



centre
d'expertise
et de ressources
pour l'enfance

L'accueil des enfants malades en Communauté française de Belgique:

typologie des services, enjeux pour les familles et pistes
d'action pour améliorer l'égalité d'accès à des services de garde
d'enfants malades de qualité

Recherche effectuée avec le soutien de la
Communauté française de Belgique



Chercheur : **Anne-Françoise Dusart**

Avec la collaboration de **Alain Dubois** et **Perrine Humblet**

Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance asbl
144 chaussée de Charleroi – 1060 Bruxelles
www.cere-asbl.be

Novembre 2008

Tables des matières

I.	Garder ou faire garder son enfant malade ? enjeux pour les familles et disparités d'accès face aux alternatives	1
II.	Cadre et objectifs de l'étude	5
III.	Paysage de l'accueil d'enfants malades	6
	III.1 Caractéristiques de la demande et conséquences pour les services.	6
	III.2 Typologie de l'offre de services d'accueil d'enfants malades	7
	III.2.1 Les services organisateurs	8
	III.2.1.1 Les services organisateurs à logique d'action sociale	9
	• Couverture géographique	10
	• Public visé	11
	• Accessibilité financière	11
	• Atouts, spécificités et points critiques	11
	III.2.1.2 Les services organisateurs à logique d'action mixte	13
	• Couverture géographique	14
	• Public visé	15
	• Accessibilité financière	15
	• Atouts, spécificités et points critiques	16
	III.2.1.3 Les services organisateurs à logique d'action économique	17
	• Couverture géographique	17
	• Public visé	17
	• Accessibilité financière	17
	• Atouts, spécificités et points critiques	18
	III.2.1.4 Couverture géographique des services organisateurs de garde d'enfants malades identifiés	19
	III.2.2 Les services qui sous-traitent	20
	III.2.2.1 Les mutuelles	20
	III.2.2.2 Les sociétés de services aux entreprises	21
IV.	La législation en matière de congés	23
V.	Les pratiques des familles	25
VI.	Conclusions et pistes d'action	27

I. Garder ou faire garder son enfant malade ? Enjeux pour les familles et disparités d'accès face aux alternatives

Lorsqu'un enfant est malade, il se peut qu'il ne puisse fréquenter son milieu de vie habituel (école, crèche, ...), pour des raisons liées tant à son confort personnel qu'aux risques de contagion pour la collectivité.

Il peut s'agir de petites maladies d'enfants (otites, varicelles, gastro-entérites, ...) mais aussi de maladies plus lourdes ou chroniques.

Dans les deux cas, une des conséquences de cette situation pour les parents occupés professionnellement¹ est de devoir trouver une solution de garde pour leur enfant pendant la durée de l'épisode de maladie de celui-ci. Ceci n'est pas exempt de difficultés diverses, difficultés qui s'amplifient pour les familles fragilisées telles que les familles monoparentales ou socio-économiquement défavorisées.

Les solutions de garde vers lesquelles les parents peuvent se tourner sont de trois types : le recours aux **congés**, et essentiellement au congé **pour raisons impérieuses**, l'appel au **réseau d'entraide** (entourage proche, famille, voisins, amis), et l'utilisation d'un **service de garde d'enfants malades**.

Ces solutions présentent avantages et inconvénients divers.

Recourir aux congés pour raisons impérieuses² permet aux parents de s'absenter en toute légitimité de leur travail pour s'occuper eux-mêmes de leur enfant temporairement fragilisé.

L'utilisation de ces congés n'est cependant pas anodine. En premier lieu, utiliser son droit à ce type de congé n'est pas nécessairement vu d'un bon œil par tous les employeurs, en particulier lorsque ce sont les hommes qui utilisent ce droit ; en effet, tant dans les mentalités que dans les faits, les tâches liées à l'éducation et au soin des enfants restent encore largement dévolues aux femmes, en dépit des avancées en la matière au cours

¹ emploi, formation, recherche d'emploi, etc.

² Voir infra, chapitre concernant la législation belge en matière de congés

des dernières décennies. Ces éléments expliquent en partie pourquoi ce sont le plus souvent les mères qui utilisent leur droit aux congés pour garder leur enfant malade.

Ceci n'est pas sans conséquences sur la perception des employeurs vis-à-vis de celles-ci : peu fiables, mères avant tout, peu engagées professionnellement ...

En définitive, le congé pour raison impérieuse, utilisé dans les conditions actuelles, peut s'avérer vecteur de précarisation de la situation professionnelle des mères, et accroître les inégalités professionnelles déjà observées entre hommes et femmes.

Par ailleurs, diverses études ont mis en avant les sentiments mitigés des mères face à l'utilisation de ces congés, en fonction de l'équilibre établi entre les différentes composantes de leur identité : dimensions maternelle, professionnelle, conjugale et personnelle; pour certaines d'entre elles, et notamment pour celles qui ont un temps de travail quantitativement important, cela peut être perçu comme l'occasion bénéfique de mettre quelque temps entre parenthèses leur identité professionnelle au profit de leur identité de mère, en se consacrant au bien-être de leur enfant ; pour celles-ci, « plus engagées dans leur travail salarié, la maladie infantine crée les conditions d'une interruption et d'un recentrage familial, provisoire. Ces femmes acceptent mieux que leur enfant fasse une pause dans sa socialisation, réclame un accroissement provisoire d'attention maternelle »³

En revanche, les mères qui ont déjà consenti un désinvestissement professionnel plus ou moins important au profit de leurs enfants (par exemple, en réduisant leur temps de travail) auraient tendance à accepter moins bien l'idée de s'absenter encore davantage de leur travail pour garder ceux-ci lorsqu'ils sont malades⁴.

En outre, il faut noter que le nombre de jours de congés disponibles n'est pas toujours suffisant et ne tient pas nécessairement compte du nombre d'enfants à charge. Ces congés ne sont généralement pas rémunérés⁵. Enfin, tous les travailleurs ne disposent pas d'un droit égal à ce type de congé.

Outre le recours à ce type de congés, il faut savoir également que certains parents, pour garder leur enfant malade, s'absentent de leur travail en recourant à leurs congés de maladie, sous couvert d'un certificat médical à leur nom.

³ De Singly F., Parents salariés et petites maladies d'enfant, le congé pour enfant malade, La documentation française, Paris, 1993

⁴ Idem.

⁵ Ceci peut néanmoins varier selon la commission paritaire ou l'employeur.

Une seconde solution consiste à **faire appel à une personne de l'entourage proche**, susceptible de dépanner provisoirement en gardant l'enfant malade. Cette alternative peut procurer une sérénité aux parents ; il s'agit généralement d'une personne de confiance, qui connaît bien l'enfant et ses habitudes. L'enfant quant à lui est plus à l'aise en présence de personnes qu'il connaît bien, son bien-être est assuré « presque autant que s'il était gardé par ses parents ». Il s'agit le plus souvent d'une solution sans coût financier pour les parents. Cependant, à la longue, ce type de dépannage peut entraîner chez ceux-ci un sentiment de gêne, de dette morale, voire de culpabilité vis-à-vis de la personne sollicitée, en particulier lorsque cette personne est souvent sollicitée et/ou âgée⁶. En outre, toutes les familles ne disposent pas de façon égale de ces réseaux d'entraide informels.

Il est à noter que d'autres réseaux d'entraide, formels cette fois, existent également et se développent de façon importante, sous forme de *services de proximité*⁷ organisés, notamment dans le secteur de l'accueil de l'enfant (malade ou non).

Le **recours aux services de garde d'enfants malades** apparaît donc comme une troisième alternative importante, complémentaire aux deux premières. Ces services sont généralement ouverts à tous publics⁸ et emploient des travailleurs ayant une expérience professionnelle de la garde d'enfants. Ils permettent aux parents - aux mères - d'éviter de devoir s'absenter, préservant ainsi l'implication et le statut professionnels de ceux-ci. Mais ces services sont-ils suffisamment visibles, accessibles, de qualité ? Offrent-ils aux parents toutes les garanties leur permettant d'être sereins au travail ? En l'absence d'une réglementation commune à l'ensemble de ces services, il est difficile d'avoir des indicateurs de qualité opérationnels en la matière.

En définitive, la co-existence de ces trois types d'alternatives permet d'offrir des réponses spécifiques aux souhaits des familles, souhaits qui varient considérablement selon l'identité, les circonstances et les conditions de vie de celles-ci. Elle permet de limiter le risque de voir se creuser davantage les inégalités professionnelles entre hommes et femmes. Ces réponses restent cependant partielles et insuffisantes pour couvrir l'étendue des demandes. En outre, elles sont pensées et organisées de façon isolée, sans articulation entre elles.

⁶ Par exemple, une grand-mère.

⁷ Fondation Roi Baudouin, Services de proximité. Recommandations politiques, Expériences sur des services qui rendent la vie quotidienne en Belgique plus agréable et créent de l'emploi. Le résultat des tables-rondes organisées par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre du Fonds expérimental, réalisé à la demande des autorités, 2003.

⁸ Sauf en cas de dispositions particulières ; voir infra.

Dans le cadre d'une politique de l'enfance soucieuse de l'égalité des chances entre enfants, entre hommes et femmes, mais aussi entre familles⁹, il s'avère donc important de veiller à assurer une offre de services publics de garde d'enfants malades en suffisance, accessibles, équitables, efficaces et de qualité. En intégrant cette offre de services dans une réflexion globale visant aussi la question du droit aux congés pour raisons impérieuses et des modalités d'octroi de ceux-ci.

⁹ Par exemple entre familles ayant droit aux congés pour raisons impérieuses et celles n'y ayant pas droit.

II. Cadre et objectifs de l'étude

En l'absence d'une réglementation s'appliquant à l'ensemble du secteur de l'accueil des enfants malades en Communauté française, il est difficile de se faire une idée de ce que représente celui-ci, d'un point de vue tant quantitatif que qualitatif : comment le secteur se présente-t-il actuellement, comment fonctionne-t-il, quels sont les acteurs en présence, quelles sont les caractéristiques de la demande et de l'offre ?

Face à ce constat, la présente étude poursuit tout d'abord un **objectif de connaissance** ; il s'agit d'offrir une première vision synthétique et analytique du secteur, sachant qu'il n'existe aucune étude similaire en la matière. Concrètement, cet objectif est quadruple :

- décrire les grandes lignes du paysage de l'accueil d'enfants malades en Communauté française, c'est-à-dire l'offre de services ;
- faire le point sur la législation belge et européenne relative aux congés dont disposent les travailleurs pour garder leurs enfants malades ;
- mettre ces données en perspective avec les pratiques des familles ;
- dégager les bonnes pratiques de terrain en matière d'accueil d'enfants malades.

Le second objectif visé est **l'appui à la décision politique** ; s'inscrivant dans le contexte de la communautarisation de l'octroi des subsides du Fonds des Equipements et des Services Collectifs (FESC), prévue au 1^{er} janvier 2009¹⁰, l'étude propose, à partir de l'analyse de la situation actuelle et compte tenu des ressources identifiées, des **pistes d'action** pour améliorer l'accessibilité pour toutes les familles à des solutions adaptées, et en particulier à des services d'accueil efficaces et de qualité.

