



SOCIO-ECONOMIE DE LA SANTE
HEALTH SYSTEMS RESEARCH
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

UNIVERSITE
CATHOLIQUE
DE LOUVAIN

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 3 : Les travailleurs sociaux : situation en 2000

Bernard De Backer

Direction du projet : Xavier Leroy

Le projet de recherche est commandité par l'Association des Fonds sociaux du secteur non-marchand (AFOSOC), le Fonds social pour les hôpitaux privés (FSHP), le Fonds social pour les maisons de repos et maisons de repos et de soins (FS MR-MRS), avec le cofinancement du Fonds social européen. (FSE).



AFOSOC-VESOFO

Met de steun van
de Europese Unie
Dienst Europees
Sociaal Fonds



Avec le Soutien
de l'Union européenne
Fonds Social
Européen

CIP Bibliothèque Royale Albert I

De Backer, Bernard

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 3 : Les travailleurs sociaux : situation en 2000 /Bernard De Backer,. – Bruxelles : Université Catholique de Louvain. Socio-Economie de la Santé. Health Systems Research.. Ecole de Santé publique, 2003, 86 p.

D/2003/2735-3

ISBN-2-87118-046-6

Copyright (2003)

SESA – UCL

Clos Chapelle-aux-Champs 30-41, 1200 Bruxelles

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce rapport, par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm est interdite sans l'autorisation écrite préalable des auteurs.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.

Lexique des abréviations

ADMR : Aide à domicile en milieu rural

AIIB : Association des infirmières indépendantes de Belgique

A.R. : Arrêté Royal

ACN : Association catholique de nursing

ACS : Agent contractuel subventionné

AELE : Association Européenne de Libre Echange

AFIS : Association francophone d'institutions de santé

AFT : Atelier de formation par le travail

AGCF : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française

AIIC : Association des Infirmières et Infirmiers du Canada

AISH : Association des infirmiers et assistants sociaux hospitaliers

AKB : Association des kinésithérapeutes de Belgique

ALE : Agence locale pour l'emploi

AMO : Service d'aide en milieu ouvert

AS : Assistant(e) social(e)

ASBL : Association sans but lucratif

ASH : Assitant(e) en Soins Hospitaliers

ASI : Association de santé intégrée (Maison médicale)

ASJ : Aide sociale aux justiciables

AWIPH : Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées

BIT : Bureau International du Travail

CASG : Centre d'action sociale globale

CCI : Chômeurs complets indemnisés

CESRW : Conseil économique et social de la Région wallonne

CESI : Certificat de l'enseignement secondaire inférieur

CESS : Certificat de l'enseignement secondaire supérieur

CFB : Communauté française de Belgique

CFGB : Communauté française et germanophone de Belgique

CII : Conseil international infirmier

CJB : Croix jaune et blanche

CMH : Coordination Médicale Hospitalière

CNAI : Conseil national de l'art infirmier

CNEH : Conseil National des Etablissements hospitaliers

CNPP : Conseil national des professions paramédicales

COE : Centre d'orientation éducative

COCOF : Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale

COCOM : Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale

CP : Commission paritaire

CPAS : Centre Public d'Aide (Action) sociale

CRF : Centre de revalidation fonctionnelle

CSD : Centrale de services à domicile

CSM : Centre de santé mentale

CSS : Centre de service social

CTAI : Conseil technique de l'art infirmier

CWES : Conseil wallon des établissements de Soins

DEI : Demandeur d'emploi inoccupé

EENR : Etudiants étrangers non résidents

EFT : Entreprise de formation par la travail

EPSC : Enseignement professionnel secondaire complémentaire

ESP : Enseignement supérieur paramédical

ETA : Entreprise de travail adapté

ETP : Equivalent temps plein

FARES : Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé

FBI : Fonds budgétaire interdépartemental

FEDITO : Fédération des institutions pour toxicomanes

FESAD : Fédération des services d'aide à domicile

FIPI : Fonds d'impulsion à la politique des immigrés

FMM : Fédération des maisons médicales

FNIB : Fédération Nationale des Infirmières de Belgique

FONDS ISAJH : Fonds de sécurité d'existence de la SCP 319.02

FSE : Fonds social européen

HE : Haute école

HIVA : Hoger instituut voor de arbeid

IFPME : Institut de formation des classes moyennes et des petites entreprises

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IG : Infirmier(e) gradué (e)

IMS : Inspection Médicale Scolaire
INS : Institut national de statistiques
IPPJ : Institution publique de protection de la jeunesse
IRSG : Infirmier Responsable en Soins Généraux
ISAJH : Institutions et services d'aide aux jeunes et aux personnes handicapées
MB : Moniteur Belge
MET : Ministère de l'Emploi et du Travail
MM : Maison médicale
MRPA : Maison de repos pour personnes âgées
MRS : Maison de repos et de soins
MSP : Ministère des affaires sociales, de la santé Publique et de l'environnement
MSPsy : Maison de soins psychiatriques
NIS: Niveau d'Instruction Supérieur
OA : Organisme assureur
OISP : Organisme d'insertion socioprofessionnelle
ONE : Office de la naissance et de l'enfance
ONSS : Office national de sécurité sociale
PA : Personne âgée
PAI : Praticiens de l'art infirmier
PAI-API : PAI actifs dans la profession infirmière
PP : Personne physique
PRC : Programmes de résorption du chômage
PSE : (équipes de) Promotion de la santé à l'école
PSI : Plan social intégré
PTP : Programme de transition professionnelle
RCA: Reconnaissance des Compétences acquises ailleurs
RG : Régime général
RIM: Résumé infirmier minimum
SAD : Soins infirmiers à domicile
SAJ : Service d'aide à la jeunesse
SBFPH : Service bruxellois francophone pour des personnes handicapées.
SCP : Sous-commission paritaire
SIAMU : Soins intensifs et aide médicale urgent
SIAD : Soins infirmiers à domicile
SPEP : Service de prestations éducatives et philanthropiques

SPJ : Service de protection de la jeunesse

TPP : Titre professionnel particulier

UGIB : Union générale des infirmières de Belgique

ZAP : Zone d'action prioritaire

Table des matières

Lexique des abréviations	
Table des matières	
Introduction	1
<u>CHAPITRE 1 : PROFESSIONS ET PRATIQUES DU TRAVAIL SOCIAL</u>	5
1.1. La notion de travail social	5
1.2. Les dénominations du travail social	7
1.3. Les modalités du travail social	9
<u>Chapitre 2 : Secteurs d'emploi des travailleurs sociaux dans le non marchand</u>	15
2.1. Typologie des secteurs concernés dans le non marchand	13
2.2. Les secteurs d'intervention des assistants sociaux	19
2.3. Les secteurs d'intervention des éducateurs	20
<u>Chapitre 3 : La demande de travailleurs sociaux</u>	23
3.1. Méthode et sources d'information	23
3.2. La demande de travailleurs sociaux pour les secteurs examinés	24
3.2.1. Le champ de l'aide sociale	24
3.2.2. Le champ des soins de santé	40
3.3. Evaluation de la demande pour les secteurs non examinés (pour mention)	53
<u>Chapitre 4 : L'offre de travailleurs sociaux</u>	61
4.1. Les filières de formation diplômante des travailleurs sociaux	62
4.2. Les assistants sociaux	62
4.3. Les éducateurs	63
4.4. Autres travailleurs sociaux (pour mention)	68
4.5. La formation continuée non diplômante des travailleurs sociaux	69
4.6. L'inactivité des travailleurs sociaux	70
<u>Chapitre 5 : Nouvelles évolutions de l'emploi</u>	73
5.1. Travail à temps partiel, intérimaire, à durée déterminée...	74
5.2. Les emplois Maribel	76
<u>Chapitre 6 : Confrontation de l'offre et de la demande de travail social en 2000</u>	79
Bibliographie	85

INTRODUCTION

Dans le cadre du projet global « *Manpower Planning* » dont l'objet est l'étude de l'offre et de la demande de travail dans les champs des soins de santé et de l'aide sociale, cette section est spécifiquement centrée sur les travailleurs sociaux, soit essentiellement les dénominations¹ d'*assistant social* et d'*éducateur* – celle d'*animateur socio-culturel* n'ayant pas pu être prise en compte de manière détaillée dans cette étude.

Il a nous semblé plus pertinent et plus cohérent de choisir un traitement séparé de ce groupe de travailleurs plutôt qu'une analyse cumulée des différents métiers par secteur – dont ceux du travail social. En effet, dans la mesure où les infirmiers, les PAI et les soignants font l'objet d'une analyse séparée, la même logique de travail et d'exposé des résultats devait être mise en œuvre pour les travailleurs sociaux. D'autre part, autant leurs formations initiales et continuées que leurs pratiques professionnelles et leurs évolutions – sans parler des barèmes et des normes d'agrément – relèvent de problématiques et de logiques souvent différentes.

Ce traitement séparé n'empêchera pas de souligner des évolutions communes, ni de pointer certaines modalités de substitution entre les métiers des soins de santé et ceux de l'aide sociale. Ces points devraient être analysés dans un rapport de synthèse couronnant l'ensemble de l'étude.

Le contenu de cette section obéit à une structuration semblable (sauf que la demande précède l'offre) à celle des autres volumes. Le **chapitre 1** tentera de préciser la notion de travail social et d'en exposer très brièvement les différentes dimensions. Nous verrons ensuite quelles sont les catégories formelles de professionnels actives dans le champ de travail social. Enfin, nous passerons rapidement en revue les différentes modalités du travail social et leurs évolutions récentes.

Le **chapitre 2** précisera les bassins d'emploi des travailleurs sociaux dans le non marchand, ce qui nécessitera de construire une typologie des différents secteurs au sein de ce vaste ensemble, les subdivisions opérées par les commissions paritaires n'étant pas toujours pertinentes. Dans la foulée, nous verrons quels sont les secteurs (ou sous-secteurs) d'intervention où se retrouvent plus particulièrement les éducateurs et les assistants sociaux.

¹ Nous utilisons le terme de « dénomination » plutôt que de « profession », dans la mesure où, dans de nombreux secteurs, une même formation de départ peut conduire à des pratiques professionnelles très diverses et, inversement, un travail identique être accompli par des travailleurs aux titres différents. Nous reviendrons sur ces points dans le chapitre 1.

Le **chapitre 3** sera centré sur la demande actuelle de travailleurs sociaux dans les secteurs qui seront examinés dans le cadre de cette recherche². Il s'agira donc de *monographies sectorielles de la demande*, les secteurs étant regroupés en quelques grands ensembles à l'intérieur des champs du social et de la santé. Cette approche sectorielle est évidemment motivée par le poids décisif que jouent les secteurs sur l'évolution de la demande (type de public et d'intervention, modalité de subvention, normes d'agrément, etc.).

Le **chapitre 4**, en revanche, procédera à une *analyse professionnelle de l'offre* de travailleurs sociaux, ceci autant par le biais de la formation initiale que continuée, ainsi que la propension à exercer le métier et l'inactivité des travailleurs sociaux. Les nouvelles évolutions de l'emploi seront analysées dans le **chapitre 5**. Nous tenterons de synthétiser les résultats engrangés sur les versants de l'offre et de la demande dans le **chapitre 6**.

Mais, cet exercice ne pourra être mené à son terme, pour les différentes raisons exposées ci-dessous, associées au peu de temps dont nous avons disposé.

La demande de travailleurs sociaux, sans doute plus que celle du travail infirmier et soignant, obéit bien souvent à des besoins qui dépendent d'une série de paramètres économiques, socioculturels et politiques qui ne sont pas aisément (voire pas du tout) quantifiables et/ou prévisibles. Des transformations sociales profondes, comme celles du rapport à la norme, des formes familiales, des flux migratoires, de la problématique des assuétudes et de la santé mentale, exercent un impact considérable sur les besoins en matière de travail social, ainsi que sur les modalités d'exercice du métier. C'est bien entendu aussi le cas de la conjoncture économique qui, sur le versant de l'emploi et des qualifications requises pour y accéder, peut exclure des pans entiers de la population et la rendre dépendante des services d'aide sociale. D'autre part, le caractère « moins urgent » de l'aide sociale (par rapport aux soins de santé) la rend sans doute plus sensible à l'agenda politique et aux aléas du financement public, dans sa dimension économique mais également institutionnelle, un grand nombre de secteurs concernés étant financés totalement ou en partie par les Communautés et les Régions. Il est donc probable que la marge d'incertitude concernant l'évolution de la demande de travailleurs sociaux soit, a priori, plus grande que celle des professions de la santé.

Cette incertitude concerne également l'offre de travailleurs sociaux. Celle-ci est en effet en grande partie indéterminable, les formations initiales et continuées pouvant conduire *éventuellement* à l'exercice du métier de travailleur social étant extrêmement variées³. Ceci est particulièrement vrai pour les quatre classes d'éducateurs dont le titre n'est pas protégé et dont la fonction peut être exercée par des professionnels aux formations multiples.

² Des raisons de temps ne nous permettent pas d'analyser l'ensemble des secteurs du non marchand où interviennent des travailleurs sociaux. Une étude sérieuse sur ce sujet demanderait un autre volume de temps que les 2,4 mois ETP que nous avons pu y consacrer à partir de juillet 2001.

³ Un constat du même ordre ressortait de l'étude réalisée par le HIVA en 1999, à propos des « sociaal werkers » : « In de welzijnzorg, en nog meer in de gezondheidszorg, bestaan er weinig cijfers over het aantal maatschappelijke assistenten en assistenten in de psychologie. Dit is deels te verklaren door de uiteenlopende herkomst uit de opleiding van de medewerkers « sociale dienst », en deels de grote spreiding van deze beroepsgroep in vaak kleinere zorgvormen of diensten » (in DESCHAMPS et PACOLET, *Werken in de zorgsector – synthese en vooruitblik tot 2010*, p. 48).

Certaines qualifications peuvent par ailleurs être acquises par le biais de la formation continuée ou par la reconnaissance des compétences acquises en situation de travail, comme ce fut le cas pour les éducateurs qui pouvaient changer de classe après un certain nombre d'années d'ancienneté.

Enfin, venant s'ajouter à tout ce qui précède, trois *obstacles majeurs* empêchent d'établir une confrontation rigoureuse de l'offre et de la demande de travail social en 2000, et *a fortiori* d'établir des perspectives sur le plus long terme :

1. L'impossibilité matérielle de prendre en compte *tous les champs et tous les secteurs* d'activité des travailleurs sociaux⁴, ce qui ne permet pas de produire une évaluation quantitative exhaustive de la demande. Et comme il n'est pas cohérent de confronter une demande partielle avec une offre globalisée par le biais des statistiques scolaires et des personnes disponibles sur le marché de l'emploi, l'exercice est incomplet.
2. L'extraordinaire *dispersion et hétérogénéité des sources* quantitatives sur l'emploi des travailleurs sociaux et l'absence de séries couvrant plusieurs années ne permettent pas de produire des données quantitatives synchroniques ou diachroniques rigoureuses. Par ailleurs, de nombreux services relèvent de différents pouvoirs subsidiaires (ou sont « intégrés » dans d'autres services avec lesquels ils partagent des travailleurs), ce qui complique encore plus la collecte de données⁵. Enfin, dans certains cas, comme celui des CPAS⁶, les données sont tout simplement absentes ou nécessitent un effort de longue haleine pour être collectées, service par service...
3. L'absence presque totale de données *par classe d'âge* empêche de prévoir les cohortes de travailleurs sociaux quittant la profession en fin de carrière et donc les besoins de renouvellement qui en découlent.

Notre contribution ne pourra donc que constituer une première approximation, non seulement par la non-exhaustivité des champs couverts mais également par celle des données que nous avons pu récolter à l'intérieur de ceux-ci.

⁴ On pense ici notamment au champ scolaire et au champ socio-culturel, dont l'étude n'a pu être envisagée dans un laps de temps aussi court. Il faudrait également tenir compte des assistants sociaux travaillant (mais pas nécessairement comme AS *stricto sensu*) dans le secteur privé commercial ou l'administration.

⁵ Outre la diversité des pouvoirs subsidiaires (Région, Communauté, INAMI, commune...), il y a les PRC, les fonds propres ou les emplois financés par des subsides étrangers (notamment français pour des institutions frontalières)... Les pouvoirs en question renvoient bien souvent le chercheur en quête de données vers les fédérations de services qui, quelquefois, renvoient à leur tour vers les pouvoirs de tutelle.

⁶ Après plusieurs tentatives, notamment à la section CPAS de l'Union des villes et communes de Wallonie et de Bruxelles. Dans cette dernière région, il nous a été signifié que la seule façon de connaître le nombre de travailleurs sociaux dans les services sociaux des CPAS était de contacter chacun d'entre eux pour disposer de leur rapport d'activité. Mais même en procédant de la sorte, comme nous le confiait un contact de la section CPAS et un membre bien informé de la COCOM, il est peu probable que nous ayons pu disposer des chiffres, les données étant plongées dans « beaucoup de brouillard ». En ce qui concerne la Wallonie, nos demandes à l'administration de la Région wallonne, vers laquelle la section des CPAS de l'Union des villes et communes nous avait aiguillés, sont demeurées sans réponse. Nous n'avons pas eu la possibilité de téléphoner aux 19 communes bruxelloises et aux 262 communes wallonnes, dans l'espoir de pouvoir disposer de leurs 281 rapports d'activité.

CHAPITRE 1 PROFESSIONS ET PRATIQUES DU TRAVAIL SOCIAL

L'inclusion d'une étude sur les travailleurs sociaux dans un ensemble principalement centré sur les métiers de la santé, rend une brève présentation de la notion de travail social, de ses catégories et pratiques professionnelles nécessaire. Bien entendu, nous ne pourrions fournir ici que des indications très synthétiques, la problématique du travail social et de son évolution ayant fait l'objet d'une littérature particulièrement abondante et parfois divergente.

1.1. La notion de travail social

La notion même de « TRAVAIL SOCIAL » et de « TRAVAILLEUR SOCIAL » pour désigner une nébuleuse de métiers de l'aide et de l'assistance sociale, de l'éducation et de l'animation (assistant social¹, éducateur, animateur socioculturel, travailleur de rue, agent d'insertion, aide familiale...) est relativement récente, du moins dans le monde francophone².

Comme le soulignent ION et TRICART³, « *L'appellation "travailleur social" ne s'est imposée que dans l'après-1968 (...) Il y a une trentaine d'années, les "travailleurs sociaux" existaient à peine : plus exactement, ceux que l'on désigne communément ainsi aujourd'hui n'étaient pas représentés comme tels. Il existait seulement des métiers, historiquement différenciés, inégalement développés et pratiquement cloisonnés* ».

¹ Nous déclinons ces professions au masculin, selon l'usage. Il convient cependant de préciser qu'une nette majorité de ces travailleurs sont des femmes.

² Le terme de « *social work* » et « *social worker* » est d'usage plus ancien dans le monde anglo-saxon, mais il désignait principalement l'activité des assistants sociaux.

³ ION J., TRICART J.-P., *Les travailleurs sociaux*, La Découverte, 1998.

D'une certaine manière, l'émergence de la notion de travail social⁴, regroupant sous un vocable unifiant des métiers autrefois très cloisonnés, est un indice des transformations en cours dans ce champ professionnel : extension des publics et des lieux d'intervention, professionnalisation des agents, développement de la notion d'action sociale globale, projet d'un travailleur social unique et polyvalent, changements dans l'organisation du travail... Il apparaît dès lors nécessaire de tenir compte de ces évolutions et d'éviter une *conception essentialiste des métiers du travail social*, conçus comme des entités immuables liées à un profil de fonction figé pour l'éternité. Bien plus, c'est la logique de développement du travail social et de ses pratiques qu'il importe de saisir, si l'on veut donner quelque crédibilité à une étude visant non seulement à faire le point sur l'état actuel de la demande et de l'offre de travailleurs sociaux, mais également anticiper des développements pour les décennies à venir.

Les évolutions en cours concernent d'un côté l'émergence et l'extension d'un champ du « travail social » et, de l'autre, des glissements à l'intérieur de ce champ, notamment le décroisement relatif des métiers et la professionnalisation croissante de nombreux agents, par le biais de la formation initiale et continuée. Cependant, le rôle spécifique des travailleurs sociaux dans l'ensemble des métiers de l'aide aux personnes est clairement identifiable : ils se distinguent des psychothérapeutes (toutes dénominations confondues) et des professionnels de la santé, ainsi que du personnel administratif et ouvrier occupé dans les mêmes services et institutions. Bien entendu, des zones et pratiques frontières existent : des éducateurs développent une pratique proche de celle des aides-soignants dans les institutions pour personnes handicapées, des assistants sociaux peuvent jouer un rôle psychothérapeutique (effectif) auprès de jeunes en difficulté, sans parler des tâches administratives et d'entretien prises en charge par des travailleurs sociaux dans de nombreux petits services.

Leur fonction principale est cependant celle d'une aide non thérapeutique ou d'une assistance aux personnes et/ou aux populations en difficulté (ou risquant de l'être), cette aide pouvant être de remédiation, de prévention ou de soutien à l'autonomie. Elle comporte, dans de nombreux cas, une dimension éducative ou d'animation socioculturelle. Enfin, le public et les problématiques concernés sont très nombreux et variés, comme nous le verrons en analysant les différents secteurs d'emploi des travailleurs sociaux.

⁴ Qui tend déjà à être remplacée, surtout dans le travail en milieu ouvert et l'aide sociale territorialisée, par celle d'« INTERVENTION SOCIALE ». L'on parlera alors des « INTERVENANTS SOCIAUX », notion que l'on retrouve dans certains textes réglementaires, notamment ceux relatifs aux services d'aide en milieu ouvert (secteur de l'aide à la jeunesse) et aux services d'accompagnement des personnes handicapées. Comme nous l'avons écrit ailleurs, « le terme *travailleur social* renvoie à une profession inscrite dans la durée, obéissant à des procédures spécifiques et dotée d'une identité professionnelle stable, de références unifiantes. La notion d'*intervenant social*, au contraire, connote une identité plus floue et un mode d'action plus ponctuel, centrée sur le « ici et maintenant ». Le recrutement ne se limite plus aux seuls éducateurs, assistants sociaux ou animateurs socio-culturels, mais touche d'autres professionnels » (in DE BACKER B., WAUTIER D., *Compétences professionnelles et formation continuée des travailleurs sociaux*, Fonds ISAJH, 2000).

1.2. Les dénominations du travail social

Le caractère évolutif des métiers et des identités professionnelles du travail social, la relative fluidité des frontières et le recouvrement de pratiques dans certains secteurs n'empêchent pas la persistance de dénominations distinctes, dont certaines sont relatives à des titres protégés et d'autres à des niveaux de formations différents. Ces dénominations renvoient le plus souvent à des fonctions qui se sont successivement professionnalisées au cours de l'histoire.

La première dénomination, profession « canonique » du social, est celle d'ASSISTANT SOCIAL. Il s'agit du « métier » le plus ancien, né dans l'entre-deux-guerres, bénéficiant d'un titre protégé par la loi⁵ et d'un accès à la profession. La formation actuelle est de trois ans, dans l'enseignement supérieur de type court de plein exercice. Il n'existe pas de formation en promotion sociale, mais bien à horaire décalé. Il est en principe nécessaire d'être titulaire du diplôme d'assistant social pour porter le titre et exercer le métier.

La seconde dénomination, entrée plus tardivement dans la professionnalisation, est celle d'EDUCATEUR. Elle n'a été largement utilisée en Belgique qu'après la seconde guerre mondiale (même si une première école professionnelle d'éducatrices avait été créée en 1939 à Ixelles), pour désigner celui ou celle qui, *en dehors de la fonction enseignante* et sans lien de parenté avec les bénéficiaires, assure l'éducation et/ou l'accompagnement quotidien de personnes en difficulté (sociales, psychologiques, physiques...) ou dépendantes. Longtemps assumée par des personnes sans formation spécifique, la fonction d'éducateur ne s'est véritablement professionnalisée que dans les années 1970, après les différents « scandales » relatifs aux conditions d'éducation dans les « homes » (Brasschaat, Saint Hubert, Mol...) qui défrayèrent la chronique.

Quatre catégories d'éducateurs, qui se distinguent par le niveau de formation, coexistent actuellement. La première, dite EDUCATEUR DE CLASSE 1 ou EDUCATEUR SPECIALISE⁶, est réservée aux titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur, soit un diplôme spécifique d'éducateur spécialisé, délivré par des écoles de plein exercice ou de promotion sociale, soit un autre diplôme de l'enseignement supérieur à orientation pédagogique ou sociale (assistant social, régent, assistant en psychologie...)⁷. Les deux catégories suivantes, EDUCATEUR 2 A et 2 B, sont réservées aux titulaires d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur. La première pour un diplôme secondaire à orientation pédagogique ou sociale, la seconde un diplôme secondaire de type général. Enfin, l'appellation EDUCATEUR DE CLASSE 3 est réservée aux agents qui ne disposent que d'un certificat de l'enseignement secondaire inférieur ou professionnel⁸.

⁵ Le titre était protégé par le Ministère de la Justice. La loi est celle du 12 juin 1945

⁶ Le titre d'éducateur spécialisé n'est toujours pas protégé, malgré le vote de la loi du 29 avril 1994 sur la protection du titre d'éducateur-accompagnateur spécialisé. La cour d'arbitrage, suite à une requête déposée par la Communauté flamande, a annulé le 17/12/97 deux dispositions fondamentales de la loi (définition de la profession ; structures, durée et sanction des études).

⁷ La nature des formations et diplômes donnant accès à la fonction d'éducateur spécialisé pouvant varier, nous n'en donnons pas le détail ici. Nous y reviendrons dans le chapitre 4.

⁸ Les classes 3 et 2b ont déjà disparu dans la communauté germanophone, et il n'est pas impossible qu'elles soient également supprimées dans un avenir proche dans d'autres régions.

Soulignons par ailleurs que de nombreuses PUERICULTRICES exercent une fonction similaire à celle des éducatrices qui travaillent avec des enfants en bas âge (notamment dans les structures d'accueil de crise de l'ONE et l'aide à la jeunesse) ou avec des personnes handicapées (activités dite de « nursing » dans le secteur de l'aide aux personnes handicapées).

Comme on peut le constater, des travailleurs de formations très diverses peuvent exercer le métier : quiconque est au moins titulaire d'un certificat de l'enseignement secondaire inférieur peut travailler comme éducateur.

Ceci pose évidemment des problèmes non négligeables quand il s'agit d'étudier l'offre de professionnels, qui peut en principe s'étendre à tous les titulaires d'au moins un certificat, ce qui fait beaucoup de monde.

La dernière grande dénomination, citée la plupart du temps en troisième lieu dans les ouvrages sur le travail social, est celle d'ANIMATEUR, souvent qualifié de SOCIOCULTUREL⁹. Arrivés plus tardivement sur le terrain de la professionnalisation, les animateurs socioculturels sont le fruit des développements du mouvement ouvrier et de l'éducation populaire, du souci d'accompagner les luttes d'émancipation sociale d'une démocratisation de la culture, voire d'une « démocratie culturelle » (M. HICTER).

La professionnalisation (dans le sens d'une sortie du bénévolat et d'une reconnaissance officielle des animateurs formés et salariés) a gagné progressivement différents secteurs¹⁰ comme les centres de jeunes, les centres culturels, les centres d'expression et de créativité, les organismes d'éducation permanente... Les formations sont-elles aussi extrêmement variées et dispersées, autant par leur durée (formations courtes ou longues) que par leur niveau (enseignement supérieur ou secondaire) que par leur contenu. Il n'existe pas de titre reconnu ni toujours de profil de compétences ou d'accès à la profession¹¹ mais bien, dans certains cas, des épreuves de sélection des candidats (le plus souvent dans les centres publics). Par ailleurs, de nombreux animateurs sont engagés dans des contrats relevant de PRC¹². Par conséquent, la détermination de l'offre de professionnels sur base des études est également complexe dans ce cas, dans la mesure où, comme pour les éducateurs, des personnes à formations extrêmement diverses peuvent travailler comme animateur.

D'autres dénominations, le plus souvent relatives à des titres (de base ou de spécialisation complémentaire) délivrés par des écoles secondaires ou supérieures et, parfois, à des fonctions, existent en Belgique francophone. Il s'agit notamment de CONSEILLER SOCIAL, EDUCATEUR VIE ASSOCIATIVE, PUERICULTRICE, MONITEUR-EDUCATEUR, EDUCATEUR EN SANTE MENTALE, ASSISTANT EN PSYCHOLOGIE,... Nous reviendrons sur cette prolifération de titres dans le chapitre 4 relatif à l'offre de travailleurs sociaux.

⁹ Cette qualification renvoie au secteur d'activité, comportant une dimension sociale. Il ne s'agit pas du secteur culturel au sens strict (cinéma, théâtre, arts plastiques...), ni des organismes qui présentent des activités similaires dans la sphère marchande. Une commission paritaire spécifique (CP 329), a été créée en 1996. Elle regroupe 15 secteurs où se retrouvent quelques 1.000 associations occupant environ 12.000 travailleurs en CFGB. Voir NOEL S. *La longue marche vers une commission paritaire 1977-1996*, CESEP, 1996.

