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 1. Soins de santé et aide sociale : les champs d'activité

Xavier Leroy, Michèle Hubin, Sabine Stordeur, Hugues Draelants,

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).

Federale Cel ESF
Cellule Fédérale FSE

Met de steun van
de Europese Unie
Dienst Europees
Sociaal Fonds

Avec le Soutien
de l'Union européenne
Fonds Social
Européen

AFOSOC-VESOFO

CIP Bibliothèque Royale Albert I

Leroy, Xavier

Manpower Planning :Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020. Tome 1 : Soins de santé et aide sociale : les champs d'activité /Xavier Leroy, Michèle Hubin, Sabine Stordeur, Hugues Draelants, Bernard De Backer. – Bruxelles : Université Catholique de Louvain. Socio-Economie de la Santé. Health Systems Research.. Ecole de Santé publique, 2003, 263 +57 p.

D/2003/2735-1
ISBN : 2-87118-044-X

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
AFIS : Association francophone d'institutions de santé
AFT : Atelier de formation par le travail
AGCF : Arrêté du Gouvernement de la Communauté française
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
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
CNAI : Conseil national de l'art infirmier
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
EFT : Entreprise de formation par la travail
EPSC : Enseignement professionnel secondaire complémentaire
ESP : Enseignement supérieur paramédical
ESTC: Enseignement supérieur de type court
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)
IHP : Initiative d'habitation protégée
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

META : 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

MSP : Maison de soins psychiatriques

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

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

RG : Régime général

SAD : Soins 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

Avant-propos 1

Introduction 5

CHAPITRE 1 : LES SECTEURS 7

1.1. Soins de santé et aide sociale : champs d'activité du non marchand 7
1.2. Le fonctionnement des différents secteurs 11
1.2.1. Hôpitaux 11
1.2.2. Hébergement pour personnes âgées 37
1.2.3. Initiatives de santé mentale 49
1.2.4. Soins et aide à domicile 53
1.2.5. Aide aux personnes handicapées 72
1.3. Emploi par secteur 74
1.3.1. Hôpitaux 74
1.3.2. Hébergement pour personnes âgées 95
1.3.3. Initiatives de santé mentale 104
1.3.4. Soins et aide à domicile 109
1.3.5. Aide aux personnes handicapées 120
1.3.6. Autres secteurs : Maisons médicales, ONE, FARES, IMS-PMS, Médecine du travail 124
1.4. Synthèse 137

CHAPITRE 2 : LES PROFESSIONS 139

2.1. Les médecins 139
2.1.1. Evolution de la médicalisation 139
2.1.2. L'évolution de la structure par âge et par sexe 141
2.1.3. La médicalisation selon les régions 143
2.1.4. Croissance, pléthore et numerus clausus 144
2.2. Les pharmaciens 147
2.2.1. Le flux de diplômés 147
2.2.2. Les effectifs de pharmaciens 148
2.2.3. La demande 149
2.2.4. Confrontation de l'offre et de la demande 152
2.2.5. Perspectives 153
2.3. Les dentistes 154
2.3.1. Les flux de diplômés 154
2.3.2. Les effectifs de dentistes 155
2.3.3. La demande 157
2.3.4. Perspectives d'avenir 160
2.4. Les infirmières 161
2.4.1. Aperçu historique 161
2.4.2. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994 163
2.4.3. Organisation des formations d'infirmières en Communauté française 165
2.4.4. Commentaires sur l'évolution de la formation en soins infirmiers 172
2.4.5. Art infirmier et conditions d'exercice de la profession 179

2.5. Les soignants **182**
2.5.1. Situation jusqu'en 2001 182
2.5.2. Réglementation en MRPA 183
2.5.3. En hôpital 186
2.5.4. Dans les soins et l'aide à domicile 187
2.5.5. Dans le secteur psychiatrique (en ce compris les hôpitaux psychiatriques) 188
2.5.6. Le soignant, cet inconnu ! 189
2.5.7. Les formations de personnel soignant 190
2.5.8. Débats actuels et perspectives 191
2.6. Les kinésithérapeutes **193**
2.6.1. Kinésithérapie et kinésithérapeutes 193
2.6.2. Les flux de diplômés 194
2.6.3. Evolution des effectifs de kinésithérapeutes 196
2.6.4.Structure par âge, sexe et régime linguistique des kinésithérapeutes en 1997 198
2.6.5. La demande 199
2.6.6. Les perspectives 203
2.7. Les paramédicaux **206**
2.7.1. Les assistants pharmaceutico-techniques 206
2.7.2. Les bandagistes, orthésistes, prothésistes 206
2.7.3. Les diététiciens 207
2.7.4. Les ergothérapeutes 207
2.7.5. Les logopèdes 213
2.7.6. Les technologues de laboratoire médical 220
2.7.7. Les technologues en imagerie médicale 221
2.7.8. Autres professions paramédicales : ambulanciers, audiciens, orthoptistes, podologues 222
2.8. Les travailleurs sociaux : assistants sociaux et éducateurs **224**
2.9. L'aide familial ou aide senior **229**
2.9.1 Définition 229
2.9.2. Fonction de l'aide familial ou aide senior 229
2.10. Le personnel de support **231**
2.10.1. L'aide ménager 232
2.10.2. La garde à domicile 233
2.10.3. L'assistant logistique 234
2.10.4. L'agent d'entretien hospitalier 235
2.11. Synthèse **236**

CHAPITRE 3 : EVALUATION GLOBALE DE L'EMPLOI **237**

3.1. La population active et la structure de l'emploi **237**
3.2. L'emploi intérieur **241**
3.3. Les caractéristiques de l'emploi **244**
3.4. L'emploi par champ d'activité **249**
3.4.1. Le champ de la santé 249
3.4.2. Le champ de l'action sociale 251
3.4.3. Santé et action sociale 253
3.5.Les emplois Maribel **254**

Conclusion **258**

Bibliographie **259**

Annexes **263**

Liste des annexes

Tableau Annexe 1.2.1.2.1. Evolution du nombre de lits dans les hôpitaux en Belgique selon qu'ils sont généraux ou psychiatriques - 1979-1999 1
Tableau Annexe 1.2.1.2.2. Evolution du nombre de lits dans l'ensemble des hôpitaux en Belgique selon la Région - 1979 – 1999 2
Tableau Annexe 1.2.1.3.1. Nombre d'admissions dans les hôpitaux belges, par groupe d'âge et selon l'origine du patient - Evolution 1993 – 1997 3
Tableau Annexe 1.2.1.3.2. Indice d'évolution des admissions des plus de 60 ans dans les hôpitaux belges par Région selon l'origine du patient 4
Tableau Annexe 1.2.1.3.3. Evolution du nombre d'admissions dans les hôpitaux belges par type d'hôpital et région où se situe l'hôpital : 1984-1997 5
Tableau Annexe 1.2.1.3.4. Evolution du nombre d'admissions dans les hôpitaux belges par type d'hôpital et région où habite le patient : 1984-1997 6
Annexe Annexe 1.2.1.4.0. Liste des index des services hospitaliers 7
Tableau Annexe 1.2.1.4.1. Nombre de lits dans les hôpitaux généraux en Belgique par Région : 1979-1999 8
Tableau Annexe 1.2.1.4.2. Indice d'évolution du nombre de lits dans les hôpitaux généraux en Belgique par Région : 1979 – 1999 9
Tableau Annexe 1.2.1.4.3. Nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux par Région : 1984– 1997 9
Tableau Annexe 1.2.1.4.4. Evolution du taux d'admission dans les hôpitaux généraux, par Région où habite le patient : 1984 – 1997 10
Tableau Annexe 1.2.1.5.1. Evolution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques selon les Régions - 1979 – 1999 11
Tableau Annexe 1.2.1.5.2. Indices d'évolution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques selon les Régions : 1979 - 1999 12
Tableau Annexe 1.2.1.5.3. Taux d'admission dans les hôpitaux psychiatriques par Région où habite le patient : 1984 – 1998 13
Tableau Annexe 1.2.1.5.4. Indices d'Evolution du taux d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques par Région où habite le patient : 1984 – 1998 14
Tableau Annexe 1.2.2.1.1. Evolution du nombre de places existant en MRPA et MRS par Région : 1984- 2001 15
Tableau Annexe 1.2.2.2.1. Nombre de places MRPA et MRS en Wallonie et à Bruxelles selon leur statut et l'importance de l'institution : 1998 16
Tableau Annexe 1.2.2.3.1. Evolution du nombre annuel de forfaits journaliers en MRS et MRPA par catégorie de dépendance : Belgique 1991 – 1999 18
Tableau Annexe 1.2.2.4.1. Taux de résidents par rapport à la population selon le niveau de dépendance, Région et âge - MRPA +MRS 19
Tableau Annexe 1.2.2.5.1. Résidents en MRPA et MRS selon le niveau de dépendance et Région : 1995, 1998, 1999 21
Tableau Annexe 1.2.2.5.2. Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance 22
Tableau Annexe 1.2.2.5.3. Indices de croissance du nombre de résidents en MRPA et MRS selon la Région et le niveau de dépendance : 1995- 1999. 23
Tableau Annexe 1.2.2.5.4. Evolution de la répartition des résidents selon le niveau de dépendance 1995 – 99 24
Tableau Annexe 1.2.2.6.1. Résidents en MRPA et MRS selon la catégorie de dépendance, la classe d'âge et la Région : 1995, 1998, 1999 25
Tableau Annexe 1.2.2.6.2. Taux de résidents en MRPA et MRS par rapport à la population en fonction de l'âge, de la Région et du niveau de dépendance - 1995, 1998, 1999 30
Annexe 1.2.4.1.1. La convention W 97 32
Annexe 1.2.4.1.2. Projet d'arrêté royal fixant les critères d'agrément des associations, des cabinets de groupes et des services de soins infirmiers à domicile 36
Annexe 1.3.1.1. Les normes de personnel applicables aux établissements de soins 42