Dans un premier temps, il avait été décidé que l'étude ne prendrait en compte que la problématique des petites maladies d'enfants, et non celles des maladies graves et/ou chroniques. L'analyse des situations sur le terrain révèle cependant que cette restriction n'est pas pertinente ; les services d'accueil d'enfants malades sont en effet confrontés tour à tour aux deux problématiques. En outre, ces problématiques présentent des enjeux comparables, toutes proportions gardées, en ce qui concerne la conciliation vie familiale – vie professionnelle.

Il importe donc de tenir compte conjointement des deux problématiques dans les pistes d'actions proposées.

¹⁰ Sous réserve de l'adoption des législations et des réglementations concernées

III. Paysage de l'accueil de l'enfant malade

L'absence de réglementation en matière d'accueil d'enfants malades en Communauté française a plusieurs conséquences : la principale réside dans la grande disparité de l'offre de services, ceux-ci présentant des fonctionnements variables en fonction de paramètres tels que l'histoire et l'origine des services, le contexte socio-géographique d'implantation de ceux-ci, les ressources présentes sur le terrain, etc.

Une seconde conséquence est l'impossibilité d'estimer de manière fiable le volume total des demandes/besoins de garde, ainsi que le volume total des demandes effectivement satisfaites¹¹ par les services existants.

Une troisième conséquence importante est l'absence de centralisation de l'information à destination des familles; les services sont peu visibles, quasiment confidentiels dans certains cas, avec des nuances toutefois selon la région, voire la commune. Dresser une liste exhaustive de l'offre de services paraît impossible et peu opérationnel en l'état actuel. C'est pourquoi il nous a semblé plus opportun d'analyser le secteur en définissant une **typologie des services d'accueil d'enfants malades**, et en décrivant au préalable les caractéristiques de la demande d'accueil d'enfants malades.

III.1 Caractéristiques de la demande et conséquences pour les services

De l'avis des professionnels du terrain, la demande de garde d'enfants malades présente de grandes fluctuations saisonnières; elle s'observe essentiellement d'octobre à mai, avec des pics pendant les mois d'hiver. Ceci entraîne pour les services des difficultés de gestion, et présente deux difficultés majeures.

La première a trait au fait que travailler avec du personnel salarié s'avère complexe, voire dans certains cas impossible ; pour surmonter cette difficulté, certains services font le choix de travailler avec du personnel intérimaire.

En second lieu, on observe que certains services se trouvent confrontés à une alternance de périodes d'inoccupation du personnel, avec quelquefois chômage technique pour les

¹¹ C'est-à-dire le nombre total de journées d'accueil prestées par ces services.

travailleurs, puis de surcharge de travail, avec dans ce second cas un grand nombre de demandes de garde qui demeurent insatisfaites.

La plus grande partie des demandes concernent des enfants de moins de quinze ans, et surtout de moins de douze ans.

La majorité des demandes de garde sont liées à des petites maladies d'enfants : otites, gastro-entérites, varicelles, gripes, etc. Celles-ci nécessitent une période de garde relativement courte, allant d'un jour à environ une semaine.

Cependant, les services sont de plus en plus souvent confrontés à des demandes de garde de plus longue durée, en lien avec des affections chroniques ou des pathologies lourdes, notamment dans un cadre de post-hospitalisation de l'enfant. Aucune solution spécifique n'existe pour répondre à ce type de demandes, ce qui explique que les familles concernées font appel aux mêmes services que les familles confrontées aux petites maladies d'enfants.

Ceci ne va pas sans poser question aux services qui reçoivent ces demandes : faut-il répondre à celles-ci, et mobiliser une accueillante pour une seule famille pendant une période relativement longue, réduisant ainsi les possibilités d'aider un plus grand nombre de familles pour de plus courtes périodes ? Si oui, dans quelle mesure et sous quelles conditions ? La gravité de la situation (médicale, professionnelle, sociale, ...) est-elle un critère de priorité ? Est-ce dans les missions du service de répondre à ces demandes, et celui-ci est-il subsidié pour le faire ?

Les réponses sont apportées au cas par cas et en fonction des ressources du service. Mais ces situations suscitent toujours remises en question et frustrations chez les responsables de ces services de garde¹².

III.2 Typologie de l'offre de services d'accueil d'enfants malades

Du point de vue de l'offre des services, on peut répartir le secteur d'une part en services **organiseurs** de garde d'enfants malades et d'autre part en **services sous-traitants**. Les services sous-traitants sont des intermédiaires entre services organisateurs et public bénéficiaire, faisant appel aux premiers pour le compte du second, en l'occurrence leurs « membres » (adhérents, membres du personnel, affiliés, clients, etc.), à qui ils octroient certains avantages: accès privilégié au service, réduction de tarifs, gratuité, etc.

¹² Voir à ce propos infra, chapitres consacrés aux services à logique d'action sociale et aux services à logique d'action mixte.

La typologie des services présentée ci-dessous se focalise uniquement sur les services organisateurs de garde d'enfants malades, en les étudiant selon la logique qui sous-tend leur action : **logique sociale, économique ou mixte**. A cette logique d'action se greffe l'appartenance des services à un niveau de compétences spécifique: **fédéral, régional ou communautaire**.

Les services sous-traitants font néanmoins partie du paysage de l'accueil de l'enfant malade, et ils y tiennent un certain rôle. C'est pourquoi ils font l'objet d'une description synthétique, plus loin dans ce rapport.

III.2.1 Les services organisateurs

On peut identifier trois grandes catégories de services organisateurs, selon qu'ils fonctionnent dans une **logique d'action sociale, économique ou mixte** (c'est-à-dire à la fois sociale et économique).

Nous définissons la logique d'action **sociale** comme toute logique qui tend à **apporter un soutien aux familles et aux personnes, sous diverses formes** (aide sociale, soutien socio-sanitaire, etc.); la logique d'action **économique** a trait à toute logique **ournée vers l'emploi et vers la conciliation de la vie professionnelle et familiale**.

En fonction de son identité, de ses missions, de son histoire et des subsides qui lui permettent de fonctionner, chaque service de garde d'enfants malades s'inscrit sur le continuum qui va d'une logique d'action sociale à une logique d'action économique.

La typologie ci-dessous classe les services existants en trois types, en les situant à trois points déterminés du continuum : services à logique d'action sociale, services à logique d'action mixte (sociale et économique), et services à logique d'action économique. La réalité est cependant bien plus nuancée ; les missions et l'identité des services évoluent au cours du temps, et la position des services sur le continuum est sujette à fluctuations et ajustements divers. Ainsi, par exemple, on peut souligner que certains services de garde d'enfants malades à logique sociale reçoivent des subsides du FESC. Ces subsides sont, par nature, clairement liés à l'emploi¹³ ; les services qui en bénéficient se

¹³ Le FESC est en effet alimenté au départ par une cotisation patronale revendiquée par les syndicats dans le cadre d'accords interprofessionnels, à des fins d'amélioration de la conciliation vie professionnelle – vie familiale et d'égalité d'accès à l'emploi entre hommes et femmes.

trouveraient donc plutôt dans une logique d'action mixte. Ceci illustre bien les fluctuations dans les missions des services et le mouvement de ceux-ci sur le continuum.

III.2.1.1.1 Les services organisateurs à logique d'action sociale¹⁴

Il s'agit principalement de **services d'aide intégrée**, dont l'objectif est, à l'origine, d'aider les personnes et les familles connaissant des difficultés de vie plus structurelles, temporaires ou non. La garde d'enfants malades est un des moyens mis en place pour aider les familles et améliorer les conditions de vie de celles-ci ; elle s'inscrit dans un ensemble d'autres services d'aide tous publics, tels que par exemple, la livraison de repas à domicile, les soins infirmiers, l'aide sociale, le prêt de matériel, etc.

Les deux principales organisations de services de ce type sont les **Centrales de Services à Domicile (CSD)¹⁵**, appartenant à la mouvance socialiste¹⁶, et les services **d'Aide et Soins à Domicile (ASD)**, appartenant à la mouvance catholique et émanant notamment de la Croix Jaune et Blanche.

Il s'agit de services pour lesquels l'exercice de la compétence a été transférée **à la Région Wallonne et à la COCOF**.

D'autres services similaires à logique d'action sociale visant l'aide aux personnes existent ; de même, il faut noter que certaines communes¹⁷ proposent un service de garde d'enfants malades dans cette logique d'action, par exemple via leur CPAS.

L'absence de centralisation des données, hormis celles du FESC pour les projets qu'il subsidie, rend toutefois impossible le repérage systématique et exhaustif de ces initiatives.

Couverture géographique

Les CSD et ASD sont répartis sur l'ensemble de la Communauté française, avec des spécificités locales. La plupart des régions sont couvertes par une ASD et/ou une CSD,

¹⁴ Ou socio-sanitaire

¹⁵ Pour plus d'informations sur le fonctionnement et les caractéristiques des services de garde d'enfants malades organisés par les CSD, voir document en annexe, rédigé par la Fédération des CSD, suite à une enquête menée par celle-ci en réponse à une demande d'informations du CERE.

¹⁶ Neuf d'entre eux (à l'exception de la CSD de Bruxelles) sur dix dépendent de la Mutualité Socialiste.

¹⁷ C'est le cas notamment de Woluwé St Lambert, Liège, Verviers.

mais pas toutes ; parmi les régions couvertes, la plupart bénéficient, au sein de l'ASD ou du CSD d'un service de garde d'enfants malades, mais pas toutes.

La couverture ou non d'une région par un ASD ou CSD ainsi que l'organisation ou non en leur sein d'un service de garde d'enfants malades dépend des besoins de garde identifiés sur le terrain, mais aussi de la présence ou non d'autres services de garde sur le territoire ainsi que de la capacité des services (ressources disponibles) à gérer la spécificité de la demande de garde d'enfants malades¹⁸.

Les CSD couvrent dix des douze secteurs géographiques définis : Ath-Tournai, Brabant Wallon, Bruxelles, Centre-Soignies, Dinant-Philippeville, Liège, Luxembourg, Mons-Borinage, Mouscron et Namur. Charleroi et Verviers ne sont pas couvertes par une CSD. Parmi les dix CSD, au moins sept proposent un service de garde d'enfants malades.

Il y a dix centres ASD répartis en Communauté française¹⁹, c'est-à-dire à Bruxelles, Brabant Wallon, Liège, Luxembourg, Mons, Mouscron, Namur, Centre-Charleroi-Thudinie, Tournai-Ath-Lessines-Engbien, et Verviers. Toutes les ASD n'organisent pas nécessairement un service de garde d'enfants malades. De plus, certains centres, comme Namur par exemple, ont des antennes locales ; au sein d'un même centre, certaines antennes bénéficient d'un service de garde d'enfants malades, et d'autres pas.

Au cas par cas, ces structures travaillent en partenariat avec d'autres structures à l'échelon local. Par exemple, les ASD de Namur travaillent en partenariat avec IMAJE²⁰; la CSD de Mons Borinage confie son service de garde d'enfants malades au milieu d'accueil « Les Petits Doudous »²¹, etc.

Public visé

Les CSD et ASD sont ouverts à tous publics résidant dans leurs zones d'action, indépendamment des convictions religieuses et philosophiques.