¹⁰ DE COOREBYTER V., *La formation et l'emploi dans le champ socio-culturel*, CESEP, 1996

¹¹ Nous ne parlons pas ici des personnes souhaitant accéder au poste de directeur de centres de jeunes, de centres culturels ou de maisons de jeunes, mais bien des animateurs « de base ».

¹² Programme de résorption du chômage.

Enfin, de nouvelles dénominations apparaissent, comme celle de *COUNSELOR* évoquée dans la note de la Ministre ALVOET concernant la politique relative aux soins de santé mentale¹³. Cette appellation, désignant un type d'accompagnement psychosocial dans le secteur des soins de santé, est à rapprocher de la notion de *COACHING* utilisée parfois dans le champ de l'éducation spécialisée et de la formation.

Elles sont toutes deux significatives d'une individualisation et d'une conception coopérative¹⁴ de la relation aidant-aidé dans l'aide aux personnes, ainsi que d'un *empowerment* des personnes aidées.

1.3. Les modalités du travail social

Les trois dénominations principales que nous venons de passer en revue, dont une seule est véritablement protégée, celle d'assistant social, sont en principe et idéalement liées à une modalité particulière du travail social : les AS assistent, les éducateurs éduquent et les animateurs animent...

Dans la réalité, les choses sont plus diversifiées, complexes et mouvantes, comme le remarquent ION et TRICART¹⁵ à propos de la situation française, en grande partie transposable en Belgique : *« Il est dit couramment qu'à un diplôme correspondent dix métiers ; et de fait, une même formation initiale peut conduire à des pratiques très diversifiées, et, inversement, un travail absolument identique être effectué par des agents aux titres différents, voire sans titre ni qualification (...) les disparités entre professions ne recouvrent le plus souvent que les différenciations entre les lieux de travail ou les organismes employeurs, et les distances entre générations ».*

De nombreux assistants sociaux occupent une fonction d'éducateur spécialisé ou d'animateur, la majorité des éducateurs classe 3 ou 2 dans le secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement assument les mêmes tâches que leurs collègues de classe 1, des animateurs travaillent comme éducateurs ou inversement, etc. La seule exception est la fonction d'assistant social qui ne peut être (en principe) exercée que par des titulaires du diplôme portant le même nom.

Par ailleurs, comme le soulignent ION et TRICART, le lieu de travail et les organismes employeurs, soit le type de service, déterminent en grande partie la nature de la pratique professionnelle. Ainsi, le travail en milieu ouvert¹⁶ – que ce soit comme éducateur, AS ou animateur – nécessite des habiletés professionnelles très différentes du travail en milieu résidentiel ou semi-résidentiel ; le travail d'accompagnement de personnes handicapées adultes est très spécifique par rapport à celui des services de l'aide à la jeunesse ou des maisons de repos, etc.

¹³ ALVOET M., *La psyché : le cadet de mes soucis ?*, Note de politique relative aux soins de santé mentale, Ministère de la santé publique, 2001.

¹⁴ On aura remarqué le préfixe co- dans les deux appellations.

¹⁵ Op. cit., p 6.

¹⁶ Dans des AMO, des services communaux de proximité, le travail de rue, les services d'accompagnement ou d'aide précoce des personnes handicapées, l'aide familiale, etc.

Au-delà des fonctions assumées dans les différents services – et ces fonctions ne distinguent parfois pas l'assistant social de l'éducateur ou de l'animateur, notamment dans les services en milieu ouvert où l'on parlera génériquement de « travailleur social » ou d'« intervenant social » – le type du public aidé, les modalités d'intervention auprès de celui-ci, voire la taille du service sont souvent des variables distinctives plus pertinentes que la dénomination de la fonction. Ceci est d'autant plus vrai que, dans de nombreux secteurs, le champ institutionnel s'est considérablement diversifié et spécialisé, alors que dans le même temps la division entre les tâches devenait plus floue. On assiste donc souvent à une spécialisation institutionnelle externe doublée d'un relatif décroisement interne des fonctions.

Enfin, ces dernières années ont vu émerger des changements importants dans les pratiques professionnelles, relatifs notamment à l'organisation du travail, aux modèles pédagogiques et aux modes d'intervention.

Ces transformations ont un impact sur les besoins en compétences professionnelles et en formation continuée, individuelle ou collective, et donc également sur l'offre de professionnels. Nous y reviendrons brièvement dans la partie du chapitre 4 consacrée à la formation continuée.

Tous ces éléments invitent à ne pas nous en tenir, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, à une conception nominaliste et statique des fonctions, mais bien à repérer les principaux groupes de modalités effectives du travail social. Ainsi, les pratiques des travailleurs sociaux peuvent se regrouper en trois grands types, comme le soulignait le rapport des séminaires internationaux de la recherche ADAPT¹⁷, réunissant des partenaires français, danois, italiens et belges sur le thème des « nouveaux professionnels dans le champ de l'aide aux individus ».

Cette typologie avait été élaborée dans le cadre d'une proposition de réforme de la formation initiale des travailleurs sociaux gradués, comportant un tronc commun et des sections spécialisées. Cette proposition s'appuyait notamment sur l'obsolescence de certains cloisonnements entre métiers du social, sur l'émergence de nouvelles pratiques, ainsi que sur « l'anarchie actuelle des fonctions, des diplômes, des statuts... ».

Les trois grands types de fonctions et de compétences qui se dégagent étaient les suivants :

- 1) accompagnement ou éducation de personnes et encadrement de groupes *dans des institutions* d'accueil résidentiel ou semi-résidentiel ;
- 2) intervention axée *sur un territoire* considéré dans sa globalité (quartier, ville, secteur...), ce qui correspond aux différentes formes de travail en milieu ouvert ;
- 3) accompagnement d'individus ou de familles pour répondre à une problématique spécifique et pointue (toxicomanie, santé mentale, aide précoce, droit des jeunes...), *en milieu résidentiel ou dans un cadre ambulatoire*.

Remarquons que le troisième type s'effectue la plupart du temps à partir (ou dans) un *service* qui n'est ni une institution, ni le milieu de vie (domicile familial, quartier...).

¹⁷ DE COOREBYTER V., WAUTIER D., *New professionals in the field of services to the individual*, rapport des séminaires internationaux ADAPT, Fonds ISAJH, 1998

On peut donc, comme le fait AUTES¹⁸, croiser les trois dénominations classiques du travail social avec les trois *lieux* principaux¹⁹ d'intervention que sont l'établissement (institution résidentielle ou semi-résidentielle), le milieu ouvert (domicile, rue...) et le service. Nous aurons l'occasion d'affiner le repérage des lieux d'intervention des travailleurs sociaux lorsque nous aborderons l'analyse sectorielle de la demande.

Ces transformations en cours dans le champ des métiers du social invitent donc à repenser la formation encore très cloisonnée, alors que de nombreux acteurs de terrain (et notamment les représentants syndicaux) insistent sur la nécessaire *mobilité* des travailleurs à l'intérieur comme à l'extérieur de leur secteur²⁰. C'est, entre autres, pour faciliter cette mobilité des travailleurs sociaux, en termes de compétences transversales et de reconnaissance barémique, qu'une proposition de formation en partie commune de « graduat en travail social » avait été proposée lors des séminaires internationaux ADAPT, ceci pour les travailleurs sociaux de qualification supérieure.

En conclusion, la recomposition permanente des métiers du social et la relative porosité des frontières entre dénominations – associée à la spécialisation croissante des services et institutions en fonction du public, de ses problématiques et des modes d'intervention – nécessitent une analyse qualitative fine des évolutions en cours, que nous poursuivrons par l'examen détaillé de la demande dans les différents secteurs concernés par cette étude. Cette analyse permettra également d'aborder la question de l'offre de travailleurs sociaux, gradués et non-gradués, en meilleure connaissance de cause.

Mais avant d'aborder le chapitre de la demande par secteurs d'activité, il importe d'abord d'élaborer un découpage sectoriel qui soit pertinent au regard des métiers du social.

C'est ce que nous nous proposons de faire dans le chapitre suivant.

¹⁸ AUTES, M., *Les paradoxes du travail social*, Dunod, 1999

¹⁹ Dans de nombreux organismes, les travailleurs sociaux interviennent sur plus d'un lieu. C'est notamment le cas des éducateurs des établissements résidentiels et semi-résidentiels qui sont souvent conduits à intervenir également « extra-muros », dans le cadre de suivis familiaux, d'accompagnement en appartements supervisés, etc.

²⁰ Cette demande est notamment formulée par les représentants syndicaux du secteur socioculturel et une écrasante majorité d'éducateurs des établissements et services d'éducation et d'hébergement (in DE BACKER, B., DE COOREBYTER, V., *Le métier d'éducateur : transformations récentes et fatigue professionnelle*, Fonds ISAJH, 1998).

CHAPITRE 2 SECTEURS D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DANS LE NON MARCHAND¹

Ce chapitre, précédant l'analyse sectorielle de la demande, a pour objet d'élaborer dans un premier temps une typologie raisonnée des secteurs d'activité des travailleurs sociaux, et, dans un second temps, d'y localiser les principaux bassins d'emplois des deux dénominations qui font plus particulièrement l'objet de notre étude.

Cette typologie nous semble indispensable dans le cadre d'une étude prospective, dans la mesure où le repérage des évolutions qualitatives à l'œuvre est aussi importante que les projections quantitatives, quelle que soit la sophistication de ces dernières. Elle les précède en tout cas logiquement.

2.1. Typologie des secteurs concernés dans le non marchand

Différentes délimitations du secteur non marchand existent, en fonction de l'approche choisie pour définir ce secteur à l'intérieur de l'activité économique. Comme le rappellent MERTENS et MAREE², cette définition peut se faire par les ressources, la finalité ou les activités³. Dans le premier cas, c'est l'exclusion des activités qui trouvent leurs ressources exclusivement par la vente de biens et services sur le marché qui les qualifie de « non marchandes », dans le second c'est le fait de ne pas avoir de finalité prioritairement lucrative (*nonprofit sector*) et dans le troisième c'est le type d'activité (production de biens collectifs ou quasi-collectifs).

¹ La majorité des services et institutions concernées par cette recherche font partie du secteur non marchand. Cependant, la majorité des maisons de repos (MRPA) relèvent du secteur marchand.

² MERTENS S., MAREE M., *L'importance de l'emploi dans le secteur non marchand*, in Non Marchand n° 4, 1999.

³ Il est intéressant de noter que les statistiques du Ministère de l'emploi et du travail relatives aux élections sociales distinguent les « entreprises industrielles et commerciales » et les « établissements sans finalité économique ». C'est donc le critère de finalité qui a été retenu dans ce cas. Ces deux dénominations ne concernent que les organisations privées de plus de 50 travailleurs, seules concernées par les élections.

Nous ferons nôtre la définition multi-critère adoptée par les auteurs, qui en démontrent le caractère plus opérationnel et « conceptuellement satisfaisant » : « *l'ensemble des organisations animées d'une finalité non-lucrative et qui, en raison de la nature collective des biens et services qu'elles offrent ou parce qu'elles refusent de laisser les seules lois du marché régir cette production, la valorisent autrement que par la vente à un prix couvrant le coût de production* » (op. cit. p. 17).

La valorisation autre « que par la vente à un prix couvrant le coût de production » implique évidemment un financement alternatif : subventions publiques, cotisations, dons privés, bénévolat... Délimité ainsi, le secteur non marchand comporte les administrations publiques, les services non marchands à statut public et privé (asbl). Selon l'estimation de MERTENS et MAREE (op. cit. p. 26), le nombre d'emplois rémunérés dans le secteur non marchand en 1995 était de 933.304.

La grande majorité des travailleurs sociaux est active dans le secteur non marchand, public et privé. Les assistants sociaux sont sans doute les seuls à pouvoir exercer – mais plutôt comme « conseiller social » que comme AS *stricto sensu* – dans les entreprises marchandes, la plupart du temps dans les services des ressources humaines. Bien entendu, des travailleurs sociaux diplômés (éducateurs, animateurs, AS) peuvent être actifs dans le secteur marchand, mais en y exerçant une autre profession. Cette première délimitation étant effectuée, il nous reste à examiner la subdivision interne du non marchand, en ayant à l'esprit les objectifs visés par cette étude et sa limitation.

Une première subdivision, nous l'avons vue, concerne le statut des établissements. Certains sont organisés par le secteur public (administration fédérale, communautaire ou régionale ; province ou commune ; CPAS ou parastatal⁴ comme l'ONE ou l'AWIPH), d'autres par le secteur privé. Si l'on exclut les administrations publiques au sens strict, les transports publics, la recherche et l'enseignement⁵, qui ne font pas partie de notre objet d'étude, trois champs d'activité composent le non marchand : la SANTE, le SOCIAL et le SOCIO-CULTUREL au sens large (culture, sport, loisirs, éducation permanente...), de statut privé non lucratif (asbl) ou public.

Il convient donc d'approfondir la structuration interne des deux champs que nous avons retenus, ceux de la SANTE et du SOCIAL⁶.

Cette opération est moins facile qu'il n'y paraît, dans la mesure où la multiplication (et l'intrication) des autorités publiques de tutelle s'accompagne parfois d'une divergence en matière de dénomination⁷. De plus, à côté des appellations propres aux autorités de tutelle – liées aux compétences qui leurs sont dévolues (« politique de la santé », « politique familiale », « politique du 3e âge »...) – l'on en trouve d'autres, telles celles des commissions paritaires ou du code NACE-BEL utilisé par l'ONSS, dont les appellations sont non seulement différentes, mais concernent aussi des services qui peuvent parfois appartenir à des champs différents.

⁴ Ou plus exactement : « paracommunautaire » pour l'ONE et « pararégional » pour l'AWIPH.

⁵ Nous mentionnerons cependant l'emploi des éducateurs dans le milieu scolaire.

⁶ Ces deux champs correspondent aux deux domaines de matières personnalisables définis par l'article 5 de la loi spéciale du 8/8/1980 sur les réformes institutionnelles : la politique de santé et l'aide aux personnes.

⁷ C'est le cas notamment entre la Région wallonne et la Région bruxelloise (ex : les « centres de service social » en Wallonie sont des « centres d'action sociale globale » à Bruxelles).

Les divergences concernent donc, d'un côté, les appellations et, de l'autre, les types d'activités regroupées, avec la difficulté supplémentaire qu'une même appellation peut concerner des regroupements différents et qu'une appellation différente peut concerner les mêmes services... C'est ainsi que les centres de service social et les maisons de repos font partie de la commission paritaire 305.2 des établissements et services de santé, alors que pour d'autres ils font partie de l'aide ou de l'action sociale. Le même phénomène se produit avec les organismes d'insertion socioprofessionnelle qui se retrouvent dans la CP 329 des secteurs socioculturels et sportifs. Il n'y a donc pas toujours homologie entre les commissions paritaires et l'objet médical, social ou culturel des services.

En ce qui concerne le NACE-BEL⁸, si la majorité des activités qui nous intéressent se retrouvent dans la section N (« Santé et action sociale » - code 85), certains services comme les CPAS (code 75.115) et les « activités d'organismes publics relatives aux matières sociales » (code 75.120) sont reprises dans la section L (« Administration publique »). L'information fournie ne permet cependant pas de savoir si les SAJ, SPJ et IPPJ (services publics spécifiques de l'aide à la jeunesse) font partie de la section L ou N.

1. Nous commencerons par le **champ du social**, celui qui, *a priori* et dans les faits, occupe le nombre le plus élevé de travailleurs sociaux. Une première distinction à opérer est celle de la SECURITE SOCIALE et de L'AIDE SOCIALE (appelée ACTION SOCIALE dans le NACE-BEL). De manière générique, l'aide sociale se distingue en effet de la sécurité sociale (assurance maladie⁹, assurance chômage...): l'aide sociale permet à des groupes de population de bénéficier de divers services sans préalable de travail ou de cotisation, ce qui n'est pas le cas de la sécurité sociale. C'est dans le secteur de l'aide sociale que se retrouve l'essentiel des travailleurs sociaux du social, l'activité de la sécurité sociale étant principalement de type administratif. Le NACE-BEL sépare par ailleurs clairement la sécurité sociale (section L) de l'action sociale (section N).

Le champ de l'aide sociale ou de l'action sociale comporte des institutions publiques ou privées, généralistes ou spécialisées, comme le montre le tableau ci-dessous¹⁰.

⁸ Le code NACE est une nomenclature d'activités, sur base de l'activité principale des organisations (entreprises, établissements) et non des professionnels qui y travaillent. Le classement d'une organisation dans un secteur ou sous-secteur d'activité se fait sur base des informations qu'elle fournit à l'INS.

⁹ La sécurité sociale concerne également la santé. Nous l'excluons de notre investigation de ce second champ. Les services privés de la sécurité sociale (mutuelles...) relèvent de la commission paritaire 200.

¹⁰ Inspiré de DE COOREBYTER V., *Aide sociale et pouvoirs publics*, dossier du CRISP, 1999

Tableau 2.1.1. : Les secteurs de l'aide sociale et les commissions paritaires¹¹

	Structures privées	Structures publiques
Généraliste	<u>Centres de service social</u> (ou <u>d'action sociale globale</u>) (SCP 305.2)	<u>CPAS</u>
Spécialisée	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Services d'aide aux personnes handicapées</u> : Accueil, hébergement, aide ambulatoire (SCP 319.02) reclassement, formation, emploi, ETA (CP 327) 2. <u>Services de l'aide à la jeunesse</u> (SCP 319.02) 3. <u>Services d'aide aux adultes en difficultés</u> (centres d'accueil, maisons maternelles...) (SCP 319.02) 4. <u>Services agréés et subventionnés par l'ONE</u> : Accueil de crise (pouponnières...) (SCP 319.02) Milieux d'accueil de jour, consultations... (SCP 305.2) 5. <u>Services d'aide aux justiciables</u> (SCP 305.2) 6. <u>Services de prévention psycho-médico-sociale</u> : <i>Centres de santé mentale, planning familial...</i> (SCP 305.2) 7. <u>Services d'aide au troisième âge et aide familiale</u> Maisons de repos (SCP 305.2), services d'aide aux familles... (SCP 318.01) 8. <u>Insertion socio-professionnelle</u> (CP 329) 9. <u>Accueil et intégration des populations issues de l'immigration</u> (CP 329) 10. <u>Aide au logement</u> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Services de même type organisés par</u> : - des CPAS (maisons de repos, aides familiales...) - des communes ou intercommunales - des provinces - des parastataux (ONE, AWIPH...) 2. <u>Ou relevant directement d'une administration</u> (SAJ, SPJ, IPPJ, Maisons de justice...) 3. <u>Services communaux de proximité</u> (PSI, contrats de quartier, volets sociaux des contrats de société...)

Si les services organisés par les pouvoirs publics sont souvent similaires aux privés, ce n'est pas toujours le cas. Ainsi, les CPAS ne sont pas l'équivalent public des centres de service social, les SAJ, SPJ ou IPPJ¹² ne sont pas identiques aux services privés de l'aide à la jeunesse. Leur statut public leur confère soit une autorité administrative particulière (en matière d'octroi de l'aide, notamment) soit une spécialisation en matière de public (les IPPJ accueillent exclusivement les mineurs délinquants). Ces quatre types de services ne sont d'ailleurs pas repris explicitement dans la section « action sociale » du NACE-BEL.

¹¹ Certaines commissions paritaires (CP) sont subdivisées en sous-commissions (SCP) selon ou une partition en secteurs d'activités (CP 305) ou selon le régime linguistique (CP 319 et 318).

¹² Service d'Aide à la Jeunesse, Service de Protection de la Jeunesse, Institution Publique de Protection de la Jeunesse, relevant directement de l'administration de l'aide à la jeunesse.

Les services communaux de proximité, développés depuis quelques années (notamment dans le cadre des politiques socio-pénales), sont essentiellement centrés sur un territoire et intègrent différentes formes d'action, sociales et sécuritaires. Un nombre non négligeable de travailleurs sociaux ont été engagés dans ces services, dont le champ d'action recouvre parfois les services en milieu ouvert de l'aide sociale privée.

En ce qui concerne les commissions paritaires (qui ne sont compétentes que pour les services *privés* de la partie gauche du tableau), les centres de service social (généralistes), comme nous l'avons vu, relèvent de la SCP 305.2 des établissements et services de santé, alors qu'il s'agit clairement d'aide sociale. D'autres secteurs ou sous-secteurs de l'aide sociale spécialisée relèvent également de la commission paritaire 305.2 : les maisons de repos, les services d'aide aux justiciables, l'accueil de jour de la petite enfance, les centres de planning familial, l'aide aux toxicomanes... Par contre, les services d'aide familiale relèvent d'une commission paritaire distincte (la 318), ce qui est également le cas pour l'aide aux personnes handicapées, l'aide à la jeunesse, l'accueil de crise de la petite enfance et les centres d'accueil pour adultes en difficulté (la 319). Il n'y a par ailleurs pas de « commission paritaire de l'aide sociale », mais bien des commissions paritaires des « services d'aide familiale à domicile » (318) ou des « établissements et services d'éducation et d'hébergement » (319). Ces différences sont liées à l'histoire de la syndicalisation des secteurs.

Une partie du secteur de l'aide sociale se retrouve donc dans les commissions paritaires propres aux soins de santé, alors que l'inverse n'est pas vrai, même si des professionnels de la santé se retrouvent dans des secteurs de l'aide sociale, comme les services d'aide aux personnes handicapées. Bien entendu, les frontières ne sont pas toujours nettement délimitées, et des catégories « *borderline* » existent à différents niveaux. C'est ainsi que les institutions résidentielles pour jeunes « caractériels » (catégorie « 140 ») ont migré du secteur de l'aide à la jeunesse vers celui de l'aide aux personnes handicapées, pour des raisons essentiellement budgétaires.

Enfin, comme nous l'avons vu, la nomenclature d'activité NACE-BEL situe la quasi-totalité des services repris dans le tableau 1 dans la section « action sociale » (code 85.3), à l'exception des CPAS (75.115), et éventuellement des IPPJ, SAJ et SPJ. Les services de prévention psycho-médico-sociale (groupe 6 du tableau) sont également repris dans l'action sociale, dans la mesure sans doute où leurs activités sont perçues comme principalement préventives, informatives et non curatives. Enfin, le NACE-BEL distingue les activités du secteur de l'action sociale selon qu'elles comportent ou non un hébergement des personnes. Cette distinction, importante en matière de pratique professionnelle, sera faite dans notre analyse de la demande. Il importe cependant de souligner que les services semi-résidentiels, comme les centres de jour, ont une problématique souvent plus proche des services résidentiels que des services en milieu de vie. Par ailleurs, les évolutions actuelles sont caractérisées par une « ouverture » des services résidentiels vers le milieu de vie, et il est fréquent que les travailleurs sociaux aient des activités à la fois au sein du service résidentiel et à l'extérieur de celui-ci (visites en familles, accompagnement extra-muros, etc.).

Toutes ces considérations nous invitent à nous baser sur la typologie du tableau 2.1.1. lors de l'examen de la demande de travailleurs sociaux, abordée dans le chapitre suivant, à l'exception des services de prévention psycho-médico-sociale que nous classerons dans le champ des soins de santé.

Il nous paraît en effet que les centres de santé mentale, les centres de planning familial et d'autres structures classées dans ce secteur (comme les services pour toxicomanes) relèvent plus de la problématique de la santé que de l'aide sociale, même si nous savons que ces deux problématiques sont liées (nous y reviendrons). Ces structures ne se cantonnent d'ailleurs pas seulement dans la prévention, mais prodiguent également des soins en matière de santé physique et mentale.

2. En ce qui concerne le **champ des soins de santé**, dont nous excluons la sécurité sociale, une seule commission paritaire nationale (la CP 305), subdivisée en deux sous-commissions (SCP 305.1 et SCP 305.2) par type d'activité (et non par régime linguistique), régit les conventions entre employeurs et représentants des travailleurs du secteur privé. La SCP 305.1 est relative aux hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques, la SCP 305.2 aux établissements et soins de santé. Quelques secteurs que nous avons inclus dans le champ de l'aide sociale (centre de service social, maisons de repos...) se trouvent dans le SCP 305.2. La cohérence avec le tableau 2.1.1. nous oblige par conséquent à les retirer du secteur des soins de santé, ce qui correspond par ailleurs à la nomenclature du NACE-BEL. Nous reprenons les différentes composantes de ce secteur dans le tableau 2.1.2.

Tableau 2.1.2. : Les secteurs des soins de santé et les commissions paritaires

	Structures privées	Structures publiques
Hôpitaux et hôpitaux psychiatriques	1. <u>Hôpitaux</u> (SCP 305.1) 2. <u>Hôpitaux psychiatriques</u> (SCP 305.1)	idem
Etablissements et services de santé	1. <u>Services de soins infirmiers à domicile</u> (SCP 305.2) 2. <u>Centre de revalidation et de réadaptation</u> (SCP 305.2) 3. <u>Divers services médico-sociaux</u> (SCP 305.2) Maisons médicales, services de santé mentale, aide aux toxicomanes, centres de planning familial, initiatives d'hébergement avec soins psychiatriques, milieux d'accueil de l'enfant, IMS et PMS...	idem

Le NACE-BEL, après avoir opéré une bipartition entre les « activités pour la santé humaine » des « activités vétérinaires », distingue également les « activités hospitalières » des autres activités relatives à la santé humaine.

2.2. Les secteurs d'intervention des assistants sociaux

Les assistants sociaux sont très probablement les travailleurs sociaux les plus dispersés dans l'ensemble du champ de l'aide sociale et des soins de santé (sans parler des autres composantes du non marchand). Ils bénéficient d'un côté de l'accès exclusif à la profession d'AS, mais également d'un diplôme qui leur permet d'occuper la plupart des fonctions propres aux deux autres dénominations principales du travail social : éducateur et animateur socio-culturel. Leur dispersion s'explique donc par le cumul de celle du métier d'AS *stricto sensu* avec celle des autres fonctions qu'ils peuvent occuper.

Comme le soulignaient les conclusions d'une enquête récente¹³ menée par une école sociale (L'ISSHA) auprès de ses anciens diplômés, « *Le travail de l'assistant social est marqué par une très grande diversité de ses conditions d'exercice. Cela se remarque à propos des secteurs professionnels dans lesquels les diplômés ont choisi de travailler et, à l'intérieur d'un même secteur, par la diversité des modes d'organisation de chaque lieu de travail. On est loin de l'image d'un métier dont les caractéristiques sont clairement identifiables. Cette constatation doit, en outre, être considérée comme généralisable à la plupart des professions dans le contexte contemporain du travail. Nous ne sommes plus actuellement dans une situation où un métier s'identifiait à des actes techniques précis auxquels on pouvait se préparer par une formation spécifique* ». Ces propos rejoignent ce que nous avons écrit dans le chapitre précédent concernant la relative fluidité des frontières et le recouvrement des pratiques entre les différentes dénominations du travail social. L'enquête citée conclut d'ailleurs en des termes similaires, en s'interrogeant sur les liens devenus plus souples entre formation et activité professionnelle : « *Une telle enquête révèle donc la relativité de la formation (...) par rapport à l'exercice d'un travail. Ne montre-t-elle pas aussi (...) l'indépendance des conditions d'organisation de la formation par rapport à l'exercice d'une certaine activité professionnelle, avec les avantages et les inconvénients que cela représente ?* »

Il convient cependant de distinguer les assistants sociaux qui occupent une fonction spécifique d'AS de ceux qui exercent une autre fonction, dont celle d'éducateur ou d'intervenant social (dénomination surtout utilisée dans les services en milieu ouvert). Les assistants sociaux exerçant la fonction d'éducateur sont repris sous la dénomination « éducateur », abordée dans le point suivant.

En ce qui concerne les assistants sociaux *stricto sensu*, on ne peut pas véritablement parler de principal bassin d'emploi, dans la mesure où la plupart des institutions des secteurs qui font partie de notre champ d'étude emploient au moins un AS.

¹³ HECQUET B., LODEWICK P., PIRE F. et VERLY J., *Le parcours professionnel des assistants sociaux*, Enquête auprès de diplômés en Communauté française de Belgique, Publication ISSHA, 1999

2.3. Les secteurs d'intervention des éducateurs

Grâce au travail accompli par des formateurs travaillant dans des écoles d'éducateurs, soutenu par le Fonds ISAJH¹⁴, un panorama assez complet de la profession d'éducateur et de ses différents secteurs d'activité a été dressé dans « *Les carnets de l'éducateur* » (2000). Par ailleurs, le même Fonds ISAJH a mené un vaste travail d'enquête et de recherche sur la problématique du métier d'éducateur dans ses services. Nous disposons donc de données assez fournies qui seront sollicitées quand nous analyserons la demande par secteur.