Tableau Annexe 1.3.1.1.6. Evolution du personnel infirmier et soignant à l'hôpital selon les Régions, ETP : 1991 - 1999. 53
Tableau Annexe 1.3.2.2. Evolution du personnel de soins (en ETP) en MRPA et MRS, selon la catégorie et la Région - 1993 - 1999 54
Tableau Annexe 2.5.7.1. Formations donnant lieu à une reconnaissance comme personnel soignant 55

AVANT-PROPOS

Le contexte de l'étude

Il y a près de cinq ans, le SESA/UCL et le HIVA/KUL terminaient une étude sur l'offre et la demande de travail infirmier et soignant en Belgique et dans chaque communauté linguistique du pays. En ce domaine, il s'est produit, au cours de cette brève période, une évolution si importante qu'il était urgent de faire le point et d'envisager à nouveau les perspectives qui se profilent à l'horizon.

L'Association des Fonds sociaux du non-marchand (AFOSOC), le Fonds social pour les hôpitaux privés (FSHP) et le Fonds social MR - MRS ont donc demandé aux centres de recherche qui avaient réalisé l'étude précédente de la réactualiser et d'en étendre les perspectives jusqu'en 2020. Il est également apparu utile de situer l'évolution des professions infirmière et soignante au sein du champ de la santé et de l'aide sociale et, plus largement encore, de l'économie sociale. Le Fonds social européen (FSE) a soutenu l'étude en assurant son cofinancement.

Les difficultés que rencontrent nombre d'institutions de soins pour recruter et fidéliser leur personnel infirmier et soignant imposent aujourd'hui un questionnement en termes de « pénurie » tant en Belgique qu'à l'étranger. Le rapport du CII de juin 2001 relève ainsi que, parmi les 125 associations nationales d'infirmières interrogées à ce sujet, 52 % d'entre elles font état d'une situation de pénurie alors que 23% seulement estiment que l'offre et la demande de personnel sont en équilibre. Par ailleurs, les chercheurs étaient d'autant plus confrontés à cette problématique que l'étude précédente enregistrait une telle croissance des diplômes infirmiers qu'elle ne posait pas comme probable un retour à la situation de pénurie qui avait été rencontrée au début des années '50 ou des années '80. Il faudra donc faire le point et en tirer les leçons.

La planification des ressources humaines demande une connaissance approfondie du secteur d'activité envisagé : données statistiques, mais aussi et surtout compréhension des lignes de force des évolutions observées. Cette mise en perspective des situations dans le mouvement qui les porte amène le chercheur à envisager diverses hypothèses dont il mesure les conséquences. Certains facteurs de transformation sont quasi inéluctables. Pour les soins de santé et l'aide sociale, on pense en particulier au vieillissement démographique, dont l'impact est mesurable avec une très forte probabilité. Mais d'autres éléments sont plus aléatoires, tels, pour la disponibilité de personnel de soins, l'attractivité de la profession, le désir d'avoir une activité professionnelle, le désir d'exercer celle-ci dans le secteur de la santé. Il y entre également, qu'on le veuille ou non, des différences d'appréciation qui tiennent au point de vue adopté et aux enjeux auxquels on est le plus

sensible. On se situe donc dans un exercice où la précision et la rigueur des techniques statistiques ne peuvent faire oublier l'importance des hypothèses sous jacentes. Lorsqu'il s'agit de prévisions ou de perspectives à plus ou moins long terme, il appartient au chercheur d'exprimer clairement les hypothèses qu'il pose. Mais il est indispensable de garder celles-ci en mémoire si l'on veut en tirer des conclusions opérationnelles. Les résultats doivent être mis au conditionnel en fonction de la probabilité que l'on accorde à ces hypothèses. La prudence est toujours de rigueur lorsqu'il s'agit de perspectives.

Les champs de la santé et de l'aide sociale constituent deux domaines clés de l'économie sociale et même de l'économie tout court. Ils constituent des enjeux importants aussi bien pour l'emploi que pour la santé et le bien-être de la population. Bien que la Belgique puisse à juste titre se réjouir de ce que son système de santé et d'aide sociale soit considéré comme l'un des plus performants au monde, les sujets d'inquiétude ne manquent pas : pléthore ou pénurie de personnel, demande croissante, impact du vieillissement à venir.

Son objectif

Cette étude a pour objectif de fournir aux décideurs et à l'opinion publique les éléments nécessaires pour évaluer et comprendre les enjeux actuels dans le champ de la santé et de l'aide sociale, tant en termes d'emploi, que de qualité des services offerts à la population. Il importe pour cela de bien connaître et évaluer la situation actuelle en la situant dans la dynamique de son développement.

Le service SESA de l'UCL a traité la problématique propre à la Communauté française et à la Communauté germanophone. C'est donc celle-ci qui fait l'objet du présent rapport. Les résultats sont fréquemment mis en rapport avec ceux de la Communauté flamande qui sont traités par nos collègues du HIVA de la KUL avec lesquels nous avons toujours eu une excellente collaboration.

Le rapport comprend trois parties.

Première partie

La première partie se centre sur les secteurs d'activité :

- En santé : les hôpitaux, l'hébergement pour personnes âgées, la santé mentale, les soins et l'aide à domicile, l'aide aux personnes handicapées, l'aide à la petite enfance.
- En aide sociale : les différents secteurs d'intervention en travail social.

Quels sont les services qu'ils prestent : nature et volume ?
Quel personnel emploient-ils ? Quel est leur nombre ?

Elle présente ensuite les professions qui y travaillent.

- Médecins, pharmaciens, dentistes, infirmier(ère)s, soignants, kinésithérapeutes, paramédicaux,, assistants sociaux et éducateurs, aides familiales, personnel de support.

Elle s'attache en particulier à la formation, à l'attractivité des études, aux effectifs de professionnels actifs.

Deuxième partie

L'offre et la demande de personnel infirmier et soignant font ici l'objet d'une étude approfondie.

L'évolution de ces professions au cours des années 1995-2000 a été étudiée avec attention, afin de mieux comprendre les problèmes et en particulier les difficultés de recrutement rencontrées par les employeurs.

Poursuivant la recherche, on a effectué une projection de l'offre et de la demande de personnel soignant qualifié dans les années à venir jusque 2020.

Troisième partie

Le champ de l'action sociale a fait l'objet d'une approche compréhensive malgré le constat du manque de données permettant de mesurer l'emploi réel dans les différents secteurs où les travailleurs sociaux sont actifs. On a cependant pu mettre en évidence l'évolution profonde que le travail social a connu au cours des dernières décennies, réalisant une migration de l'intra–mural vers l'extra-mural . Il était intéressant de rapprocher cette évolution de celle du travail soignant lequel a connu également un mouvement centripète de l'hôpital vers le domicile, nuancé toutefois par un développement rapide de l'hébergement pour les personnes âgées.

Remerciements

Ce travail fut celui de toute une équipe réunissant de nombreuses compétences qui se sont conjuguées pour produire ce rapport. Il n'aurait pas été possible sans la collaboration que nous avons obtenue de la part des membres du comité d'accompagnement où étaient représentés non seulement les différents Fonds sociaux commanditaires, mais aussi de nombreux ministères, organismes publics ou privés et associations professionnelles. Nous tenons à mentionner tout particulièrement :

Le Ministère de la Santé publique,
l'INAMI,
les services de l'ONEM et du FOREM
le Ministère de l'enseignement de la Communauté française,

le Service statistique de la Région wallonne,
l'Association catholique de nursing.