Accessibilité financière

Les CSD et ASD appliquent généralement une tarification sociale qui tient compte des revenus des familles et dans certains cas, du nombre d'enfants à charge. C'est le cas

¹⁸ Cf supra, caractéristiques de la demande de garde et conséquences pour les services.

¹⁹ Et un centre à Eupen

²⁰ Intercommunale des Modes d'Accueil pour Jeunes Enfants. Structure percevant notamment un subside du FESC.

²¹ Les Petits Doudous reçoivent également un subside du FESC

notamment de l'ASD de Liège-Huy-Waremme, qui propose des tarifs horaires allant de 0,70 à 2,80 euros pour les familles de moins de 3 enfants, et allant de 0,55 à 2,25 euros pour les familles de 3 enfants et plus.

Certaines ASD majorent leurs tarifs si les prestations de garde sont effectuées pendant les heures dites « inconfortables » (7-8h et 17-18h).

Spécificités, atouts et points critiques

Ces services emploient du personnel qualifié (puéricultrices, ...).

Il semble que ces services soient théoriquement bien outillés pour prendre en charge les pathologies plus lourdes, car ils sont d'abord des services spécialisés (soins infirmiers, etc.) et pratiquent de fait l'hospitalisation à domicile depuis longtemps, « bien avant que cela devienne un sujet de préoccupation à la mode ». C'est ce qu'explique le responsable d'une CSD :

« Quand on pense hospitalisation à domicile, et c'est assez en vogue pour le moment, on pense souvent au volet médical, aux soins infirmiers, etc. Et on oublie tout le volet horeca. Or, à l'hôpital, vos repas sont également pris en charge. Nous faisons la même chose à domicile puisque nous avons un service de livraison de repas. Pour nous, ce n'est vraiment pas neuf. Nous avons en fait une grande expérience d'hospitalisation à domicile »²².

Certains services développent des collaborations avec des hôpitaux²³, notamment pour prendre en charge la période de post-hospitalisation des enfants. Des études montrent en outre que la prise en charge de cette période correspond à une réelle demande de la part des parents: « L'enfant qui revient à domicile n'est pas nécessairement en mesure de fréquenter l'école ou un milieu d'accueil collectif « classique » ; les solutions alternatives n'existent pas ou ne sont pas adaptées à la prise en charge d'enfants nécessitant de soins spécifiques ou une attention particulière (...) Les parents souhaiteraient que des services d'aide adaptés soient mis en place, afin de pouvoir « passer le relais » en toute quiétude²⁴ :

« Les gardes d'enfants malades, c'est pour les petites maladies d'une semaine (...) J'ai téléphoné à l'administration communale : « ah non, on n'a rien de

²² Extrait d'entretien CERE avec un responsable de CSD, 2008.

²³ Par exemple, la CSD de Bruxelles travaille dans ce sens avec St Luc.

²⁴ L'enfant malade, constats et pistes de réflexion sur la prise en charge des enfants gravement malades, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, Département Politiques et Systèmes de santé, Bruxelles, 2003.

prévu, c'est uniquement pour les cas d'urgence ». D'urgence ! Une varicelle, les amygdales ... et vous, vous êtes là avec un enfant qui va être malade pendant des mois : RIEN ! »²⁵.

Toutefois, actuellement, ces collaborations ne peuvent être développées que bien en deçà des souhaits de ces services, essentiellement par manque de moyens et/ou par manque de subsides dédiés à ce type de prise en charge.

En ce qui concerne la qualité de l'accueil de l'enfant malade, il faut souligner que ces services, de par leur approche « aide globale », ne sont pas des spécialistes de l'enfant ni de l'accueil de l'enfant ; ceci pourrait avoir pour conséquence de reléguer au second plan, derrière la dimension « santé et soins », une réflexion qui serait axée autour du **code de qualité de l'accueil**²⁶. Ces services ont en outre peu de liens, actuellement, avec l'ONE²⁷.

²⁵ Extrait d'entretiens réalisés dans le cadre de l'étude pré-citée.

²⁶ Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 17/12/2003 fixant le code de qualité de l'accueil.

²⁷ Plusieurs services mentionnent toutefois avoir engagé une demande de reconnaissance à l'ONE afin de permettre la déductibilité fiscale des frais de garde pour les familles ; certaines de ces demandes sont restées sans réponse.

III.2.1.1.2 Les services organisateurs à logique d'action mixte²⁸

Nous classons dans cette catégorie la plupart des services « ciblés enfance », et plus particulièrement ceux qui axent l'essentiel de leurs activités autour de *l'accueil de l'enfant*.

Ces services sont structurés de façon variée ; il peut s'agir de **services uniquement dédiés à la garde d'enfants malades**²⁹, de **milieux d'accueil de la petite enfance** (crèches, MCAE, etc.) qui organisent *aussi* un service de garde d'enfants malades³⁰, ou encore de **structures d'accueil intégré** (par exemple, le Centre Coordonné de l'Enfance³¹ dans le Hainaut, l'Intercommunale Sociale du Brabant Wallon (ISBW)³² dans le Brabant Wallon, Accueil Assistance au Luxembourg³³, etc.) où la garde d'enfants malades ne représente qu'une (petite) partie des services proposés³⁴.

L'accueil de l'enfant malade est ici considéré, pourrait-on dire, comme une forme d'accueil classique mais « délocalisé » au domicile de l'enfant, parce que celui-ci ne peut fréquenter son milieu de vie habituel (crèches, école, ...), pour des raisons de confort ou de risques pour la collectivité. Il s'agit d'un service ponctuel et relativement isolé, une solution de dépannage temporaire en réponse à un incident de parcours jugé « normal » (l'épisode de maladie), en attendant que l'enfant puisse réintégrer son milieu de vie habituel.

Du fait qu'ils sont ciblés « enfance » et même « accueil de l'enfance », ces services développent une réflexion globale autour du bien-être de l'enfant (malade ou non) dans diverses situations d'accueil, mais aussi autour de la qualité du service rendu à sa famille. Cette réflexion est souvent soutenue par le **Code de qualité de l'accueil**, et en tout cas pour les structures qui sont tenues de se déclarer à l'ONE. Ces structures d'accueil assument généralement les trois fonctions habituellement reconnues aux milieux d'accueil : **économique** (favorisant la disponibilité des parents sur le marché du travail et la conciliation vie familiale – vie professionnelle), **éducative** (générant apprentissages et socialisation précoce de l'enfant) et **sociale** (permettant une forme

²⁸ C'est-à-dire à la fois sociale et économique.

²⁹ Nos recherches ne nous ont cependant pas permis d'identifier avec certitude des services « isolés », c'est-à-dire organisant uniquement de l'accueil d'enfants malades. Il semble que la plupart des services de garde d'enfants malades font partie d'une structure plus large organisant *au moins un* autre mode d'accueil.

³⁰ Que ce service soit ouvert à tous publics ou restreint à certaines familles (familles de la commune, familles fréquentant déjà le milieu d'accueil, etc.)

³¹ <http://www.ccenfance.be>

³² www.isbw.be

³³ <http://www.promemploi.be/index.php>

³⁴ Les autres services organisés par ces structures d'accueil intégré concernent, par exemple, l'accueil extrascolaire, les stages de vacances, l'accueil régulier des 0-3 ans, la veille d'enfants hospitalisés ou encore le remplacement du personnel absent en crèche.

d'aide socio-sanitaire, le soutien à la parentalité ou le lien social)³⁵. Les services de garde d'enfants malades organisés par ces structures intègrent donc à la fois une logique d'action sociale et une logique d'action économique.

La « partie visible » de l'iceberg pour ce type de services à logique d'action mixte est constituée par les données du FESC, pour les projets d'accueil qu'il subsidie³⁶. Pour les projets non-subsidiés par le FESC pour lesquels il n'existe pas de liste exhaustive, la logique d'action est plus difficile à cerner, et il est possible que l'on trouve parmi ceux-ci certains services à logique « purement » sociale et d'autres à logique « purement » économique.

Ces services axés « accueil de l'enfance » dépendent du **niveau de compétence communautaire** (Communauté française).

Couverture géographique

Pour les raisons évoquées ci-dessus, la couverture par ce type de services est difficile à estimer; si l'on se base sur les vingt projets que nous identifions « ciblés enfance » et qui sont subventionnés par le FESC pour l'accueil d'enfants malades³⁷, on constate que six se trouvent en Région Bruxelloise (30%), cinq dans le Hainaut (25%), deux en Région Liégeoise (10%), trois en Brabant Wallon (15%), trois en Région Namuroise (15%) et un au Luxembourg (5%).

A ce stade, ces données sont insuffisantes pour estimer la couverture car elles ne rendent compte que des projets subsidiés par le FESC ; or l'on sait qu'il en existe d'autres en nombre important, sans qu'on puisse les répertorier de façon systématique. En outre, ces données ne tiennent pas compte du nombre de journées d'accueil que ces services comptabilisent, ni d'une estimation des besoins réels sur le terrain (nombre d'enfants de moins de 12 ans résidents, etc.).

³⁵ Dusart AF., et al, Accueil atypique en Communauté française : à la recherche des conditions optimales d'accueil, vers une politique d'égalité d'accès pour tous, Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance asbl, décembre 2007. téléchargeable à l'adresse http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf/CERE_rapport_recherche_accueil_atypique.pdf

³⁶ Voir liste en annexe

³⁷ D'après les données fournies par le FESC, le nombre de projets subventionnés par le FESC en Communauté française pour l'accueil d'enfants malades est de vingt-huit; vingt projets sont clairement identifiables comme étant « ciblés enfance » ; pour les autres, cette estimation est moins évidente.

Public visé

Il s'agit de services de relative proximité ; dans de nombreux cas, le service est accessible aux familles résidant dans un périmètre géographique défini, plus ou moins étendu selon les cas ; ainsi par exemple, l'Ourson Enrhumé couvre toute la province namuroise et certaines zones du Luxembourg (Marche en Famenne, Nassogne, Vielsalm); l'ISBW travaille avec onze communes du Brabant Wallon qui ont signé une convention de collaboration (les services sont donc accessibles uniquement aux habitants de ces communes) ; Accueil Assistance couvre toute la province du Luxembourg.

Les services de garde d'enfants malades organisés par les milieux d'accueil sont, quant à eux, parfois réservés aux familles fréquentant régulièrement ces milieux d'accueil et/ou aux familles résidant dans la commune.

Accessibilité financière

Le mode de tarification de ces services est variable ; certaines structures, telles que notamment les milieux d'accueil subventionnés par l'ONE, appliquent une tarification sociale calculée en fonction des revenus du ménage (barème ONE ou autre), sur une base horaire ou journalière, en majorant éventuellement les montants parce qu'il s'agit d'accueil au domicile de l'enfant.

Fonctionnant sur ce même mode, Accueil Assistance, par exemple, pratique un tarif horaire qui varie, selon les revenus, de 1 à 3,40 euros, et auquel il faut ajouter le forfait de frais de déplacements (5 euros)³⁸.

D'autres structures, dont notamment certaines parmi celles subsidiées par le FESC, appliquent un forfait à la demi-journée (moins de 5h de garde) ou à la journée complète. A titre d'exemple, à l'ISBW le forfait s'élève à 9,92 euros pour une journée de moins de 5 heures, et à 16,12 euros pour une journée complète.

³⁸ Données au 1^{er} septembre 2006.