Le principal bassin d'emploi des éducateurs est sans conteste¹⁵ celui composé des services et institutions relevant de la commission paritaire des « *Etablissements et services d'éducation et d'hébergement* », parfois appelé le « *secteur des éducateurs* ». Constitué historiquement autour des « homes » prenant en charge indifféremment des mineurs handicapés, des orphelins et des « enfants du juge », ce secteur s'est progressivement subdivisé en institutions plus spécifiquement réservées aux jeunes et enfants en difficulté, d'un côté, et aux handicapés, de l'autre. Par ailleurs, la prise en charge avec hébergement n'est plus la modalité unique d'intervention¹⁶. D'autre part, de plus en plus d'adultes handicapés ou en difficulté socio-économique ont progressivement fait partie du public concerné. Selon les dernières données dont nous disposons, à peu près 10.000 travailleurs sociaux (personnes physiques) sont occupés dans le champ de la commission paritaire, dont 8.900 éducateurs et 900 assistants sociaux¹⁷. Il faut ajouter à ce chiffre les quelques 1.500 éducateurs travaillant dans les services publics (IPPJ, IMP provinciaux) des mêmes secteurs.

Dans le champ SOCIAL, l'on trouve également des éducateurs dans le secteur de l'aide aux personnes âgées (maisons de repos, accueil de jour, aide ambulatoire...), mais leur présence est récente et leur nombre encore faible. Les écoles d'éducateurs commencent à organiser des spécialisations d'éducateur en gérontologie. Il y a également quelques éducateurs dans les centres pénitentiaires et les centres de défense sociale. Enfin, quelques centaines d'éducateurs travaillent dans le cadre des politiques socio-pénales mises en place depuis quelques années par les pouvoirs publics fédéraux ou régionaux avec les communes, comme les contrats de sécurité ou de société, et les plans sociaux intégrés (PSI) en région wallonne. Ce nouveau secteur d'activité correspond au mouvement de « territorialisation » et de « municipalisation » de l'aide sociale, qui rapproche les éducateurs non seulement de populations spatialement circonscrites, mais également des élus locaux.

¹⁴ Fonds de sécurité d'existence des Institutions d'Aide aux Jeunes et aux Handicapés, créé par la SCP 319.02. Cette sous-commission paritaire est compétente pour les services privés de l'aide à la jeunesse, l'aide aux personnes handicapées, l'accueil de crise de l'ONE et les centres d'accueil pour adultes en difficulté. Ce champ de compétence correspond à la majeure partie des secteurs 1 à 4 du tableau 2.1.1.

¹⁵ Dans les *Carnets de l'éducateur* (2000), 174 pages sur les 230 consacrées à la description des secteurs d'activité des éducateurs sont relatives au champ de la SCP 319.02.

¹⁶ D'où le changement de nom de la commission paritaire qui s'appelait autrefois « *Maisons d'éducation et d'hébergement* ». Par ailleurs, les « institutions résidentielles » sont devenues des « services résidentiels ». Les mots « maison » et « institution », négativement connotés, ont disparus. Pour plus de détails, voir le chapitre 1 de B. DE BACKER, *Du mur à l'ouvert*, Editions Luc Pire, 2001.

¹⁷ Il s'agit bien ici des assistants sociaux occupant une fonction d'AS.

Dans le champ des soins de SANTE, l'engagement d'éducateurs s'est effectué en deux temps¹⁸. Vers le début des années 1970, des éducateurs sont engagés dans des services accueillant des enfants (services pédiatriques, structures psychothérapeutiques...). Ensuite, vers 1985, dans le cadre de nouvelles politiques en matière de santé mentale, des éducateurs commencent à faire partie d'équipes soignantes dans des services psychiatriques pour adultes. Certaines écoles organisent des formations d'éducateur en santé mentale. Enfin, un certain nombre d'éducateurs exercent des fonctions d'animation en milieu hospitalier. Sous réserve de comptage plus précis (voir chapitre suivant), le nombre d'éducateurs travaillant dans le secteur des soins de santé (surtout mentale) serait d'environ 500¹⁹.

Un certain nombre d'éducateurs travaillent dans le champ SOCIO-CULTUREL, le plus souvent en occupant une fonction d'animateur. Mais nous ne connaissons pas la proportion des 12.000 travailleurs de ce champ²⁰ qui ont une formation et/ou exercent une fonction d'éducateur. Enfin, le MILIEU SCOLAIRE emploie également un nombre considérable d'éducateurs (5.923 parmi les « auxiliaires d'éducation » durant l'année scolaire 2000-2001).

Il y a donc indéniablement un phénomène de concentration des éducateurs dans certains secteurs, par opposition à la dispersion des assistants sociaux. Ceci est probablement lié à la fonction plus technique des AS (gestion de dossiers, rôle d'information des personnes, médiation avec d'autres services...) qui implique des relations plus ponctuelles avec leurs « clients », alors que les éducateurs assument souvent un accompagnement de la vie quotidienne de jeunes et d'adultes, et développent dès lors des relations plus suivies qui nécessitent une proportion plus élevée d'éducateurs par bénéficiaire. Ceci est évidemment particulièrement le cas dans les services résidentiels et semi-résidentiels, pour la plupart regroupés dans la SCP 319.02, qui demandent un accompagnement de proximité plus intensif. Bien entendu, cette dispersion différente des deux métiers s'estompe dans les services où AS et éducateurs font le même travail, souvent sous l'appellation générique de travailleur social ou d'intervenant social.

¹⁸ Voir F. GASPAR, *Les éducateurs et la santé* in *Les carnets de l'éducateur*.

¹⁹ Dont 377 dans les hôpitaux (chiffres de 1997).

²⁰ Il n'y a pas, à notre connaissance, de cadastre de l'emploi par qualification dans les différents secteurs qui composent ce champ.

CHAPITRE 3 LA DEMANDE DE TRAVAILLEURS SOCIAUX

L'analyse de la demande de travailleurs sociaux s'effectuera par secteurs ou sous-secteurs d'activité et, à l'intérieur de ceux-ci, par dénomination et/ou par type d'activité professionnelle. L'analyse sectorielle sera éventuellement ventilée par région, en fonction des tutelles publiques. Par ailleurs, cette analyse sera située dans le temps, en mettant en évidence les évolutions qualitatives et quantitatives¹ qui ont caractérisé les secteurs examinés – du moins lorsque les données sont disponibles.

Pour rappel, les secteurs concernés seront, d'un côté, une partie de ceux qui composent le champ des soins de santé et, de l'autre, une partie du champ de l'aide sociale. La délimitation des composantes de ces deux champs est celle que nous avons définie dans le chapitre précédent. Nous commencerons notre analyse par celle de l'aide sociale, regroupant le plus grand nombre de travailleurs sociaux.

3.1. Méthodes et sources d'information

Différentes approches de la demande actuelle de travailleurs sociaux sont possibles. Dans la mesure où la quasi-totalité des services concernés par notre étude sont agréés par les pouvoirs publics (fédéraux, communautaires ou régionaux), les normes d'encadrement peuvent nous donner une indication de la demande et de son évolution. Ceci concerne à la fois le nombre minimum de travailleurs sociaux et leurs qualifications requises. Mais ceci n'est possible que lorsque ces normes désignent *explicitement* des travailleurs sociaux, et non des catégories plus englobantes (comme les soignants).

Par ailleurs, la plupart des institutions ont d'autres sources de financement, belges (PRC) ou étrangères², qui permettent de dépasser ces normes. L'approche par l'emploi, à la fois en termes de poste de travail, de personne physique (PP) et d'équivalent temps plein (ETP), est donc plus proche de la réalité.

Enfin, les projets de programmation des services par les pouvoirs publics de tutelle, résultant d'orientations à la fois budgétaires et politiques, peuvent nous donner une idée des évolutions du champ institutionnel (nombre et types de services répartis sur le territoire) qui ont un effet direct sur la demande de travailleurs sociaux.

¹ Ces évolutions sont évidemment fortement influencées par des transformations culturelles, socio-économiques et démographiques, ainsi que par les politiques mises en place pour y faire face et les budgets qui les accompagnent.

² C'est notamment le cas pour de nombreuses institutions pour personnes handicapées qui accueillent des personnes en provenance de France et sont financées à cet effet par des subventions françaises.

Nous commencerons systématiquement notre analyse sectorielle par la description du champ institutionnel qui caractérise le secteur. Ceci concerne, d'un côté, la typologie des types de services existants, leur nombre et leur répartition régionale et, de l'autre, les pouvoirs de tutelle dont ils dépendent

Les sources d'informations qualitatives et quantitatives seront mentionnées dans chacune des parties. La diversité et l'hétérogénéité des secteurs examinés ne permettent pas de faire appel à des sources transversales, sauf les statistiques habituelles de l'ONSS pour les services *privés*, et de l'INS (dont le recensement de 1991). Malheureusement, ces dernières données ne donnent pas de ventilation par fonction ou niveau de qualification.

3.2. La demande de travailleurs sociaux pour les secteurs examinés

Rappelons que tous les secteurs des soins de santé et de l'aide sociale ne seront pas pris en compte de manière détaillée pour des raisons de temps. Nous mentionnerons cependant les autres secteurs à la fin de ce chapitre (point 3.3), en essayant de fournir une estimation du nombre de travailleurs sociaux qui y sont actifs.

3.2.1. Le champ de l'aide sociale

Trois secteurs seront examinés dans cette partie : ceux des *Etablissements et services d'éducation et d'hébergement*, de l'*Aide aux personnes âgées* et de l'*Aide familiale à domicile*. Les services francophones *privés* de ces trois secteurs font partie d'une commission paritaire spécifique. La SCP 319.02 pour le premier, la SCP 305.2 pour le second et la SCP 318.01 pour la troisième. Un certain nombre de services de statut *public* sont extérieurs à ces commissions paritaires, mais seront inclus dans notre analyse.

3.2.1.1. Le secteur des Etablissements et services d'éducation et d'hébergement

Ce secteur est sans doute celui qui emploie le plus de travailleurs sociaux, dont une très large majorité exerce la fonction d'éducateur. La prépondérance de cette fonction s'explique par l'origine historique du secteur : la prise en charge résidentielle d'une catégorie de mineurs d'âge qualifiée autrefois d'« *enfance inadaptée* » (orphelins, handicapés, enfants en danger, délinquants...). Cependant, depuis la création de la commission paritaire en 1974 dans la foulée du « scandale des homes » et de la professionnalisation, le secteur s'est considérablement transformé :

- Le public n'est plus seulement composé de mineurs d'âge mais également (à part presque égale) d'adultes, voire, dans certains cas, de personnes âgées.

- Le mode de prise en charge n'est plus exclusivement résidentiel mais comporte de nombreuses variantes (placement familial, centres de jour, appartements supervisés, logements communautaires, suivi ambulatoire...); les objectifs de soutien à l'autonomie, de prévention et d'intégration dans le milieu de vie (ce qui n'équivaut pas toujours au domicile) sont relayés par les pouvoirs publics et inscrits dans les textes réglementaires de base ; le travail de réseau s'est fortement développé.
- Le champ institutionnel s'est très spécialisé, selon trois axes principaux : âge des bénéficiaires, nature de la problématique et mode d'intervention ; il y a actuellement pas moins de 31 catégories de services, sans compter les subdivisions internes aux institutions, comme des unités de vie spécialisées en fonction d'une fraction du public.
- Les tutelles publiques se sont également diversifiées : après une phase de dévolution de la tutelle aux Communautés (1980), celle-ci a été transférée aux Régions (1993), sauf pour l'aide à la jeunesse demeurée communautaire.
- La taille des services s'est réduite, conséquence de la spécialisation et de la volonté d'éviter les « institutions mamouths » isolées de l'environnement social.
- La tendance générale est à une diminution des prises en charge résidentielles (voulue par les pouvoirs de tutelle), ce qui a débouché sur un raccourcissement des séjours et une augmentation de la rotation dans les institutions offrant un hébergement – le secteur des handicapés adultes fait cependant exception sur ce point.
- Le niveau de qualification des travailleurs sociaux s'est sensiblement élevé, quoique de manière très inégale selon les sous-secteurs.

Champ institutionnel

Ces quelques tendances transversales ne doivent pas occulter une assez grande variété de situations en fonction des sous-secteurs. Ces derniers sont au nombre de quatre, classés par ordre d'importance numérique de travailleurs occupés :

1. L'aide aux personnes handicapées³
2. L'aide à la jeunesse
3. Les centres d'accueil pour adultes en difficulté
4. L'accueil de crise de l'ONE

Les deux premiers sous-secteurs représentent environ 92% de l'emploi et les deux derniers se partagent inégalement les 8% restants, avec un poids nettement plus grand pour les centres d'accueil pour adultes (7%) depuis le transfert de la tutelle des maisons maternelles aux régions.

³ Il s'agit ici des structures de « soins médico-socio-pédagogiques » sous diverses formes (hébergement, accueil de jour, accompagnement ambulatoire...) et non de « reclassement social » (comme les entreprises de travail adapté - anciennement « ateliers protégés »).

L'aide à la jeunesse est le seul secteur qui demeure sous la tutelle de la Communauté française⁴, alors que l'aide aux personnes handicapées et les centres d'accueil pour adultes ont été régionalisés et que l'accueil de crise de l'ONE dépend, comme son nom l'indique, du « paracommunautaire » qu'est l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

Si une très forte majorité des services est privée, il existe des services publics, surtout dans l'aide aux personnes handicapées et, beaucoup moins, dans l'aide à la jeunesse. Dans ces derniers cas, les services publics (SAJ, SPJ, IPPJ) ont des fonctions et compétences spécifiques.

Le tableau suivant indique les tutelles publiques des secteurs.

Tableau 3.2.1.1.1. : Les tutelles publiques du secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement (CFGB, situation en 2001)

Sous-secteurs	Partie francophone	Partie germanophone
L'aide aux personnes handicapées	1. Région wallonne : Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) 2. Région bruxelloise : COCOF (SBFPH) ⁵	<i>Dienststelle für Personen mit Behinderung</i>
L'aide à la jeunesse	Communauté française : Administration de l'aide à la jeunesse	<i>Jugendhilfedienst der Deutschsprachigen Gemeinschaft</i>
Les centres d'accueil pour adultes en difficulté	1. Région wallonne : Direction générale de l'action sociale et de la santé 2. Région bruxelloise : COCOF (aide sociale)	<i>Sozialhilfezentren</i>
L'accueil de crise de l'ONE	Communauté française : Office de la Naissance et de l'Enfance	<i>Dienst für Kind und Familie</i>

L'éclatement du secteur en sous-secteurs et tutelles diverses ne facilite pas l'analyse statistique de l'emploi, les chiffres des tutelles ne comptabilisant bien souvent que les emplois subventionnés. Les contrats type PRC, sur fonds propres ou subsides étrangers ne sont pas repris dans ces chiffres. Il sera donc nécessaire de croiser plusieurs données pour nous faire une idée approximative de l'emploi. Par ailleurs, si les données de l'ONSS nous permettent d'avoir une vue d'ensemble (mais sans les PRC et uniquement pour les services privés), elle ne nous fournissent pas la ventilation par fonction, mais uniquement par sexe, temps de travail et type de contrat (ouvrier ou employé).

⁴ Pour des raisons qui tiennent notamment à la problématique des jeunes francophones domiciliés dans les communes à facilités.

⁵ Service bruxellois francophone pour les personnes handicapées.

Emploi des travailleurs sociaux

L'évaluation de la structure de l'emploi des travailleurs sociaux peut-être faite en croisant les données collectées par le Fonds ISAJH pour les services privés avec celles de l'ONSS.

Selon les données ONSS, le nombre total de travailleurs⁶ cotisant à l'Office (aucun PRC n'est repris dans ces chiffres) était de 16.612 au 3e trimestre 2000. Ce chiffre est en augmentation sensible⁷, ce qui s'explique en partie par les quatre phases des emplois Maribel, créés dans le secteur à partir de 1997. Pour connaître la ventilation interne (approximative) par fonction, nous avons appliqué les pourcentages issus d'une enquête menée par le Fonds ISAJH en 1996 aux effectifs ONSS.

Tableau 3.2.1.1.2. : Estimation de l'emploi (PP) des travailleurs sociaux dans les services privés agréés (CFGB, 2000)

Enquête ISAJH (1996)		ONSS 3e t. 2000	Selon ventilation ISAJH
Fonctions	% fonctions	Effectifs totaux	Effectifs par fonction
Educateur chef groupe	1,5%	nd	251
Chef éducateur	5,0%	nd	824
Educateur classe 1	22,3%	nd	3.712
Educateur classe 2A	11,2%	nd	1.862
Educateur classe 2B	8,5%	nd	1.405
Educateur classe 3	5,3%	nd	873
Total éducateurs	53,7%	nd	8.927
Assistant social ⁸	5,6%	nd	932
Total éducateurs + AS	59,3%	nd	9.859
Total travailleurs secteur	100%	16.612	16.612

Ces estimations nous montrent, d'un côté, que les travailleurs sociaux (entendus comme les AS et les éducateurs) constituent à peu près 60% des travailleurs du secteur et, de l'autre, que les éducateurs représentent un peu plus de 90% des travailleurs sociaux. Par ailleurs, les travailleurs sociaux gradués (éducateurs classe 1 – dont chef éducateurs et chefs de groupe – et assistants sociaux) sont légèrement majoritaires (58%).

Les évolutions du secteur et des données complémentaires, collectées dans le cadre d'une recherche sur les besoins en formation, indiquent que la proportion de gradués s'est sensiblement accrue et dépasse actuellement les 60%.

⁶ Sauf mention contraire, le terme « travailleur » désigne des personnes physiques.

⁷ Les données ONSS au 3e trimestre 1999 donnaient 15.096 travailleurs (poste de travail).

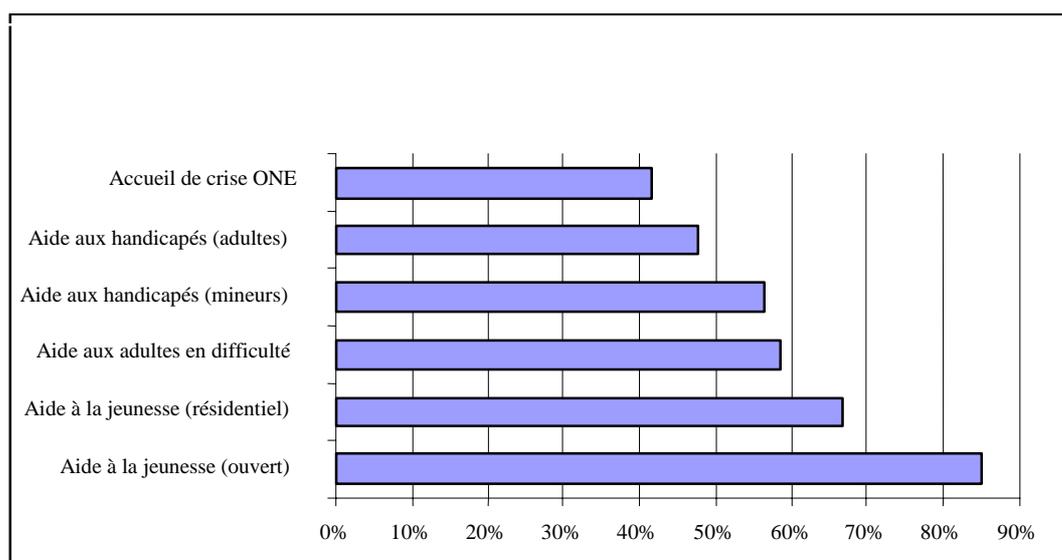
⁸ Exerçant la fonction d'assistant social. Certains assistants sociaux travaillent comme éducateur, surtout dans l'aide à la jeunesse.

La ventilation par secteur interne donne une répartition très inégale, l'aide aux personnes handicapées et l'aide à la jeunesse se taillant la part du lion. Le secteur de l'aide aux personnes handicapées rassemble à peu près 58% des emplois ETP et l'aide à la jeunesse 34%. Les 8% restant se répartissent entre les deux petits secteurs, l'accueil de crise de l'ONE et les centres d'accueil pour adultes en difficulté.

La répartition des travailleurs sociaux entre les quatre composantes du secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement n'est pas très différente, sinon que le nombre de médecins et de paramédicaux (kiné, ergothérapeutes, logopèdes...) est plus élevé dans le secteur handicap, ce qui diminue d'autant la proportion de travailleurs sociaux. La situation est inverse dans l'aide à la jeunesse.

Enfin, le niveau de qualification moyen des travailleurs sociaux, mesuré par le niveau de diplôme requis, varie sensiblement d'un secteur à l'autre.

Figure 3.2.1.1.1. Proportion de travailleurs sociaux issus de l'enseignement supérieur (Enquête ISAJH, 1996)



Le graphique 3.2.1.1.1., construit à partir des données issues d'une enquête auprès des directions des services privés⁹, montre l'écart important entre les différentes composantes du secteur en matière de qualification des travailleurs sociaux.

⁹ Les données du graphique comprennent les psychologues et les puéricultrices. Ce léger biais ne modifie cependant pas les écarts globaux entre secteurs et sous-secteurs.

Ces écarts dépendent principalement, d'un côté, de la nature du public et, de l'autre, des modalités d'intervention auprès de celui-ci. Ainsi, les travailleurs sociaux qui opèrent en milieu ouvert ont un niveau de qualification moyen nettement plus élevé que les autres, ceci pour des raisons qui tiennent notamment à la complexité plus grande des tâches qu'ils ont à assumer. A l'inverse, le travail exclusivement en milieu résidentiel ou semi-résidentiel, développant peu de contacts avec le milieu extérieur, est souvent associé à des tâches plus cloisonnées et moins complexes. C'est un des axes qui différencie le travail avec des personnes handicapées adultes et mineures (plus de contacts avec la famille et le monde extérieur, ainsi qu'un turn-over plus important des bénéficiaires). Du côté du public, on peut constater une certaine corrélation entre le degré de dépendance de celui-ci et le niveau de qualification. Les personnes lourdement handicapées (souvent déficientes mentales¹⁰) et les enfants en bas âge sont encadrés par des travailleurs sociaux (éducateurs et puéricultrices pour la plupart) d'un niveau de qualification moins élevé que les jeunes et les adultes en difficultés psychosociales.

Comme les politiques actuelles tendent à favoriser l'accompagnement ambulatoire en milieu de vie, le public des institutions résidentielles, autant dans l'aide aux personnes handicapées que dans l'aide à la jeunesse, est plus dépendant. Les deux facteurs influant sur le niveau de qualification ont donc souvent tendance à se cumuler.

Tableau 3.2.1.1.3. : Estimation de l'emploi (ETP¹¹) des travailleurs sociaux dans les services publics (CFGB, 2001)

Institutions publiques de protection de la jeunesse (IPPJ) 5 institutions		SAJ et SPJ 26 services	Total AJ ¹² 31 services		Services publics d'aide aux handicapés ¹³ 40 services		Total général 102 services	
Fonctions	N	N	N	%	N	%	N	%
Educateur ¹⁴	193	-	193	25,7%	497,0	49,0%	690	39,1%
Assistant social ¹⁵	8	259,6	267,6	35,7%	29,4	2,9%	297	16,8%
Total éduc + AS	201	259,6	460,6	61,4%	526,4	51,9%	987	55,9%
Total travailleurs	376,9	373,3	750,2	100%	1014,2	100%	1764,4	100%

¹⁰ A peu près 80% du public des services et institutions d'aide aux personnes handicapées souffrent de déficience mentale, légère ou profonde.

¹¹ Nous ne disposons pas de données en PP pour les services publics pour handicapés et avons dès lors pris l'option de présenter toutes les données en ETP. Pour obtenir une évaluation approximative du nombre de travailleurs PP, il y a lieu de multiplier le total par 1,3, ce qui donne 1.283 travailleurs sociaux dans ces services. Ceci représente 11,3% de l'ensemble des travailleurs sociaux du secteur (11.142).

¹² Données extraites du rapport d'activité 1999 de la Direction générale de l'aide à la jeunesse.

¹³ Il s'agit d'institutions wallonnes ; il n'y a pas d'institutions publiques pour handicapés à la COCOF (mais bien à la COCOM). Les données proviennent de l'AWIPH (août 2001).

¹⁴ L'appellation officielle est « personnel éducatif et pédagogique », dans lesquels sont inclus une dizaine d'assistants sociaux et de conseillers laïques, que nous avons soustraits de ces chiffres.

¹⁵ Exerçant la fonction de délégué dans les SAJ et les SPJ.

Soulignons tout d'abord que, tout comme pour les services privés, les dénominations des fonctions exercées et les titres requis pour y accéder peuvent varier. Les éducateurs dans les IPPJ peuvent porter des grades et avoir suivi des formations diverses, ce qui n'est pas le cas des AS. Par ailleurs, dans les SAJ et les SPJ, nous avons comptabilisé les délégués et les délégués en chef comme assistants sociaux, la plupart ayant cette formation (mais parfois aussi celle d'éducateur spécialisé, de criminologue, de sociologue...).

Les données statistiques relatives aux services publics montrent de fortes similitudes avec celles des services privés du même secteur. On remarquera d'abord que, dans l'aide à la jeunesse, les travailleurs sociaux constituent plus de 60% des travailleurs, alors qu'ils représentent une proportion moins forte dans le secteur de l'aide aux personnes handicapées. Ensuite, que les éducateurs dominent dans les services résidentiels, comme les IPPJ et les institutions pour personnes handicapées, alors que les assistants sociaux se retrouvent dans des services comme les SAJ et les SPJ, où leur travail est à la fois plus individualisé et plus ambulatoire. De plus, les SAJ connaissent actuellement de nouvelles orientations par la création de sections de prévention générale, dont le travail est assez proche de celui des AMO (travail communautaire préventif sur un territoire donné – dans ce cas l'arrondissement judiciaire).

La tableau 3.2.1.1.4. donne une estimation de l'ensemble des travailleurs sociaux dans le secteur, sur base d'une conversion des données ETP en donnée PP pour les services publics.

Tableau 3.2.1.1.4. : Estimation de l'emploi total (PP) des travailleurs sociaux dans les services privés et publics (CFGF, 2001)

Secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement						
Fonctions	Services privés		Services publics		Total	
Educateur	8.927	90,9%	897	9,1%	9.824	100%
Assistant social	932	70,7%	386	29,3%	1.318	100%
Total	9.859	88,5%	1.283	11,5%	11.142	100%

Evolutions en cours

Les transformations passées et actuelles, dont nous avons déjà pointé quelques éléments, sont inséparables de celles qui affectent la société dans son ensemble. Bien entendu, ces changements se réfractent de manière particulière dans le secteur, avec les singularités de ses différentes composantes internes. Elles touchent à la fois les besoins en matière d'aide sociale et les modalités d'exercice du travail social. Nous les synthétisons ici brièvement en soulignant leur impact sur la demande de travailleurs sociaux.

Globalement, les transformations des formes familiales et du tissu social de proximité, l'individualisation croissante de l'existence et la dualisation de nos sociétés ne peuvent qu'augmenter la demande de travailleurs psycho-sociaux *largo sensu*, face à l'extension de la vulnérabilité sociale. Le passage d'une société « traditionnelle » dans le champ normatif et éducatif à une société dont la réflexivité institutionnelle pénètre jusqu'au cœur des traits identitaires du sujet, de sa famille et de ses liens de proximité¹⁶ est contemporain de la professionnalisation d'une série de tâches qui faisaient autrefois partie de la solidarité privée (familiale et communautaire)¹⁷.

Ce processus global est contemporain d'une transformation profonde de l'emploi (augmentation des statuts précaires, intérim, contrats à durée déterminée, chômage de longue durée...) qui débouche sur une précarisation croissante de nombreuses familles et individus, confrontés au cumul d'une fragilisation identitaire, sociale et économique.

La « reconstruction du lien social » et l'accompagnement de jeunes (handicapés ou non) issus de familles en situation de précarisation socio-économique et identitaire (« la perte des références et des repères ») est un des leitmotivs d'un secteur comme l'aide à la jeunesse et de la petite enfance, associé au thème de l'anomie et de la violence. De même, la prise en charge des personnes handicapées adultes dans des institutions spécialisées n'est pas sans rapport avec l'affaiblissement des solidarités familiales, et des difficultés particulières dont souffrent les familles issues des milieux populaires¹⁸.

L'individualisation affecte également la pratique des travailleurs sociaux, invités à tenir compte des singularités individuelles et du « système » familial des personnes qu'ils accompagnent. La généralisation de la pratique de l'« éducateur-référent » – interlocuteur privilégié ou *coach* du bénéficiaire et interface avec les autres instances – en est une illustration emblématique dans les institutions résidentielles du secteur. La pratique professionnelle devient de plus en plus, comme le soulignait J. ION¹⁹, un « *travail social au singulier* ». Par ailleurs, le modèle culturel du sujet autonome modifie considérablement les principes de légitimité qui guident la relation aidant-aidé et complexifient le travail, avec les conséquences qui en découlent sur le niveau de qualification souhaité par les directions et exigé par les situations concrètes de travail.