Aux fonds sociaux qui ont initié et financé cette étude, à nos collaborateurs, aux nombreuses personnes qui ont soutenu ce travail, nous exprimons ici nos sincères remerciements

Xavier Leroy

Professeur à l'UCL

INTRODUCTION

Ce premier tome constitue la première partie de la recherche *Manpower Planning*. Elle s'efforce de donner une vue d'ensemble de l'activité et de l'emploi dans deux champs d'activité importants du secteur non marchand : les soins de santé et l'aide sociale.

Un premier chapitre, après avoir rapidement défini la spécificité et la complexité du non marchand, présentera les différents secteurs institutionnels qui structurent les champs d'activité ici pris en compte; à savoir : hôpitaux, hébergement pour personnes âgées, initiatives de santé mentale, soins et aide à domicile, aide aux personnes handicapées. Cette présentation comprend deux volets. Le premier décrit le fonctionnement de chaque secteur et les services qu'il offre, évalue sa capacité d'intervention, relève les évolutions marquantes au cours des dernières années. Le second volet s'attache à l'emploi présent pour réaliser ces activités.

Le second chapitre se focalise sur chacune des professions actives dans le secteur des soins de santé et dans celui de l'aide sociale. Quelles sont les formations permettant d'acquérir les compétences requises, quels sont les titres exigés pour exercer certaines activités ou fonctions. Comment évolue l'offre de professionnels face à la demande en provenance des institutions et du public ?

Un troisième chapitre s'efforcera d'établir un relevé synthétique de l'emploi occupé dans les champs d'activité considérés.

Plusieurs professions parmi celles qui seront ainsi analysées au cours de cette première partie, feront ultérieurement l'objet d'une étude approfondie : les infirmiers et soignants dans la seconde partie, les travailleurs sociaux dans la troisième partie. Une attention particulière y sera accordée aux transformations en cours et, dans la mesure du possible, aux réponses à apporter aux besoins futurs, notamment en matière de formation, accès à la profession et conditions d'exercice de celle-ci.

CHAPITRE 1. LES SECTEURS

1.1. Soins de santé et aide sociale : champs d'activité du non marchand

Le secteur *non marchand* rassemble des activités économiques dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'action sociale et de la culture (…). La dénomination propre « non marchand » est historiquement liée à l'intervention des pouvoirs publics et à une volonté de justice sociale. L'intervention de l'Etat tend à corriger les défaillances du marché par la mise en place de garde fous, créant un espace non sanctionné par les lois du marché. Tandis que des principes d'équité et de justice redistributive impliquent l'intervention des pouvoirs publics, soit directement, soit par délégation[1].

Initialement, l'appellation *secteur non marchand* est liée à l'intervention de contributions en temps ou en argent. Le non marchand désigne la sphère des biens et services qui sont mis à disposition en dehors du marché, c'est-à-dire dont la distribution n'est pas assurée par un prix de marché destiné à couvrir au moins un coût de production mais plutôt par des contributions obligatoires (impôts, etc.) et / ou volontaires (dons, cotisations de membres, etc.) en argent d'une part, et par des contributions en temps (bénévolat, militance), d'autre part. Les biens et services non marchands sont offerts à l'utilisateur tantôt gratuitement, tantôt à un prix sans rapport avec le coût de production. Parmi eux figurent des biens collectifs classiques non divisibles en unités de consommation individuelle. Mais le secteur non marchand comprend aussi des biens et services qui pourraient être soumis aux lois du marché. La communauté a cependant préféré d'autres critères parce que leur écoulement par le marché engendrerait des choix de production et une répartition jugés indésirables ou inéquitables : Enseignement, services de santé, aide sociale, culture, etc. Ce type de production peut être assuré par des institutions publiques (CPAS, Intercommunales, Provinces, Communes, etc.) ou par des organisations privées (ASBL ou autres).

Pour ces biens et services, l'intervention des pouvoirs publics dans le secteur non marchand peut se justifier comme suit[2] :

---

[1] In P. ANSAY, A. GOLSCHMIDT, Dictionnaire des solidarités, Petite Bibliothèque de la citoyenneté, Co-éd. Chronique sociale, Lyon et EVO, Bruxelles

[2] B. MEUNIER, Le management du non marchand, Economica, Col . Economie Contemporaine, 1992

- pour les biens et services collectifs, du fait qu'ils ne peuvent pas être produits par le marché concurrentiel, en raison de leur caractéristique d'indivisibilité ;

- pour les biens et services produits en monopole naturel, parce que leur production par le secteur privé mènerait à un prix trop élevé pour une quantité trop faible ;

- pour les biens et services tutélaires, parce que le consommateur, livré à lui-même, serait incapable de prendre les décisions conformes à son propre intérêt à long terme ou à celui de la collectivité.

La justification de chaque type d'intervention des pouvoirs publics met en cause une mission plus ou moins précise « d'intérêt général » que celle-ci est censée remplir. Les organisations non marchandes se distinguent, selon Baudouin Meunier[3], par leur finalité que la collectivité reconnaît comme prioritaire, ce qui justifiera souvent une forme d'intervention des pouvoirs publics.

D'après le Professeur Jacques Defourny[4], l'utilité d'un service n'est pas révélée uniquement par le marché. Le sens profond du non marchand est de générer des externalités positives.

Pour compléter notre description, reprenons la définition du *secteur non marchand* incluse dans la législation ayant trait au Maribel Social[5]. On entend par secteur non-marchand, le secteur composé des employeurs qui :

1) 1° *exercent leur activité principale dans une ou plusieurs activités concernant la santé, l'action sociale ou culturelle dans : les hôpitaux, les préventoriums et sanatoriums, les maisons de repos agréées, les maisons de repos et de soins, les services de santé mentale, les centres de service social, les centres de télé - accueil, les services de soins primaires, les services médicaux interentreprises, les centres d'inspection médicale scolaire, les services de transfusion sanguine et de traitement du sang, les services de secourisme, les centres de santé, les services et établissements de prévention sanitaire, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitations protégées, les centres qui ont conclu une convention de rééducation fonctionnelle avec l'Institut national d'assurance maladie invalidité, les services agréés d'aide aux familles et aux seniors, les ateliers protégés, les « sociale werkplaatsen », les entreprises d'insertion, les entreprises de formation par le travail, les maisons d'accueil, les structures agréées de garde et d'accueil de l'enfant, les services d'aide à la jeunesse, les instituts médico-pédagogiques et les centres, services ou structures agréés qui accueillent, hébergent, accompagnent et assurent l'intégration sociale ou professionnelle des personnes handicapées, les centres culturels, les bibliothèques, médiathèques et ludothèques, les associations et les centres sportifs, les associations de radiodiffusion et/ou télévision non commerciales, les initiatives d'animation sociale, les organismes de formation socio-culturelle, les organismes de développement socio-culturel pour adultes, les groupements de jeunesse, les centres de jeunesse, les associations et institutions de formation professionnelle, de formation complémentaire et de recyclage, les organisations touristiques non commerciales, les organisations de coopération au*

[3] Ibidem

[4] Centre d'Economie Sociale (CES) de l'Université de Liège

[5] A.R. du 05.02.1997 modifié par l'A.R. du 16.04.1998 portant mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand

développement, les institutions ou associations pour la promotion d'une conception idéologique qui ne sont pas liées à un parti politique et qui :

2)

a) soit sont constitués :

- *en association sans but lucratif,*
- *en société à finalité sociale dont les statuts stipulent que les associés ne recherchent aucun bénéfice patrimonial;*

b) soit être un hôpital universitaire ou une maison de repos agréée, déterminés par le Ministre de l'Emploi et du Travail et le Ministre des Affaires sociales,

c) soit :

- *sont affiliés à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales, en application de l'article 32 des lois cordonnées concernant les allocations familiales des travailleurs salariés,*
- *ou ressortent du secteur public et sont affiliés à l'Office national de sécurité sociale».*

A l'intérieur du *non marchand* dont les frontières ont été cernées ci-dessus, le présent rapport s'est donné pour objectif d'étudier les champs d'activité des soins de santé et de l'aide sociale. A l'intérieur de ces deux champs d'une étendue assez vaste et où les interférences existent, nous avons délimité les secteurs d'activité à étudier. Ceux-ci peuvent subir plusieurs types de classement selon qu'on identifie les autorités de tutelle[6], la commission paritaire[7] dont ils relèvent ou le code NACE-BEL[8] qui leur est attribué.