Spécificités, atouts et points critiques

Comme évoqué ci-dessus, bon nombre de ces services présentent l'avantage de développer une réflexion sur la qualité d'accueil, du fait de leur caractère multi-services et de leurs liens avec l'ONE et le code de qualité de l'accueil.

Cet aspect multi-services a également pour conséquence l'existence d'une équipe, permettant la réflexion commune sur l'enfant et son accueil, les échanges et débats entre accueillants au sein de divers modes d'accueil, dans une perspective plus holistique. En outre, cela favorise l'efficacité du service car les personnes chargées de la garde d'enfants malades peuvent, lors des périodes creuses³⁹, être affectées à d'autres missions liées aux soins et à la garde d'enfants. Cela permet également d'offrir aux travailleurs de vrais emplois (avec un nombre important et relativement constant d'heures de travail par semaine).

Ces services sont, tout comme les services à logique d'action sociale, confrontés à des demandes liées à des pathologies plus lourdes. Certains d'entre eux tentent d'y répondre, tout en étant limités par les ressources disponibles. C'est ce qu'explique ci-dessous la responsable d'un service d'accueil:

« On a eu récemment une demande de garde pour des bébés jumeaux à la santé particulièrement fragile, et qui ne pouvaient pas aller en crèche, d'abord parce qu'ils étaient trop sensibles aux risques d'infection, et aussi parce que leur fragilité ne leur permettait pas de recevoir les vaccins obligatoires pour aller en crèche. C'est difficile de répondre à cette demande parce que ça veut dire monopoliser une personne parfois à temps plein sur une longue période pour une seule famille, au détriment de beaucoup d'autres. Mais les parents étaient désespérés, sans solution alternative, et donc on a accepté leur demande, mais avec une convention de collaboration mentionnant une date de début et une date de fin de la prise en charge (...) Parfois aussi, on négocie avec les parents, on essaye de trouver un arrangement. Par exemple, on garde l'enfant à mi-temps, et l'autre moitié du temps, c'est la maman qui le garde, dans le cadre d'un congé parental (...) Mais on ne peut pas répondre à beaucoup de demandes de ce type à la fois»⁴⁰.

³⁹ C'est-à-dire lorsqu'il y a moins de demandes de garde d'enfants malades.

⁴⁰ Extrait d'entretien CERE avec la responsable du service de garde d'enfants malades à logique d'action mixte.

II.2.1.1.3 Les services organisateurs à logique d'action économique

Ces services sont essentiellement organisés par certaines agences d'intérim. Celles-ci sont en fait en premier lieu des **services aux entreprises et aux collectivités, avec pour objectif d'améliorer les performances** de celles-ci - en l'occurrence, en réduisant l'absentéisme au travail - **en favorisant le bien-être de leurs employés** - en l'occurrence, en proposant à ceux-ci une solution de garde pour leurs enfants malades. Leurs premiers clients sont les employeurs, et certaines mutuelles⁴¹.

Concrètement, les agences recrutent des personnes au profil adéquat, et les envoient au domicile des employés des entreprises ou collectivités clientes.

A titre d'exemple, l'agence d'interim **Vedior**, section *Home Care*⁴², organise ce service, de même qu'**Adecco**⁴³, section *Médical et Sciences*.

Couverture géographique

On ne peut pas parler d'une couverture géographique puisque seuls sont couverts les employés des entreprises clientes et les affiliés des mutuelles clientes.

Actuellement, Vedior Home Care travaille avec environ 25 entreprises ou collectivités en Belgique (grandes, petites ou moyennes entreprises) ; cela correspond à environ 500 gardes d'enfants malades sur toute la Belgique.

Public visé

Le public visé est constitué des membres des sociétés clientes, par exemple les travailleurs d'une entreprise et les affiliés d'une mutuelle.

Accessibilité financière

La participation aux frais est partiellement ou totalement prise en charge, selon certaines modalités et dans certaines limites, par les sociétés sous-traitantes. Le coût pour les parents est donc réduit proportionnellement.

Ainsi, chez Vedior, en fonction du contrat conclu, les employeurs offrent (en tout ou en partie) un certain nombre de jours de garde par enfant à chaque employé. Le contrat prévoit que les employeurs ne paient que les prestations effectives.

⁴¹ Voir infra.

⁴² http://jobs.vedior.be/fr/werkgv/vedior_home_care.html

⁴³ <http://www.adecco.be>

Spécificités, atouts et points critiques

Les personnes engagées ont une qualification dans le domaine des soins et/ou de l'enfance. Par exemple, pour Vedior Home Care, le poste nécessite un diplôme médical ou paramédical tel que puériculture, enseignement, éducation, soins, etc. et/ou une expérience professionnelle ou des « dispositions pour les enfants ».

Les personnes sont engagées en tant qu'intérimaires et sont averties du fait qu'il ne leur est pas garanti d'avoir des prestations en été.

Cela permet une certaine efficience du service puisque les personnes sont engagées uniquement en fonction des besoins, et payées à la prestation. Ce type d'emploi est cependant précaire (en général, un ou deux jours de garde consécutifs par épisode de maladie) mais convient bien à certaines personnes, par exemple, celles qui ont un emploi fixe à temps partiel et qui souhaitent un revenu complémentaire.

Il ne semble pas que les gardes d'enfants malades bénéficient d'une formation continue ; n'étant pas vraiment intégrées au sein d'une équipe, elles ont peu d'occasions de se rencontrer pour échanger sur leurs pratiques. En outre, l'aspect « qualité de l'accueil », compris dans le sens du code de qualité de l'accueil, n'est pas toujours clairement identifiable dans ce type de structure. Ce qui ne veut pas dire, bien sûr, que l'accueil n'est pas de bonne qualité.

Il faut souligner également que lorsqu'un employeur propose un service de garde d'enfants malades à ses employés, son degré de tolérance à l'absentéisme pour cause de garde d'enfant malade diminue, allant dans certains cas jusqu'à la tolérance zéro. Cela réduit donc la liberté de choix des travailleurs en la matière.

III.2.1.4 Couverture géographique des services organisateurs de garde d'enfants malades identifiés

Le tableau ci-dessous est une ébauche d'estimation de la couverture des services organisateurs de garde d'enfants malades en Communauté française, sur base des données directement disponibles et utilisables à l'heure actuelle. Les données dont nous disposons ne nous permettent d'estimer ni la capacité de ces services à répondre aux besoins réels, ni les territoires locaux effectivement couverts, ni le caractère universel de l'accueil proposé par ces services. Pour être opérationnel, ce tableau devrait être complété et nuancé avec des données exhaustives et détaillées; le recueil de données exhaustives en matière d'offre de services de garde d'enfants malades peut difficilement s'envisager en-dehors d'une obligation de déclaration de ces services⁴⁴.

Région	Service organisé par la CSD	Service organisé par l'ASD	Autres services présents dans la province (projets subsidiés par le FESC)
Bruxelles	oui	oui	<ul style="list-style-type: none"> • CSAD, 1060 Bruxelles • Centre Prévention des Violences Conjugales et Familiales, 1060 Bruxelles • CPAS de Woluwé St Lambert, 1150 Bruxelles • Crèche St Charles, 1080 Bruxelles • Crèche « Les Heureux Bébé » 1050 Bruxelles • Crèche « Hathi » 1180 Bruxelles • Crèche communale du Globe 1180 Bruxelles • Les Bourgeois 1200 Bruxelles • Crèche Ste Gertrude, 1040 Bruxelles
Brabant Wallon	oui	oui	<ul style="list-style-type: none"> • Intercommunale des Œuvres Sociales du Brabant Wallon, 1450 Chastre • Services de gardiennes encadrées du CPAS de Braine l'Alleud, 1420 Braine l'Alleud • Administration Communale de Braine l'Alleud, 1420 Braine l'Alleud • Crèche « Le Pachy », 1348 Louvain la Neuve
Namur	oui	Oui pour certaines communes ⁴⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Les Arsouilles (l'Ourson Enrhumé), 5590 Ciney • Asbl Imaje « Association pour l'Optimisation de l'Environnement », 5022 Cognelée • MCAE, 5600 Philippeville
Liège	Oui sauf Verviers	Oui pour certaines communes ⁴⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Asbl Raids, 4800 Verviers • Ville de Liège, Services Sociaux et Familles, 400 Liège • Collectif et Refuge pour Femmes battues, 4000 Liège • Aide familiale Liège-Huy-Waremme, 4020 Liège • Asbl Grandir, 4400 Flémalle • Service Aide aux Familles et Personnes, 4800 Verviers
Hainaut	Oui sauf Charleroi	Oui mais vérifier les territoires couverts	<ul style="list-style-type: none"> • Asbl Allô Candy, 6041 Gosselies • Centre Coordonné de l'Enfance, 6200 Châtelet • Asbl Les Petits Doudous, 7080 Frameries • Vie Féminine, 7800 Ath • Asbl le Rameau d'Olivier, 7080 Frameries
Luxembourg	Oui mais vérifier les territoires couverts	Oui mais vérifier les territoires couverts	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenue aux Tout Petits, 6880 Bertrix

⁴⁴ Voir à ce propos point IV. Conclusions et pistes d'actions.

⁴⁵ Namur, Beez, Belgrade, Saint Servais, Saint Marc, Bouge, Champion, Dausoulx, Flawinne, Malonne, Suarlée, Temploux, Vedrin, Boninne, Cognelée, Dave, Jambes, Naninne, Wépion, Wierde, Lives, Loyers, Erpent, Gelbressée, Marche-les-Dames. Source : http://www.fasd.be/namur/contacts/centre_de_namur/centre_de_namur.asp

⁴⁶ Amay, Berloz, Braives, Burdinne, Crisnée, Donceel, Engis, Faimés, Fexhe-le-haut-Clocher, Geer, Hannut, Héron, Huy, Lincent, Marchin, Modave, Oreye, Remicourt, Saint-Georges-sur-Meuse, Verlaine, Villers-le-Bouillet, Wanze, Waremme, Wasseiges, Ans, Awans, Bassenge, Dalhem, Flémalle, Grâce-Hollogne, Herstal, Juprelle, Liège, Oupeye, Saint-Nicolas, Seraing, Visé, Anthisnes, Aywaille, Beyne-Heusay, Blégny, Chaudfontaine, Clavier, Comblain au Pont, Esneux, Ferrières, Fléron, Hamoir, Nandrin, Ouffet, Soumagne, Sprimont, Tinlot, Trooz. Source : <http://www.fasd.be/liege/Nosdiffrentsservices/Gardedomiciledenfantmalades/Gardedomiciledenfantmalades.asp>

III.2.2 Les services qui sous-traitent

Les services qui sous-traitent ont en fait avant tout une logique d'action visant la rentabilité interne (les mutuelles, par exemple, ont pour souci de fidéliser leurs affiliés) et/ou externe (Accor Service est un service commercial qui vise à s'auto-rentabiliser et à rentabiliser les sociétés de ses clients) ; au sein du paysage de l'accueil d'enfants malades, ils permettent d'augmenter l'accessibilité financière des services de garde d'enfants malades, mais pour certains publics bien définis, et pour une durée déterminée⁴⁷.

Ces services sont essentiellement de deux types : les mutuelles et les sociétés de services aux entreprises.