¹⁶ Ce que Robert CASTEL appelle la « garde rapprochée » de l'individu. Il est significatif que de nouveaux emplois dans ce domaine soient qualifiés justement d'« *emplois de proximité* » (ou de solidarité).

¹⁷ Voir, plus loin, le cas exemplatif des « aides ménagères » devenues aide familiales, suppléant à la carence de soutien familial et communautaire auprès d'une population fragilisée par des problèmes économiques, psychosociaux (assuétudes, isolement, santé mentale..) et/ou de santé lié ou non à l'âge.

¹⁸ Si le handicap est majoritairement d'origine organique (sauf pour la catégorie dite « 140 »), de nombreux témoignages (à défaut de statistiques) font état d'une forte intrication des déficiences sensorielles, physiques ou mentales et des problèmes sociaux. Les données relatives à la France indiquent une très nette sur-représentation des personnes d'origine défavorisée dans les institutions pour personnes handicapées (59% des enfants et 89% des hommes adultes accueillis dans les institutions sont d'origine ouvrière – in *Les personnes dépendantes en institution*, INSEE août 1999). Ce phénomène concerne plus particulièrement la prise en charge résidentielle, dans la mesure où le maintien dans le milieu de vie dépend en bonne partie des ressources socioculturelles et familiales de la personne handicapée. Ajoutons à cela que le coût, *pour l'usager*, est plus élevé dans le cas du maintien dans le milieu de vie.

¹⁹ ION J., *Le travail social au singulier*, Dunod, 1998.

En ce qui concerne le champ institutionnel, la tendance de fond est à la spécialisation des services et institutions en fonction du public et des modes d'intervention auprès de celui-ci, y compris au sein même des institutions (création d'unités de vie et/ou d'équipes spécialisées). Cette spécialisation induit un recours croissant à la formation continuée, la formation initiale ne pouvant pas préparer les travailleurs sociaux (et surtout les éducateurs dans ce cas) à toutes les tâches qu'ils seraient potentiellement conduits à assumer dans les différents secteurs. Elle constitue par ailleurs une entrave à la mobilité intersectorielle des travailleurs sociaux, pourtant souhaitée par de nombreux acteurs.

Dans une majorité des services et institutions du secteur, le cloisonnement strict et « taylorien » entre les éducateurs et les assistants sociaux, voire psychologues, tend à s'estomper. Dans certains cas (surtout l'aide à la jeunesse), ce décroisement aboutit à un fort recouvrement des tâches, dans d'autres, il débouche sur une collaboration accrue au sein d'équipes pluridisciplinaires.

Enfin, la conjonction de facteurs démographiques, économiques (fermeture de nombreux ateliers protégés) et institutionnels a considérablement accru le nombre de personnes handicapées adultes prises en charge dans des institutions résidentielles ou des centres de jour. Entre 1975 et 1998, le nombre de places pour personnes handicapées adultes est passé de 411 à 5.706, alors que celles réservées aux mineurs passait de 7.000 à 5.278, ceci pour la seule région wallonne. Ce sous-secteur est devenu le plus important en termes d'emploi dans les établissements et services d'éducation et d'hébergement.

Toutes ces évolutions – dont l'impact sur les besoins en travailleurs sociaux, sur leurs profils de fonction et sur la formation, initiale et continuée, sont très importants – se retrouvent *mutatis mutandis* dans d'autres secteurs de l'aide aux personnes. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

3.2.1.2. Le secteur de l'Aide aux personnes âgées

Les services privés de ce secteur relèvent de la SCP 305.2. Dans la mesure où nous traitons séparément de *l'aide à domicile* dans la section suivante, nous n'aborderons ici que les maisons de repos (MRPA) et les maisons de repos et de soins (MRS), soit le secteur de l'hébergement des personnes âgées, ainsi que celui de l'accueil de jour au sein des ces mêmes maisons ou en liaison avec elles.

La présentation de ce secteur et de son évolution ayant déjà été faite dans les volumes précédents de cette étude, nous ne reprenons ici que les lignes de force principales, en nous focalisant particulièrement sur celles qui peuvent concerner plus directement les travailleurs sociaux.

- Les évolutions des deux dernières décennies se caractérisent par une augmentation considérable des structures d'hébergement pour personnes âgées (MRPA et MRS) et, à l'intérieur de celles-ci, par une croissance de la part relative des MRS²⁰.

²⁰ Le premier statut des MRPA date de 1966, alors que celui des MRS date de 1978.

De 1984 à 1997, le nombre de places agréées dans les MRPA de la partie francophone et germanophone du pays est passé de 32.922 à 58.385, ce qui correspond à une augmentation de 77%. Durant cette même période, les places MRS – quasi inexistantes en 1984 – sont passées à 7.388.

- Si l'on additionne ces deux augmentations, l'on aboutit à un quasi-doublage (+ 99,8%) du nombre de places en 13 ans.
- Selon le protocole d'accord passé entre l'Etat fédéral et les entités fédérées en 1997, 5.000 places MRPA (1.577 pour la Wallonie et 570 pour Bruxelles) pourront être transformées *annuellement* en places MRS d'ici 2003. Par ailleurs, l'analyse de l'évolution des forfaits journaliers par catégorie de dépendance montre une augmentation constante des catégories les plus dépendantes.
- Quelques centres de jour (occupationnels ou de soins) ont été créés, soit au sein des maisons de repos, soit en lien avec elles. L'objectif étant, comme dans d'autres secteurs, de retarder le plus longtemps possible le placement en institution et d'apporter un soutien médical et social aux personnes qui demeurent à leur domicile.
- Ces évolutions sont la conséquence, bien entendu, du vieillissement de la population consécutif à l'augmentation de l'espérance de vie, et de la dépendance croissante des personnes de plus en plus âgées (le « quatrième âge »), mais également de la fermeture de certains services hospitaliers pour patients chroniques ou psychiatriques. Sur le plus long terme, elle sont également liées aux transformations sociales et culturelles affectant les structures familiales (croissance de l'isolement social). L'impact de cette dernière variable est statistiquement repérable dans l'augmentation régulière du taux de placement des personnes âgées (+14% des plus de 60 ans entre 1995 et 1999)²¹.
- Par conséquent, les prises en charge se caractérisent, d'un côté, par une médicalisation croissante de l'encadrement des personnes les plus dépendantes (MRS) et, de l'autre, par un certain développement d'activités d'animation à l'intention des personnes âgées plus autonomes, éventuellement accueillies dans des centres de jour. Ce dernier mouvement se traduit par des modifications dans les qualifications requises pour occuper certains postes dans les MRPA et MRS.
- La nouvelle catégorie de « personnel qualifié accomplissant des tâches de réactivation, de rééducation fonctionnelle et de réintégration sociale », issue de la subdivision récente (1996) du « personnel paramédical », inclut les assistants sociaux dans les qualifications admises, mais pas les éducateurs (alors que les diplômés en « orthopédagogie » – titre néerlandophone équivalent à celui d'éducateur²² – sont également admis).
- Par ailleurs, les éducateurs, les éducateurs diplômés et les assistants sociaux (entre autres) peuvent être engagés comme « soignants » dans les MRPA et MRS.

²¹ Cette croissance concerne toutes les classes d'âge à partir de 60 ans, et ne résulte donc pas uniquement d'une modification de la structure démographique interne des plus de 60 ans. D'autres facteurs peuvent évidemment influencer cette augmentation.

²² Depuis la réforme de 1995 dans la Communauté flamande, il n'y a plus que deux formations dans le champ du travail socio-éducatif (niveau diplômé), appelé *social agogisch werk* en néerlandais : *Orthopédagogie* et *sociaal werk*. La première conduit au métier d'éducateur, la seconde à celui de travailleur social (AS).

Il existe donc une assez large palette de qualifications admises pour cette dénomination, ce qui constitue une porte d'entrée pour les travailleurs sociaux dans ce secteur en pleine croissance, mais sans reconnaissance de leur fonction spécifique. Cette relative indétermination complique l'établissement de données statistiques précises sur l'emploi actuel en fonction de la qualification, ainsi que l'étude de l'offre, dans la mesure où plusieurs titres peuvent donner accès aux mêmes fonctions dans le champ de l'accueil résidentiel des personnes âgées.

Champ institutionnel

Les institutions peuvent avoir trois statuts différents : privé commercial, privé associatif et public. La majorité des MRPA sont de type commercial, alors que la situation est inverse pour les MRS.

Les dernières données dont nous disposons (1998) font état de 1.121 institutions, dont 867 en Wallonie et 254 à Bruxelles. La répartition de ces institutions en fonction de la taille, mesurée par le nombre de lits, est donnée dans le tableau 3.2.1.2.1.

Tableau 3.2.1.2.1. : Maisons de repos et maisons de repos et de soins, par taille (1998)

	< 25 lits		25-49 lits		50-99 lits		> 100 lits		Total	
Wallonie	155	17,9%	367	42,3%	240	27,7%	105	12,1%	867	100,0%
Bruxelles	73	28,7%	56	22,0%	73	28,7%	52	20,5%	254	100,0%
Total	228	20,3%	423	37,7%	313	27,9%	157	14,0%	1.121	100,0%

Mesuré en nombre d'institutions, la majorité de celles-ci (58%) comporte moins de 50 lits, particulièrement en Wallonie (60,2%) et moins à Bruxelles (50,7% - mais il y a beaucoup de très petites maisons). Bien entendu, la ventilation par nombre de places donne logiquement une répartition très différente, comme le montre le tableau 8.

Tableau 3.2.1.2.2. : Maisons de repos et maisons de repos et de soins, par places (1998)

	< 25 lits		25-49 lits		50-99 lits		> 100 lits		Total	
Wallonie	3.663	7,4%	11.214	22,6%	16.549	33,4%	18.151	36,6%	49.577	100,0%
Bruxelles	1.228	7,5%	2.119	13,0%	5.245	32,2%	7.702	47,3%	16.294	100,0%
Total	4.891	7,4%	13.333	20,2%	21.794	33,1%	25.853	39,2%	65.871	100,0%

Près des trois quarts (72,3%) des places se trouvent dans des institutions de plus de 50 lits, ce pourcentage atteignant 79,5% à Bruxelles où un peu moins de la moitié des places sont situées dans des institutions de plus de 100 lits. Les évolutions récentes indiquent une diminution des maisons de petite taille, plus vulnérables que les grandes en matière de respect des normes.

Emploi des travailleurs sociaux

Le tableau suivant donne la répartition du *personnel des soins* par catégorie et par région, ainsi que l'évolution depuis 1993 (= 100). La catégorie « kiné & ergo/logo » était incluse dans la catégorie « paramédicaux » jusqu'en 1995, et a été distinguée ensuite d'une nouvelle catégorie de travailleurs qualifiés de « personnel de rééducation », comme nous l'avons signalé plus haut. Les indices de croissance 93/99 concernent les deux catégories cumulées.

Tableau 3.2.1.2.3. : Emplois (personnel des soins) ETP dans les MRPA et les MRS (1999)

	Praticiens de l'art infirmier		Soignants		Kiné & ergo/logo		Personnel de rééducation		Total	
Wallonie	3.736	36,1%	5.987	57,9%	520	5,0%	94	0,9%	10.337	100,0%
Bruxelles	1.217	36,6%	1.869	56,1%	214	6,4%	29	0,9%	3.329	100,0%
Total	4.953	36,2%	7.856	57,5%	734	5,4%	123	0,9%	13.666	100,0%
Croissance 93/99	Praticiens de l'art infirmier		Soignants		Kiné & ergo/logo et personnel de rééducation					
Wallonie	135,3		111,8		202,6					
Bruxelles	121,6		105,4		157,7					

La répartition des catégories de personnel est quasiment identique dans les deux régions : le groupe professionnel le plus important est constitué des soignants, suivi par les PAI et l'ancienne catégorie « paramédicaux ». On constate cependant que la croissance depuis 1993, exprimée en pourcentage, suit un ordre exactement inverse : c'est la « petite » catégorie des paramédicaux qui a connu l'augmentation la plus forte (avec un peu plus d'un doublement en Wallonie), suivie des PAI. Les soignants ont quant à eux connu la croissance la plus faible. En chiffres absolus, ce sont les PAI qui ont le plus progressé.

La pluralité des qualifications admises pour exercer les fonctions de « soignant » ou « personnel qualifié accomplissant des tâches de réactivation, de rééducation fonctionnelle et de réintégration sociale²³ » rend impossible l'identification du nombre de travailleurs sociaux diplômés, exerçant leur activité dans le secteur. Il est par ailleurs peu probable que les différentes catégories d'éducateurs (issus de l'enseignement secondaire ou supérieur) engagés sous ces dénominations exercent véritablement un travail de type socio-éducatif, même entendu *largo sensu* ; la situation est probablement un peu différente pour les AS.

²³ Le caractère particulièrement extensif de cette nouvelle dénomination (et des qualifications admises) nous semble symptomatique de la difficile émergence d'une fonction spécifiquement « sociale » dans les maisons de repos, entendue dans le sens de l'accompagnement psychosocial des personnes et/ou de l'animation. A moins que son extension n'ait pour objectif de conférer une plus grande marge de manœuvre aux gestionnaires des maisons, leur permettant d'adapter plus finement le recrutement de travailleurs en fonction des spécificités de leur institution et de son public.

A défaut de données statistiques, diverses informations collectées auprès de personnes-ressources connaissant bien le secteur confirment cette hypothèse : les éducateurs engagés effectuent rarement un travail d'éducateur, mais bien de soignant ou parfois d'animateur, et seuls les AS, présents dans de grosses institutions de plus de 100 lits, effectuent un travail social, souvent de type administratif, voire d'animation. Si l'on s'en tient à ces informations, il n'y aurait guère plus d'une centaine de travailleurs sociaux, essentiellement des AS, dans le secteur des MRPA et MRS, auquel il faut ajouter une soixantaine de travailleurs ETP récemment engagés dans le cadre des différentes phases du Maribel social dans le secteur *privé*, ce qui fait un total approximatif de 160 ETP. Ce chiffre, très faible, représente un peu plus de 1% de l'ensemble des travailleurs du secteur (mais la fonction sociale est souvent externalisée, notamment dans les MR des CPAS).

Evolutions en cours

Quelques écoles d'éducateurs, que ce soit au niveau secondaire ou supérieur (promotion sociale), ont créé récemment une formation « d'éducateur en gérontologie » ou un post-graduat « gérontologie » à destination des éducateurs spécialisés. La création de ces options donne à penser que des opportunités d'emploi étaient perçues par leurs initiateurs, sans que l'on sache si cette perception est fondée. Différentes sources indiquent que la plupart de ces éducateurs travaillent dans les services d'aide aux personnes handicapées adultes – dans lesquels le vieillissement des résidents constitue une problématique majeure – et non dans des maisons de repos.

De plus, dans le cas de l'enseignement secondaire, ces options ont parfois déjà été fermées, faute d'étudiants. Ceux-ci n'apparaissent guère tentés par cette spécialisation, pour des motifs qui tiennent aux conditions d'engagement dans le secteur des maisons de repos. Il n'y a en effet pas d'emplois spécifiques correspondant à leur formation et les rémunérations y sont inférieures à celles offertes par d'autres secteurs.

Une autre indication des évolutions en cours peut être donnée par les emplois Maribel, évoquées plus haut, dont les dénominations sont fournies par les employeurs. Les données relatives à ces emplois (arrêtées en octobre 2001) font état d'une soixantaine d'engagements de travailleurs sociaux (ETP) sous des appellations très variées, qui concernent tantôt la fonction, tantôt la qualification : « animation », « assistant social », « accompagnement social », « relation sociale », « éducatrice », « accompagnement projet de vie », « encadrement et confort », « gérontologue social »...

La fonction la plus souvent citée par les employeurs est très largement celle d'animation, ce qui correspond aux tendances que nous avons signalées plus haut. L'ensemble de ces fonctions à caractère social représente un peu moins de 25% des emplois Maribel (principalement dans les maisons à statut associatif en Wallonie). Cette évolution rejoint celle que l'on peut observer dans les institutions pour personnes handicapées adultes, où l'animation, assumée par des éducateurs, connaît un développement non négligeable. Il n'en demeure pas moins que cette fonction d'animation ne correspond pas véritablement à la formation reçue ni aux missions « traditionnelles » des éducateurs²⁴.

²⁴ C'est généralement le terme d'*accompagnateur* et non d'*animateur* qui est associé à celui d'éducateur dans la partie francophone du pays ; en Flandre, par contre, il existe un titre « *Begeleider-animator voor bejaarden* » délivré par certaines écoles.

3.2.1.3. L'Aide familiale à domicile

Nous ne parlerons pas ici des soins infirmiers à domicile, qui seront abordés dans la partie suivante de ce chapitre relative au champ des soins de santé, mais bien des différents services d'aide aux familles et aux personnes âgées. Même si ce secteur, comprenant un centaine de services dans la partie francophone et germanophone du pays, n'est pas *a priori* orienté vers les personnes âgées, les données disponibles²⁵ montrent que les personnes de plus de 60 ans constituent dans les faits la grande majorité du public aidé. La COCOF classe d'ailleurs les « services d'aide à domicile » dans la catégorie plus générale de l'aide aux personnes âgées, même si elle mentionne d'autres bénéficiaires parmi le public aidé (personnes handicapées, malades, isolées...) mais pas les familles, alors que la région wallonne utilise, elle, la dénomination « Services d'aide aux familles et aux personnes âgées²⁶ ».

Il apparaît également clairement que la fonction principale de ces services est le maintien (ou le retour) de personnes et de familles fragilisées à leur domicile, et donc surtout des personnes âgées, dans un contexte de croissance continue de l'hébergement en maison de repos. On peut par conséquent classer cette modalité du travail social dans la catégorie plus générale du « soutien à l'autonomie » en milieu de vie, visant à éviter ou retarder la prise en charge résidentielle, voire à faciliter le retour au domicile. L'aide apportée se déploie généralement sur une longue durée et nécessite la plupart du temps une ou plusieurs interventions par semaine.

Champ institutionnel

Les services d'aide familiale sont organisés par les pouvoirs publics (essentiellement les CPAS) et par des associations privées. Si la majorité des services sont publics, la plus grande partie des travailleurs se retrouvent dans les services privés. 52 services publics et 32 services privés sont agréés et subventionnés par la Région wallonne²⁷. 7 services privés sont subventionnés par la COCOF à Bruxelles. Un seul service est actuellement opérationnel en Communauté germanophone.

²⁵ Comme l'enquête effectuée en 1998 par la FESAD auprès d'un échantillon de ses services. Cette enquête fait état de près de 69,5% de personnes âgées parmi les bénéficiaires de l'aide, de 21,7% de familles (avec des enfants) et de 8,8% de personnes handicapées âgées de moins de 60 ans.

²⁶ Cette variété de dénominations (mais aussi de normes) qui résulte de la régionalisation de nombreux secteurs de l'aide sociale (à l'exception de l'aide à la jeunesse et à l'enfance) rend évidemment la recherche de données, notamment statistiques, particulièrement difficile. Il y a non seulement multiplication des sources, mais également non-correspondance croissante des termes utilisés et des réalités désignées. Pointons, pour la petite histoire que la COCOF, sans mentionner les « familles » comme bénéficiaires de l'aide, utilise quand même à plusieurs reprises le terme d'aide « familiale »...

²⁷ *Rapport économique et social 2000* du CESRW.

Emploi des travailleurs sociaux

Nous reprenons ici les quatre catégories principales de travailleurs telles que reprises dans les statistiques des autorités de tutelle. Ces chiffres ne comportent malheureusement pas tous les emplois dans ces catégories (comme les PRIME), dans la mesure où certains d'entre eux n'apparaissent pas dans les données fournies par les services aux tutelles.

Tableau 3.2.1.3.1. : Emplois ETP dans les services d'aide familiale à domicile (1999)

	Aides familiales et aides seniors		Aides ménagères		Encadrement social		Admin.		Autre		Total	
Wallonie	3.969	78,8%	215,5	4,3%	393	7,8%	197	3,9%	261,5	5,2%	5.036	100%
Bruxelles	483	72,6%	117	17,6%	36	5,4%	29	4,4%	nc.	nc.	665	100%
Total	4452	78,1%	332,5	5,8%	429	7,5%	226	4,0%	261,5	4,6%	5.701	100%

Autant la Région wallonne que la COCOF distinguent les « aides familiales » (qualifiées) des « aides ménagères » (non qualifiées). Les premières forment très largement la majorité des travailleurs du secteur, suivis par l'encadrement social et les aides ménagères.

Les TRAVAILLEURS SOCIAUX tels que nous les avons définis se retrouvent donc dans l'encadrement (un travailleur social pour 30 aides familiales, selon les normes actuelles), constitué pour l'essentiel d'assistants sociaux et d'infirmières sociales. Le cadastre du personnel de la Région wallonne utilise d'ailleurs le terme de « travailleur social » pour désigner cette catégorie. Ces travailleurs sociaux représentent 429 ETP dans l'ensemble des services, ce qui représente 7,5% des travailleurs actifs dans le secteur.

Il apparaît cependant important de souligner que les fonctions assumées par les AIDES FAMILIALES relèvent également en grande partie du travail social, ceci en collaboration avec les travailleurs sociaux « officiels » (diplômés) de l'équipe. En sus de leurs missions d'aide à la vie quotidienne et de leur rôle sanitaire, les aides familiales assument en effet également une fonction éducative (notamment dans les familles), relationnelle et sociale, mentionnée explicitement dans les textes de références des autorités de tutelle. Le psychosocial est donc très important dans leur pratique professionnelle effective.

Différentes formations permettent l'accès à la fonction d'aide familiale : certaines relèvent de l'enseignement secondaire de plein exercice, professionnel (*puéricultrice, auxiliaire familiale et sanitaire*) ou technique (*aspirante en nursing*), d'autres de l'enseignement de promotion sociale (*auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivité*).

Evolution en cours

L'évolution en nombre de personnel et en nombre d'heures prestées depuis une vingtaine d'années (pour plus de détail, voir le premier volume de cette étude) ne montre pas de croissance notable, contrairement à d'autres modalités du soutien à l'autonomie en milieu de vie (aide à la jeunesse, aide aux personnes handicapées...). Ceci est d'autant plus curieux que le vieillissement de la population, la préférence affichée à la fois par les principaux intéressés et par les pouvoirs publics pour le maintien dans le milieu de vie, devrait au contraire entraîner une croissance considérable de ce type des services. Différents indicateurs font en effet état d'une augmentation de la demande d'aide, exprimée par les personnes ou par les services sociaux (souvent les CPAS)²⁸.

Les explications données par des acteurs de terrain sont de plusieurs ordres :

- Limitation dans les quotas de subventions octroyées par les pouvoirs publics.
- Concurrence de non-professionnels offrant des tarifs plus avantageux, comme les ALE (fournissant un grand nombre de services de proximité).
- Graves problèmes de recrutement des aides familiales, pour des raisons qui tiennent en partie aux conditions peu attractives de la profession (horaires coupés, charge de travail importante, maigres salaires), mais également à l'âge : ce métier est rarement exercé par des jeunes diplômées, pour des raisons qui tiennent à la nature du public aidé et au type de travail à effectuer.
- Cette pénurie contraste avec la présence de nombreux demandeurs d'emploi qui seraient, selon le Forem et l'Orbem, disponibles pour ce type de travail.
- Du côté de la formation, manque d'heures disponibles dans les écoles, notamment de promotion sociale, pour faire face aux demandes de formation d'aide familiales.
- Turn-over très élevé (départ, interruption de carrière...) des aides familiales dans les services, pour des raisons liées aux conditions de travail et à l'écart considérable entre les qualifications requises et les compétences réellement mises en œuvre, qui génère un degré élevé de « souffrance au travail ».
- Manque de respect et de considération, lié à une identité professionnelle vécue très négativement, à la fois dans les relations avec les bénéficiaires, les collègues plus qualifiés de l'équipe d'encadrement (infirmières, AS) ou d'autres services et l'environnement social plus large.
- L'isolement dans l'exercice du métier, à la fois sur le « terrain » du domicile des bénéficiaires, et dans la communication avec le « staff » du service (manque de transmission d'information par les travailleurs sociaux de l'encadrement)²⁹.

Tous ces éléments appellent clairement à une revalorisation de la profession et de la formation, si l'on veut faire face de manière professionnelle aux besoins qui se font et se feront jour.

²⁸ Voir par exemple l'enquête de la FESAD, *L'aide à domicile et les conditions de son nécessaire développement*, 2000.

²⁹ Pour plus de détail, voir CHAPELIER JEAN-LOUIS, *Approche du métier de l'aide familiale*, Université de Mons Hainaut, 1998.

3.2.2. Le champ des soins de santé

Rappelons que ce champ, tel que nous l'avons délimité (voir point 2.1.) comporte, d'un côté, les hôpitaux généraux, universitaires et psychiatriques, et, de l'autre, divers types d'établissements et de services de santé, dont certains assurent un hébergement médicalisé et d'autres des activités de soin en centre de jour ou de manière ambulatoire. Cette bipartition correspond à celle des commissions paritaires ainsi qu'à une césure entre l'intra et l'extra muros hospitalier.

Bien entendu, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, des professionnels de la santé physique et mentale opèrent également dans le champ de l'aide sociale (notamment dans les institutions et services de l'aide aux personnes handicapées ou dans les maisons de repos) et, inversement, des travailleurs sociaux sont actifs dans le champ des soins de santé, comme nous allons le voir dans les pages qui suivent.

Avant d'aborder les secteurs internes à ce champ, un certain nombre d'éléments transversaux permettent de comprendre la place croissante (effective ou souhaitée) du « social »³⁰ et des « travailleurs sociaux » dans le champ des soins de santé³¹. Nous les résumons ici brièvement, en les distinguant sur base du niveau de leur impact.

- Au niveau global et en amont du système de santé proprement dit
 - Prise en compte croissante du contexte social, culturel et psychologique des personnes (« conception écologique de la santé »), notamment au niveau des causes de morbidité et de mortalité. De nombreuses études ont mis en évidence, non seulement les relations entre la situation socio-économique et les taux de morbidité et de mortalité, indépendamment même d'autres variables comme le mode de vie, mais également le rôle joué par des facteurs plus subtils comme « l'estime de soi » ou « le sentiment de contrôle de sa propre existence ».
 - Dans la foulée de ce dernier facteur et comme dans d'autres secteurs, une prise en compte du patient comme sujet et pas seulement comme « objet de soins », induisant un *empowerment* des patients, et donc une mobilisation de leurs ressources qui peut nécessiter un accompagnement psychosocial. Nous retrouvons ici la présence du « modèle culturel du sujet autonome » déjà évoqué plus haut.
 - C'est donc le discours médical, construit en marge du social et centré sur la « maladie » comme unique objet d'intervention et cause de la souffrance, qui se voit en partie subverti par ce retour du social et du sujet dans le champ de la santé physique et mentale.
 - Effets des mutations sociales et culturelles contemporaines (autonomisation de l'existence, désaffiliation sociale...) dans le domaine de la santé mentale³².

³⁰ Au sens générique de la « dimension sociale » et au sens spécifique de la « question sociale ».

³¹ Voir à ce sujet, notamment, le dossier *La place du (service) social dans l'hôpital*, in l'Observatoire n° 22, 1999.

³² Cf. la note de politique relative aux soins de santé mentale de la Ministre de la santé M. ALVOET, *La psyché : le cadet de mes soucis ?*, Ministère de la santé publique, 2001

- Allongement de la durée de la vie, impliquant des suivis à long terme et un accompagnement psychosocial adapté dans le temps.
- Problématique plus spécifique de l'exclusion sociale et des effets en matière de santé physique et mentale qui s'y trouvent liés.
- Diversité culturelle croissante de nos sociétés, générant des besoins en matière de médiation interculturelle dans le domaine de la santé (notamment mentale, que l'on pense au développement de l'ethnopsychiatrie).
- Au niveau du champ institutionnel
 - Diminution de la durée des hébergements dans les hôpitaux³³ et augmentation consécutive des prises en charge ambulatoires dans l'environnement social des personnes (notamment dans un cadre préventif, pour éviter des admissions ou des réadmissions hospitalières), ce qui implique bien souvent un partenariat avec des travailleurs sociaux, internes ou externes aux services.
 - « Ouverture » progressive des hôpitaux vers le monde extérieur et intégration dans un réseau (travail avec des intervenants extra-hospitaliers, coordination des acteurs internes et externes, notamment du milieu de vie des personnes).
 - Développement de services extra muros ou de modalités extra-hospitalières d'hébergement, phénomènes de transfert de personnes autrefois hospitalisées vers des MRPA et MRS ou des institutions pour personnes handicapées, voire certaines institutions pour personnes en difficultés psycho-sociales (maisons d'accueil).
- Au niveau des pratiques développées au sein des institutions et services de santé
 - Modification des missions (autrefois purement administratives) des travailleurs sociaux, voire augmentation de leur nombre.
 - Prise en compte de la dimension sociale par les différentes catégories de soignants et/ou travail en équipes pluridisciplinaires comportant des travailleurs sociaux.
 - Création de nouvelles fonctions centrées sur l'accompagnement psychosocial, comme le *counseling* (pour reprendre le terme utilisée par la Ministre de la Santé, dans le cadre d'un projet de réglementation légale du titre de psychothérapeute).