Ils sont tous situés dans le tertiaire sous la rubrique « N. Santé et action sociale ».

Le tableau synthétique suivant présente leur classement par autorité de tutelle en distinguant la commission paritaire[9] dont chacune relève. Un même secteur peut relever de plusieurs autorités selon que l'on considère le législateur, le financement ou l'administration responsable. Dans cette étude, il nous a paru utile de se fixer sur l'autorité responsable des normes de personnel. Nous avons tenté de le faire compte tenu des informations que nous avons pu recueillir. Nous sommes cependant conscients que des éléments nous manquent pour qu'ils soient complets.

6 L'autorité de tutelle est représentée par l'instance fédérale, régionale ou communautaire qui possède l'activité en question dans ses attributions.

7 La commission paritaire est un organe de négociation d'un secteur où siègent tant des représentants des travailleurs que des représentants des employeurs. Le produit des négociation est la conclusion d'accords, les conventions collectives de travail portant sur les conditions de travail en vigueur dans le secteur.

8 La nomenclature d'activités NACE-BEL est une nomenclature statistique des activités économiques.

9 Le tableau ne reprendra que les secteurs d'activité traités dans ce rapport. Les compétences de la Communauté flamande ne sont pas traitées dans ce rapport.

Tableau 1.1. Les secteurs d'activité de la santé et de l'aide sociale

				COCOF	COCOM	COCON
Gouvernement fédéral	**Région wallonne**	**Communauté française**	**Communauté germanophone**	**Région de Bruxelles-Capitale**		
MRS - CP 305.2	MR - CP 305.2		MR - CP 305.2	MR - CP 305.2		
		Aide à la jeunesse - CP 319.02	Aide à la jeunesse - CP 319.02			
		Crèches, milieux d'accueil à l'enfance - CP 305.0	Crèches, milieux d'accueil à l'enfance - CP 305.0			
		IMS - PMS - CP 305.2	IMS - PMS - CP 305.2			
Hôpitaux généraux et psychiatriques CP 305.1	Aide aux personnes handicapées résidentes ou non-résidentes - CP 319.02		Aide aux personnes handicapées résidentes ou non-résidentes - CP 319.02	Aide aux personnes handicapées résidentes ou non-résidentes - CP 319.02		
	Ateliers protégés (ETA) - CP 327		Ateliers protégés (ETA) - CP 327	Ateliers protégés (ETA) - CP 327		
	Aides familiales à domicile - CP 318		Aides familiales à domicile - CP 318	Aides familiales à domicile - CP 318		
Soins à domicile - CP 305.2	Centres de coordination de soins et services à domicile - CP 305.2		Centres de coordination de soins et services à domicile - CP 305.2	Centres de coordination de soins et services à domicile - CP 305.2		
Initiatives d'hébergement avec soins psychiatriques - CP 305.2	Centres de santé mentale - CP 305.2		Centres de santé mentale - CP 305.2	Centres de santé mentale - CP 305.2		
Banque de sang - CP 305.2	Centres de planning familial - CP 305.2		Centres de planning familial - CP 305.2	Centres de planning familial - CP 305.2		
Laboratoires - CP 305.2	Toxicomanies - CP 305.2		Toxicomanies - CP 305.2	Toxicomanies - CP 305.2		
Centre de rééducation fonctionnelle CP 305.2	Maisons médicales (ASI) - CP 305.2		Maisons médicales - CP 305.2	Maisons médicales - CP 305.2		
	Services sociaux - CP 305.2		Services sociaux - CP 305.2			
	Maisons maternelles - CP 319.02		Maisons maternelles - CP 319.02	Maisons maternelles - CP 319.02		
	Centres d'accueil pour adultes - CP 319.02		Centres d'accueil pour adultes - CP 319.02	Centres d'accueil pour adultes - CP 319.02		
Organismes sociaux - CP 329	Centres Régionaux d'intégration - CP 329		Centres Régionaux d'intégration - CP 329	Centres Régionaux d'intégration - CP 329		
	Entreprises d'insertion - CP 329		Entreprises d'insertion - CP 329	Entreprises d'insertion - CP 329		
	Aide au logement - CP 329		Aide au logement - CP 329	Aide au logement - CP 329		

Source : SESA, 2001.

1.2. Le fonctionnement des différents secteurs

Pour bien comprendre la situation de l'emploi et son évolution dans chaque secteur d'activité, il est indispensable de se référer aux caractéristiques des institutions qui emploient les professionnels faisant l'objet de la présente étude ou de l'environnement dans lequel ils travaillent.

1.2.1. HOPITAUX

Quelle a été l'évolution des institutions hospitalières en Belgique au cours des dernières années : nombre d'institutions et nombre de lits, nombre d'admissions par région, d'abord globalement puis de manière distincte pour les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques ? Leur performance sera approchée en se référant aux indicateurs classiques : taux d'occupation et durée de séjour. L'hospitalisation de jour, secteur d'activité en plein développement, fera l'objet d'une attention particulière.

Les données présentées dans cette section, de même que celles sur l'emploi qui feront l'objet de la section 1.3.1., proviennent généralement du Ministère de la Santé Publique. Nous attirons cependant l'attention du lecteur sur le fait que les différents services traitent des données collectées avec des finalités qui leur sont propres si bien que de légères différences peuvent apparaître sans pour autant diminuer leur validité.

1.2.1.1. Evolution générale du secteur hospitalier
Répartition des institutions hospitalières belges

Tableau 1.2.1.1.1. Evolution du nombre d'institutions hospitalières en Belgique

Evolution du nombre d'institutions hospitalières en Belgique						
	1/1/1992	**1/1/1993**	**1/1/1994**	**1/1/1995**	**1/1/1997**	**1/1/1999**
HOPITAUX GENERAUX	200	196	185	177	174	130
Hôpitaux Généraux privés	120	117	116	111	108	76
Hôpitaux Généraux publics	76	74	68	65	63	42
Hôpitaux Généraux mixtes	3	4	0	0	2	11
Hôpitaux Généraux sans statut	1	1	1	1	1	1
Hôpitaux Généraux Région Bxls-Capitale	25	24	24	24	24	14
Hôpitaux Généraux R. Flamande	112	111	105	100	98	79
Hôpitaux Généraux R. Wallonne	63	61	56	53	52	37
Hôpitaux non-universitaires	169	165	152	146	142	99
Hôpitaux universitaires mixtes	20	20	23	18	18	11
Hôpitaux universitaires	7	7	6	7	7	8
Hôpitaux avec statut lits mixte	3	3	3	5	6	11
< 150 lits	35	30	24	22	23	3
150 - 199 lits	42	41	42	37	32	16
200 - 249 lits	38	39	33	30	30	21
250 - 299 lits	30	30	26	26	27	14
300 - 449 lits	29	30	32	33	33	34
>= 450 lits	26	26	28	29	29	42
HOPITAUX PSYCHIATRIQUES	73	74	75	71	70	68

Source : MSP, Traitements SESA à partir de l'annuaire statistique des hôpitaux. Partie I.

Globalement, le nombre d'entités hospitalières a diminué en Belgique. Toutefois, beaucoup de petites entités ont fait l'objet d'une fusion gardant des institutions à taille humaine mais créant des entités multi-sites.

C'est donc le nombre de petites structures qui diminue alors que les grandes entités fusionnées d'une capacité égale ou supérieure à 450 lits augmentent (augmentation de plus de 60% entre 1992 et 1999). Par entités fusionnées, on entend des institutions dont le nombre maximum de lits est fixé à 700 unités sauf pour les grandes agglomérations où cette norme est relevée à 1 100 lits. Si un hôpital dispose de plusieurs sites, il faut qu'ils soient complémentaires afin que l'ensemble soit fonctionnel.

Afin de parvenir à une organisation plus rationnelle du secteur hospitalier, divers concepts tels que l'association (fusion de plusieurs services ou programmes de soins), le groupement (collaboration pour la complémentarité et la répartition des tâches) et autres collaborations ont été rendus opérationnels.