III.2.2.1 Les mutuelles

Dans un contexte grandissant de concurrence entre mutuelles, celles-ci développent des stratégies pour attirer et fidéliser leurs membres. Parmi ces stratégies figure l'offre de services divers, tels qu'un service de garde d'enfants malades.

Ce service est généralement offert aux membres qui ont souscrit à l'assurance complémentaire ; dans certains cas cependant, les membres qui n'y ont pas souscrit ont quand même accès à ce service, mais de façon plus restrictive ; c'est notamment le cas chez Euromut.

Les mutuelles sous-traitent soit avec les agences d'intérim (c'est le cas par exemple des mutualités neutres), soit avec des centres ASD (mutualités chrétiennes) ou des CSD (mutualités socialistes)⁴⁸, soit avec des asbl avec lesquelles elles ont établi un partenariat.

Certaines mutuelles ne travaillent pas de façon privilégiée avec un service défini, mais remboursent les parents qui font appel à un service de garde d'enfants malades reconnu par elles, sur base de la facture établie par ce service.

Dans certains cas, les affiliés ont le choix de faire appel au service partenaire de leur mutuelle ou à un autre service reconnu par celle-ci et, dans ce cas, obtenir une intervention financière de celle-ci sous forme d'un montant forfaitaire.

⁴⁷ le nombre de jours d'accès offerts est en effet limité.

⁴⁸ A l'exception de la CSD de Bruxelles qui n'est pas dépendante de la Mutualité socialiste. Dans ce cas, la Mutualité socialiste de Bruxelles travaille avec son propre service de garde d'enfants malades, le SAD, accessible aux affiliés de la mutualité socialiste en ordre de cotisation complémentaire.

Ceci illustre bien la diversité des pratiques.

Les avantages pour les membres affiliés sont essentiellement de deux types. Il peut s'agir de la gratuité du service avec un plafond au niveau du nombre de jours de garde annuel (remboursement par la mutuelle des prestations du service de garde) ; à titre d'exemple, la Mutualité Professionnelle et Libre de la Région Wallonne propose gratuitement un service de garde d'enfant malade, pendant 5 jours ouvrables consécutifs, avec un maximum de 12 jours par an et par enfant. Il peut d'agir également de réductions sur les tarifs appliqués par les services de garde partenaires ; à titre d'exemple, les membres de la Mutualité Chrétienne Saint-Michel (Bruxelles) en ordre de cotisation bénéficient d'une réduction de 0,62 euros/heure appliqués directement sur la facture de l'ASD. Le montant de la réduction octroyée peut aussi, dans certains cas, être modulée en fonction des revenus.

III.2.2.2 Les sociétés de services aux entreprises

Il s'agit de sociétés telles qu'**Accor Services Belgique**, filiale du groupe Accor, qui proposent aux entreprises des solutions sur mesure pour valoriser leur capital humain en réduisant les charges administratives et financières qui en découlent, avec un objectif d'augmentation de productivité.

Accor Services Belgique propose une formule « développement du bien-être » qui comporte entre autres un service de garde d'enfants malades, « Kid Sitting »⁴⁹. Ces prestations sont organisées par **Inter Partner Assistance**, (voir infra) société qui travaille elle-même avec divers réseaux au sein desquelles elle recrute les personnes au profil recherché.

Le montant de la couverture Kid Sitting pour une entreprise est calculé en fonction du nombre d'enfants de moins de 15 ans chez les employés de l'entreprise, ainsi que de la formule choisie par l'entreprise⁵⁰.

Inter Partner Assistance est une société qui, outre l'assistance aux particuliers⁵¹, propose des solutions d'assistance aux entreprises, parmi lesquelles le package « employees benefits »⁵² qui comporte trois volets principaux, dont l'assistance santé, incluant un service de garde d'enfants malades. Il s'agit d'un service « à la carte », c'est-

⁴⁹ <http://www.accorservices.be/FR/HumanResources>

⁵⁰ Accor propose aux entreprises trois formules selon le nombre maximal de jours de garde souhaité par enfant et par an.

⁵¹ Notamment, assistance aux véhicules, aux personnes, assistance habitation, assistance juridique, ...

⁵² http://www.ip-assistance.be/content/fr/02/bs_empl_benefits_fr.asp

à-dire sur-mesure en fonction des souhaits des employeurs ; ceux-ci peuvent notamment décider du nombre de jours de garde offerts à leurs employés, voire même de la qualification des personnes envoyées à domicile.

Inter Partner Assistance travaille avec différents réseaux parmi lesquels sont recrutées les personnes au profil adéquat compte tenu des demandes des entreprises clientes. La plupart de ces clients sont des PME.

IV La législation en matière de congés

En Belgique, un travailleur salarié ou fonctionnaire a le droit de s'absenter pour des «raisons impérieuses»⁵³ et notamment en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation d'une personne habitant sous le même toit. La durée des absences ne peut pas dépasser 10 jours de travail par année civile. Pour les travailleurs à temps partiel, la durée maximale d'absence est réduite proportionnellement au temps de travail presté. Ces jours d'absence sont rarement rémunérés, mais peuvent l'être dans certains cas en fonction notamment de la commission paritaire ou de dispositions particulières propres à l'employeur.

Une revue internationale réalisée en 2008 auprès de vingt-cinq pays⁵⁴, dont dix-neuf pays de l'Union Européenne, nous fournit des éléments de comparaison en matière de politique de congés parentaux.

Ainsi, la directive de l'Union Européenne concernant les congés parentaux préconise pour tous les travailleurs un droit à « l'absence du travail pour des raisons familiales de force majeure en cas de maladie ou d'accident rendant leur présence immédiate indispensable », sans spécifier de conditions minimales de durée et de rémunération. Parmi les états membres de l'union Européenne étudiés, onze (Autriche, République Tchèque, Estonie, Allemagne, Hongrie, Italie, Pologne, Portugal, Slovénie, Suède et Pays Bas) spécifient le droit à un congé de dix jours ou plus par an pour s'occuper d'enfants malades, bien que la tranche d'âge des enfants couverts varie. Pour tous à l'exception de l'Italie, ce congé est payé à un niveau élevé de revenus de remplacement. Dans certains cas, la durée du congé diminue lorsque l'enfant est plus âgé : par exemple, en Hongrie, la durée du congé est illimitée pour un enfant de moins de douze mois et passe à quatorze jours par an pour un enfant de six à douze ans. Dans les autres états membres parmi ceux étudiés dans cette revue, le congé est soit plus court, soit non spécifié et non rémunéré.

A titre d'exemple particulièrement favorable, la Suède mérite d'être épinglée ; un congé parental temporaire (*tillfällig föräldrapenning*) est prévu à raison de cent-vingt jours par enfant par an pour les enfants de moins de douze ans, et pour les enfants de douze à

⁵³ Par raison impérieuse, il faut entendre tout événement imprévisible, indépendant du travail, qui requiert l'intervention urgente et indispensable du travailleur (art. 30bis de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail).

⁵⁴ Moss P., Korintus M., International Review of Leave Policies and Related Research 2008, employment relations research series n°100, téléchargeable à l'adresse <http://www.berr.gov.uk/files/file47247.pdf>

quinze ans sur base d'un certificat médical. Ce congé est rémunéré à 80% des revenus. Il est considéré comme un droit de la famille et peut être utilisé pour s'occuper d'enfants malades. Soixante de ces jours peuvent aussi être utilisés pour rester à la maison avec de jeunes enfants en cas de maladie de la personne assumant habituellement la garde de l'enfant. Depuis 2001, ils peuvent aussi être alloués à une personne extérieure à la famille pour s'occuper d'un enfant malade si les parents ne peuvent s'absenter de leur travail.

V. Les pratiques des familles

Face à la maladie d'un enfant, vers quelle(s) solution(s) les familles se tournent-elles effectivement ? Une étude réalisée en 2002 à Bruxelles auprès d'enfants de 0 à 3 ans⁵⁵ permet de mettre en évidence plusieurs éléments.

Un grand nombre de parents disent éprouver des difficultés pour faire garder leur enfant malade ; pour 53% d'entre eux, c'est parfois le cas et pour 23% ça l'est souvent. 10% d'entre eux déclarent que c'est toujours difficile de faire garder son enfant. Par contre, 14% des parents interrogés disent n'éprouver aucune difficulté.

Les parents font rarement appel au service de garde d'enfants malades « offert » par les mutuelles (dans à peine 3,7% des cas), notamment par manque d'information concernant l'existence de ce type de service; en outre, il semblerait qu'il y ait une réticence à l'égard de la garde à domicile, celle-ci n'inspirant pas d'emblée confiance. Les parents doivent faire face à un dilemme : s'absenter du travail, ou s'inquiéter toute la journée parce qu'ils n'ont pas entière confiance en la personne qui garde leur enfant.

Dans de nombreux cas, lorsqu'un enfant est malade pendant un jour ouvrable, sa maladie entraîne une prise de congé forcée d'un des parents ; c'est le cas pour 26% des mères interrogées, contre 14% des pères et 38% des mères seules.

57% des pères gardent leur enfant un seul jour ; 27% des congés des mères durent deux jours et 30% trois jours ou plus. Or, ces gardes de longue durée sont assez fréquentes.

Quand la maladie dure moins de deux jours, quatre mères sur dix s'absentent, contre deux pères sur dix. Quand la maladie dépasse cinq jours, sept mères sur dix s'absentent, contre trois pères sur dix.

Les parents disent hésiter, face à la pression de l'employeur, à user de leur droit à prendre des congés, avec ou sans solde ; le temps partiel, de par sa modularité, leur apparaît comme une solution plus sécurisante, mais entraîne une fragilisation de l'emploi, en particulier l'emploi des mères puisque ce sont elles qui sont le plus concernées par le temps partiel, que celui-ci soit subi, consenti ou choisi volontairement.

⁵⁵ Dramaix M., Hecq W., Moriau J. et al., Maladies infantiles et garde des enfants, une source d'inégalité hommes-femmes, Université Libre de Bruxelles, rapport final, Bruxelles, octobre 2002. Certains résultats de cette étude sont parus dans Faits et Gestes n°6, Débats et Recherches en Communauté française Wallonie-Bruxelles, avril-mai-juin 2002. Téléchargeable à l'adresse <http://www.faitsetgestes.cfwb.be/accueil2.asp>

Interrogés sur leurs souhaits pour améliorer la prise en charge des enfants malades, les parents proposent deux pistes différentes et complémentaires, l'une visant à **lever les freins à l'activité professionnelle des parents**, et l'autre visant, au contraire, à **améliorer les possibilités de prise en charge parentale**: d'une part, généraliser et augmenter l'offre de jours de garde « gratuite » via les mutuelles, tout en encourageant les crèches, les communes ou encore les employeurs à « créer » des services de garde d'enfants malades, et en favorisant la continuité et la cohérence dans les rapports entre gardienne et parents (notamment, en veillant à envoyer dans un même famille la même gardienne à chaque épisode de maladie) ; d'autre part, augmenter le nombre de jours de congés légaux⁵⁶.

L'étude pré-citée ne permet pas d'estimer l'importance du recours aux réseaux d'entraide, formels ou informels ; on sait pourtant que beaucoup de parents font très régulièrement appel à l'entourage (famille, proches, voisins) ou aux services de proximité organisés.