Ces quelques éléments, rapidement esquissés, exercent évidemment un impact variable en fonction du type d'institution ou de service, de la politique mise en œuvre en fonction du public et des objectifs, de la région et des normes qui y sont en vigueur.

³³ Ce facteur, comme dans d'autres secteurs, est en partie la conséquence d'objectifs budgétaires (diminuer la durée des hébergements, notamment dans la perspective d'un vieillissement généralisé de la population) mais aussi sanitaires (tenir compte de la dimension sociale, ouvrir l'hôpital au monde extérieur, etc.).

3.2.2.1. Le secteur des Hôpitaux et hôpitaux psychiatriques

Secteur intra muros par excellence dans ce champ – bien qu’une activité ambulatoire puisse s’exercer à partir des « citadelles de la santé » et que des soins puissent y être prodigués sans impliquer un hébergement – les hôpitaux connaissent une série d’évolutions qui recoupent assez largement celles que l’on peut constater, *mutatis mutandis*, dans d’autres secteurs résidentiels de l’aide aux personnes.

Les changements observés ces 20 dernières années vont dans le sens d’une diminution régulière du nombre de lits (surtout dans les hôpitaux psychiatriques), d’une diminution du nombre des séjours et d’un raccourcissement de leur durée, mais en même temps d’une augmentation des admissions, ce qui débouche sur une croissance consécutive du *turn-over* des patients, et donc d’une *intensification* et *technicisation* de l’activité hospitalière.

Par ailleurs, la diminution du nombre de lits n’a pas été suivie d’une diminution du personnel qui, au contraire, a continué globalement de croître, bien que de manière inégale suivant les catégories. C’est surtout le personnel médical, infirmier et administratif qui a augmenté, ce qui correspond logiquement à l’intensification et à la technicisation du travail hospitalier, alors que le personnel des soignants voyait ses effectifs décroître.

Ce mouvement a plusieurs conséquences liées :

- L’hôpital perd progressivement son rôle traditionnel d’hébergement de moyenne ou longue durée au profit d’hospitalisations plus courtes, voire de jour, en devenant progressivement une « plate-forme technique » très spécialisée.
- Les personnes hospitalisées sont, en moyenne, dans un état de santé plus grave.
- Croissance des modalités de traitement ambulatoires et de prises en charge à domicile ou dans des centres de revalidation, habitations protégées, maisons de repos et de soins, par externalisation des situations moins lourdes ou stabilisées.
- Nécessité de mise en place des relais vers la médecine de première ligne et les services de soins à domicile. D’où la création de *référénts hospitaliers* chargés d’une fonction d’interface entre l’hôpital et le monde extérieur, notamment pour préparer la sortie de certains patients³⁴. Le travail en réseau avec des extérieurs se développe également.

Par ailleurs, le recours plus fréquent à l’hôpital de personnes en situation de détresse sociale et/ou souffrant de problèmes de santé mentale par le biais, notamment, des urgences, nécessite une prise en compte de la problématique sociale au sein de celui-ci.

³⁴ Les similitudes de nom et de fonction avec l’éducateur-référent sont frappantes et relèvent en partie de la même logique institutionnelle.

Champ institutionnel

Le secteur des hôpitaux se divise en deux catégories génériques : les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques – auxquels il convient d’ajouter les hôpitaux universitaires. Certains sont publics, d’autres privés.

Selon l’Association belge des Hôpitaux, il y a 69 hôpitaux (dont 21 psychiatriques) en Région wallonne (parmi lesquels 2 en Communauté germanophone) et 43 (dont 10 psychiatrique) à Bruxelles. Les séries statistiques relatives au nombre de lits, qui, comme nous l’avons vu, ne peuvent pas refléter la totalité de l’activité hospitalière, sont présentées dans le premier volume de ce rapport. Nous ne les reproduisons pas ici. Quant aux tendances qui s’en dégagent, nous les avons brièvement résumées ci-dessus.

Emploi des travailleurs sociaux

Dans l’état actuel de la réglementation, les travailleurs sociaux ne font pas partie des normes générales d’agrément des hôpitaux, mais seulement des normes spéciales pour certains services (gériatrie, neuropsychiatrie, réadaptation fonctionnelle...) et pour les hôpitaux universitaires.

Les assistants sociaux et infirmiers sociaux constitueraient selon certaines sources³⁵ moins de 0,5% des travailleurs hospitaliers ETP. Il faut ajouter à ce chiffre les éducateurs travaillant dans les hôpitaux, essentiellement psychiatriques. Les données statistiques fournies par le service comptabilité du Ministère de la santé publique (1997) sont les suivantes.

Tableau 3.2.2.1.1. : Emplois ETP et PP dans les hôpitaux privés et publics (1997)

	Assistants sociaux		Educateurs		Travailleurs sociaux		Emploi total	
	ETP	PP	ETP	PP	ETP	PP	ETP	PP
Wallonie	226,2	293	173,6	190	399,8	483	35.257,4	43.474
Bruxelles	156,4	168	30,0	28 ³⁶	186,4	196	17.990,2	24.542
Total	382,6	462	203,6	218	586,2	679	53.247,6	68.016

L’ensemble des travailleurs sociaux (somme des assistants sociaux et des éducateurs) représentait 679 personnes en 1997, soit exactement 1% de l’emploi total. Les AS constituent 70% et les éducateurs 30% des travailleurs sociaux du secteur³⁷. Nous ne disposons malheureusement pas de séries statistiques antérieures, qui nous permettraient de mesurer l’évolution du nombre et de la proportion des travailleurs sociaux occupés dans ce secteur.

³⁵ Selon J.-G. GODEAUX et J. HENS, respectivement président de l’association des Infirmiers et Assistants Sociaux Hospitaliers (AISH) de la province de Liège et présidente de l’Association Européenne des Assistants Sociaux Hospitaliers et de la santé (AEASHS) in *La place du (service) social dans l’hôpital*, in l’Observatoire n° 22, 1999.

³⁶ Curieusement, il y a moins d’éducateurs PP que d’ETP à Bruxelles, selon les statistiques du Ministère...

³⁷ 65% travaillent dans le secteur privé et 35 % dans le secteur public.

Par ailleurs, les fonctions demandées dans le cadre des différentes phases du Maribel social pour le *secteur privé* (de 1998 à 2001) ne concernent que très rarement les travailleurs sociaux, éducateur ou assistant social. Nous n'avons comptabilisé que 25,6 ETP sur 929,1 ETP, soit 2,8%.

Cependant, différents facteurs laissent présager un certain développement de la « filière sociale » dans les « citadelles de la santé »³⁸. Outre les éléments que nous avons cités plus haut, certains sont plus spécifiques au monde hospitalier :

- Besoins en matière d'accompagnement social des personnes (au niveau thérapeutique intra-hospitalier).
- Préparation de la « sortie » des patients hospitalisés, qui nécessite une observation pour développer une meilleure connaissance du milieu de vie des personnes (voir le « référent hospitalier » ci-dessous).
- Travail éducatif et ludique avec les enfants hospitalisés (éducateurs).
- Paupérisation d'une partie de la clientèle des hôpitaux, par le choix plus fréquent de l'hospitalisation chez les personnes en difficulté sociale, notamment par le biais des urgences, avec les problèmes afférents (régularisation administrative et financière, médiation interculturelle, etc.).

Par conséquent, le travailleur social en hôpital n'est plus (ou ne devrait plus) être cantonné dans l'assistance ou la régularisation de la situation administrative des patients, mais bien intégré dans une approche globale des soins, ce qui peut déboucher sur :

- Une sensibilisation de l'ensemble des professionnels à la problématique sociale et un travail en équipe pluridisciplinaire dans certains services.
- La modification de la relation hiérarchique traditionnelle entre les travailleurs médicaux et les travailleurs sociaux et par conséquent une sortie de la pratique du service social « de tâches mécaniques tayloristes ».
- La mise en place d'un « référent hospitalier » qui fait office de « plaque tournante entre l'intra et l'extra muros », pour préparer le patient à sa sortie de l'hôpital.

³⁸ Voir aussi les projets de la Ministre ALVOET concernant le statut du service social dans les hôpitaux, « un objectif prioritaire » (in *Défis et perspectives pour les hôpitaux dans le cadre des soins de santé intégrés*, pp. 81-85).

Cependant, un mouvement en sens inverse consécutif à la pénurie de personnel infirmier a débouché sur diverses mesures de recyclage de soignants, de kinésithérapeutes et de paramédicaux, leur permettent de suivre une formation d'infirmier gradué tout en conservant leur salaire normal. Les assistants sociaux et les éducateurs en gérontologie peuvent également bénéficier de cette mesure³⁹.

3.2.2.2. Le secteur des Services de soins infirmiers à domicile

Comme nous l'avons expliqué plus haut, nous distinguons pour l'analyse les services d'aide à domicile qui relèvent de l'aide dite « familiale » et les services de soins infirmiers. Ces derniers peuvent être soit prodigués par des infirmières indépendantes, soit par des « centre de coordination ». C'est dans ce dernier type de structure que l'on peut retrouver quelques assistants sociaux, assurant la plupart du temps une fonction de coordination. Les principaux centres de coordination sont les CSD⁴⁰ et la Croix Jaune et Blanche (FASD).

Certains centres de coordination peuvent être « intégrés », c'est-à-dire regrouper trois types de services (soins infirmier à domicile, aide familiale, service social) sur le même site, d'autres sont « non-intégrés » ou « externes ». Dans certaines cas (comme les CSD), d'autres services sont également offerts (télévigilance, repas à domicile, service de santé mentale, soins dentaires...) ⁴¹. Comme les soins infirmiers ne constituent souvent qu'une partie des activités des centres intégrés, il est impossible de connaître avec précision les travailleurs sociaux qui sont occupés uniquement par cette mission. Par ailleurs, un opérateur non intégré comme la Croix Jaune et Blanche ne mentionne pas la fonction de travailleur social dans ses statistiques d'emploi relatives à l'exercice 1998. Nous en déduisons que la fonction n'existe pas en tant que telle ou qu'elle est occupée par des infirmières sociales, même si des AS peuvent y occuper des places de personnel administratif ou de cadre.

Nous ne disposons que des effectifs relatifs aux CSD qui mentionnent 39 AS (PP) au 31 décembre 2000, chiffre qui n'a pas beaucoup évolué par rapport à 1997 (35 AS).

Dans le cas de certains autres centres de coordinations intégrés, nous posons l'hypothèse que les travailleurs sociaux qui y sont actifs ont été comptabilisés dans la rubrique « aide familiale » déjà traitée plus haut.

Si la logique d'externalisation des soins dans un contexte de vieillissement de la population induit inéluctablement une croissance des soins à domicile, rien ne nous permet de savoir dans quelle mesure ce mouvement s'accompagne d'une augmentation de la demande de travailleurs sociaux dans ce secteur.

³⁹ Circulaire du 3 octobre 2001 aux établissements relevant des secteurs fédéraux de la santé, relative au projet fédéral de recyclage « Kinésithérapeutes et paramédicaux ».

⁴⁰ « Centrale de Services à Domicile »

⁴¹ Ce genre de chevauchement, dont nous ne contestons évidemment pas l'utilité pratique et les économies d'échelle qu'il permet de réaliser, complique évidemment encore un peu plus la collecte des données et leur analyse. A cela s'ajoutent, bien entendu, les différences de dénominations et de normes entre la Région wallonne et la Région bruxelloise...

3.2.2.3. Le secteur dit des Centres de revalidation et de réadaptation

Cette appellation donnée par les partenaires sociaux, ne semble guère utilisée par les acteurs de terrain dans la partie francophone du pays⁴². Le terme utilisé est plutôt « centre de rééducation (ou réadaptation) fonctionnelle »⁴³, souvent désigné par l'acronyme CRF.

Le public de ces centres est constitué de personnes souffrant d'un handicap physique ou psycho-social, nécessitant des soins d'ordres divers afin de permettre une réadaptation.

Champ institutionnel

Ces centres sont tantôt « intra muros » (intégré dans un hôpital), tantôt « extra muros » ou « autonomes ». Nous nous trouvons donc ici dans un espace intermédiaire entre l'hôpital et les structures de santé qui lui sont extérieures. Mais cette césure centrée sur les « murs » de l'hôpital ne correspond pas exactement à celle de l'hébergement : on peut soigner « intra muros » sans héberger et l'on peut soigner « extra muros » en hébergeant. Certains CRF offrent en effet un hébergement, mais d'autres non. Enfin, des traitements ambulatoires peuvent s'effectuer à partir d'un CRF intra ou extra muros...

Les CRF sont principalement financés par l'INAMI sur la base d'une convention annuelle (même si certains CRF ne sont pas conventionnés), mais peuvent également, dans le cas des « extra muros », recevoir des subsides de la Région wallonne par le biais de l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) et de la COCOF par celui du Service bruxellois francophone des personnes handicapées (SBFPH).

La complexité belgo-belge bat donc ici son plein, concernant à la fois la variété des appellations officielles et l'intrication des autorités de tutelle.

Il y a actuellement 75 CRF reconnus par l'AWIPH en Wallonie, dont 39 « extra muros » et 36 « intra muros ». Le SBFPH reconnaît 24 CRF, dont 12 « extra muros » et 12 « intra muros ». Le total pour la partie francophone du pays est donc d'une petite centaine.

Tableau 3.2.2.3.1. : CRF par type et par région (2001)

	« Extra muros »	« Intra muros »	Total
Wallonie	39	36	75
Bruxelles	12	12	24
Total	51	48	99

La subdivision interne de ces centres, selon la codification de l'INAMI, montre la très grande variété et hétérogénéité des services et des problématiques qui y sont traitées. On

⁴² Il s'agirait d'une traduction erronée du terme flamand « revalidatie », par ailleurs inexistant en langue française. Quant au mot validation, il signifie « homologation » d'un document (passeport, diplôme...) dans la langage administratif. On peut supposer que les traducteurs lui ont donné le sens (inédit) de « rendre à nouveau valide », par homologie avec le terme « invalider » qui a donné « invalide ». Quelques CRF utilisent d'ailleurs le mot « revalidation » dans leur appellation.

⁴³ L'INAMI utilise « rééducation », la Région wallonne et la COCOF « réadaptation »...

peut y trouver des centres œuvrant plutôt dans le domaine psycho-social et de santé mentale (établissements de rééducation « psycho-sociale », « pour toxicomanes », « pour enfants et adolescents présentant des troubles mentaux graves », « pour les troubles précoces des interactions parents-enfants »...) et d'autres relatifs à la santé physique (établissements de rééducation « motrice », « pour enfants atteints d'affections respiratoires », « pour paralysés cérébraux », « pour patients atteints de mucoviscidose »...). Mais l'on y trouve également des établissements de « rééducation professionnelle » pour personnes handicapées (suite au transfert du FNRS – cfr infra), ce secteur ayant aussi porté le nom de « Rééducation fonctionnelle et professionnelle ».

Les services du SBFPH de la COCOF distinguent 5 catégories de CRF en fonction du type de déficiences. Celles-ci peuvent être mentales et psychiques (9 centres), physiques (6 centres), motrices-cérébrales (1 centre), cardiaques (3 centres) et sensorielles (5 centres). En Région wallonne, les catégories sont légèrement différentes : on distingue ainsi les centres « locomoteurs » (17 centres), « psy » (35 centres), « cardiaques » (9 centres), ORL (11 centres), « IMC » (2 centres) et « visuel » (1 centre).

Comme on peut le constater, *les problématiques psycho-sociales et de santé mentale occupent une place importante dans le secteur* : 44 centres sur 99, dont la majorité est située extra muros.

Les évolutions récentes ont été marquées par une croissance considérable des dépenses dans les CRF, dépassant de très loin celles de l'ensemble des soins de santé. Une des raisons de cette augmentation est le transfert de la compétence de réadaptation de l'ancien FNRS (Fonds national de reclassement social des handicapés) vers l'INAMI en 1991. Mais depuis ce transfert, les dépenses ont continué de croître, et ceci à un rythme beaucoup plus élevé que celles de l'ensemble du champ des soins de santé⁴⁴.

Emploi des travailleurs sociaux

Outre les assistants sociaux qui assument diverses fonctions (démarches administratives, accompagnement social, travail de réseau...) dans la plupart des CRF, on peut trouver un nombre important d'éducateurs dans les centres de réadaptation psycho-sociale, surtout ceux qui concernent un public de mineurs. Les données communiquées par l'INAMI (2001) font état de 72,89 assistants sociaux et 170,37 éducateurs ETP dans les centres où ce type de travailleur est spécifié (ces chiffres sont donc sous-évalués). Il s'agit par ailleurs uniquement des centres « extra muros », aucune donnée spécifique n'étant disponible pour les CRF liés à une structure hospitalière. Le nombre de travailleurs sociaux dans ces centres est donc relativement élevé, avec une prédominance des éducateurs.

⁴⁴ Voir à ce sujet le dossier *La rééducation en 1996*, in Bulletin d'information des mutualités chrétiennes n° 171, avril-mai 1996.

3.2.2.4. Le secteur des Divers services médico-sociaux

Ce « secteur », dont la dénomination est basée sur la subdivision des commissions paritaires, est une catégorie résiduelle comportant des services très différents. Comme nous l'avons signalé dans le chapitre précédent, nous avons extrait de ce secteur tout ce qui relève du champ de l'aide sociale : maisons de repos, centres de service social, services d'aide aux justiciables, accueil de jour de la petite enfance, centres de planning familial.

Les services de santé stricto sensu dans ce secteur sont les suivants : maisons médicales, services de santé mentale, services d'aide aux toxicomanes, centres psycho-médico-sociaux, inspection médicale scolaire, services médicaux internes aux entreprises, centres IMS, centres de prévention. Nous ne traiterons pas ici des centres qui relèvent du champ scolaire (centres PMS, IMS), ni des services médicaux internes aux entreprises.

Maisons médicales

Appelées également « collectifs de santé » ou « associations de santé intégrée », ces structures sont des asbl implantées dans un territoire (un quartier urbain, la plupart du temps), poursuivant différents objectifs « intégrés » dans une perspective de type communautaire : soins curatifs de base, réhabilitation et prévention. Elles s'inscrivent donc dans une approche « globale », psycho-médico-sociale ou « écologique » de la santé, qui implique une attention particulière au contexte économique et social des patients ainsi qu'à leur parcours individuel. Dans cette logique, les maisons médicales développent également un travail d'éducation à la santé visant à autonomiser les personnes.

Nous retrouvons ici une mise en œuvre caractéristique des deux tendances évoquées au début de cette section : prise en compte croissante du « social » dans le champ des soins de santé et « *empowerment* » des patients.

Les maisons médicales sont par conséquent composées d'équipes pluridisciplinaires comprenant des professions financées par l'INAMI (médecin, infirmier et kiné) mais également d'autres qui ne le sont pas (secrétariat-accueil, assistant social, psychologue). Leur implantation territoriale et leur visée communautaire impliquent *de facto* un travail de réseau avec les divers partenaires de l'aide sociale et des soins de santé.

Les maisons médicales sont régies par un décret régional (wallon ou bruxellois selon l'implantation) relatif aux « associations de santé intégrée ». La quasi totalité des maisons médicales font partie de la Fédération des maisons médicales (FMM). Il y a actuellement 34 maisons médicales agréées en Wallonie et 27 à Bruxelles⁴⁵, soit un total de 61. Les évolutions récentes font état d'une croissance régulière du nombre de maisons médicales et de l'emploi dans celle-ci.

⁴⁵ Dont une non-membre de la FMM.

Emploi des travailleurs sociaux

Une étude récente de la FMM⁴⁶ faisait état de 66% du personnel INAMI et de 34% hors INAMI, dont 5% d'assistants sociaux et 4% de psychologues. Les auteurs de l'étude soulignaient : « deux professions sont franchement sous-représentées, les assistants sociaux et les psychologues pour lesquels il n'existe actuellement pas de financement spécifique. Des demandes ont été faites aux pouvoirs régionaux qui semblent malheureusement ne pas en percevoir l'impérieuse nécessité ».

Selon la FMM, 40 assistants sociaux PP (27,4 ETP) et 1 éducateur à temps plein travaillent actuellement (2000) dans les maisons médicales.

Services de santé mentale

Appelés également « centres de santé mentale » (CSM) ou « centres de guidance », ces services sont un peu l'équivalent des maisons médicales⁴⁷, mais dans le domaine plus spécifique de la santé mentale. Également implantées sur une base territoriale, elles sont composées d'équipes pluridisciplinaires sous la direction d'un psychiatre et assurant au minimum les quatre fonctions suivantes : médicale (psychiatrique), psychologique, sociale et administrative.

Certains centres sont orientés plus spécifiquement vers un public d'enfants et d'adolescents, d'autres vers les toxicomanes.

Outre l'accueil, l'orientation et l'aide des personnes, les CSM assurent une fonction d'information, de recherche et de prévention en matière de santé mentale. Enfin, les centres jouent également un rôle de coordination dans le cadre du travail de réseau et fournissent des informations à caractère épidémiologique aux pouvoirs publics.

Les CSM, d'initiative publique ou privée, sont agréés et subventionnés par les régions. 55 services comportant 77 « sièges » (37 privés et 40 publics) sont situés en Région wallonne, 21 services et 31 équipes subventionnés par la COCOF travaillent en Région bruxelloise. Il y a donc 76 centres de santé mentale et 108 équipes dans la partie francophone du pays.

Emploi des travailleurs sociaux

La « fonction sociale » faisant d'office partie intégrante des CSM, un certain nombre de travailleurs sociaux y sont employés. Les données pour la Wallonie proviennent du rapport 2000 du CESRW et pour Bruxelles de la Ligue bruxelloise de santé mentale (chiffres de 1998).

⁴⁶ *Structure de l'emploi dans le secteur des maisons médicales*, FMM, non daté. Les dernières statistiques sont datées 2000.

⁴⁷ Dont elles partagent certains traits contextuels et historiques (création dans les années 1970), dans la postérité de la contestation sociale et culturelle de la fin des années soixante.

Tableau 3.2.2.4.1. : Emplois ETP dans les CSM (1999 Wallonie et 1998 Bruxelles)

	Fonction médicale	Fonction psy.	Fonction sociale	Fonction admin.	Fonction complém.	Total
Wallonie (2000)	34	104	80	61	78	357
Bruxelles (1998)	60,84	71,23	52,9	36,34	20,56	241,9
Total	94,84	175,23	132,9	97,34	98,56	598,9

La « fonction sociale » est principalement assumée par des AS, qui représentent près de 133 ETP, soit 21,7% de l'ensemble des travailleurs du secteur. Les besoins de certains CSM pour la fonction sociale sont en augmentation (mais ne peuvent être rencontrés dans le cadre des normes actuelles), pour des raisons qui tiennent principalement à la complexification des problématiques, comportant souvent un volet social. Dans de nombreux cas, les personnes sont adressées aux CSM par des services sociaux. Mais pour d'autres CSM, l'intrication des problématiques sociales et de santé mentale nécessite une augmentation de l'ensemble du cadre, et pas uniquement celui de la fonction sociale.

Services d'aide aux toxicomanes

Problématique liée à celle, plus globale, des assuétudes, la toxicomanie connaît un développement (et/ou une visibilité) considérable dans les sociétés contemporaines. De très nombreux services, publics et privés, assurent des fonctions variées à destination de personnes souffrant de toxicomanie, voire en direction d'un public plus large : accueil, information, traitement médical, accompagnement psycho-social, prévention....

Si la lutte contre les toxicomanies apparaît comme une action prioritaire dans la politique de santé de la COCOF, qui soutient 17 services à Bruxelles dans le cadre d'un décret relatif à l'agrément et aux subventions de ces services, rien de spécifique n'apparaît en Région wallonne. Le rapport économique et social 2000 du CESRW ne fait à aucun moment mention de services d'aide aux toxicomanes relevant des compétences de la région wallonne. Renseignements pris auprès du cabinet du Ministre Detienne, il apparaît qu'il n'y a pas encore de projet de législation en cours.

Il existe un réseau d'institutions en Région wallonne, dont une vingtaine, faisant partie de la FEDITO wallonne, sont aidées par des « subventions facultatives » de la Région (38 millions en 2001). 7 autres services sont des centres de santé mentale spécialisés en matière de toxicomanie, et une série d'autres structures relèvent des initiatives communales dans le cadre du « plan social intégré » (PSI) de la Région wallonne (Ministère de l'intérieur).

Il existe deux fédérations : la Fédération des institutions pour toxicomanes (FEDITO), comportant une branche bruxelloise (16 services membres) et une branche wallonne (15 services membres), et le Comité de concertation sur l'alcool et les autres drogues (CCAD). La FEDITO wallonne employait 301 travailleurs PP (236,5 ETP)⁴⁸ en 1998.

⁴⁸ Source : *Cadastre des institutions spécialisées en toxicomanie en région wallonne*, Fedito 1998.

Aucune ventilation par qualification n'est fournie, les emplois étant ventilés par source de financement⁴⁹. Nous ne connaissons donc pas le nombre de travailleurs sociaux dans ce secteur. La FEDITO bruxelloise regroupe 70 travailleurs PP subventionnés par la COCOF, dont 16 AS.

Initiatives d'hébergement avec soins psychiatriques

Cette appellation générique regroupe différentes structures assurant une alternative à l'hébergement en hôpital psychiatrique⁵⁰ pour des personnes qui ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital. Font partie de cet ensemble : habitations protégées, maisons de soins psychiatriques, communautés thérapeutiques... Cet hébergement peut s'effectuer selon différentes modalités, de l'appartement supervisé à l'institution plus grande, en passant par des structures communautaires de petite taille.

- Si la COCOF est compétente en matière d'agrément des habitations protégées (HP), ce type de structure n'apparaît pas dans les compétences de la région wallonne et n'est dès lors pas mentionné dans le rapport 2000 du CESRW. La législation est régie par un AR du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'Habitations Protégées. 35 initiatives d'habitations protégées sont mentionnées par le Guide social, dont 9 à Bruxelles et 26 en Wallonie.
- Les maisons de soins psychiatriques (MSP), les *communautés thérapeutiques* (notion philosophique ou pédagogique qui n'a pas de statut légal) et centres de postcure assurent un accueil résidentiel et parfois de jour dans des structures de petite taille. Elles sont pour la plupart associées à un centre psychothérapeutique de jour. La législation concernant les MSP est également un AR du 10 juillet 1990. 24 structures MSP existent dans la partie francophone du pays, dont 14 à Bruxelles⁵¹. Nous ne possédons pas de données pour les *communautés thérapeutiques* et les centres de postcure.

Selon les normes en vigueur⁵², il y aurait actuellement un minimum⁵³ de 76 éducateurs ETP et 76 AS ETP dans les habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques, ce qui représente 152 ETP sur 366 ETP, soit 41,5%.

⁴⁹ Un nombre impressionnant de sources de financement sont mentionnées dans le rapport : INAMI, santé mentale, subvention toxicomanie Région wallonne, subvention toxicomanie Communauté française, Prime, Maribel, Fonds propres, Ministère de l'intérieur, Contrats de société, FIPI (Fonds d'impulsion à la politique des immigrés), CEE, ALE, Article 60, ACS, sans compter les bénévoles, les indépendants et les « autres ».

⁵⁰ Désigné aussi sous le terme de psychiatrie extra-hospitalière.

⁵¹ Dont six pour la seule asbl « L'équipe ».

⁵² Source SESA in Info-santé.

⁵³ On peut supposer que ces normes minimales sont dépassées dans la plupart des structures, par le biais d'autres sources de financement.

Centres de planning familial

81 centres de planning familial (aussi appelés de promotion ou de consultation conjugale) agréés existaient en 2000, dont 29 à Bruxelles et 52 en Wallonie. La plupart de ces centres font partie d'une des quatre fédérations (en fonction de l'orientation philosophique du centre).

Créés à l'origine pour diffuser l'information relative à la contraception, les centres ont élargi leur champ d'action. Ils assument actuellement différentes missions auprès d'individus, de couples ou de familles. Comme dans d'autres services sociaux, mais centrés ici sur la problématique précise de la vie affective et sexuelle, les centres accueillent et accompagnent des personnes éprouvant des difficultés relationnelles liées ou non à une grossesse, et mènent des actions de prévention par le biais de l'éducation et de l'information dans le domaine qui leur est propre. Des missions de médiation familiale peuvent également être mises en œuvre par les centres de planning familial. Des consultations médicales, psychologiques, juridiques ou sociales sont proposées ; certains centres pratiquent l'interruption volontaire de grossesse, d'autres sont plus orientés vers un public de jeunes.