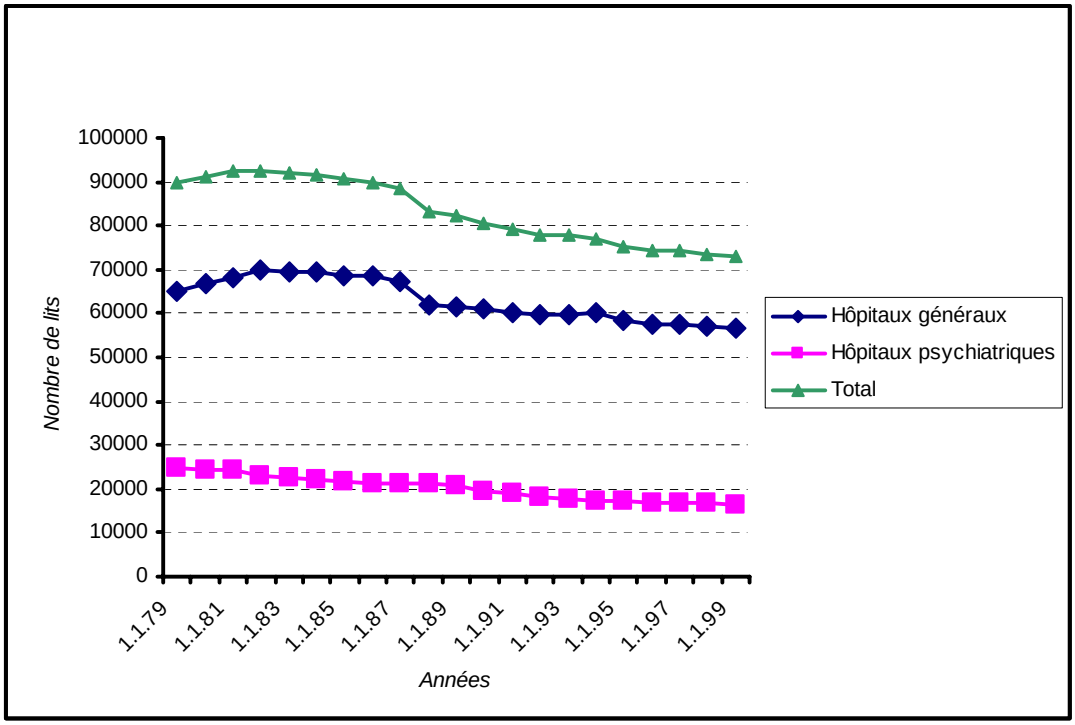
Dans le tableau 1.2.1.1.1. ci-dessus, les entités hospitalières sont classées en fonction de

- leur nature : hôpitaux généraux ou psychiatriques,
- leur statut : hôpitaux publics et hôpitaux privés selon la personnalité juridique de l'exploitant ;
- la région d'implantation : Région wallonne, région flamande ou région de Bruxelles-Capitale ;
- en fonction de leur caractère universitaire : les hôpitaux non universitaires ne possèdent pas de lits universitaires; les hôpitaux universitaires mixtes ont moins de 50% de lits agréés comme universitaires, et les hôpitaux universitaires possèdent plus de 50% de lits agréés comme universitaires ;
- en fonction de leur taille : capacité exprimée en nombre de lits.

1.2.1.2. Evolution du nombre de lits

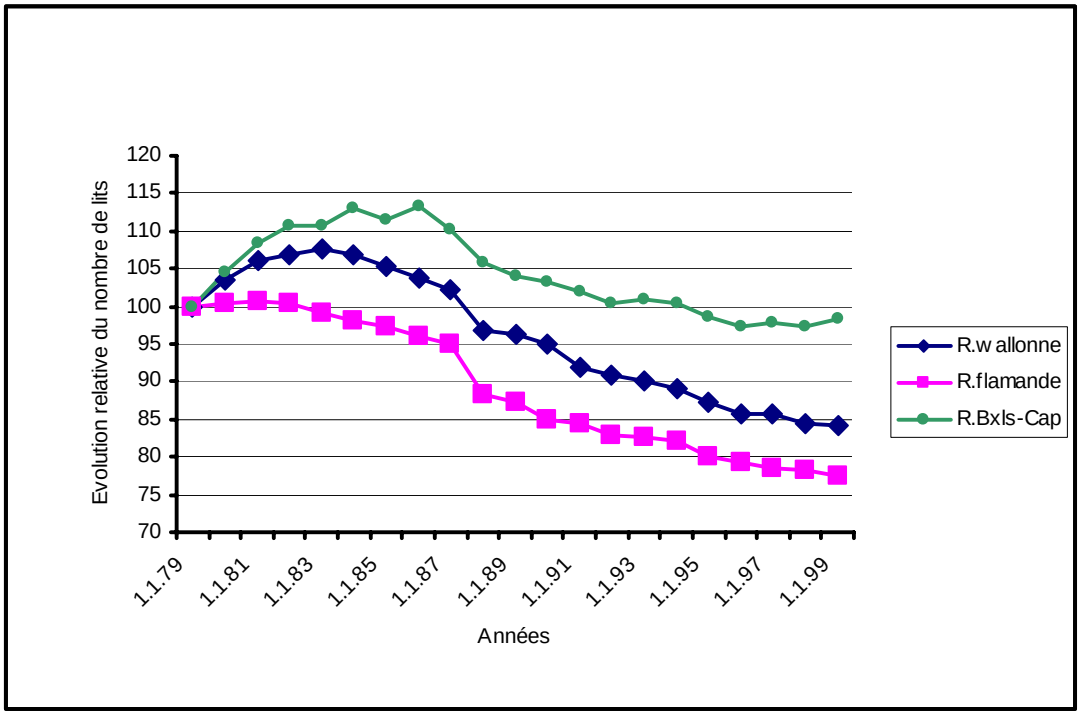
Le nombre de lits dans les hôpitaux en Belgique a diminué de quelque 23% entre 1979 et 1999. La diminution est de 13% dans les hôpitaux généraux et de 33 % dans les hôpitaux psychiatriques. La situation présente cependant des nuances régionales. La Région flamande perd 33% de lits généraux et psychiatriques, la Région Wallonne en perd 16% tandis que la Région Bruxelles - Capitale n'en perd que 2% au total. Cette diminution s'inscrit dans le souci de réserver les hôpitaux aux personnes nécessitant des soins aigus et intensifs tandis que les autres situations sont orientées vers des structures alternatives comme par exemple les soins et l'aide à domicile, les MRS et les MSPsy.

Figure 1.2.1.2.1. Evolution du nombre de lits dans les hôpitaux en Belgique selon qu'ils sont généraux ou psychiatriques - 1979-1999



Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001
Note : Données en tableau annexe 1.2.1.2.1.

Figure 1.2.1.2.2. Evolution relative du nombre de lits dans l'ensemble des hôpitaux en Belgique selon la région 1979-1999

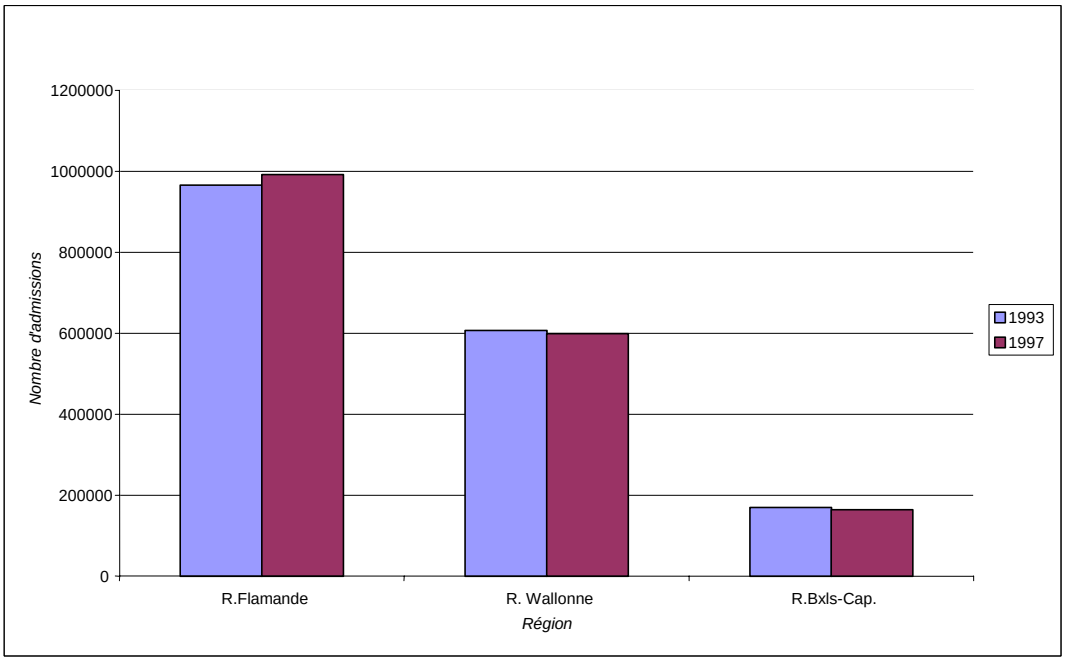


Source :MSP, Administration des soins de santé, 2001
Note : Données en tableau annexe 1.2.1.2.2.