⁵⁶ C'est-à-dire de congés « indiscutables ».

VI Conclusions et pistes d'action

Un premier constat qui apparaît lorsque que l'on se penche sur la problématique de l'accueil de l'enfant malade, avant même d'envisager les ressources et solutions disponibles en la matière, c'est que celle-ci concerne et englobe à la fois la question de la gestion des **petites maladies d'enfants**, et celle de l'accueil d'enfants souffrant de **pathologies plus lourdes et/ou chroniques**, et notamment durant la période de post-hospitalisation. A notre connaissance, il n'existe pas, actuellement, de services spécifiques pour répondre aux demandes d'accueil d'enfants souffrant de maladies graves ou chroniques ; c'est la raison pour laquelle les services d'accueil d'enfants malades existants sont aujourd'hui confrontés à des demandes de tous types et concernant toutes les pathologies, graves ou non. Sans nécessairement pouvoir y répondre, faute de ressources ou de moyens adaptés. Ces deux dimensions, même si elles se rapportent à des situations différentes en termes d'impact économique, social ou psychologique, renvoient en réalité à une même préoccupation des parents, liée à la **conciliation entre vie familiale et vie professionnelle**, à des degrés divers. C'est pourquoi il nous semble essentiel de replacer la question des maladies graves ou chroniques au sein des préoccupations du secteur de l'accueil de l'enfant malade, afin de ne pas traiter celle-ci de manière isolée. Et ce, même si la spécificité des situations à prendre en charge nécessite de mettre en place des solutions d'accueil adaptées⁵⁷.

En second lieu, l'étude a permis de mettre en évidence les trois types de solutions dont disposent les parents en cas de maladie d'un enfant : **prendre congé** pour garder soi-même son enfant malade, **recourir au réseau d'entraide**, ou **faire appel aux services** organisés de garde d'enfants malades.

Nous relevons trois sources principales d'inégalités entre familles face à ces alternatives « congé-réseau-services ».

Tout d'abord, les familles n'ont pas un accès égal aux deux premiers types de solutions.

En ce qui concerne la prise de congé, force est de constater que certains parents ont droit au congé pour raison impérieuse, alors que d'autres doivent puiser dans leur capital de congés annuels, voire dans leurs propres congés de maladie; pour certains, le congé pour raison impérieuse est rémunéré alors que pour d'autres – c'est-à-dire la plupart des

⁵⁷ Voir infra.

travailleurs – il ne l'est pas ; en outre, la capacité/volonté des parents à faire valoir leur droit à ce congé peut être freinée par la pression des employeurs, celle-ci étant plus ou moins prégnante selon l'ampleur de l'impact que la prise de congé peut avoir sur l'entreprise. Et l'on sait que les PME et les très petites entreprises (TPE) sont particulièrement vulnérables à cet égard.

La solution consistant à recourir au réseau d'entraide génère, elle aussi, des inégalités entre, d'une part, familles disposant d'un large réseau auquel faire appel en cas de problème et, d'autre part, familles plus isolées ayant peu de ressources en la matière.

Ensuite, les familles n'ont pas un accès égal aux services de garde d'enfants malades.

D'une part, il est probable que l'offre de services soit inégalement répartie sur le territoire, certaines zones géographiques étant plus (ou mieux) couvertes que d'autres⁵⁸. D'autre part, le mode de fonctionnement et/ou de subventionnement des services peut générer un système de priorités ou des facilités d'accès à certaines familles, quelquefois légitimes. C'est le cas par exemple lorsqu'un service établit des conventions de travail avec certaines communes ; dans ce cas, seules les familles résidant dans les communes partenaires ont accès au service. Un autre exemple est celui des mutuelles qui offrent un accès préférentiel ou gratuit à certains services à leurs membres en ordre de cotisation complémentaire. De ce fait, l'accessibilité financière de ces services est très variable également.

Enfin, les services de garde d'enfants malades auxquels s'adressent les familles n'offrent pas tous une même qualité d'accueil. En outre, tous n'ont pas la même approche de celle-ci ; les services à logique d'action sociale envisagent en effet la qualité davantage sur la plan médical et/ou socio-sanitaire, tandis que les services à logique d'action mixte développent fréquemment une approche axée sur le code de qualité de l'accueil. Quant aux services à logique d'action économique, les garanties qu'ils offrent en matière de qualité d'accueil sont relativement difficiles à évaluer.

La lutte contre ces disparités et inégalités entre familles n'est certes pas du seul ressort de la Communauté française ; la question du droit aux congés pour raisons impérieuses et de la rémunération de celui-ci , par exemple, se trouve essentiellement entre les mains du pouvoir fédéral. La question du réseau d'entraide offre quant à elle peu de prises en termes d'actions directement opérationnelles.

⁵⁸ Cette information devra à l'avenir être complétée et précisée via un recueil exhaustif des données.

Par contre, il s'avère urgent de **mettre en place en Communauté française une réglementation cadre en matière de services organisateurs d'accueil d'enfants malades** ; cette réglementation, qui apparaît comme relevant des missions de l'ONE⁵⁹, devrait viser prioritairement à renforcer l'accessibilité de toutes les familles à des services de qualité, et en particulier pour les familles qui disposent de moins de ressources de type « congés » et/ou « réseaux d'entraide ». Son champ d'application devrait concerner principalement les **services organisateurs d'accueil** ; les services sous-traitants ont en effet peu de prise sur l'organisation interne des services organisateurs (notamment en terme de qualité d'accueil) et ne sont concernés ni par l'agrément de ceux-ci, ni par l'octroi de subsides qui pourrait y être lié. Parce qu'ils sous-traitent, ils sont eux-mêmes utilisateurs de ces services et ne sont donc pas directement visés par une réglementation s'appliquant à ceux-ci.

Actuellement, l'accueil des enfants malades en Communauté française est organisé par des services qui, pour des raisons historiques, se trouvent à l'intersection de trois secteurs distincts fonctionnant dans des logiques différentes – sociale, mixte ou économique - sous la tutelle de niveaux de compétences différents. Ces secteurs présentent des spécificités propres et développent des pratiques desquelles devrait pouvoir s'inspirer la future réglementation.

Les représentants de ces différents secteurs et services devraient être associés à l'élaboration de la réglementation lors de **travaux préparatoires**, par exemple sous formes de tables rondes. Certains d'entre eux ont d'ores et déjà manifesté leur souhait de participer aux débats en la matière. A ces travaux pourraient également être associés, outre l'ONE⁶⁰, des représentants d'organisations diverses liées à la problématique de l'accueil de l'enfant et de l'enfant malade, telles que par exemple l'équipe d'Hospichild⁶¹, en particulier pour l'aspect « partenariats avec les hôpitaux ».

Quant à la réglementation proprement dite, elle pourrait comporter **deux niveaux d'exigences**, le premier nécessaire au fonctionnement des services, et le second lié à leur subventionnement.

⁵⁹ On l'a vu, l'accueil d'enfants malades peut être vue comme une forme d'accueil « délocalisé à domicile » ; ne figurant pas parmi les cas d'exception mentionnés dans les commentaires des articles du Décret portant création de l'ONE, il fait en outre partie du champ d'application du code de qualité de l'accueil.

⁶⁰ Nous pensons notamment aux comités subrégionaux, étant donnés leur caractère de proximité et leur connaissance fine des acteurs locaux de l'accueil de l'enfance.

⁶¹ Hospichild est un projet du CDCS (Centre de Documentation et de Coordination Sociales) conçu sous forme de site de référence pour les parents et les professionnels, concernant les aspects non-médicaux de l'hospitalisation des enfants (avant, pendant et après). Il est également conçu comme une plateforme d'échanges et de réseaux pour les professionnels de santé. Voir www.hospichild.be

Parmi les exigences **nécessaires au fonctionnement (contrôle et agrément) des services**, nous pensons à la déclaration des services à l'ONE⁶², à l'autorisation de l'ONE pour l'accueil des moins de 6 ans⁶³, au respect du code de qualité de l'accueil, et éventuellement à la satisfaction de certains critères (par exemple, formation continue, nombre de jours d'ouverture par an, nombre d'heures d'ouverture par jour, etc.)⁶⁴

Le second niveau d'exigences, **nécessaire au subventionnement des services**, devrait inciter ceux-ci à tendre vers la mise en œuvre de trois dimensions particulières, que nous définissons en nous inspirant notamment des précédents travaux de l'Observatoire de l'Enfant de la COCOF⁶⁵ : **qualité** de l'accueil, **égalité** de l'accueil et **efficience** des services. La question du **choix**, quatrième dimension mise en avant par l'Observatoire de l'Enfant, concerne dans une moindre mesure la réglementation des services et est plutôt liée à la liberté des parents de recourir aux trois solutions congés-réseau-services.

La qualité de l'accueil est vue sous l'angle de la qualité interne des pratiques d'accueil mais aussi de la qualité du service rendu aux familles et, de façon plus large, à la société.

Exemples de pistes pour viser la qualité de l'accueil :
rédiger un projet d'accueil concerté en équipe ; prendre des mesures favorisant la continuité de l'accueil ; veiller à la professionnalisation de la fonction d'accueillant ; tendre vers une approche « multi-services » car celle-ci s'inscrit davantage dans une vision holistique de l'enfant et une optique intégrée de l'accueil, offrant de meilleures garanties en matière de qualité de l'accueil ; Prendre des mesures pour adapter, autant que faire se peut, l'offre d'accueil à la demande (horaires, etc).

⁶² Ceci permettrait notamment une meilleure visibilité des services.

⁶³ Une liste de services exemptés de cette demande d'autorisation sera établie (par exemple, les services qui sont déjà autorisés par d'autres instances reconnues)

⁶⁴ à déterminer, éventuellement sur base du règlement spécial du FESC

⁶⁵ Lorant V., Dubois A., Humblet P., Quatre dimensions de la politique de l'accueil de la petite enfance, in Grandir à Bruxelles n°4, printemps 1998.

L'égalité de l'accueil vise à permettre à toute famille dont les parents travaillent⁶⁶ un accès égal au service. C'est d'accessibilité qu'il est surtout question ici.

Exemples de pistes pour viser l'égalité/l'accessibilité :

mettre en place une stratégie d'information et de communication à destination des familles, garantissant la visibilité du service et la fiabilité des informations diffusées⁶⁷ ; veiller à proposer un accueil universel⁶⁸ ; fixer la PFP en fonction des revenus du ménage⁶⁹.

L'efficacité du service se concrétise notamment par la capacité de celui-ci à répondre au plus grand nombre de demandes d'accueil d'enfants malades tout en rentabilisant au maximum les ressources disponibles et en limitant les coûts.

Exemples de pistes pour viser l'efficacité du service :

tendre vers une approche « multi-services » car celle-ci permet, en période creuse de réaffecter les accueillants à d'autres tâches liées à l'accueil et non à des tâches « occupationnelles » ; en lien avec le point précédent, encourager la polyvalence des accueillants (formation)⁷⁰ ; rechercher les partenariats locaux avec, par exemple, les communes, les régions, les Provinces, les mutuelles, les écoles, les hôpitaux, les maisons médicales, les employeurs, etc. Ceci permettrait le cofinancement des services d'accueil d'enfants malades⁷¹ et une ouverture de l'enveloppe des subsides à de nouveaux opérateurs d'accueil émergents⁷².