Les centres de planning familial sont pluridisciplinaires et comportent, un peu à la manière des centres de santé mentale, au moins un médecin, un psychologue, un juriste et un travailleur social. De nombreux indépendants travaillent dans les centres.

Les 52 centres wallons occupaient 833 personnes en 1999⁵⁴, dont 424 indépendants, 144 salariés subsidiés, 134 bénévoles, 48 salariés sur fonds propres et 83 PRC. Les salariés sont donc minoritaires en personnes physiques (275 sur 8.333) mais majoritaires en ETP (120,78 sur 194,12). Nous ne possédons aucune ventilation par fonction ou qualification. Mais selon les normes, un minimum de 52 travailleurs sociaux doivent travailler dans ces centres en Wallonie

En ce qui concerne les 29 centres bruxellois, nous n'avons pu disposer d'aucune donnée à la COCOF, la personne responsable faisant état du « changement permanent » de ce secteur qui semble curieusement rendre la confection d'un cadastre de l'emploi subsidié impossible.

⁵⁴ In *Rapport 2000* du CESRW.

3.3. Evaluation de la demande pour les autres secteurs

Comme nous l'avons souligné dès l'introduction à cette section, une mise en relation de l'offre et de la demande de travailleurs sociaux nécessite de balayer l'ensemble de la demande, soit tous les secteurs d'emploi des travailleurs sociaux. Le temps très court dont nous avons pu disposer et le caractère lacunaire des données, voir leur absence totale dans certains cas, ne nous ont pas permis de connaître de manière exhaustive l'emploi actuel des travailleurs sociaux dans les secteurs que nous avons choisis de privilégier d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

Le lecteur comprendra que l'investigation des autres secteurs, même d'un point de vue purement statistique, aura été tout aussi difficile à réaliser.

Champ de l'aide sociale

Centres de service social (ou centres d'action sociale globale)

La dénomination centre de service social (CSS) n'a plus cours qu'en Wallonie, l'appellation à Bruxelles (COCOF) étant « centre d'action sociale globale » (CASG).

Il y a 9 CSS bicommunautaires (dont 2 liés à une mutualité) et 10 CASG à Bruxelles, 36 CSS en Wallonie, dont 5 « autonomes » et 31 « intégrés » (créés à l'initiative d'une mutualité). Le total est donc de 55, le nombre d'implantation étant quant à lui beaucoup plus élevé.

35 assistants sociaux étaient occupés dans les centres d'action sociale globale à Bruxelles en 2000 (chiffres COCOF 2000). Les 36 centres wallons employaient 282 personnes (chiffres CESRW 1999), mais nous ne connaissons pas leur ventilation par qualification ou fonction). Quant à la Fédération des CSS, elle regroupe 24 centres de la CFGB employant 242 personnes (nous n'en connaissons pas la ventilation par qualification).

CPAS

Comme signalé dans l'introduction de cette section, nous n'avons pu obtenir de chiffres relatifs au nombre de travailleurs sociaux dans les CPAS, malgré plusieurs tentatives, notamment à la section CPAS de l'Union des villes et communes de Wallonie et de Bruxelles. Dans cette dernière région, il nous a été signifié que la seule façon de connaître le nombre de travailleurs sociaux dans les services sociaux des CPAS était de contacter chacun d'entre eux pour disposer de leur rapport d'activité. Mais même en procédant de la sorte, comme nous le confiait un contact à la fédération des CPAS et un membre bien informé de la COCOM, il est peu probable que nous ayons pu disposer des chiffres, ces données étant plongées dans « beaucoup de brouillard ». En ce qui concerne la Wallonie, nos demandes à l'administration de la Région wallonne, vers laquelle la section des CPAS de l'Union des villes et communes nous avait aiguillés, sont demeurées sans réponse.

Nous n'avons pas eu la possibilité de téléphoner aux 19 communes bruxelloises et aux 262 communes wallonnes, dans l'espoir de pouvoir disposer de leurs 281 rapports d'activité afin d'y rechercher les éventuelles informations relatives à l'emploi des travailleurs sociaux.

Cette absence de données est d'autant plus navrante que les services sociaux des CPAS constituent *a priori* un important secteur d'emploi pour les assistants sociaux.

Services de reclassement, de formation et d'emploi des personnes handicapées

Ce secteur, issu du Fonds Communautaire pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées est distinct du Fonds de soins médico-sociaux-pédagogiques, même si les deux fonds ont fusionné après la régionalisation⁵⁵. Comme son nom l'indique, les services de ce secteur visent la réintégration sociale et professionnelle des personnes handicapées, notamment par le biais de la formation et la création d'emplois adaptés. Il s'agit donc d'un secteur qui se situe à la jonction de l'aide sociale, de la formation et du monde du travail, comme celui de l'insertion professionnelle.

Font notamment partie de ce secteur : les entreprises de travail adapté (ETA), autrefois appelées « ateliers protégés », et divers centres de formation spécialisés. Les ETA font partie de la CP 327 des entreprises de travail adapté et d'insertion. Les données ONSS relatives à cette commission paritaire (nationale) mentionnent 24.026 postes de travail pour l'ensemble du pays, mais la très grande majorité de ces postes concernent les travailleurs eux-mêmes⁵⁶ (ouvriers de production) et non le personnel encadrant (parmi lesquels un certain nombre d'éducateurs).

⁵⁵ Au sein de l'AWIPH pour la Wallonie et du SBFPH pour Bruxelles.

⁵⁶ Il s'agit d'ailleurs de la seule commission paritaire du non marchand où les travailleurs masculins sont majoritaires (63% des travailleurs).

Milieus d'accueil de jour de la petite enfance

Une multitude de services font partie de ce secteur : crèches, pré-gardiennats, maisons communales d'accueil de l'enfance, accueil extra-scolaire, services de garde d'enfants malades à domicile, services de gardiennes encadrées à domicile. Ces services sont à distinguer de l'hébergement de crise de l'ONE (pouponnières et centre d'accueil) qui font partie du secteur des « établissements et services d'éducation et d'hébergement » (SCP 319.02), ainsi que des équipes SOS-enfants intervenant uniquement dans des situations de maltraitance.

Comme on peut s'en douter, la majorité des travailleurs de ce secteur sont des puéricultrices et des gardiennes d'enfants, ainsi qu'un certain nombre d'assistantes sociales. Pour les services privés de ce secteur, les données au 4^e trimestre 2000 font état de 2.434 travailleurs PP (1.671 ETP), dont 96% de femmes. Les emplois PRC ne sont pas compris dans ces chiffres.

Services d'aide sociale aux justiciables (ASJ) et aux victimes

Ces services ont pour mission d'apporter une aide aux prévenus, aux condamnés et aux détenus libérés, ainsi qu'aux victimes. Au moins un service d'aide sociale aux justiciables est agréé par arrondissement judiciaire. Les services d'aide aux victimes constituent la plupart du temps une section des ASJ.

Les services privés d'aide aux justiciables, qui sont au nombre de 14 – dont 12 en Wallonie et 2 à Bruxelles – relèvent de la CP 305.02. 74 personnes travaillent actuellement dans ce type de services, dont 30 assistants sociaux et 2 éducateurs. De nombreux assistants sociaux travaillent par ailleurs dans les « Maisons de Justice » et les services sociaux pénitentiaires qui dépendent du Ministère de la Justice.

Centres de télé-accueil

Ces services font partie de la prévention psycho-médico-sociale, avec les centres de santé mentale et les centres de planning familial. Leur particularité est, comme leur nom l'indique, de prodiguer une écoute, une réponse et/ou une orientation à des personnes en situation de crise psychologique par le biais du téléphone. Les centres de télé-accueil font appel à des personnes bénévoles comme répondant. Des travailleurs sociaux salariés y sont employés comme permanents.

Par ailleurs, de nombreux autres services, agréés ou non, assurent une aide téléphonique gratuite et anonyme, ceci autour de problématique précise (sida, suicide, homosexualité, maltraitance, toxicomanie, personnes âgées...).

Insertion socio-professionnelle

Cette dénomination recouvre un vaste champ d'activités à cheval sur l'aide sociale, la formation, le socioculturel et le monde du travail. Les régions ont créé les *Parcours d'insertion* et les *Carrefours formation* afin de coordonner les multiples initiatives dans ce domaine.

Parmi ces initiatives, la Région wallonne distingue les EFT (entreprises de formation par le travail) et les OISP (organismes d'insertion socioprofessionnelle). Le nombre de structures reconnues par la Région wallonne était de 68 EFT et 80 OISP en 2000.

Le total des emplois est estimé à 1.300 personnes pour la même année, parmi lesquelles un certain nombre d'éducateurs. La COCOF reconnaît 9 ateliers de formations par le travail (AFT) et 35 opérateurs de formation.

Accueil et intégration des populations issues de l'immigration

Un nombre considérable d'associations ont été créées dans ce secteur qui se trouve à la jointure de l'aide sociale, de l'éducation permanente et du socioculturel. Le guide social recense pas moins de 250 associations travaillant en lien avec l'immigration, aux statuts et aux origines extrêmement diverses : associations de fait ou asbl d'initiative immigrée, belge ou mixte. Un certain nombre de ces associations sont subsidiées par les régions et par le FIPI, mais il n'y a pas de données relatives au nombre de personnes employées.

Parmi ces structures, les « centres régionaux d'intégration » de la Région wallonne. Les derniers chiffres dont nous disposons (1999) mentionnent 6 centres employant 49 personnes.

Aide au logement

Ce secteur regroupe différents services publics ou privés (autonomes ou rattachés à une autre structure) qui fournissent une aide aux personnes éprouvant des difficultés en matière de logement : agences immobilières sociales, services de promotion du logement social, associations de locataires, etc. Un certain nombre d'assistants sociaux travaillent dans ce secteur.

Services communaux de proximité

La territorialisation de l'aide sociale s'est accompagnée de la création de nombreux services sociaux qui dépendent directement des communes. Parmi ceux-ci, les plans sociaux intégrés (PSI) et les régies de quartier de la région wallonne, les quartiers d'initiative de la région bruxelloise, les zones d'initiatives prioritaires (ZIP), etc. Egalement relayées par les communes, les politiques dites socio-pénales ont mobilisé de nombreux travailleurs sociaux dans le cadre des volets sociaux des contrats de sécurité. Nous ne possédons malheureusement pas de chiffres relatifs à l'emploi global des travailleurs sociaux dans l'ensemble de ces projets.

Champ des soins de santé

PMS et IMS

Ce secteur important de la guidance, de l'orientation et de la prévention collective auprès des enfants et des jeunes comporte d'un côté les centres Psycho-Médico-Sociaux (centres PMS) et de l'autre l'inspection médicale scolaire (IMS). Ces deux types de structures relèvent des compétences de la Communauté française. Elles se situent à la jointure du monde scolaire, de la santé et de l'aide psycho-sociale.

Les centres PMS organisés par la Communauté française et les centres subventionnés (officiels et libres) dépendent du Ministère de l'Éducation, de la Recherche et de la Formation. Ils assument différentes missions en relation étroite avec l'école et les familles : orientation scolaire, promotion de la santé, accompagnement psycho-social des élèves, prévention, information... 155 centres PMS existent actuellement en CFB, dont 41 sont organisés par la Communauté, 46 par les provinces et communes et 68 par le réseau libre.

Les normes en matière de cadre du personnel prévoient notamment un ou plusieurs « auxiliaires sociaux » titulaires d'un diplôme d'assistant social et, éventuellement, un ou plusieurs « auxiliaires psycho-pédagogiques » porteurs d'un diplôme d'assistant en orientation professionnelle ou d'assistant en psychologie. Il n'est donc pas fait mention d'éducateurs dans ces normes (curieusement, comme nous le verrons plus loin, les statistiques du Ministère mentionnent 54 éducateurs et pas un seul AS dans les centres PMS...).

L'inspection médicale scolaire (IMS) est obligatoire pour tous les établissements scolaires de plein exercice. Les missions de l'IMS sont essentiellement de dépistage, de prophylaxie et de prévention, ceci auprès des élèves et des membres du personnel. L'IMS a également une mission en matière d'établissement de statistiques concernant la santé et la morbidité en âge scolaire. Il y a 110 équipes IMS en CfB ; celles du réseau de la Communauté ont fusionné avec les centres PMS, ce qui n'est pas le cas pour les réseaux officiel subventionné et libre.

Une importante réforme de fond et de forme de l'inspection médicale scolaire est en cours⁵⁷ et devrait entrer en application à la rentrée de septembre 2002. Cette réforme vise d'un côté une autre approche de la santé, plus active, globale et contextuelle (nous retrouvons ici le modèle « écologique » de la santé déjà évoqué plus haut), de l'autre une simplification en matière de gestion et d'administration du secteur. Les nouvelles missions de l'IMS seront principalement axées sur la promotion de la santé dans l'école, tout en intégrant les « anciennes » missions de dépistage et de prophylaxie. Cette mission centrale se retrouve dans la nouvelle appellation des équipes IMS : « Equipes de promotion de la santé à l'école » (équipes PSE). L'équipe PSE est appelée à travailler en partenariat avec le centre PMS et la communauté scolaire, dans le cadre d'un « projet-santé » lié au projet d'établissement. L'agrément des équipes PSE ne porte pas sur le personnel dont la composition est de la responsabilité du pouvoir organisateur

Champ socioculturel

Selon les dernières données ONSS, 10.279 personnes (postes de travail hors PRC, dont le nombre est évalué à 2.000) étaient employées dans le socioculturel privé associatif francophone au second trimestre 2000, dont de nombreux travailleurs sociaux. La commission paritaire compétente⁵⁸, récemment créée, recouvre pas moins de 15 secteurs différents, des centres culturels aux clubs sportifs, en passant par les organismes d'éducation permanente, de protection de l'environnement, de formation professionnelle, les maisons de jeunes et mouvements de jeunesse, les associations touristiques, etc.

Comme nous l'avons signalé en début de section, il n'y pas de cadastre de l'emploi par qualification ou fonction pour l'ensemble du socioculturel. Si les travailleurs sociaux (animateurs, éducateurs et assistants sociaux) représentent sans doute une part non négligeable du volume total de l'emploi, il serait imprudent d'avancer un chiffre étant donné la très grande hétérogénéité de ce champ d'activité.

⁵⁷ Pour plus de détail, voir l'article *Réforme de l'inspection médicale scolaire* in « Education Santé » n° 165, décembre 2001.

⁵⁸ Il s'agit de la CP 329 des secteurs socioculturel et sportif.

Champ scolaire

De nombreux éducateurs travaillent en milieu scolaire – les écoles d'éducateurs de plein exercice sont d'ailleurs le plus souvent attachées aux écoles normales – sous l'appellation officielle de « surveillant-éducateur » et « éducateur-économe ». Comme le soulignent *les Carnets de l'éducateur*⁵⁹, « le surveillant-pion d'autrefois laisse place de plus en plus souvent à une véritable professionnel de la prévention, de la médiation et de l'éducation ». L'importance et le changement du rôle des éducateurs en milieu scolaire sont liés à une série de transformations sociétales qui pèsent sur le rôle de socialisation joué par l'école, notamment pour celles qui travaillent avec des élèves d'origine sociale défavorisée. Dans ce dernier cas, il est fait plus souvent appel à des éducateurs spécialisés et qu'à des enseignants ayant besoin de compléter leur horaire. Des fonctions d'assistant social et d'animateur socio-culturel existent également dans le milieu scolaire.

Les statistiques de l'administration reprennent ces différentes fonctions sous la dénomination générique de « auxiliaire d'éducation » qui comprend pas moins de 17 catégories, parmi lesquelles celles d'assistant social, d'animateur socio-culturel d'éducateur économe et de surveillant éducateur.

Tableau 3.3.1. : Emplois des éducateurs dans le milieu scolaire (PP, 2001)

	Assistant social	Animateur socio-culturel	Surveillant éducateur	Educateur économe	Total
Fondamental	20	3	37	0	60
Secondaire	27	8	3.798	530	4.363
Spécial	43	0	457	88	588
Prom. sociale	2	0	390	99	491
Centres PMS	0	0	51	3	54
Supérieur	0	0	227	68	295
Artistique	0	0	164	11	175
Total	92	11	5.124	799	6.026

Les cinq fonctions de travailleurs sociaux *largo sensu* représentent 90% de l'ensemble du personnel auxiliaire d'éducation et les éducateurs à eux seuls constituent 98% des travailleurs sociaux. Le champ scolaire apparaît donc clairement comme le second bassin d'emploi des éducateurs, même si l'on peut émettre quelque doute sur le caractère socio-éducatif du travail des « éducateurs-économistes ». Cependant, les seuls surveillants éducateurs totalisent 5.124 personnes, ce qui constitue un chiffre non négligeable comparé aux 9.824 éducateurs du secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement.

⁵⁹ GASPARD, GILLES, WAUTIER, WERY, DAVAGLE, VANHAVERBEKE, *Les carnets de l'éducateur. Exploration d'une profession*, asbl Rhizome, 2000 (pp. 246-251).

Le tableau 3.3.2. reprend l'ensemble des données que nous avons pu collecter pour les deux dénominations retenues. Le total des effectifs en fin de tableau est évidemment largement en dessous de la réalité, surtout pour les assistants sociaux

Tableau 3.3.2. : Evaluation de l'emploi des travailleurs sociaux⁶⁰

Champ de l'aide sociale			
Secteurs	Educateurs	Assistants sociaux	Total
Etablis. et serv. d'éducation et d'hébergement (PP)	9.842	1.318	11.142
MRPA et MRS (ETP)	60	100	160
Aide à domicile (ETP)	-	429	429
Centres de services sociaux	nd	nd	nd
CPAS	nd	nd	nd
Reclassement PH	nd	nd	nd
Accueil petite enfance	nd	nd	nd
Aide aux justiciables et aux victimes	nd	nd	nd
Centres de télé-accueil	nd	nd	nd
Insertion professionnelle	nd	nd	nd
Intégration immigrés	nd	nd	nd
Aide au logement	nd	nd	nd
Services communaux de proximité	nd	nd	nd
Champ des soins de santé			
Secteurs			
Hôpitaux (PP)	218	462	679
Soins à domicile (PP – CSD uniquement)	0	35	35
CRF extra-muros (ETP)	170,37	72,89	243,26
Maisons médicales (PP)	1	40	41
CSM (ETP)	-	132,9	132,9
Aide aux toxicomanes	nd	nd	nd
Hébergement avec soins psychiatriques, HP et MSP (PP)	76	76	152
Centres de planning familial	nd	nd	nd
PMS et IMS	nd	nd	nd
Champ socioculturel			
Ensemble des secteurs	nd	nd	nd
Champ scolaire			
Ensemble des niveaux et réseaux (PP)	5923	92	6015
Total (disponible) des quatre champs			
Total des données disponibles (PP + ETP convertis en PP ⁶¹)	16.366	3.002	19.368

⁶⁰ Les données statistiques ne se réfèrent malheureusement pas toutes à la même année.

⁶¹ La conversion s'est faite au taux moyen de 0,75 ETP pour un PP.

CHAPITRE 4 L'OFFRE DE TRAVAILLEURS SOCIAUX

Comme il n'y a pas de *correspondance terme à terme* entre les différents métiers du travail social et les qualifications – à la seule exception des assistants sociaux¹ dont le titre est protégé – il est impossible de produire une monographie professionnelle stricte de l'offre pour l'ensemble des travailleurs sociaux. Cette impossibilité rend non seulement la balance de l'offre et de la demande en 2000 très aléatoire, mais interdit évidemment toute forme de projection rigoureuse pour les années à venir. Ces considérations n'oblitérent pas l'utilité d'une exploration des différentes filières de formation des travailleurs sociaux, qui pourra donner une certaine idée de la grande variété de celles-ci ainsi que du nombre de diplômés qui en sont issus.

Notre exploration de l'offre débutera par l'analyse de la *formation diplômante* initiale et continuée, par dénomination, en évaluant pour chacune d'elles le nombre de diplômés. Nous passerons ensuite à la *formation continuée non diplômante*. La distinction entre ces deux types de formation est basée sur la délivrance d'un document certifié par les autorités publiques et produisant des effets de droits (comme l'accès à l'exercice d'un métier ou un niveau de rémunération).

Il nous semble en effet plus pertinent d'opérer la distinction sur base du critère du diplôme que de l'aspect « initial » ou « continué » de la formation. La distinction entre formation initiale et continuée n'est pas facile à établir. Le critère habituel est fondé sur le moment de la formation dans le parcours des étudiants : la formation est dite « initiale » lorsqu'elle intervient *avant l'entrée dans la vie active* et dite « continuée » lorsqu'elle intervient *au cours de la vie active* (que le travailleur ait ou non un emploi). Il en ressort qu'une même formation peut être qualifiée d'initiale ou de continuée selon le moment où elle intervient dans le parcours de ceux qui la suivent.

Pour des raisons pragmatiques, nous nous en tiendrons à la distinction classique des écoles de *plein exercice* et de *promotion sociale* et nous regrouperons ces deux types de formation par dénomination (assistant social et éducateur).

¹ Cette exception ne vaut (théoriquement) que dans un seul sens. S'il est nécessaire d'être titulaire d'un diplôme d'AS pour exercer la profession d'assistant social, de nombreux AS diplômés peuvent exercer un autre métier du social, notamment celui d'éducateur ou d'animateur (les écoles sociales ne manquent d'ailleurs pas de mentionner ces autres débouchés à leurs étudiants). Remarquons que deux titres sont souvent délivrés par les écoles sociales formant des assistants sociaux : « assistant social » et « conseiller social ». Le second titre n'est pas équivalent au premier, et concerne plutôt les professionnels qui traitent des dimensions administratives, juridiques et sociales de la gestion des ressources humaines dans les organisations.

4.1. Les filières de formation diplômante des travailleurs sociaux

Les écoles délivrant le titre d'assistant ou auxiliaire social appartiennent à l'enseignement supérieur non universitaire de plein exercice, dont deux offrent une formation à horaire décalé – mais qui ne relève pas de la promotion sociale.

En ce qui concerne les éducateurs, la situation est beaucoup plus complexe. Seuls les éducateurs *spécialisés* ont un niveau de formation de l'enseignement supérieur, leurs collègues de classe 2 et 3 ayant un niveau de l'enseignement secondaire, ou parfois une formation supérieure mais non spécialisée. Il existe des formations spécialisées de plein exercice et de promotion sociale, relevant tantôt de l'enseignement supérieur de type court, tantôt de l'enseignement secondaire, technique ou professionnel.

4.2. Les assistants sociaux

Le titre d'assistant social est protégé par la loi du 12 juin 1945. Il est délivré par l'une des **11 écoles sociales** reconnues par la Communauté française en 2001, chacune étant intégrée dans une Haute Ecole suite au décret de 1995. La formation des AS relève de l'enseignement supérieur *social* de type court, section « service social ». Comme nous l'avons évoqué plus haut, il n'y a pas de formation de promotion sociale, mais bien à horaire décalé. L'établissement de statistiques relatives aux diplômés apparaît donc une opération relativement simple pour les AS, les diplômés ne relevant que d'un seul type et niveau de formation.

Nous présentons les données de la dernière décennie. Elles concernent les inscrits et les titres équivalents délivrés par les écoles sociales : assistant social et auxiliaire social. Dans la mesure où les inscrits sont répertoriés par année scolaire et les titres par année civile, nous avons classé ces derniers dans la seconde partie de l'année scolaire correspondante. Ainsi, les titres délivrés en 1991 sont repris dans l'année scolaire 91-92.

Tableau 4.2.1. : Inscrits et titres délivrés (assistant ou auxiliaire social)

Année	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
Inscrits	1.801	2.037	2.397	2.846	3.370	3.820	4.006	4.024	3.868	3.527
<i>91-92=100</i>	<i>100</i>	<i>113</i>	<i>133</i>	<i>158</i>	<i>187</i>	<i>212</i>	<i>222</i>	<i>223</i>	<i>215</i>	<i>196</i>
Titres	421	384	409	462	511	622	1.046	855	936	806
<i>91-92=100</i>	<i>100</i>	<i>91</i>	<i>97</i>	<i>110</i>	<i>121</i>	<i>148</i>	<i>248</i>	<i>203</i>	<i>222</i>	<i>191</i>

Comme on peut le constater, l'évolution du nombre d'inscrits et de titres délivrés est caractérisée par une croissance régulière, mais avec une nette diminution à la fin des années 1990. Le nombre des inscrits a été multiplié par 1,96 entre 91-92 et 00-01, alors que celui des titres l'a été par 1,91.

Cette augmentation est nettement plus forte que celle de l'ensemble des inscrits dans l'enseignement supérieur de plein exercice, type court (non artistique) qui passait de 40.960 à 57.094 pour la même période, soit une croissance de 39,4%.

4.3. Les éducateurs

Pour rappel, quatre catégories d'éducateurs, qui se distinguent par leur niveau de formation, coexistent actuellement² : éducateur spécialisé ou classe 1, éducateur de classe 2A et 2B, éducateur de classe 3.

Le titre d'éducateur spécialisé, malgré le vote de la loi du 29 avril 1994 sur la protection du titre d'*éducateur-accompagnateur spécialisé*, n'est toujours pas protégé, ce qui signifie que des travailleurs ayant suivi d'autres formations que celle d'éducateur spécialisé peuvent porter le titre, ceci dans certaines conditions.

Il convient de distinguer deux éléments en matière de formation d'éducateurs : le *niveau de la formation* et la *spécialisation* de la formation. Il y a trois niveaux (enseignement supérieur, enseignement secondaire supérieur, enseignement secondaire inférieur et professionnel) et trois degrés de spécialisation (formation spécifique d'éducateur, formation à orientation pédagogique ou sociale et formation générale ou autre).

La classe d'éducateur dépend du croisement de ces deux variables, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4.3.1. : Filières de formation des différentes classes d'éducateurs

Niveau Spécialisation	Supérieur	Secondaire supérieur	Secondaire inférieur et professionnel
Educateur spécialisé	Educateur classe 1		
Orientation pédagogique ou sociale	Educateur classe 1	Educateur classe 2A	Educateur classe 3 (puéricultrices : 2A)
Orientation générale/autre	Educateur classe 2B	Educateur classe 2B	Educateur classe 3

Les éducateurs de classe 1 doivent être porteurs d'un titre de l'enseignement supérieur spécifique ou à orientation pédagogique ou sociale, alors que ceux de classe 2 doivent être porteurs d'un titre de l'enseignement secondaire supérieur et ceux de classe 3 de l'enseignement secondaire inférieur ou professionnel. Parmi la classe 2, les éducateurs de classe 2A doivent avoir suivi une formation à orientation pédagogique de l'enseignement secondaire, ce qui n'est pas le cas des 2B.

² Ces catégories sont surtout utilisées dans le secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement, le plus grand bassin d'emploi des éducateurs. Dans d'autres secteurs, l'on parlera plutôt d'éducateur A1 ou A2.

Ajoutons que les formations spécialisées reconnues pour être éducateur de classe 1 peuvent varier selon les régions et les secteurs³, ce qui complique encore un peu plus l'analyse de l'offre.

La plupart des éducateurs classe 1 qui n'ont pas suivi de formation spécifique d'éducateur sont titulaires d'un graduat de type pédagogique ou social (assistant social, instituteur, régent, assistant en psychologie...), mais l'on trouve également des universitaires ayant un diplôme de sciences humaines (psychologue, criminologue, sociologue...). L'offre de professionnels pouvant exercer le métier d'éducateur de classe 1 excède donc très largement celle des seuls titulaires d'un diplôme d'éducateur spécialisé. Ce phénomène est évidemment présent pour les autres classes ; le tableau 17 nous montre que toute personne titulaire d'au moins un certificat de l'enseignement secondaire inférieur peut travailler comme éducateur.

L'enquête réalisée en 1997 par le Fonds ISAJH auprès d'un échantillon représentatif de 616 éducateurs du secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement⁴ indiquait que seulement 40,7% des sondés déclaraient avoir suivi une formation initiale spécifique d'éducateur, 5,2% d'assistant social, 5,3% d'enseignant, 7,2% de type paramédical, 2,4% de sciences sociales et 29,9% une formation « autre ».

Ces chiffres⁵ nous montrent non seulement que les éducateurs ayant suivi une formation initiale spécifique sont minoritaires, mais également la très grande diversité des formations suivies – près d'un tiers des éducateurs sondés faisant état d'une formation autre que pédagogique, sociale ou paramédicale.

Nous ne pourrions cependant traiter ici que des diplômes spécifiques d'éducateur spécialisé et d'éducateur de classe 2A.

Pour la facilité de l'exposé, nous nommons « éducateurs spécialisés » ceux qui ont suivi une formation spécifique d'éducateur de niveau supérieur, ceci pour les distinguer des autres éducateurs de classe 1 dont on ne peut pas vraiment dire qu'ils soient *spécialisés* dans le domaine de l'action éducative.

