches. On le remarque à peine. Pourtant sans lui, l'été perdrait de sa saveur⁴². » Telle est la formule poétique utilisée dans *Les Carnets d'Irène*, récit-fiction consacrée à cette profession. Elle souligne de belle façon l'utilité des aides familiales. Et pourtant, pour des raisons qui s'attachent à la psychologie de notre société, à la façon dont elle hiérarchise les individus, l'aide familiale porte la lourde tâche de toujours devoir rappeler la valeur de son action.

À cela s'ajoute le fait qu'elle prend soin, comme d'ailleurs les autres intervenants à domicile, de personnes auxquelles la société n'accorde, bien souvent, qu'une faible reconnaissance sociale : c'est le cas des assistés sociaux, mais aussi des personnes âgées en perte d'autonomie⁴³. Nos sociétés productivistes ont du mal à conférer de la valeur à ce qui ne rapporte pas ou plus. En termes économiques, ce sont en quelque sorte des investissements à fonds perdus, souvent jugés moins prioritaires⁴⁴, bien que cette affirmation puisse être nuancée. Le secteur non-marchand, dans lequel s'inscrivent l'aide et les soins à domicile, base, néanmoins, le retour sur investissement sur d'autres valeurs, dont celle d'une justice sociale. Mais cela aussi doit, à tout moment, être rappelé. Le « combat » de l'aide familiale pour sa reconnaissance est donc aussi une manière de défendre la hiérarchie des valeurs sur laquelle son action se base. Et c'est un combat loin d'être fini...

En guise de conclusion...

Pour conclure, il nous faut revenir à la CSD. C'est un ensemble de changements au sein des besoins exprimés par notre société qui a engendré la Centrale de services à domicile. C'est un ensemble d'idées sur l'avenir aussi : sur la manière dont il se profilait et sur la manière dont on souhaitait qu'il soit. Les quelques données que nous avons rassemblées ici montrent que son existence est intimement liée aux mutations sociales, technologiques, sociologiques, économiques et démographiques qui avaient marqué les décennies précédentes. Elles montrent, de même, que les évolutions sociétales ont continué à influencer sur son développement, ce qui suggère qu'elle n'a pas fini de se transformer.

En situant son action au chevet de l'individu, la CSD capte, depuis toujours, le pouls de notre société. Elle perçoit concrètement l'impact des politiques sociales et économiques sur chacun d'entre nous et, en particulier, sur les plus vulnérables. Son histoire souligne et questionne le rapport à l'autre : la considération et le respect portés aux personnes, la reconnaissance de la valeur de l'individu, la solidarité entre les membres d'une société, les hiérarchies sociales, etc. C'est pourquoi, elle nous a semblé si parlante. Lorsque l'on songe, à présent, au développement de services comme la télé-médecine ou les télé-soins – la « technologie du bien-être » comme on la surnomme au Danemark⁴⁵ –, il est facile d'imaginer que l'approche des soins à domicile aura un tout autre visage dans l'avenir. La CSD devra savoir se renouveler, tout en tentant de sauvegarder ses valeurs, ce qui n'est pas un mince défi.

P.S. : au moment où nous terminons ce texte, l'IHOES reçoit un fonds complémentaire d'archives de la CSD du Réseau Solidaris. Ces archives une fois inventoriées deviendront une source incontournable pour qui souhaiterait approfondir cette histoire. Avis aux intéressés !

⁴² J. De Ridder, *Op. cit.*, p. 28.

⁴³ Comme le décrit Cédric Enjalbert, *Loc. cit.*, la personne dépendante est « frappée "d'invisibilité sociale" parce qu'elle incarne l'antithèse du modèle promu par la société, fondé sur l'idéal d'un citoyen indépendant et productif ».

⁴⁴ [Université de Mons Hainaut...], *Op. cit.*, p.11. Certains pourront, par exemple, nous opposer l'argument du poids électoral que représentent les aînés et celui du pouvoir d'achat non négligeable attaché à une part d'entre eux.

⁴⁵ « L'UE et les développements de la cybersanté au Danemark », article paru sur le site :

<http://esante.gouv.fr/dossiers/l-ue-et-les-developpements-de-la-cybersante-au-danemark>.

Dates clés du développement de la CSD-Solidaris⁴⁶

1985 : Sur proposition de Lilianne Hardenne, directrice de l'Entraide familiale des Femmes prévoyantes socialistes (FPS), la décision est prise par la Fédération des mutualités syndicales et socialistes de créer la CSD de Liège. Elle prolonge l'œuvre de l'Entraide familiale fondée par les FPS en 1955.