1.2.1.3. Evolution globale des admissions

Le nombre d'admissions avait connu une augmentation importante entre 1982 et 1992. Cette augmentation a été attribuée non seulement au vieillissement de la population mais aussi aux réadmissions des malades chroniques dont l'état nécessite un suivi médical en milieu hospitalier[1]. L'évolution des années suivantes est beaucoup plus modérée. On remarque une augmentation de moins de 1% du nombre total d'admissions dans les hôpitaux généraux belges. Seule la Flandre enregistre d'ailleurs une augmentation entre 1993 et 1997. Cette faible augmentation est toutefois à nuancer en fonction de l'âge des patients admis.

Figure 1.2.1.3.1. Evolution du nombre d'admissions, selon l'origine du patient, dans les hôpitaux belges par région 1993-1997

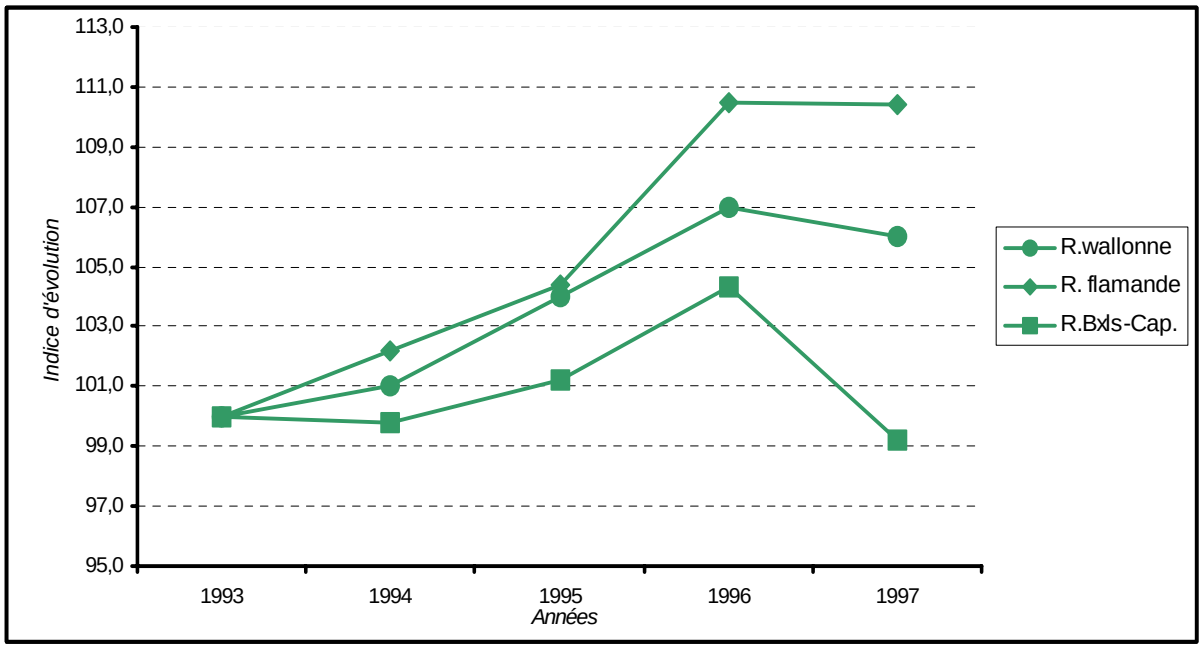


Source : MSP, *Annuaire statistique des hôpitaux, Origine des patients hospitalisés*, exercice 1997, Tableau 4, Tous les hôpitaux.

Note : Données détaillées par groupe d'âge et selon l'origine du patient en tableau annexe 1.2.1.3.1.

1 Hypothèses proposées par LECLERCQ, DESCHAMPS, et all., *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique*, projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010, Tome 1, 112 p.

Figure 1.2.1.3.2. Indice d'évolution du nombre d'admissions des plus de 60 ans dans les hôpitaux belges, selon le domicile du patient : 1993-1997



Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Origine des patients hospitalisés, exercice 1997, Ed. 1996
Note : Données en tableau annexe 1.2.1.3.2.

Le nombre d'admissions des plus de 60 ans dans les hôpitaux belges augmente de manière constante depuis 1993 jusqu'en 1996. L'année 1997 enregistre un arrêt de la croissance et même une diminution en Wallonie et surtout à Bruxelles. Cet arrêt n'est probablement que conjoncturel. On se rappellera en effet que les cohortes nées entre 1914 et 1918 sont peu nombreuses et atteignent 80 ans entre '94 et '98, ralentissant ainsi la tendance lourde que provoque l'allongement de l'espérance de vie aux âges élevés.

En 1997, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans parmi les hospitalisés est de 40%, 41% en Flandre et 39% en Wallonie et à Bruxelles.

La structure d'âge de la population bruxelloise s'est peu modifiée depuis 1971. Elle échappe d'ailleurs en partie au vieillissement de la population. Par rapport au reste du pays, la région bruxelloise, sur base des estimations prospectives de l'INS (1995-2020), connaîtrait une diminution moindre du pourcentage de jeunes de moins de 20 ans, une concentration particulière de la population active et une augmentation significativement moindre de la proportion de personnes de plus de 60 ans[2]. Il conviendra de suivre attentivement les évolutions régionales des admissions selon l'âge des patients dans nos institutions hospitalières, tant elles pourraient induire des modifications dans la répartition de la charge de travail entre les différents professionnels.

[2] Source : DE LANNOY, et all., *Brussel in de jaren negentig en na 2000 : een demografische doorlichting - Steunpunt Demografie, VUB*, working paper 1999-, cit. In Tableau de bord de la Santé Région de Bruxelles Capitale 2001 - Observatoire de la santé de Bruxelles-Capitale

1.2.1.4. Hôpitaux généraux

L'A.R. du 03.08.1976 fixe les critères de programmation pour la plupart des lits des hôpitaux généraux. Il a été complété par les A.R. du 21.03.1977, du 02.08.95, du 12.10.93 (Index G et Sp) et du 30.10.96 (Index Sp). Les quotas ainsi déterminés sont censés mesurer les besoins, compte tenu notamment des chiffres de population, de la structure d'âge, de la morbidité et de la répartition géographique[3].

Tableau 1.2.1.4.1. Programmation du nombre de lits par services dans les hôpitaux généraux.

Types de service[4]	Programmation
CDHH*I	2.90 lits / 1000 habitants
M	32 lits / 1000 naissances
E	37 lits / 1000 naissances
N	6 lits / 1000 naissances
L+B	0.03 place / 1000 habitants
A	0.15 place / 1000 habitants
A1+A2	0.075 place / 1000 habitants
Sp	0.52 place / 1000 habitants + Création d'un maximum de 360 lits / Royaume destinés aux soins palliatifs
G	5 lits / 1000 personnes âgées de 65 ans ou plus + 0.23 place / 1000 habitants pour les services admettant des patients gériatriques nécessitant un traitement neuropsychiatrique

Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Partie II, Ed. 1997

Le nouveau concept hospitalier pour les hôpitaux généraux développé par le Conseil national des établissements hospitaliers ne définit cependant plus l'hôpital en terme d'infrastructure et d'équipements mais de programme de soins (art. 9 quater de la Loi sur les hôpitaux). Un "programme de soins est une réponse cohérente à un problème de santé du patient dans un ensemble structuré de services et de prestations". Cette vision du futur attendant encore d'être concrétisée dans la programmation, la présente évaluation s'effectue encore en termes d'infrastructure.