³ L'enseignement supérieur artistique donne ainsi accès à la classe 1 dans le secteur de l'aide aux personnes handicapées dans la Région bruxelloise mais pas en Wallonie.

⁴ In DE BACKER B, DE COOREBYTER V., *Le métier d'éducateur : transformations récentes et fatigue professionnelle*, Fonds ISAJH, 1998, p. 78.

⁵ Certes partiels et issus d'un secteur particulier. Mais n'oublions pas que ce secteur est le principal bassin d'emploi des éducateurs.

Les éducateurs spécialisés

La formation des éducateurs spécialisés relève de l'enseignement supérieur *pédagogique* de type court⁶. **11 écoles de plein exercice** (dont l'école Parnasse - Deux Alice formant des éducateurs spécialisés en éducation physique) et **12 écoles de promotion sociale** organisent cette formation en Communauté française en 2001. 23 écoles délivrent donc le diplôme d'éducateur spécialisé – un chiffre largement supérieur à celui des écoles sociales (11). On remarquera le nombre élevé d'écoles de promotion sociale. Le tableau 4.3.2. donne le nombre d'inscrits et de titres délivrés par les écoles d'éducateurs de plein exercice. Nous examinerons ensuite les données relatives à la promotion sociale.

Tableau 4.3.2. : Inscrits et titres délivrés (éducateur spécialisé)

Enseignement de plein exercice										
Année	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
Inscrits	361	437	699	1.040	1.446	1.888	2.293	2.680	2.947	3.000
91-92=100	100	121	194	288	401	523	635	742	816	831
Titres	110	177	136	135	163	226	335	463	563	611
91-92=100	100	161	124	123	148	205	305	421	512	555

Comme on peut le remarquer, la croissance du nombre des inscrits est considérable, nettement plus rapide que celle des titres délivrés. Le nombre des inscrits a été multiplié par 8,31 entre 91-92 et 00-01, alors que celui des titres ne l'a été que par 5,55.

Si l'on compare ces données à celles du tableau 4.2.1. relatives aux assistants sociaux, les différences sont frappantes : la croissance extrêmement rapide des inscrits dans les écoles d'éducateur de *plein exercice* – et, dans une mesure un peu moindre, des titres délivrés – aboutit à un rapprochement progressif des chiffres avec ceux des écoles d'assistants sociaux. Cette croissance est par ailleurs sans commune mesure avec celle de l'ensemble des inscrits de l'enseignement supérieur de type court, qui n'était que de 39,4% pour la même période. On remarquera également que le nombre de diplômés par rapport au nombre d'inscrits est nettement inférieur dans les écoles d'éducateurs, comparées aux écoles sociales.

Mais comme nous l'avons signalé, il y a beaucoup d'écoles de *promotion sociale* formant des éducateurs spécialisés. Nous pouvons donc nous attendre à ce que le volume global de titres d'éducateur spécialisé délivré annuellement soit aujourd'hui largement supérieur à celui des assistants sociaux.

La comptabilisation du nombre d'inscrits et de diplômés dans les écoles d'éducateur de promotion sociale n'est pas un exercice facile. La formation d'éducateur est restée au

⁶ Pour être tout à fait précis : les études d'éducateur spécialisé de plein exercice sont classées dans la section *pédagogique*, alors que celles de promotion sociale le sont dans les sections *pédagogiques* et *sociales*.

« régime 2 » de l'enseignement de promotion sociale⁷ pour des raisons d'équivalence des diplômes avec les écoles de pleine exercice, ce qui pose quelques problèmes statistiques. De plus, les formations d'éducateur spécialisé se retrouvent dans deux sections différentes : la section pédagogique et la section sociale. Enfin, divers intitulés sont mentionnés dans les annuaires statistiques publiés par la Communauté française : « éducateur spécialisé », « éducateur vie associative », « éducation sociale », « éducatrice d'enfants »... Nous avons additionné les inscrits et les diplômés de ces diverses sections jusqu'en 99-00. Les données pour l'année 00-01 ne sont pas encore disponibles.

Le tableau 4.3.3., regroupant toutes ces informations, doit être considéré comme une indication générale, la fiabilité des données-sources suscitant des « réserves » et les documents statistiques « pas toujours complétés dans les règles de l'art » par les écoles, selon le service statistique du ministère de la Communauté française.

Tableau 4.3.3. : Inscrits et titres délivrés (éducateur spécialisé)

Enseignement de promotion sociale										
Année	91-92	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	97-98	98-99	99-00	00-01
Inscrits	804	1.179	1.582	2.069	2.121	2.544	2.716	3.115	3096	nd
<i>91-92=100</i>	<i>100</i>	<i>147</i>	<i>197</i>	<i>257</i>	<i>264</i>	<i>316</i>	<i>338</i>	<i>387</i>	<i>385</i>	<i>-</i>
Titres	97	191	172	148	259	296	285	183	nd	nd
<i>91-92=100</i>	<i>100</i>	<i>197</i>	<i>177</i>	<i>153</i>	<i>267</i>	<i>305</i>	<i>294</i>	<i>189</i>	<i>-</i>	<i>-</i>

Malgré le caractère lacunaire des informations, on peut constater que la majorité des inscrits se trouvent dans les écoles de promotion sociale, avec une croissance importante depuis 91-92, mais inférieure à celle des inscrits dans les écoles de plein exercice. Les informations que nous avons pu collecter sur le terrain⁸ portent à croire que ces chiffres continuent de croître. De plus, la SCP 319.02 des *Etablissements et services d'éducation et d'hébergement* exige que les éducateurs de classe 2 engagés dans le cadre du plan Maribel social suivent une formation de type supérieur en promotion sociale (près de 150 éducateurs sont concernés). Cette réalité correspond au trajet emprunté par de nombreux éducateurs de classe 2A ou 2B en fonction dans les institutions, suivant des études de promotion sociale pour accéder à la classe 1. Cependant, depuis quelques années, une part importante des inscrits en promotion sociale est constituée de travailleurs sans emploi, dont certains sont « incités » à suivre cette formation sans avoir véritablement le projet de travailler comme éducateur. Ceci explique peut-être en partie l'écart considérable entre le nombre d'inscrits et le nombre de diplômés en promotion sociale, phénomène qui est plus accentué que dans les écoles de plein exercice.

Si l'on additionne les données de l'enseignement de plein exercice et de promotion sociale, on constate plus d'un *quintuplement des inscrits* entre 91-92 et 99-00 (de 1.165 à 6.043) et plus d'un *triplement du nombre de titres délivrés* annuellement entre 91-92 et 98-99 (de 207 à 646). Si le nombre d'inscrits est toujours légèrement supérieur en promotion sociale,

⁷ Le régime 2 est l'ancien système (organisé par année scolaire) progressivement supplanté par le régime 1. Le régime 1 se caractérise par un enseignement modulaire, composé d'unités de formation capitalisables.

⁸ Voir notamment DE BACKER B., WAUTIER D., *Compétences professionnelles et formation continuée des travailleurs sociaux*, Fonds ISAJH, 2000 (pp. 240 à 243).

il tend à être progressivement rattrapé par celui du plein exercice. Pour la délivrance des titres, en revanche, c'est le plein exercice qui est en tête à partir de 97-98, probablement pour des raisons de retard dans les statistiques (le passage de 285 titres en 97-98 à 183 en 98-99, avec augmentation des inscrits, est tout à fait anormal).

Les éducateurs de classe 2A

Les formations reconnues pour l'accès à la classe 2A relèvent soit de l'enseignement technique de qualification ou de transition, soit de l'enseignement professionnel. Dans ce dernier cas, seules les puéricultrices accèdent à la classe 2A, ceci lorsqu'elles travaillent avec des enfants de moins de 7 ans.

Les différentes options spécialisées de l'enseignement secondaire technique et professionnel permettant d'accéder à la classe 2A sont les suivantes :

- technique de qualification : éducation de l'enfance, sciences sociales appliquées, techniques sociales, assistant en gériatrie, éducation physique et animation socioculturelle, aspirant en nursing ;
- technique de transition : sciences sociales et éducatives, éducation physique ;
- promotion sociale : CTSS secteur éducation ;
- professionnel : puéricultrice.

Dans la mesure où l'inscription dans l'une de ces options est moins significative d'un choix professionnel que dans l'enseignement supérieur, nous ne donnons ici que la ventilation par titre délivré, dont nous n'avons obtenu les chiffres qu'à partir de 1993.

Tableau 4.3.4. : Titres délivrés (donnant accès à la classe d'éducateur 2A)

Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Technique de qualif.	1.056	1.001	1.412	1.397	nd	1.501	1.452
Technique de transit.	472	547	554	584	nd	717	648
Promotion sociale	329	317	471	252	145	115	nd
Puéricult.	527	583	813	808	nd	735	715
Total	4.377	4.422	5.245	5.037	nd	5.066	nd

Malgré le caractère très partiel des données, on peut remarquer que le nombre de titres délivrés en technique de qualification demeure le plus élevé, suivi par ceux de puéricultrice – ceci malgré la crise des filières qualifiantes de l'enseignement secondaire qui explique en bonne partie la croissance des effectifs dans le supérieur de type court⁹.

Le nombre de diplômés de l'enseignement secondaire susceptibles de travailler comme éducateurs 2A est donc nettement plus élevé que celui des éducateurs spécialisés.

Nous ne connaissons malheureusement pas la proportion de titulaires d'un titre de l'enseignement secondaire à orientation pédagogique et sociale travaillant effectivement comme éducateur.

4.4. Autres travailleurs sociaux (pour mention)

D'autres titres à orientation pédagogique ou sociale sont délivrés dans le cadre de l'enseignement supérieur de type court de *plein exercice* : assistant en psychologie, conseiller social, gestionnaire des ressources humaines, gradué en communication sociale, gradué en écologie sociale, régent, instituteur... Il convient d'y ajouter les diplômés de l'enseignement supérieur de promotion sociale de type social et pédagogique, au sujet desquels nous ne possédons pas de chiffres fiables pour les raisons évoquées plus haut (multiplicité des filières et des titres, coexistence des deux régimes...).

La plupart de ces diplômés peuvent occuper des fonctions d'éducateur classe 1. Leur formation est soit de type pédagogique, soit de type social, mais la section pédagogique est nettement plus importante que la section sociale. Le total des titres délivrés dans ces deux sections est repris ci-dessous. Il convient cependant d'avoir à l'esprit que les titres délivrés par la section pédagogique concernent les instituteurs et régents, dont seule une petite minorité travaille effectivement comme éducateur (seulement 5,3% des éducateurs sondés par l'enquête ISAJH avaient cette formation) – sauf dans le champ scolaire.

Tableau 4.4.1. : Titres délivrés (supérieur de type court, pédagogique et social)

Année Sections	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PE de type pédagogique (hors éduc)	1.988	2.484	2.378	2.583	2.880	3.135	3.322	2.994	2.407	2.326
<i>1991=100</i>	<i>100</i>	<i>125</i>	<i>120</i>	<i>130</i>	<i>145</i>	<i>158</i>	<i>167</i>	<i>151</i>	<i>121</i>	<i>117</i>
PE de type social (hors AS)	379	346	364	427	398	419	459	533	610	863
<i>1991=100</i>	<i>100</i>	<i>91</i>	<i>96</i>	<i>113</i>	<i>105</i>	<i>111</i>	<i>121</i>	<i>141</i>	<i>161</i>	<i>228</i>
Total	2.367	2.830	2.742	3.010	3.278	3.554	3.781	3.527	3.017	3.189

⁹ Voir THIERY F., ZACHARY M.D., DE VILLE PH., VENDENDERGHE V., *Enseignement initial : les enjeux du développement de l'enseignement supérieur sur fond de crise de l'enseignement secondaire qualifiant*, Cahier de recherche du GIRSEF, n° 1, 1999.

Si le nombre de titres délivrés par la section pédagogique (hors éducateurs) demeure nettement supérieur aux titres d'éducateurs de la même section (563 en 1999), la croissance est beaucoup plus forte pour les éducateurs. Il y a donc bien un phénomène spécifique de forte croissance des titres délivrés dans les écoles d'éducateur de plein exercice dont le nombre a quintuplé en 10 ans.

Pour les assistants sociaux, le phénomène est inverse : le nombre de titres d'AS croît moins vite que celui des autres diplômes de la section sociale.

4.5. La formation continuée non diplômante de travailleurs sociaux

Une partie de ces formations sont organisées par des écoles et donnent parfois lieu à la délivrance d'un certificat (c'est le cas notamment des post-graduats), d'autres sont mises en œuvre par des opérateurs de formation extérieurs au champ scolaire, agréés ou non par les pouvoirs publics. Certaines de ces formations se font sur le lieu et pendant le temps de travail (les formations dites « sur site »), le plus souvent avec des équipes d'une même institution, d'autres s'effectuent à l'extérieur (« hors site ») sur base d'un recrutement plus individuel, en provenance de services et de secteurs divers.

La croissance considérable du volume et des modalités de la formation continuée non diplômante, mise en lumière par de nombreuses études sur la « société cognitive » et la « formation tout au long de la vie », constitue bien souvent *un interface fondamental d'adaptation de l'offre et de la demande de travailleurs au niveau qualitatif* (acquisition de compétences individuelles ou collectives liées à une situation de travail particulière et/ou à un projet de mobilité professionnelle). Cette formation est de moins en moins perçue comme une fonction palliative et de plus en plus comme une nécessité structurelle dans une société et des organisations traversées par le changement permanent. De plus, les évolutions récentes montrent que ce type de formation est de manière croissante associé à l'acte de travail lui-même, dans le cadre de formations sur site.

De nombreux facteurs expliquent la montée en puissance de la formation continuée non diplômante dans le cas plus spécifique des travailleurs sociaux¹⁰. Sans être exhaustif, on peut pointer les éléments suivants :

- la spécialisation croissante des institutions et services en fonction du public et des modalités d'intervention auprès de celui-ci ; cette spécialisation implique l'acquisition de compétences spécifiques qui ne peuvent être développées dans le cadre de la formation initiale, celle-ci ayant tendance à se recentrer sur les compétences transversales et le « noyau dur » du métier ;
- les changements rapides en matière de modalité d'intervention, d'organisation du travail ou de référents théoriques nécessitent une acquisition permanente de compétences nouvelles, individuelles et collectives ;

¹⁰ Pour une vision synthétique de cette problématique, nous renvoyons à notre article *Savoir devenir tout au long de la vie ? Compétences professionnelles et formation continuée des intervenants sociaux*, in « Non Marchand » n°6, 2000.

- le caractère « impliquant » du travail social, le plus souvent avec des populations en situation d'exclusion et de souffrance sociale et/ou psycho-affective, induit des besoins de verbalisation et de partage des difficultés vécues, notamment à travers des pratiques régulières de supervision et d'accompagnement des travailleurs sociaux ;
- les transformations de l'organisation du travail qui génèrent des modalités plus coopératives d'exercice du métier dans le cadre de petites équipes pluridisciplinaires, ce qui augmente les besoins en matière de compétences collectives ;
- la croissance continue des étudiants dans les filières de formations de l'enseignement supérieur de type court et la stagnation des moyens qui leur sont alloués ;
- le souci d'être sujet de son travail, au sens individuel et collectif du terme, de ne pas seulement travailler « dans » le social mais également de travailler « le » social, qui implique le renforcement du rôle instituant des travailleurs sociaux, notamment par le biais de la formation continuée.

La formation continuée non diplômante des travailleurs sociaux et la validation des compétences acquises par ce biais constitue donc un enjeu fondamental de l'adaptation de l'offre et de la demande des travailleurs sociaux. Il nous est malheureusement impossible de le quantifier dans le cadre de cette étude.

4.6. L'inactivité des travailleurs sociaux

La notion d'inactivité peut désigner deux réalités différentes : celle des **demandeurs d'emploi** totalement ou partiellement inoccupés, ou celle de travailleurs totalement ou partiellement inoccupés **non demandeurs d'emploi**, mais susceptibles de revenir sur le marché du travail (interruption de carrière, congé sans solde, etc).

La difficulté résultant de la non-correspondance des qualifications et des métiers dans le domaine du travail social pose (un peu) moins de problèmes dans l'étude des **demandeurs d'emploi**, dans la mesure où la profession retenue dans les statistiques du Forem et de l'Orbem est basée sur l'expérience professionnelle ou le diplôme. Bien entendu, d'autres qualifications (personnel enseignant, diplômés de sciences humaines) reprises dans les statistiques peuvent gonfler l'offre potentielle de travailleurs sociaux.

Les chiffres du tableau 4.6.1. concernent l'ensemble des assistants sociaux et éducateurs demandeurs d'emplois totalement inoccupés (DEI), qu'ils soient chômeurs indemnisés ou non. Les données relatives aux éducateurs agrègent les trois classes¹¹. Les chiffres représentent une moyenne pour l'année.

¹¹ Il n'y a pas de données ventilées par niveau de qualification pour les éducateurs.

Tableau 4.6.1. : Demandeurs d'emploi inoccupés (assistants sociaux et éducateurs)

Année Profession	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Région wallonne (Forem)										
Assistant social	553	478	474	477	542	639	712	817	804	825
Educateur	2.193	2.239	2.636	3.012	3.374	3.823	4.342	4.895	5.127	5.399
Région bruxelloise (Orbem - 83% du total)										
Assistant social	124	116	114	125	144	154	183	198	176	159
Educateur	349	406	495	579	626	772	903	1.045	1.081	1.200
Total des deux régions										
Assistant social	677	594	588	602	686	793	895	1.015	980	984
<i>1991 = 100</i>	<i>100</i>	<i>88</i>	<i>87</i>	<i>89</i>	<i>101</i>	<i>117</i>	<i>132</i>	<i>150</i>	<i>145</i>	<i>145</i>
Educateur	2.542	2.645	3.131	3.591	4.000	4.595	5.245	5.940	6.208	6.599
<i>1991 = 100</i>	<i>100</i>	<i>104</i>	<i>123</i>	<i>141</i>	<i>157</i>	<i>181</i>	<i>206</i>	<i>234</i>	<i>244</i>	<i>260</i>

Le nombre d'AS et d'éducateurs DEI n'a fait que croître depuis 1991, ceci pour les deux régions. L'évolution est cependant très différente pour les AS et les éducateurs : les premiers ont connu une croissance de 45% entre 1991 et 2000, avec une diminution pour les années 92-94 et une stabilisation en 2000, alors que les seconds ont augmenté de 160% en 10 ans, sans connaître le moindre arrêt. Les effectifs sont eux aussi fort dissemblables, le nombre d'éducateurs DEI étant nettement plus élevé que celui des AS.

L'évolution par région est différente : le taux de croissance est nettement plus élevé chez les éducateurs en région bruxelloise (+243% en 10 ans) qu'en Wallonie (+146%), alors que celui des AS y est plus faible (+28% contre +49% en Wallonie).

Une hypothèse explicative de cette différence se trouve peut-être dans le nombre peu élevé d'institutions résidentielles (secteur d'emploi traditionnel des éducateurs) dans la région bruxelloise et l'importance des modalités de travail en milieu ouvert dans cette même région, plus favorable aux AS. On peut y ajouter les nombreux sièges de coordinations sociales mais également d'entreprises marchandes dans la capitale, faisant également appel à des AS. En Wallonie, par contre, le nombre d'institutions résidentielles ou d'accueil de jour (aide à la jeunesse, aide aux personnes handicapées...) est proportionnellement plus élevé qu'à Bruxelles.

Enfin, n'oublions pas que de jeunes travailleurs ayant vécu une courte période comme éducateur de rue – dans le cadre des emplois communaux de proximité, par exemple – et qui se retrouvent demandeurs d'emplois sont repris dans la rubrique « éducateur », même s'ils n'ont aucune qualification (de type scolaire, s'entend).

Ceci étant dit, le nombre d'éducateurs totalement inoccupés et surtout sa croissance régulière sur une décennie est impressionnante – l'évolution des DEI depuis 1991 étant nettement plus défavorable aux éducateurs qu'aux assistants sociaux.

Il convient cependant de garder à l'esprit que les données du Forem et de l'Orbem agrègent toutes les classes d'éducateurs, dont probablement une proportion importante d'éducateurs peu qualifiés (de classe 3 ou 2B). Il aurait été plus pertinent de comparer plus spécifiquement les assistants sociaux et éducateurs gradués DEI.

L'autre modalité d'inactivité, celle des travailleurs sociaux totalement ou partiellement inoccupés **non demandeurs d'emploi**, mais susceptibles de *revenir* sur le marché du travail (interruption de carrière, congé sans solde, etc), concerne en partie les nouvelles évolutions de l'emploi que nous traitons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 5 LES NOUVELLES ÉVOLUTIONS DE L'EMPLOI

Nous avons clôturé le chapitre précédant sur la question des travailleurs partiellement ou totalement inoccupés, non demandeurs d'emploi, mais susceptibles de revenir sur le marché du travail. Ces travailleurs sont par définition non repérables dans les statistiques du Forem et de l'Orbem¹ mais viennent s'ajouter aux demandeurs d'emploi comme actifs potentiels. Ils constituent donc une part plus ou moins « invisible » de l'offre de travail.

Il convient de distinguer deux catégories dans ce groupe : les travailleurs partiellement ou totalement inoccupés qui ont *de facto* un « droit de retour » à leur poste de travail (pause carrière, congé parental, congé sans solde, congé-éducation...) et les travailleurs qui ont quitté provisoirement la vie active salariée mais qui pourraient tenter d'y retourner (« personnes au foyer »). Ces deux catégories de travailleurs retirés temporairement de la vie active constituent une réserve non négligeable de personnes susceptibles d'accroître l'offre de travail², soit directement, soit en « chassant » ceux qui occupent leur place.

Dans des secteurs d'activité où le taux de féminité est très élevé³, cette problématique est importante, de nombreuses études montrant que les retraits temporaires de la vie active salariée sont davantage le fait des femmes que des hommes. Par ailleurs, les nouvelles évolutions de l'emploi, comme le travail intérimaire et le travail à temps partiel et/ou à durée déterminée, touchent également davantage les femmes. Ces modalités sont en partie liées aux différentes possibilités de retrait temporaire de la vie active qui génèrent de nombreux contrats de remplacement à temps partiel ou à temps plein.

¹ Mais certains d'entre eux sont peut être quantifiés à partir d'autres sources, comme celles de l'ONEM ou du Ministère de l'Emploi et du Travail.

² On peut imaginer dans certains cas la remise au travail volontaire de personnes retirées de manière non temporaire du travail, comme les préretraités, comme ce fut le cas en France pour certaines catégories d'enseignants. Mais ce cas de figure théorique n'est pas d'actualité, et certainement pas pour les travailleurs sociaux.

³ Selon les données ONSS arrêtées au 2^e trimestre 2000 relatives à l'ensemble des commissions paritaires du secteur non marchand (par définition privé et hors enseignement), 76% des 274.951 postes de travail étaient occupés par des femmes. En ce qui concerne les travailleurs sociaux, différentes études avancent la proportion de deux tiers de femmes.

Comme différentes études l'ont souligné, les politiques de l'emploi menées depuis les années 1970 ont eu pour effet de multiplier les statuts des personnes sur le marché du travail⁴. Parmi ceux-ci, de nombreuses situations intermédiaires entre l'emploi, le chômage et l'inactivité.

Les pages qui précèdent ont, à plusieurs reprises, fait état de l'un ou l'autre aspect de cette problématique qui touche particulièrement les travailleurs sociaux et le secteur non marchand, comme les multiples formes de PRC⁵, les dispositifs d'insertion ou d'activation des allocataires sociaux qui ne sont pas toujours comptabilisés dans les cadastres publiés par les pouvoirs de tutelle. On pensera également aux activités ALE venant faire concurrence aux aides familiales dans le secteur de l'aide à domicile.

A la complexité des relations entre l'offre et la demande des travailleurs sociaux, due au caractère très « ouvert » de l'articulation entre les qualifications requises et les fonctions, vient donc s'ajouter un nouveau facteur d'indétermination : la multiplication des situations de retrait temporaire total ou partiel de la vie active (dont la durée n'est pas toujours prévisible), la croissance du temps partiel, des contrats de remplacement ou à durée déterminée, etc, qui rendent le calcul de l'offre de travail – devenue plus complexe, fragmentée et mouvante – particulièrement difficile. Ceci vaut *a fortiori* pour le calcul des projections et des prévisions, à partir de différents scénarios.

5.1. Travail à temps partiel, intérimaire, à durée déterminée...

Les données ONSS, relatives aux salariés des institutions et services *privés* de l'aide sociale et des soins de santé, nous permettent d'avoir une vue globale du taux d'occupation moyen des travailleurs, soit la fraction d'ETP occupé par poste de travail⁶.

Les chiffres du tableau 5.1.1. donnent ces taux pour les trois champs du non marchand, sur base des CP francophones pour l'aide sociale et le socioculturel et nationales pour les soins de santé (toutes les CP ne sont pas scindées) et le total.

⁴ Sur ce sujet, voir notamment VANHEERSWYNGHELIS A., *Les politiques de l'emploi en Belgique*, Dossier du CRISP n° 53, 2001 (plus particulièrement les tableaux pp. 27 à 31).

⁵ CST, TCT, PRIME, FBIE, ACS... La moyenne des PRC tourne autour de 5% dans la plupart des secteurs, avec une « pointe » de 20% dans le socio-culturel (emplois PRIME).

⁶ Ces chiffres fournissent une très bonne approximation, même s'ils comptabilisent les postes de travail et comptent donc plusieurs fois les personnes employées à temps partiel dans des institutions différents. Nous n'avons pas comptabilisé les entreprises de travail adapté (ETA) où la majorité des personnes occupées sont des ouvriers de production et non du personnel encadrant.

Tableau 5.1.1. : Fraction d'ETP par poste de travail (ONSS, 2^e trimestre 2000)

Sexe Champ	Femmes	Hommes	Total
Soins de santé	0,73 ETP/poste	0,90 ETP/poste	0,77 ETP/poste
Aide sociale CFGB	0,69 ETP/poste	0,82 ETP/poste	0,71 ETP/poste
Socioculturel CFGB	0,72 ETP/poste	0,81 ETP/poste	0,76 ETP/poste
TOTAL	0,72 ETP/poste	0,86 ETP/poste	0,75 ETP/poste

Le tableau 5.1.1. montre l'écart important entre le taux d'occupation moyen des hommes et celui des femmes : les hommes ont un taux d'occupation systématiquement supérieur à celui des femmes, ceci pour chacun des champs. Par ailleurs, c'est dans le champ de l'aide sociale que les taux sont les plus faibles et dans celui des soins de santé qu'ils sont les plus élevés. Comme les travailleurs sociaux se retrouvent surtout parmi les femmes et dans le champ de l'aide sociale, la proportion de temps partiels y est probablement importante⁷.

Une étude quantitative et qualitative réalisée dans le secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement⁸ montrait que le recours au temps partiel volontaire ou involontaire était nettement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, le plus souvent sous la modalité du mi-temps. Une petite fraction (5%) des temps plein étaient constitués d'un cumul de deux temps partiels. Cette étude indiquait également que le recours *volontaire* au temps partiel résultait de la rencontre de deux logiques : celles des travailleurs (essentiellement des travailleuses) avant tout pour des raisons familiales et de lutte contre la fatigue professionnelle et celle des directions, pour des motifs d'organisation du travail, de diversification des ressources humaines ou de gestion plus souple des absences.

⁷ Les données que nous avons pu collecter dans le secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement donnaient une moyenne de 1/3 de temps partiels et 2/3 de temps pleins pour l'ensemble des travailleurs sociaux.

⁸ DE BACKER B., *Le temps partiel dans le champ de la SCP 319.02*, Fonds ISAJH, 2000.

5.2. Les emplois Maribel

Les emplois créés par les diverses phases du plan Maribel⁹ social (mis en œuvre en 1997 sur base de la loi du 22/12/95 sur le plan pluriannuel) ne sont pas du même registre que les PRC, dans la mesure où il s'agit d'une mesure structurelle de création d'emploi dans le secteur non marchand (privé et public) basée sur la réduction des cotisations (ONSS et ONSS APL)¹⁰ converties en embauches et que, par ailleurs, les travailleurs engagés ne doivent pas être nécessairement des chômeurs indemnisés. Le contrat de travail d'un emploi « maribellisé » ne se distingue en rien d'un emploi de travail normal.

L'objectif visé par le plan Maribel social est de diminuer la charge de travail et d'améliorer la qualité des services rendus par une augmentation nette des effectifs. Les fonctions qui entrent en ligne de compte ne sont pas – sauf les assistants logistiques dans les hôpitaux – des nouveautés : il s'agit d'infirmiers, d'aides soignants, d'éducateurs, de puéricultrices, d'aides familiales, d'animateurs, mais aussi de personnel administratif ou d'entretien.