1986 : Mise en place, le 1^{er} décembre 1986, de la CSD de la FMSS et des FPS. Liliane Hardenne en assure la direction. Le siège de la CSD est d'abord implanté à Droixhe et s'adresse dans un premier temps aux affiliés de la mutualité socialiste habitant le Grand Liège.

1987 : La CSD étend ses services sur tout le territoire de la FMSS Liège-Huy-Waremme.

1990 : Elle est agréée comme « Centre de coordination de soins et de services à domicile » (décret du ministre Picqué).

1991 : Création d'un service de « Biotélévigilance » (médaillon émetteur permettant aux personnes âgées, handicapées ou seules d'être secourues 24h sur 24).

1991 : Reprise du service de soins infirmiers à domicile de l'Association intercommunale de soins et d'établissements médico-sociaux du bassin de Seraing.

[1991] : Création d'une centrale d'appels téléphoniques (*call center*) permettant de rester accessible 24h sur 24.

1992 : Mise en place d'un service de « Biotélévigilance » en collaboration avec le Centre d'information sanitaire d'Ans.

1992 : Création de la Fédération des CSD. Sous la houlette de la mutualité socialiste, elle coordonne aujourd'hui dix CSD en Communauté française.

1993 : Coordination du Centre de service social et de la CSD. Le Centre de service social propose de l'assistance sociale à domicile. Sur simple requête téléphonique, des assistantes sociales se déplacent pour apporter une aide dans le domaine social, législatif, administratif, familial ou autre.

1994 : Engagement de la première coordonnatrice (une infirmière sociale) assurant l'interface hôpital/domicile.

1994 : Le siège administratif de la CSD déménage à Seraing pour s'adapter à l'accroissement de son personnel. Il devient le siège de la CSD Liège-Huy-Waremme.

1994 : Informatisation complète des services de la CSD.

1995 : En novembre, création par la CSD d'un service de garde d'enfants malades à domicile en collaboration avec le Service Petite Enfance des FPS.

1996 : Organisation, par la CSD, du service de garde d'enfants malades et de garde malades pour les personnes en très grande perte d'autonomie, atteintes d'une maladie incurable ou souffrant d'une maladie ou d'un handicap invalidant.

2000 : Création du service d'ergothérapie

2003 : Des antennes de la CSD sont créées à Fléron, Liège, Waremme et Saint-Nicolas.

2003 : L'équipe de soins infirmiers se scinde par spécialités : équipe palliative, infirmières en diabétologie, infirmières spécialisées en soin de plaies, équipe prise de sang, dialyse péritonéale à domicile.

2004 : Création du service Titres-services

2007 : Une antenne de la CSD est installée à Herstal en face de la Clinique André Renard.

2007 : Mise en place de l'équipe des aides soignantes au sein des soins infirmiers.

2008 : Création, en janvier, du Service d'aide au déplacement pour raisons médicales : il concerne toute personne ayant des difficultés de déplacement et devant se rendre à l'hôpital pour une opération, une hospitalisation d'un jour, un traitement particulier ou une consultation chez un spécialiste.

2009 : Mise en place du service « Répît » : garde à domicile pour personnes handicapées.

2009 : La FMSS change de nom et devient la mutualité Solidaris

2011 : Les activités de la CSD sont réparties sur trois sites : Herstal, Seraing et Wanze.

2012 : Marc De Paoli, directeur adjoint de la CSD depuis 2004 et directeur actuel de la Clinique André Renard, succède à Liliane Hardenne à la tête de la CSD.

⁴⁶ Une grande partie des informations mentionnées ici proviennent de la brochure de présentation à l'attention des nouveaux employés : Centrale de Services à Domicile Réseau Solidaris asbl, *Brochure d'accueil. Bienvenue parmi nous !* [s.l.n.d.], 17 p. Elles sont aussi fondées sur les événements rapportés par les divers rapports d'activités de la FMSS et par les notes sur l'histoire de la CSD par A.-M. Ferrero Garcia, *Op. Cit.*

Bibliographie sommaire

Sources en ligne :