[3] A.R. 21.03.1977

[4] Voir annexe 1.2.1.4.0. Liste des index des services hospitaliers

Tableau 1.2.1.4.2. Nombre de lits justifiés et lits existants en Belgique dans les hôpitaux généraux, par région – Situation au 01.01.1997

Régions	R. wallonne		R. flamande		R. Bruxelles-Capitale	
Type de service	Besoin en lits	Lits existants	Besoin en lits	Lits existants	Besoin en lits	Lits existants
CDHH*I	9630	11860	17107	20037	2757	5240
M	1264	1087	2100	1912	389	448
E	1462	798	2428	1808	449	438
N	237	115	394	145	73	75
L+B	100	0	177	8	29	30
A	498	856	885	1005	143	205
A1+A2	249	66	442	70	71	5
Sp	1727	1383	3067	2166	494	844
G	2504	1748	4178	4109	834	706
Total	17671	17913	30778	31260	5239	7991

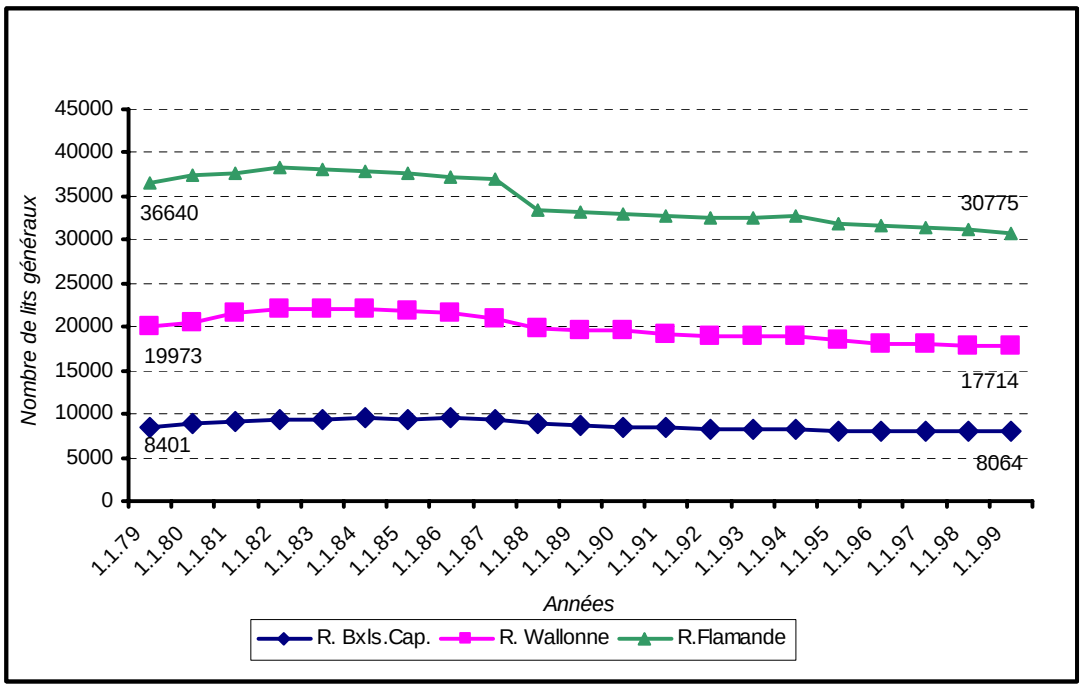
Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Partie II, Ed. 1997

Les lits existants sont répertoriés par le Ministère de la Santé publique, des Affaires sociales et de l'Environnement sur base d'une enquête annuelle effectuée dans tous les hôpitaux agréés. Le besoin en lits est calculé selon les critères de programmation relatifs aux lits hospitaliers (cfr. tableau 1.2.1.4.1.) rapportés au nombre d'habitants par région.

En comparant le nombre de lits justifiés au nombre de lits existants en Belgique dans les hôpitaux généraux, on constate un surplus de lits aigus (indices C,D,H,H* et I[5]) dans les trois régions. Ce surplus s'élève à 17% pour la Flandre et 23% pour la Wallonie. Il est beaucoup plus marqué à Bruxelles où les lits existants excèdent d'un peu plus de 90% le besoin en lits. Les autres services (indices M, E, N, L+B, A, A1+A2, Sp et G) présentent tantôt un excédent, tantôt un déficit. Les situations sont en effet assez inégales. Epinglons quelques exemples. Le déficit en lits E est général pour les trois régions (46% en Wallonie, 26% en Flandre et 3% à Bruxelles). La situation est différente pour les services de gériatrie où la Flandre présente un déficit quasi nul alors que la Wallonie et Bruxelles affichent des soldes déficitaires respectifs de 31% et 16%. La situation est encore plus ambiguë pour les services de spécialités où un surplus de 70% caractérise la Région bruxelloise tandis que les deux autres régions présentent des soldes négatifs de 30% pour la Région flamande et de 20% pour la Région wallonne. Au total, le nombre de lits existant est très proche des besoins calculés en Flandre et en Wallonie, la Région bruxelloise jouit, quant à elle, d'un surplus de 45% de lits. La Capitale, avec ses trois facultés de médecine et ses hôpitaux universitaires, attire en effet une importante clientèle venant de l'ensemble du pays.

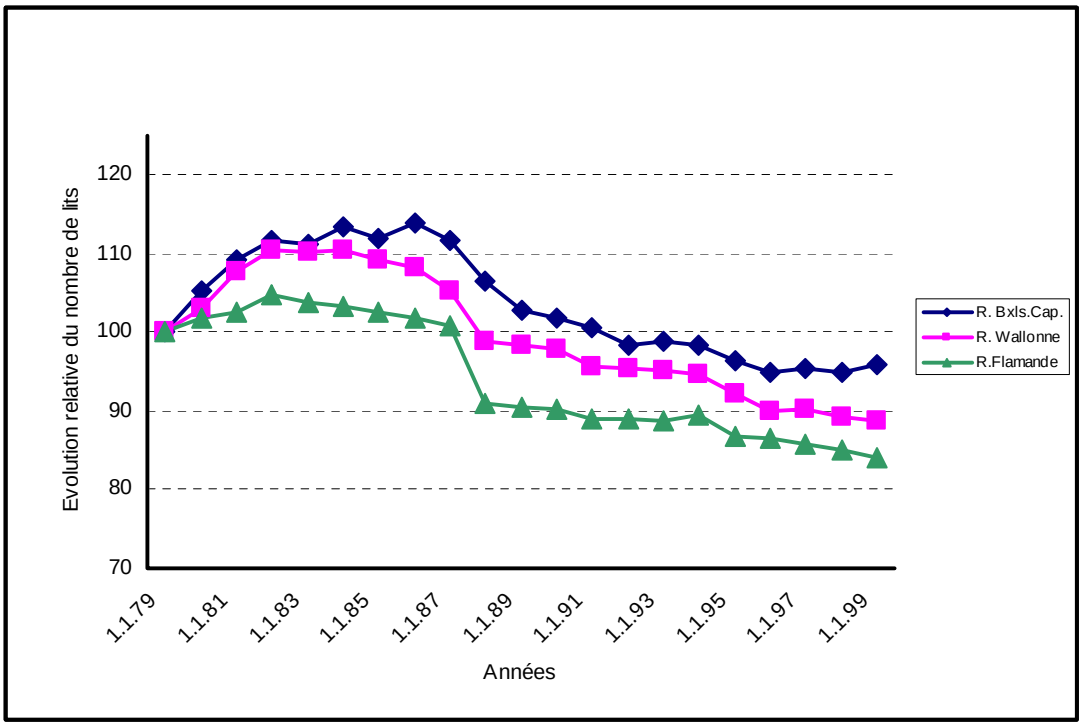
[5] Liste des index des services hospitaliers –voir annexe 1.2.1.4.0.

Figure 1.2.1.4.1. Evolution du nombre de lits dans les hôpitaux généraux en Belgique selon les Régions 1979-1999



Note : Détail des données : voir annexe n° 1.2.1.4.1.

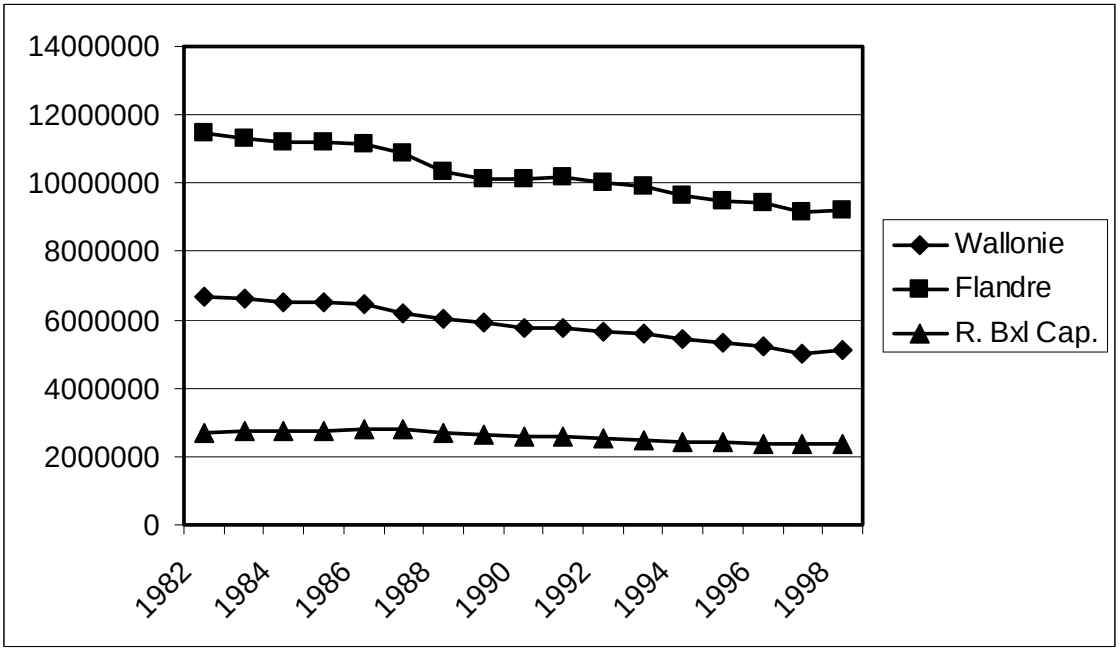
Figure 1.2.1.4.2. Indice d'évolution du nombre de lits dans les hôpitaux généraux selon les Régions 1979-1999



Note : Détail des données : voir annexe n° 1.2.1.4.2.