Une **période transitoire** pourrait être prévue⁷³ pour permettre aux services de se mettre progressivement en conformité avec la future réglementation, tout en continuant à être subventionnés comme auparavant par le FESC, même si le coût public de la journée d'accueil d'enfant malade semble prohibitif.

⁶⁶ La nature des subsides implique en effet de rester dans une logique de conciliation vie familiale – vie professionnelle.

⁶⁷ Ces informations pourraient être relayées via des sites internet tels que celui de l'ONE (avec répartition éventuelle par subrégion), ceux des communes, d'Hospichild ou des Observatoires (Observatoire de l'Enfance de la Cocof, et Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse).

⁶⁸ Certaines priorités d'accès pourraient cependant être maintenues, notamment dans le cadre de partenariats

⁶⁹ avec majoration proportionnelle du tarif pour cause d'accueil à domicile, afin d'éviter que le coût pour les familles d'une journée d'accueil à domicile soit le même que celui d'une journée d'accueil en crèche.

⁷⁰ les compétences à valoriser dans ce domaine devraient permettre aux accueillants de travailler dans des lieux tels que les milieux d'accueil de la petite enfance, les pré-gardiennats, les lieux d'accueil extrascolaire, l'école maternelle (renfort en classe d'accueil, par exemple), les structures spécialisées (IMP, services d'accueil spécialisé, structures d'accueil de personnes handicapées, etc.), les maisons de repos, les hôpitaux, etc. Ceci permettrait de valoriser la fonction d'accueillant, notamment par la garantie d'un emploi stable aux horaires prévisibles.

⁷¹ Ceci permettrait de rester dans la logique du FESC qui stipule que les subsides alloués doivent être considérés comme une source subsidiaire de financement.

⁷² Après identification des zones géographiques moins bien couvertes.

⁷³ Par exemple du 1^{er} janvier 2009 au 30 juin 2010.

Outre la réglementation du secteur, et pour renforcer l'accessibilité des services à tous publics, une **étude de faisabilité** devrait être réalisée en vue de l'instauration d'un système de solidarité financière entre services (de type rétrocession/péréquation). Ce système permettrait de garantir à tout service un minimum de revenus liés à la PFP, et de limiter le risque de « sélection » du public.

De même, pour réduire les inégalités d'accès aux services liées à une répartition géographique inégale de ceux-ci, il est essentiel tout d'abord de pouvoir repérer les zones géographiques moins bien couvertes en services d'accueil d'enfants malades. A cette fin, il nous paraît nécessaire de dresser une **cartographie complète de l'offre d'accueil**, se basant sur la déclaration⁷⁴ des services d'accueil d'enfants malades. Cette cartographie peut être réalisée sur base du tableau non-exhaustif figurant dans ce rapport⁷⁵. Parallèlement à l'étude de l'offre d'accueil, il est nécessaire également de disposer de données fiables et actualisées concernant les **besoins** d'accueil d'enfants malades. Ces données sont en effet fondamentales, sur le plan quantitatif mais aussi qualitatif, pour une prise de décision efficace et adéquate en matière d'implantation de nouveaux services. C'est pourquoi **un système d'enregistrement de la demande/du besoin** devrait être mis en place en Communauté française. Nous pensons à un système qui serait co-géré conjointement par les services pour le recueil des données, et par un organe permettant la mise en commun des données aux niveaux communal, régional et/ou communautaire. Ce système permettrait en outre d'affecter les moyens de manière prioritaire là où les besoins sont les plus prégnants, ce qui aurait pour effet, à terme, d'augmenter à la fois l'égalité d'accès pour les familles mais aussi l'efficacité et la qualité de l'ensemble du secteur de l'accueil d'enfants malades.

Ce système pourrait être confié, pour la Région bruxelloise, à l'Observatoire de l'Enfant de la Cocof, et s'inspirer notamment de la méthodologie de l'Observatoire national de l'Action sociale Décentralisée (ODAS)⁷⁶ en France.

Une dernière piste d'action concerne la **prise en charge des situations plus lourdes** : pathologies graves et/ou chroniques de l'enfant, post-hospitalisation, hospitalisation à domicile, accueil d'enfants à vulnérabilité critique, situations particulières, etc. A la lumière des données et témoignages recueillis lors de cette étude, il nous semble que ces situations pourraient être **confiées en priorité aux services à logique d'action sociale** (ASD, CSD) qui semblent les mieux outillés à cette fin, même si des difficultés

⁷⁴ Celle-ci étant devenue une contrainte obligatoire au fonctionnement des services.

⁷⁵ Cf infra, page 19.

⁷⁶ <http://www.odas.net>

subsistent, notamment concernant les moyens disponibles. Des co-financements de la Communauté française/Région de Bruxelles Capitale d'une part, et Communauté française/Région Wallonne d'autre part devraient être envisagés pour cette prise en charge ; ceci permettrait de dégager de ces demandes spécifiques les autres services d'accueil (logique d'action mixte et économique). En outre, certains hôpitaux ont émis leur souhait de voir se développer ce type de partenariat avec les services de garde d'enfants malades, en particulier pour la question du suivi des familles durant la période de post-hospitalisation.

Une solution alternative serait d'envisager, à l'échelon local et en fonction des réalités de terrain, des partenariats entre services à logique d'action sociale et services à logique d'action mixte pour la prise en charge de ces situations lourdes. Ceci nécessite également une étude de faisabilité afin d'estimer les implications de ce type de partenariat pour chaque service.

Bibliographie

De Singly F., Parents salariés et petites maladies d'enfant, le congé pour enfant malade. La documentation française, Paris, 1993.

Dramaix M., Hecq W., Moriau J., et al, Maladies infantiles et garde des enfants, une source d'inégalité hommes-femmes, Université Libre de Bruxelles, rapport final, Bruxelles ; octobre 2002. Résultats parus dans Faits et Gestes n°6, Débats et Recherches en Communauté française Wallonie-Bruxelles, avril-mai-juin 2002. téléchargeable à l'adresse : <http://www.faitsetgestes.cfwb.be/accueil2.asp>

Dusart AF., et al, Accueil atypique en Communauté française : à la recherche des conditions optimales d'accueil, vers une politique d'égalité d'accès pour tous, Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance asbl, décembre 2007. téléchargeable à l'adresse : http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf/CERE_rapport_recherche_accueil_atypique.pdf

Fondation Roi Baudouin, Services de proximité. Recommandations politiques. Expériences sur des services qui rendent la vie quotidienne en Belgique plus agréable et créent de l'emploi. Le résultat des tables-rondes organisées par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre du fonds expérimental, réalisé à la demande des autorités, 2003.

L'enfant malade, constats et pistes de réflexion sur la prise en charge des enfants gravement malades, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, Département Politiques et Systèmes de santé, Bruxelles, 2003.

Lorant V., Dubois A., Humblet P., Quatre dimensions de la politique de l'accueil de la petite enfance, *in* Grandir à Bruxelles n°4, printemps 1998.

Moss P., Korintus M., International Review of Leave Policies and Related Research 2008, employment relations research series n°100, téléchargeable à l'adresse: <http://www.berr.gov.uk/files/file47247.pdf>

Textes légaux

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 17/12/2003 fixant le code de qualité de l'accueil.

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27/02/2003 portant réglementation générale des milieux d'accueil.

Loi du 3 juillet 1978 relatives aux contrats de travail.

Sites internet

(dernière consultation septembre 2008)

Accueil Assistance: <http://www.promemploi.be/index.php>

Accor Service Belgique : <http://www.accorservices.be/FR/HumanResources>

Adecco: <http://www.adecco.be>

Centre coordonné de l'Enfance : <http://www.ccenfance.be>

Hospichild : www.hospichild.be

Intercommunale Sociale du Brabant Wallon : www.isbw.be

Inter Partner Assistance : <http://ip-assistance.be>

Vedior home care : http://jobs.vedior.be/fr/werkgv/vedior_home_care.html

Observatoire de l'Action sociale Décentralisée (ODAS) <http://www.odas.net>

Annexe 1 : informations complémentaires concernant les CSD⁷⁷



La garde d'enfants malades à domicile dans les centrales de services à domicile

Date : 25 août 2008

De : Isabelle Vanhorick

Références : 2008/0912

La plupart des centrales de services à domicile propose un service de garde d'enfants malades. Excepté à Charleroi et à Verviers, nos centrales de services à domicile couvrent les provinces de la région wallonne et la région bruxelloise. Le service de garde d'enfants malades a été créé en réponse à une demande pour laquelle il n'y avait pas de solution existante. L'offre et la demande varient d'une province à l'autre.

Le service de garde d'enfants malades est destiné aux enfants de 0-3 mois à 12-15 ans selon les services. Mais la majorité des enfants ont entre 0 et 5 ans. Le service apporte une aide aux parents qui travaillent ou qui sont en formation, lorsque l'enfant ne peut fréquenter son milieu d'accueil habituel pour cause de maladie. Certains services répondent également à la demande de familles dont l'enfant a une maladie plus lourde (mucoviscidose, ...), a un handicap ou est en soins palliatifs. Le service permet ainsi également de soulager les familles dont l'enfant est dépendant.

Le nombre de demandes de garde d'enfants malades reçues par le service en 2007 n'est pas une donnée enregistrée par les services. Cependant, certains services estiment avoir répondu à un nombre de demandes entre 139 et 162, parmi lesquelles il y a entre une trentaine à une centaine de familles différentes.

Le nombre de demandes de garde auquel le service peut répondre simultanément le même jour varie évidemment en fonction du nombre de personnes physiques engagées par le service. En cas d'urgence et de manque de personnel, le service se voit dans l'obligation de mettre à disposition des aides familiales ou des gardes à domicile du service d'aide aux familles.

⁷⁷ Document réalisé par la fédération des CSD, suite à une enquête menée par celle-ci en réponse à une demande d'informations du CERE.

La demande est plus importante d'octobre à mars, en période de pics de maladies infantiles. La demande est moins importante durant les congés scolaires.

Les familles font appel à nos services, pour les maladies infantiles classiques (varicelle, grippe, otite, oreillons, ...) mais également lorsqu'elles sont confrontées à des maladies plus spécifiques (auto-immunes, génétiques) ou à des accidents de leurs enfants. Dans tous les cas, des situations qui ne permettent pas de mettre les enfants à la crèche.

La période de garde demandée dure approximativement entre 2 à 5 jours pour une même maladie. Exceptionnellement, la durée de la garde peut prendre plusieurs semaines à plusieurs mois pour des cas plus spécifiques, telles que les maladies lourdes ou chroniques. En effet, le service répond à toute demande. Le service de garde d'enfants malades est intégré dans un centre de coordination d'aide et de soins à domicile. Si des soins doivent être apportés, une infirmière passera également. Pour des demandes particulières (handicap, enfant en fin de vie), il arrive que le service fasse appel à des gardes d'enfants malades volontaires.

Les centrales de services à domicile souhaitent répondre à toute demande. Si certaines demandes dépassent les compétences des gardes d'enfants malades, une coordination de l'aide et des soins nécessaires pour répondre aux besoins des familles est mise en place avec d'autres intervenants psycho-médico-sociaux et en collaboration avec le médecin traitant de l'enfant. Dès lors, il faudrait avoir davantage de garde d'enfants malades, mettre sur pied les formations nécessaires à ces prises en charge et prévoir une collaboration privilégiée avec un médecin (en cas de problème).