- 16 décembre 1988. Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi de subventions à ces services (*Moniteur belge* du 28/12/1988, p. 17763).
<http://wallex.wallonie.be/index.php?doc=615&rev=597-5324>
- 19 juin 1989. – Décret organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile (*Moniteur belge* du 04/08/1989, p. 13673).
<http://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=577-560-5324>
- Ansay, Pierre, « Virage ou mirage ambulatoire ? », *La Revue nouvelle*, n°10, oct. 2003.
http://www.revue nouvelle.be/rvn_abstract.php3?id_article=521
- « Arrêté royal fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes ».
http://www.aide-soignant.be/doc_pdf/activitees_AS_09_01_06.pdf
- De Munck, Jean, « Quel avenir pour le secteur ambulatoire de la santé ? », *La Revue Nouvelle*, n°10, octobre 2003.
http://www.revue nouvelle.be/rvn_art_list.php3?id_rubrique=59
- Genard, Jean-Louis, « Ressources et limites des réseaux », *La Revue nouvelle*, n°10, octobre 2003, p. 42-51.
http://www.revue nouvelle.be/rvn_abstract.php3?id_article=516
- Lemaire, Gérard, « Histoire des services et soins à domicile », *La Revue Nouvelle*, n°10, octobre 2003, p. 52-61.
(http://www.revue nouvelle.be/rvn_abstract.php3?id_article=517)
- « Les initiatives de développement de l'emploi dans le secteur des services de proximité à finalité sociale (IDESS) ».
<http://www.wallonie.be/fr/themes/action-sociale-et-sante/social/idess/index.html>
http://economie.wallonie.be/Dvlp_Economique/Economie_sociale/IDESS/idess.html
- Léonard, L. et A. Van Daele, *Proxima, Vécu et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. État des lieux en région Bruxelles-Capitale*, [Mons], Université de Mons Hainaut, Psychologie du travail, juin 2004, 52 p.
<http://w3.umh.ac.be/psytrav/PDF/bruxcapfr.pdf>
- Leroy (dir.), Xavier, *Manpower Planning, Offre et demande de travail dans le champ de la 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, [Louvain, Université catholique de Louvain], [s.d.], 338 p.
http://www.sesa.ucl.ac.be/manpower/Partie_1/PDF%20Files/Tome1.pdf
- Ministère de la Région wallonne, 16 juillet 1998, Arrêté du Gouvernement wallon portant approbation du statut de l'aide familiale, publié le 9 août 1998 (M.B. du 08/09/1998, p. 28876).
<http://wallex.wallonie.be/index.php?doc=605&rev=587-79>
- Leyreloup, Marie, « L'hospitalisation à domicile », 2006.
http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/hopital/had.html
- Portail des soins palliatifs en Wallonie.
<http://www.soinspalliatifs.be/les-soins-palliatifs-en-belgique.html>
- *Solidaris magazine*, n°1, janv. 2011, p.12-13.
<http://tinyurl.com/7j8px8f>
- « Travailleur titres-services ».
http://www.emploi.belgique.be/detailA_Z.aspx?id=1066
- [Université de Mons Hainaut, Hoger Instituut voor de Arbeid, DIRACT], *Travailler comme aide familiale à domicile. Principaux résultats de l'enquête Proxima*, Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale, septembre 2006, 32 p.
<http://www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=6776>

Article :

Enjalbert, Cédric, « La vieillesse en face. Les défis de la dépendance », *Philosophie magazine*, n°56, fév. 2012, p. 29-33.

Archives de l'IHOES :

Fonds CSD du Réseau Solidaris :

- Archives de l'Entraide familiale des Femmes Prévoyantes socialistes, [1965-1975].
- Centrale de Services à Domicile Réseau Solidaris asbl, *Brochure d'accueil. Bienvenue parmi nous !*, [s.l.n.d.], 17 p.
- De Ridder, Josiane et Réjane Peigny, *Les Carnets d'Irène, Paroles d'aides familiales*, Bruxelles, Éditions Luc Pire, [2004], 94 p.
- Notes historiques de Madame Anne-Marie Ferrero Garcia (infirmière responsable de la CSD) transmises lors de la récolte de témoignages effectuée en 2011 dans le cadre du 25^e anniversaire de la CSD du Réseau Solidaris.

Fonds Réseau Solidaris :

- Rapports d'activités de la Fédération des mutualités socialistes et syndicales, 1985-2006. Collection IHOES, Fonds Réseau Solidaris.

Archives orales :

- Interview de Liliane Hardenne, campagne d'archives orales menée dans le cadre des 115 ans de la FMSS par l'IHOES en 2007.
- Interview de Michel Dighneef, campagne d'archives orales menée dans le cadre des 115 ans de la FMSS par l'IHOES en 2007.
- Récolte de témoignages réalisés par l'IHOES auprès d'anciens et d'actuels travailleurs de la CSD dans le cadre de la préparation du 25^e anniversaire de l'institution, 2011. Les personnes interviewées étaient : mesdames Lucienne Demeyer, Anne-Marie Ferrero Garcia, Michèle Limet, Ginette Vandenynt et Lutgarde Villers.