Chacune des phases d'attribution des emplois Maribel fait l'objet d'une convention collective de travail dans les commissions paritaires concernées (la procédure est autre dans le secteur public, lui aussi visé par le plan Maribel social). Le choix des qualifications retenues est la résultante des négociations entre les partenaires sociaux et les pouvoirs de tutelle. Dans certains cas, les qualifications retenues répondent aux besoins du « terrain » représentés par les partenaires sociaux, dans d'autres elles résultent du souci d'augmenter globalement le volume de l'emploi en faisant appel à des professionnels moins qualifiés (présentant une charge salariale plus faible, permettant un nombre plus important d'embauches) ou des priorités définies par les politiques de tutelle.

Le tableau 5.1.1. reprend l'ensemble des emplois Maribel créés dans les services *privés* du secteur non marchand au terme des quatre phases du plan Maribel. Nous avons isolé les fonctions de travailleur social (AS, éducateur et animateur). Certaines commissions paritaires étant nationales, nous n'avons retenu que la partie qui relève de la Wallonie et de Bruxelles (83% du total pour cette dernière région).

⁹ Nous nous basons ici sur WAUTIER D., *La mise en œuvre du plan Maribel social dans le secteur privé*, in « Non marchand » n° 4, 1999.

¹⁰ Les sommes ainsi collectées sont gérées par des Fonds sectoriels privés et publics.

Tableau 5.2.1. : Emplois Maribel privés par CP, partie CFGB (2001, ETP)

Fonction	Educateur	Animateur	AS	Autre	Total
Commissions paritaires					
Aides familiales (CP 318.01)		0	0	200,54	235,54
Etablissements et services de santé (CP 305.2)	9	12,6	31,6	145,4	198,6
Maisons de repos (CP 305.2)	9,5	48	5	249,8	312,3
Hôpitaux privés (CP 305.1)	8,5	0,13	17	903,5	929,1
Education et hébergement (SCP 319.02)	446	0	38,5	34	518,5
Socioculturel (CP 329)	2,5	70,75	6,5	293,04	372,79
Entr. de travail adapté (CP 327)	nd	nd	nd	nd	129
Total (hors ETA pour les fonctions)	475,5	131,48	133,6	1826,28	2695,73

Ces chiffres ne concernent que les emplois Maribel créés dans le secteur non marchand¹¹ privé. Nous ne connaissons malheureusement pas les données pour le secteur public dont les fonds sont gérés par l'ONSSAPL.

Sur les 2.695 emplois ETP créés par les quatre phases du plan Maribel, 740,58 sont relatifs à des travailleurs sociaux. Si l'on écarte les 129 emplois ETA dont nous ne connaissons pas la ventilation interne, les travailleurs sociaux représentent 28,8% de la totalité des emplois ETP créés. Ce chiffre est probablement sous-estimé, dans la mesure où certaines fonctions¹² ne sont pas clairement délimitées, mais doivent sans doute être occupées en partie par des travailleurs sociaux.

Les éducateurs dominent très largement, représentant 64% des travailleurs sociaux, suivis à part presque égale par les animateurs et les assistants sociaux. On remarquera la très forte concentration des éducateurs dans le secteur des établissements et services d'éducation et d'hébergement (SCP 319.02), alors que la dispersion des AS est beaucoup plus grande¹³. Les animateurs, quant à eux, ont été quasi exclusivement recrutés dans le secteur socio-culturel et les maisons de repos.

¹¹ Comme nous l'avons déjà signalé au début du chapitre 2, cette appellation est un peu abusive dans la mesure où de nombreuses MRPA sont de type commercial et bénéficient par ailleurs d'emplois Maribel.

¹² La variété des dénominations ne permet malheureusement pas de faire un comptage tout à fait précis. Chaque secteur (et parfois chaque institution) emploie sa nomenclature, et l'on ne sait pas toujours s'il convient de classer les « agents d'insertion », « agents de développement » et autres « pédagogues sociaux » parmi les travailleurs sociaux. Nous n'avons par ailleurs pas inclus les fonctions de coordination.

¹³ Phénomène que nous avons mis en évidence au début de ce rapport.

CHAPITRE 6 : CONFRONTATION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE TRAVAIL SOCIAL EN 2000

Comme nous l'avons signalé à plusieurs reprises, de nombreux facteurs nous ont empêchés de procéder à une confrontation rigoureuse de l'offre et de la demande de travail social en CFGB, autant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Outre le fait que le laps de temps qui nous a été alloué pour procéder à la collecte, à l'examen et à la contextualisation des données fut beaucoup trop bref, d'autres éléments sont venus entraver et compliquer notre tâche. Rappelons-les brièvement.

Sur le versant de la demande :

- l'impossibilité matérielle de prendre en compte tous les champs d'activité des travailleurs sociaux qui, pour certains d'entre eux, débordent le non marchand ;
- la complexité croissante du système institutionnel belge et la diversification des secteurs d'activité internes aux champs couverts qui génèrent un éparpillement des institutions et des services, de leurs dénominations et de leurs normes d'agrément ;
- le caractère lacunaire ou inexistant de données statistiques dans de nombreux secteurs, la non-comptabilisation des différents types de PRC dans certains cadastres de l'emploi – quand ces derniers existent –, l'absence de série sur une longue période, le manque de données par classes d'âge, etc ;
- la multiplicité des appellations relatives aux modalités du travail social, qui vont des diverses classes d'éducateurs aux nombreuses fonctions hybrides, à cheval entre l'aide sociale, l'insertion socio-professionnelle, l'animation socio-culturelle, la formation et les soins de santé ; cette multiplicité se répercute dans les données statistiques où la diversité des fonctions et/ou des qualifications mentionnées ne permet pas toujours d'identifier clairement le type de professionnel concerné.

Sur le versant de l'offre :

- la très grande variété des diplômes et des filières de formation donnant accès aux différentes fonctions du travail social, à l'exception notoire des AS, qui rend le calcul de l'offre de travail extrêmement hasardeux ;
- l'absence de données totalement fiables en ce qui concerne les effectifs et surtout les diplômés en promotion sociale, ce qui est particulièrement dommageable pour l'analyse de l'offre d'éducateurs spécialisés ;
- la montée en puissance de la formation continuée et l'association intime du travail avec celle-ci qui brouille les frontières entre travail et formation ;

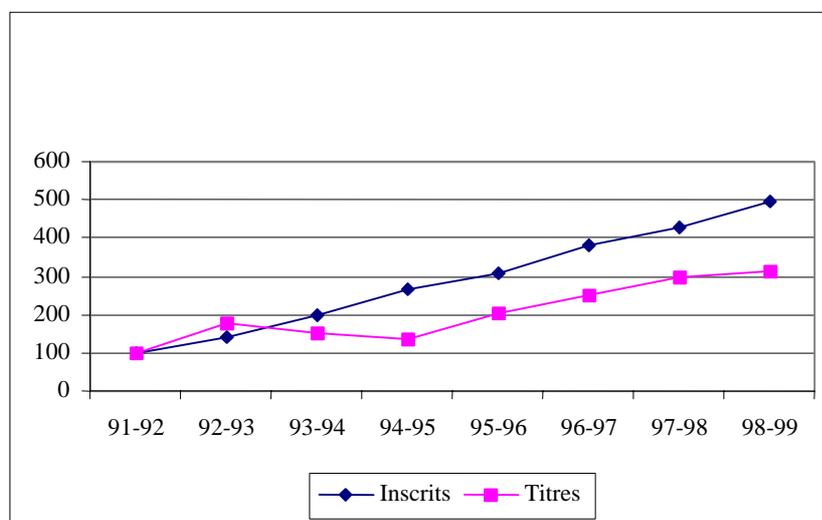
- les mutations du marché du travail et les politiques de l'emploi qui ont généré de très nombreux statuts intermédiaires et temporaires entre emploi, inactivité et chômage ;

Le caractère partiel des données collectées, consécutif au manque de temps et à l'absence de statistiques dans de nombreux secteurs, ne permet pas de confronter rigoureusement l'offre et la demande de travail social d'un point de vue quantitatif. C'est, bien entendu, encore moins le cas pour l'adéquation *qualitative* de l'offre et de la demande, opération qui demanderait des investigations d'une toute autre ampleur.

La seule indication d'un déséquilibre entre l'offre et la demande dont nous disposons est le nombre de demandeurs d'emplois totalement inoccupés, qui montre des différences non négligeables entre les éducateurs (toutes classes confondues) et les assistants sociaux.

Il apparaît clairement que le nombre de titulaires d'un diplôme **d'éducateur spécialisé** est en augmentation constante depuis une dizaine d'années. Nous n'avons pu quantifier cette croissance cumulée pour les deux types de formation que jusqu'en 98-99, par manque de données relatives aux écoles de promotion sociale. Globalement, le nombre d'inscrits a quintuplé en 8 ans, alors que le nombre de titres délivrés a triplé¹. Le graphique 6.1.1. illustre cette progression extrêmement régulière des inscrits, suivie avec un certain retard par celle des titres délivrés.

Figure 6.1.1. Educateurs spécialisés, inscrits et titres délivrés (91-92 = 100)



646 titres ont été délivrés en 98-99 contre 207 en 91-92, les inscrits passant eux de 1.165 à 5.795 (6.043 en 99-00). Rappelons que le chiffre de 646 titres est très probablement sous-estimé pour des raisons statistiques (retard dans les données de promotion sociale).

¹ Les chiffres relatifs aux titres délivrés dans l'enseignement de promotion sociale pour 98-99 sont sujets à caution. Le fléchissement de la croissance globale des titres visible sur la graphique pour la même année est donc également sujet à caution.

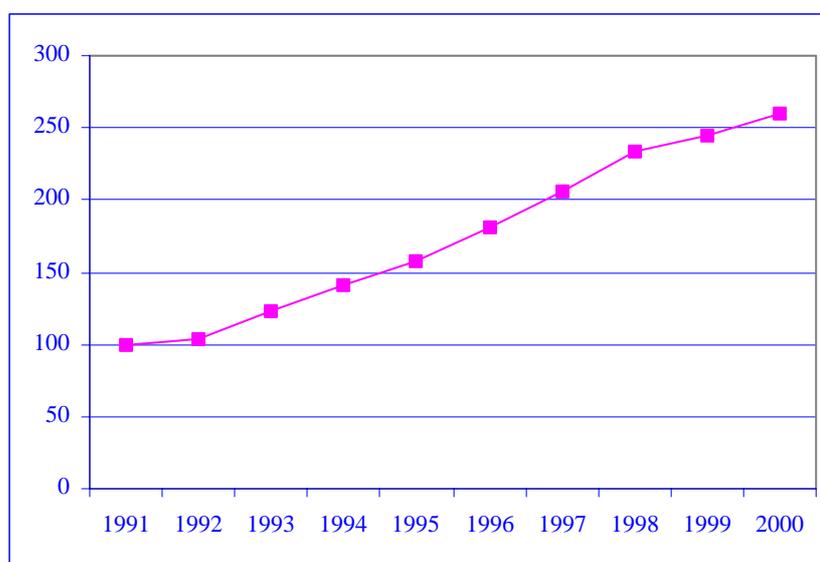
Il convient d'ajouter à ces titres ceux délivrés par l'enseignement supérieur à orientation pédagogique et sociale pour prendre la mesure du nombre de diplômés susceptibles de travailler comme éducateur de classe 1. Bien entendu, le *noyau dur* de l'offre d'éducateurs spécialisés est constitué des diplômés des écoles d'éducateur, mais les enquêtes de terrain nous ont montré qu'une part importante de ces travailleurs ont suivi une autre formation.

D'autre part, une proportion très importante d'éducateurs ne sont pas des diplômés de l'enseignement supérieur mais bien du secondaire, à orientation pédagogique et sociale. En 1998, plus de 5.000 élèves ont reçu un certificat permettant théoriquement l'accès à la classe 2A. Selon l'enquête du Fonds ISAJH (cf. supra), plus de 25% des éducateurs sondés étaient issus de l'enseignement secondaire technique ou professionnel.

Il est cependant impossible de quantifier rigoureusement l'offre globale d'éducateurs, tous niveaux de qualification confondus ou par niveau de qualification. La seule chose que nous pouvons affirmer avec certitude, c'est que cette offre croît régulièrement et qu'elle ne semble pas pouvoir être absorbée par le marché du travail.

Le graphique 6.1.2. montre la progression régulière des effectifs d'éducateurs, toutes classes confondues², demandeurs d'emploi totalement inoccupés (DEI), dont la croissance a été de 160% en 10 ans. Il y avait 2.542 éducateurs DEI en 1991 et 6.599 en 2000.

Figure 6.1.2. Educateurs demandeurs d'emploi totalement inoccupés (CFGB toutes classes confondues, 1991 = 100).



Bien entendu, ces données gagneraient à être ventilées par niveau de qualification, notamment pour établir des comparaisons avec les assistants sociaux. En outre, comme nous l'avons signalé dans le chapitre 4, l'inclusion de personnes demandeuses d'emploi dans la catégorie « éducateur » peut se faire sur base d'une expérience professionnelle de très courte durée et sans aucun lien avec une qualification spécifique.

La problématique des **assistants sociaux** est sensiblement différente. Outre le fait que leur possibilité d'emploi est beaucoup plus étendue et variée que celle des éducateurs,

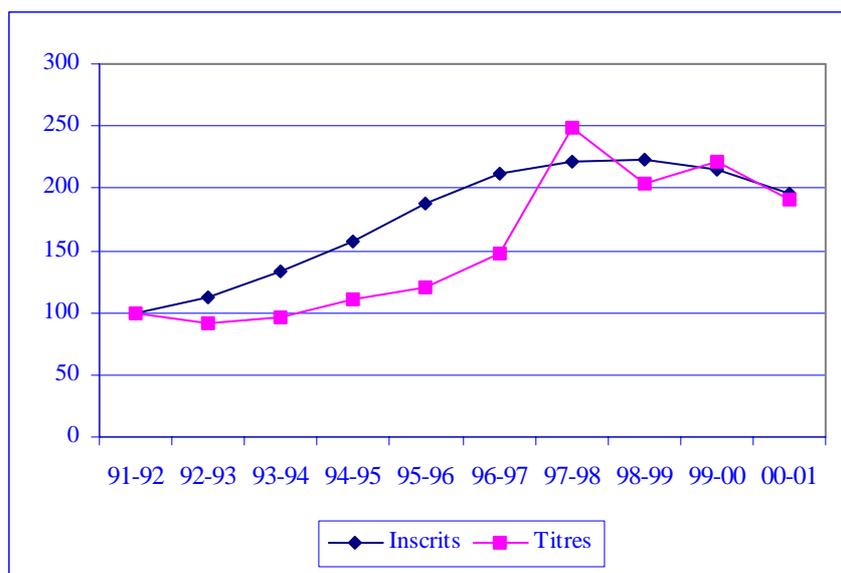
² Le Forem et l'Orbem ne disposent pas de statistiques ventilées par classe ou niveau de qualification.

qu'elles tendent même à se développer dans des secteurs traditionnellement réservés aux éducateurs (comme le travail en milieu de vie et extra-muros dans de nombreux secteurs)³, la croissance du nombre de diplômés est plus lente que celle des éducateurs spécialisés et le nombre d'AS sans emploi plus faible.

Les écoles sociales délivrant le diplôme d'assistant social sont au nombre de 11, alors qu'il existe 23 écoles formant des éducateurs spécialisés. Rappelons par ailleurs qu'il n'existe pas de formation d'AS en promotion sociale. Enfin, la protection du titre empêche le gonflement de l'offre par de nombreux diplômés issus d'autres formations à orientation pédagogique ou sociale, ce qui explique sans doute en partie la progression beaucoup plus lente, voire la diminution dans certains cas, des assistants sociaux demandeurs d'emploi totalement inoccupés.

Le graphique suivant montre que la croissance des effectifs et des titres délivrés par les écoles sociales a été non seulement nettement plus lente que celle des éducateurs spécialisés des écoles de plein exercice, mais qu'elle suit une courbe rentrante depuis le milieu des années nonante, avec une diminution des inscrits depuis 99-00. Le nombre des inscrits était de 1.801 en 91-92 et de 3.527 en 00-01, alors que le nombre de titres délivrés est passé de 421 à 806 pour la même période.

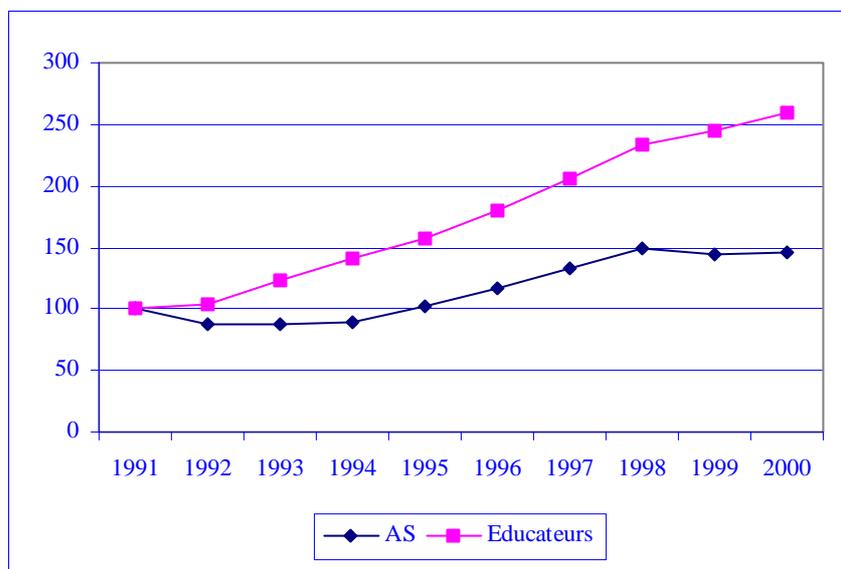
Figure 6.1.3. Assistants sociaux, inscrits et titres délivrés (91-92 = 100)



³ Les politiques en faveur de l'aide en milieu de vie au détriment de l'hébergement dans de nombreux secteurs (aide à la jeunesse et à la petite enfance, aide aux personnes handicapées...) favorisent les professionnels ayant une formation d'assistant social, comme le montre le profil de qualification des intervenants sociaux dans les services ambulatoires (AMO, SPEP, COE, services d'accompagnement pour personnes handicapées...).

Ces différents éléments se répercutent sur les AS demandeurs d'emplois totalement inoccupés, dont la progression est beaucoup plus faible que celles des éducateurs⁴, voire en régression pour les dernières années, comme le montre la figure 6.1.4.

Figure 6.1.4. : Educateurs et assistants sociaux demandeurs d'emploi totalement inoccupés (CFGB, 1991 = 100)



Ces données ne laissent par conséquent augurer aucune pénurie *quantitative* de travailleurs sociaux dans un avenir proche, ceci d'autant plus que la variété des formations pouvant déboucher sur l'exercice d'une fonction de travailleur social demeure jusqu'à ce jour extrêmement étendue. Ceci ne signifie évidemment pas que l'adéquation qualitative de l'offre et la demande soit toujours rencontrée, comme l'indique notamment la croissance considérable des besoins en formation continuée.

⁴ Toutes classes confondues.

Bibliographie

- ALVOET M., (en collaboration avec F. VANDENBROUCKE), *La psyché : le cadet de mes soucis ?*, Note de politique relative aux soins de santé mentale, Ministère de la santé publique, 2001
- ALVOET M., (en collaboration avec F. VANDENBROUCKE), *Défis et perspectives pour les hôpitaux dans le cadre des soins de santé intégrés*, Ministère de la santé publique, 2001
- AUTÈS M., *Les paradoxes du travail social*, Dunod, 1999
- CHAPELLIER, J.-L., *Approche du métier de l'aide familiale*, Université de Mons-Hainaut, 1998
- COLL., *Les personnes dépendantes en institution*, INSEE, 1999
- CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DE LA RÉGION WALLONNE, *Rapport sur la situation économique et sociale de la Wallonie (2000)*, CESRW, 2001
- DE BACKER B., *Enquête auprès des directions concernant l'emploi et les conditions de travail dans les services relevant de la SCP 319.02*, Fonds ISAJH, 1998
- DE BACKER B., DE COOREBYTER V., *Le métier d'éducateur : transformations récentes et fatigue professionnelle*, Fonds ISAJH, 1998
- DE BACKER B., WAUTIER D., *Compétences professionnelles et formation continuée des travailleurs sociaux*, Fonds ISAJH, 2000
- DE BACKER B., *Savoir devenir tout au long de la vie ?*, in Non Marchand, n° 6, 2000
- DE BACKER B., *Le temps partiel dans le champ de la SCP 319.02*, Fonds ISAJH, 2000
- DE BACKER B., *Du mur à l'ouvert. Un nouvel âge pour les éducateurs ?*, éditions Luc Pire, 2001
- DE COOREBYTER V., *La formation et l'emploi dans le champ socio-culturel*, CESEP, 1996
- DE COOREBYTER V., *Aide sociale et pouvoirs publics*, dossier du CRISP, 1999
- DE COOREBYTER V., WAUTIER D., *New professionals in the field of services to the individual*, rapport des séminaires internationaux ADAPT, Fonds ISAJH, 1998
- DESCHAMPS M., PACOLET J., *Werken in de zorgsector – synthese en vooruitblik*, HIVA, 1999
- EDUCATION SANTÉ, *Réforme de l'inspection médicale scolaire*, n° 165, décembre 2001
- FÉDÉRATION DES MAISONS MÉDICALES, *Structure de l'emploi dans les maisons médicales*, FMM, non daté
- FEDITO, *Cadastre des institutions spécialisées en toxicomanie en Région wallonne*, 1998
- FESAD, *L'aide à domicile, ses caractéristiques et les conditions de son nécessaire développement*, Jambes, 2000
- FRANSSSEN A., *Les travailleurs du non marchand : héros et victimes. Demande de reconnaissance et transaction identitaire*, in Recherches sociologiques n° 2, 1999

- FRANSSSEN A., WALTHÉRY P., *Les métiers de l'éducateur. Analyse et pistes d'action*, Fonds ISAJH, 1998
- GASPAR F., GILLES M., WAUTIER D., DAVAGLE M. et VANHAVERBEKE J., *Les Carnets de l'éducateur*, RIZHOME, 2000
- HECQUET B., LODEWICK P., PIRE F. et VERLY J., *Le parcours professionnel des assistants sociaux*, Enquête auprès de diplômés en Communauté Française de Belgique, Publication ISSHA, 1999
- ION, J., *Le travail social à l'épreuve du territoire*, Dunod, 1996
- ION, J., *Le travail social au singulier*, Dunod, 1998
- ION J., TRICART J.-P., *Les travailleurs sociaux*, La Découverte, 1998
- LARIVIÈRE C., BERNIER D. (dir.), *Identités professionnelles (des travailleurs sociaux)*, Les politiques sociales n° 1&2, 2000
- LE SECTEUR NON MARCHAND EN BELGIQUE, aperçu socio-économique, rapport de synthèse publié par la Fondation Roi Baudouin, 2001
- LE GUIDE SOCIAL (édition 2000-2001), Figus, 2000
- L'OBSERVATOIRE, *La place du (service) social dans l'hôpital*, in L'Observatoire n° 22, 1999
- MERTENS S., ADAM S., DEFURNY J., MARÉE M., PACOLET J., VANDEPUTTE I., *Le secteur non marchand privé en Belgique. Panorama statistique et éléments de comparaison internationale*, Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project et Projet interuniversitaire sur le secteur non marchand en Belgique, 1999.
- MERTENS S., MARÉE M., *L'importance de l'emploi dans le secteur non marchand*, in Non Marchand n° 4, 1999
- MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES, INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUES, Statistiques sociales, *Enquête sur les forces de travail*, année 1999
- MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES, INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUES, Statistiques sociales, *Enquête sur les forces de travail*, année 1998
- NOEL S., *La longue marche vers une commission paritaire 1977-1996*, CESEP, 1996
- THIERY F., ZACHARY M.D., DE VILLE PH., VENDENDERGHE V., *Enseignement initial : les enjeux du développement de l'enseignement supérieur sur fond de crise de l'enseignement secondaire qualifiant*, Cahier de recherche du GIRSEF, n° 1, 1999.
- VANHEERSWYNGHEL A., *Les politiques de l'emploi en Belgique*, Dossier du CRISP n° 53, 2001
- WAUTIER D., *La mise en oeuvre du plan Maribel social dans le secteur privé*, in « Non marchand » n°4, 1999.

LISTE DES PUBLICATIONS

1. Dans le cadre de la recherche :

Manpower Planning :Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale, 2000 -2010 -2020,

1.1. Communauté française et Communauté germanophone

LEROY X., HUBIN M., SALHI M., STORDEUR S., DRAELANTS H., DE BACKER B. (2002), *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*, SESA-UCL, Bruxelles, 263 + 57 p.

LEROY X., HUBIN M., SALHI M., STORDEUR S., DRAELANTS H., DE BACKER B. (2002), *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 2. Le personnel infirmier et soignant: de 1995 à 2000 et de 2001 à 2020*, SESA-UCL, Bruxelles, 215 + 44 p.

DE BACKER B. (2002), *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 3. Les travailleurs sociaux: situation en 2000*, SESA-UCL, Bruxelles, 86 p.

LEROY X., BERDI M., HUBIN M., SALHI M., STORDEUR S., DRAELANTS H., DE BACKER B. (2002), *Manpower Planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale, Edition électronique, (CD-ROM)*, SESA-UCL, Bruxelles.

1.2. Communauté flamande

PACOLET J., COUDRON V., STROBBE S. & DEWILDE S. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 1. Het aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2000*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

PACOLET J., VAN DE PUTTE I., MARCHAL A., CATTART G., DEGREEF T., VERBRUGGHE K. & DEWILDE S. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de*

- zorgsector en de socioculturele sector. Deel 2. De vraag naar zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2000*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- PACOLET J., VAN DE PUTTE I., CATTART G., COUDRON V., DEGREEF T. & VERBRUGGHE K. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 3. Prognose tot 2005 en scenario's tot 2020 voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- MARCHAL A. & PACOLET J. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 4. De socioculturele sector in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2010*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- PACOLET J., VAN DE PUTTE I., CATTART G. & COUDRON V. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 5. Synthèse voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2020*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- PACOLET J., VAN DE PUTTE I., MARCHAL A., CATTART G., COUDRON V., DEGREEF T., VERBRUGGHE K. & DEWILDE S. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 7. Elektronische bijlage (CD-ROM)*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

1.3. Belgique

- LEROY X. & PACOLET J. (2002), *Manpower Planning dans le champ de la santé et de l'aide sociale. Synthèse pour la Belgique 1995-2020*, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven. .
- PACOLET J. & LEROY X. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 6. Synthèse voor de zorgsector in België 1995-2020*, HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Brussel.

2. Dans le cadre de la recherche précédente :

Offre et demande de travail infirmier et soignant : Projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010

2.1. Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier

2.1.1 Communauté française et Communauté germanophone

LECLERCQ A., LORANT V. & LEROY X. (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 1: Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier*, SESA-UCL, Bruxelles, 276 p.

2.1.2 Communauté flamande

DE MAN P., DESCHAMPS M., PACOLET J. & GOS E. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 1: Verpleegkundigen en het verplegend werk*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 308 p.

2.1.3 Belgique

LECLERCQ A., DESCHAMPS M., LEROY X., PACOLET J., LORANT V. & GOS E. (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 1: Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier*, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven, 260 p.

DESCHAMPS M., LECLERCQ A., PACOLET J., LEROY X., GOS E. & LORANT V. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 1: Verpleegkundigen en het verplegend werk*, HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL, Leuven/Bruxelles, 260 p.

2.2. Travail soignant et soignants qualifiés

2.2.1 Communauté française et Communauté germanophone

LECLERCQ A. & LEROY X. (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, projections*

jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 2: Travail soignant et soignants qualifiés, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven, 184 p.

2.2.2. Communauté flamande

LANOYE H., DESCHAMPS M., PACOLET J. & GOS E. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 2: Gekwalificeerd verzorgenden en het verzorgend werk, HIVA-K.U.Leuven, Leuven, 262 p.*

2.2.3. Belgique

LECLERCQ A., DESCHAMPS M., LEROY X., PACOLET J., LANOYE H. & GOS E. (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 2: Travail soignant et soignants qualifiés, SESA-UCL/HIVA-K.U.Leuven, Bruxelles/Leuven, 170 p.*

DESCHAMPS M., LECLERCQ A., PACOLET J., LEROY X., LANOYE H. & GOS E. (1998), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in België, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010. Deel 2: Gekwalificeerd verzorgenden en het verzorgend werk, HIVA-K.U.Leuven/ SESA-UCL, Leuven/Bruxelles, 208 p.*

Information et commandes :

SESA / UCL, Clos Chapelle aux Champs, 30.41, B-1200 Bruxelles

Fax 32 2 764 30 31

E-mail: Vanbell@sesa.ucl.ac.be

HIVA-K.U.Leuven, E. Van Evenstraat 2e, B-3000 Leuven

Fax +32 16 32 33 44

E-mail: Liesbeth.Villa@hiva.kuleuven.ac.be