Nous ne disposons pas des statistiques estimant le nombre de demandes de garde d'enfants malades que nos services ont pu satisfaire en 2007. Néanmoins, elles dépassent parfois le nombre de demandes auxquelles le service a pu répondre. Dans les cas où, par manque de moyens, le service ne peut répondre à la demande, il oriente la famille vers d'autres services de gardes d'enfants malades.

Le coût pour la famille d'une journée de garde d'enfant malade varie selon les revenus des parents et du nombre d'heures demandé. Selon le service, il est forfaitaire (à la demi-journée ou à la journée) ou à l'heure. Aussi, il peut être dégressif en fonction des revenus des parents et si la famille est nombreuse.

Les frais de déplacements sont demandés à la famille : il s'agit soit d'un pourcentage du tarif en vigueur (environ 10%) ou d'un forfait par jour, qui peut varier en fonction de la distance.

Une demande de reconnaissance « code de qualité » a été introduite auprès de l'ONE par certains services afin de permettre la déductibilité fiscale aux familles, mais certains services sont restés sans réponse.

Les personnes engagées pour la garde d'enfants malades ont un diplôme de puéricultrice. Certaines ont un diplôme d'institutrice ou d'aide familiale.

Une garde d'enfants malades dans un service d'aide aux familles bénéficie généralement de l'encadrement d'une assistante sociale. Il arrive parfois, qu'elle dispose du soutien d'un psychologue, notamment sous la forme d'une supervision régulière.

Un plan de formation est organisé pour tout le service. Des formations continues sont organisées régulièrement en fonction des situations et des difficultés rencontrées dans le cadre de leur mission. Les gardes d'enfants malades participent aussi à des formations avec d'autres métiers du service (exemple : secourisme). Mais des formations spécifiques sont à organiser, comme par exemple la réanimation pédiatrique.

Lorsqu'il n'y a pas de demandes de gardes d'enfants malades, les puéricultrices, dont l'emploi est financé notamment par le dispositif APE, peuvent être amenées à effectuer des prises en charge d'adultes et ainsi dépanner ponctuellement le service de garde à domicile ou d'aides familiales. Ces prises en charge concernent alors des situations dites « simples » (personnes âgées en perte d'autonomie ou personnes en convalescence, ...).

Ce qui n'est pas le cas des gardes d'enfants malades financées par le FESC qui, pour répondre aux conditions légales, ne peuvent prester qu'auprès des enfants de 0 à 12 ans dont au moins un des parents est salarié.

La permanence téléphonique varie d'une CSD à l'autre mais elle est assurée du lundi au vendredi (et parfois le samedi).

En dehors de ces tranches horaires, une permanence téléphonique est assurée 24h/24, 7j/7 par une centrale. Les travailleurs de la CSD ont également accès à cette permanence (afin d'assurer un soutien, une écoute en cas de difficultés lors d'une prise en charge, ou d'apporter une réponse à une question urgente).

La demande de garde d'enfants malades doit idéalement être introduite la veille (l'heure dépend d'un service à l'autre), surtout si la garde doit prester très tôt le lendemain matin. Le délai de réponse est le lendemain ou le surlendemain. Mais ça peut être plus long s'il y a beaucoup de demandes.

La garde ne dépasse pas 11 heures maximum par jour. Mais plusieurs parents auraient besoin d'horaires plus souples, y compris le samedi.

Lorsque le service doit refuser une demande par manque de disponibilités, il oriente vers un autre service de la région. D'autres services travaillent en partenariat avec d'autres asbl.

Le service dispose d'un règlement d'ordre intérieur, auquel le travailleur et les parents ont l'obligation de se conformer.

Le travailleur, lors de son engagement, signe un document relatif au respect du secret professionnel.

Un dossier de liaison reprenant les informations principales concernant l'enfant est rempli par les parents dès le début de la prise en charge et laissé au domicile à la disposition de la garde.

En cas de difficulté rencontrée au domicile de l'enfant ou d'une question particulière qui se pose, les personnes qui gardent les enfants peuvent joindre par téléphone leur responsable de service ou une assistante sociale. Des réunions d'équipes mensuelles, une supervision mensuelle et un soutien individuel par un psychologue en cas de besoin sont prévus la plupart du temps dans les services.

Les puéricultrices ont une mallette d'activités fournie par la structure, réactualisée, alimentée par les puéricultrices elles-mêmes (photocopies à la CSD, ...). Ainsi elles occupent le temps de l'enfant avec des activités, bricolage, adaptées à son âge.

Du matériel de bricolage est aussi régulièrement remis aux gardes d'enfants malades. Ce service est non subsidié.

Les remarques des services de gardes d'enfants malades sont les suivantes :

- La difficulté principale en termes de gestion d'un service de garde d'enfants malades relève principalement de l'organisation des horaires : en effet, les demandes sont très variables (pics de demandes puis périodes creuses), le caractère urgent de la demande est évident et lié au public pris en charge, l'annulation des demandes est fréquente (car les parents cherchent tous azimuts puis annulent chez nous car ont trouvé une autre solution)... Il est donc difficile de planifier à l'avance un horaire pour les travailleurs qui doivent faire preuve d'une grande souplesse, et démarrer au pied levé en cas de demande.
- La difficulté de l'horaire à réaliser la veille.
- Quand il n'y a pas de garde d'enfants malades, c'est un autre métier que la puéricultrice doit exercer (ici aide familiale) et ce n'est pas toujours facile pour elle.
- Après une enquête auprès des parents, nous constatons qu'il faudrait élargir les plages horaires disponibles, allonger le délai de la prise en compte de la demande pour le lendemain (au lieu de 16h00, mettre 19h00), mais il est alors difficile de trouver du travail pour le personnel s'il n'y a pas de demande de garde d'enfants malades, ainsi que prévoir des possibilités de garde pour le samedi. Difficulté organisationnelle encore plus élevée.
- Offre variable et urgence à gérer => difficultés d'organisation des prestations (période creuse et période plus lourde) et conditions liées au financement par le FESC peu flexibles
- Il faut réclamer un niveau de diplôme minimum et adéquat et veiller à l'encadrement des travailleurs et le subsidier.

- Valoriser les heures inconfortables
- Trouver une solution à la pénibilité des horaires
- Subventionnement encadrement du service GEM
- Financer la formation
- Valoriser le temps de disponibilité non presté des GEM

Annexe 2 : Liste des projets d'accueil d'enfants malades subsidiés par le FESC en 2006 en Communauté française (journées de présence – emplois – subsides)⁷⁸

n° dossier	Dénomination promoteur	Journées de présence			Emplois			Subsides Euros	
		< 3h	> 3h	total	total	Niv C	Niv B		Niv A
20F	Les Arsouilles (L'Ourson Enrhumé) 21/5 rue Edouard Dinot 5590 Ciney	1	961	962	7	6,25	0,75		235591,18
21F	Asbl Raids 28, rue Laoureux 4800 Verviers	9	197	206	1,3	1,1	0,2		37061,90
43F	Asbl Allô Candy 9, rue Louis Bergeret 6041 Gosselies		401	401	0,6	0,4	0,2		12219,39
93F	Intercommunale Œuvres Sociales Brabant Wallon 2 route de Gembloux 1450 Chastre	32	362	394	2	1,7	0,3		69288,56
101F	Ville de Liège, services Sociaux et Familles Cité Administrative 5 en Potièrue 4000 Liège	5	577	582	0,6	0,6			22461,62
112F	Asbl IMAJE « Association pour l'Optimalisation de l'Environnement 1081 chaussée de Louvain 5022 Cognelée	109	1091	1200	7	6,1	0,9		223298,14
114F	CSAD 62a, rue de Bordeaux 1060 Bruxelles		397	397	2,9	2,5	0,4		96402,91
120F	Centre Coordonné de l'Enfance 13/15 rue G. Soupard 6200 Châtelet		180	180	1,1	0,5	0,6		42632,34
152F	Asbl Collectif et Refuge pour Femmes Battues 9, rue Soeurs de Hasque 4000 Liège		818	818	5,82	4,94	0,88		186203,26
180F	Asbl Aide Familiale Liège-Huy-Waremme 55, rue Amercoeur 4020 Liège		564	564	3,8	3,2	0,6		123135,55
192F	Asbl Les Petits Doudous 36, av. des nouvelles technologies 7080 Frameries		136	136	1,5	1,2	0,3		40736,95
295F	Asbl « Grandir » 1, rue du grand pré 4400 Flémalle		20	20	0	0			0,00
309F	Vie Féminine Enfants malades 20, rue de Brantignies 7800 Ath		310	310	2,8	2,4	0,4		90606,13
315F	Bienvenue aux Tout Petits 38, place des trois fers 6880 Bertrix		15	15	0				0,00
319F	Asbl Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales 29, rue Blanche 1060 Bruxelles		105	105	0,7	0,7			26094,40
320F	CPAS Woluwé St Lambert 15, drève des Shetlands 1150 Bruxelles	1	219	220	1,4	1,2	0,2		41146,91
6.005F	Crèche St Charles 11, avenue du Karreveld 1080 Bruxelles		196	196	1,6	1,4	0,2		1944,25

⁷⁸ Source : services administratifs du FESC, 2008.

n° dossier	Dénomination promoteur	Journées de présence			Emplois			Subsides	
		< 3h	> 3h	total	total	Niv C	Niv B	Niv A	Euros
6.072F	MCAE 53, rue de Namur 5600 Philippeville		36	36	0,2	0,2		832,39	
6.074F	Crèche 'Les heureux bébés » 29, rue F. Merjay 1050 Bruxelles		34	34	0,2	0,2		576,86	
6.075F	Services de gardiennes encadrées du CPAS de Braine l'Alleud 3, rue du Paradis 1420 Braine l'Alleud	11	92	103	0,8	0,8		18847,66	
6.078F	Crèche « Hathi » 183, rue Vanderkindere 1180 Bruxelles		664	664	3,6	3	0,6	17128,56	
6.090F	Crèche communale du Globe 29, place Jean Vender Elst 1180 Bruxelles		213	213	1,4	1,4		35229,08	
6.095F	Asbl Le Rameau d'Olivier 3, rue des Martyrs 7080 Frameries		184	184	1,4	1,2	0,2	1825,50	
6.097F	Crèche « Le Pachy » 3, rue du Palier 1348 Louvain la Neuve	5	87	92	0,2	0,2		1633,82	
6.099F	Service Aide aux Familles et Personnes âgées de Verviers 86, rue du Palais bte 21 4800 Verviers	2	198	200	1,8	1,6	0,2	5790,08	
6.109F	Les Bourgeons 2, clos Chapelle Aux Champs 1200 Bruxelles		374	374	2,6	2,2	0,4	10191,14	
6.112F	Crèche « Ste Gertrude » 16, rue F. Hap 1040 Bruxelles		158	158	1	1		11043,25	
6.198F	Administration Communale 3, Grand'Place Baudouin Ier 1420 Braine l'Alleud		190	190	0,8	0,8		18757,76	
		175	8911	9086	55,12	47,79	7,33	0,00	1370679,59