Parallèlement à la diminution du nombre de lits en hôpital général que l'on constate dans les trois régions du pays, on y observe également une baisse du nombre de journées d'hospitalisation. Cette évolution a été renforcée par la diminution de la durée de séjour (de 61 à 71% selon les régions (cfr Figure 1.2.1.4.4.) mais, par contre, elle a été amortie par une augmentation substantielle du nombre d'admissions : 24 % dans l'ensemble du pays (cfr Tableau Annexe 1.2.1.4.4).
La comparaison des données de la période 1988-1998, dont les résultats figurent au tableau 1.2.1.4.3., met en évidence le fait que la réduction observée depuis 1982 concerne également les dix dernières années.

Figure 1.2.1.4.3. Evolution du nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux belges, par région où ils sont localisés : 1982-1998



Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001
Note : détail des données : voir tableau annexe 1.2.1.4.3.

Tableau 1.2.1.4.3. Indices d'évolution du nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux belges : 1982-1998

Région d'hospitalisation	Indice 1998/1988	Indice 1998/1982
Région wallonne	85	76
Région flamande	89	80
Région de Bruxelles-Capitale	88	87

Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001, Traitements SESA.

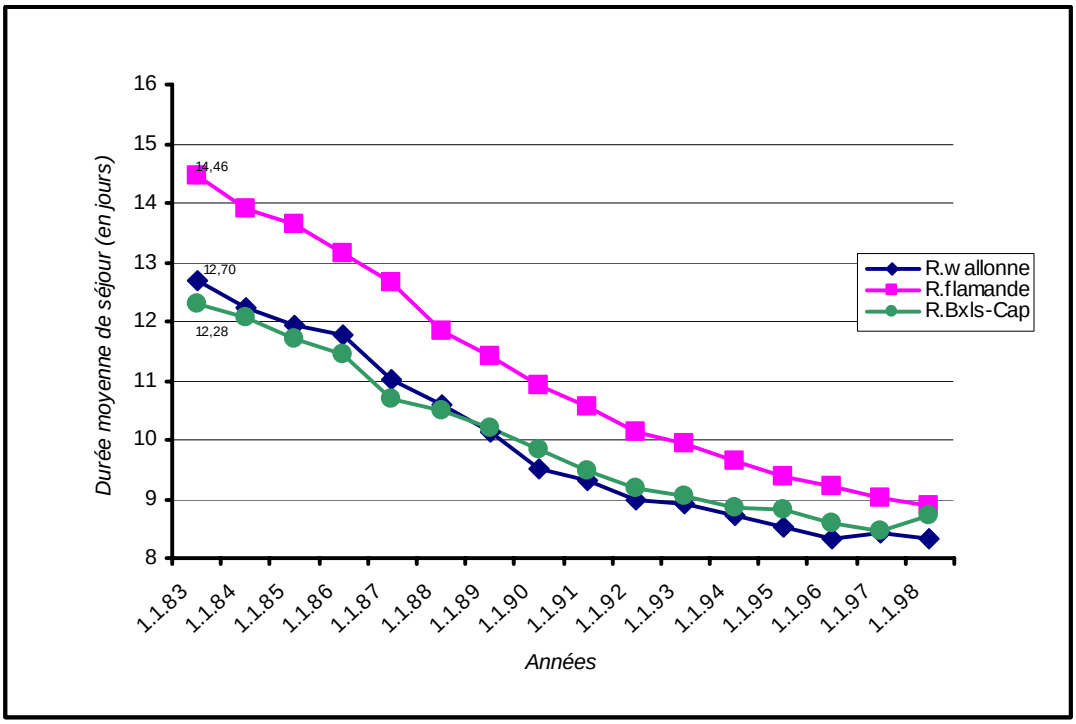
Depuis 1982, le nombre de journées d'hospitalisation a ainsi diminué de 24% en Wallonie, 20% en Flandre et 13% à Bruxelles. Au cours des dix dernières années, la diminution dans chacune des régions a été, respectivement, de 15, 11 et 12%.

Cette diminution est la conséquence non seulement de la réduction du nombre de lits mais aussi du fait que les patients séjournent moins longtemps à l'hôpital.

La durée moyenne de séjour en hôpital général est un indicateur exprimant le nombre de journées pendant lequel un patient séjourne (en moyenne) dans un service quelconque d'un hôpital général. La figure 1.2.1.4.4. nous permet d'en observer la diminution. Celle-ci, amorcée dès les années '80, s'élève, entre 1983 et 1998, à 66 % en Wallonie, 61% en Flandre et 71% à Bruxelles.

Notre analyse de la demande tiendra compte de cette sensible réduction du séjour. Les soins aux patients sont concentrés sur un temps réduit, augmentant ainsi les besoins en personnel.

Figure 1.2.1.4.4. Durée de séjour moyenne dans les hôpitaux généraux belges par région d'hospitalisation : 1983-1998



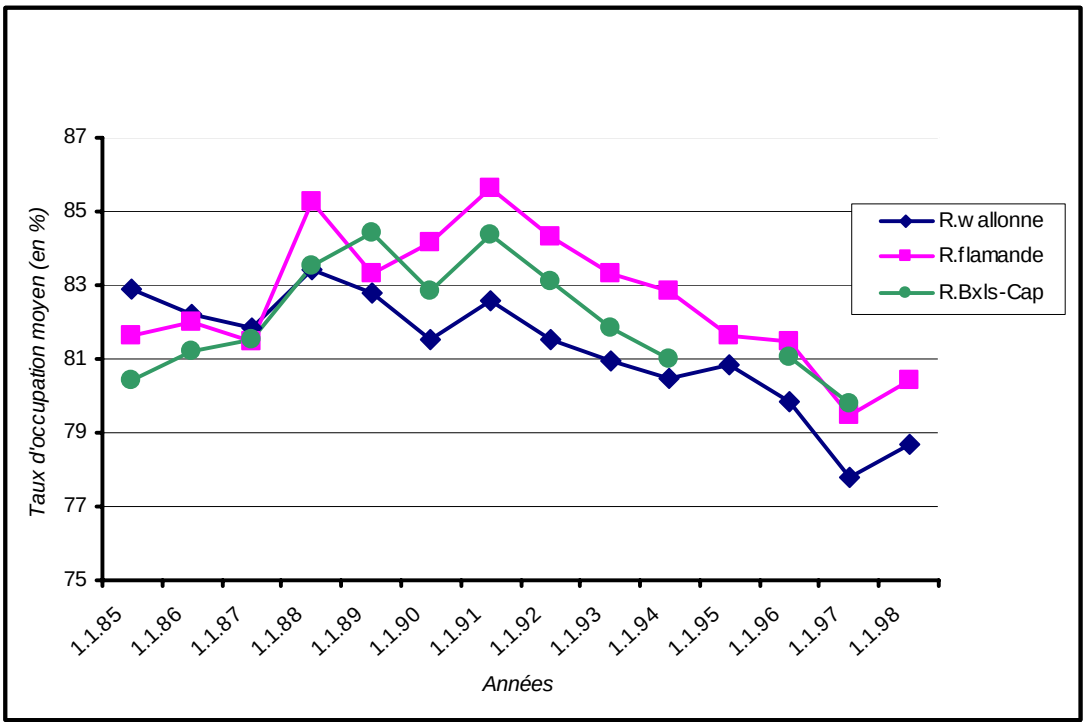
Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001

Le taux d'occupation des lits est un paramètre qui connaît de grandes fluctuations sur une période de près de 20 ans. Le taux moyen d'occupation est calculé d'après la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation} * 100}{\text{Nombre de lits} * 365}$$

Il s'agit du nombre de lits, lits supplémentaires non compris, sur base de la moyenne annuelle.

Figure 1.2.1.4.5. Taux d'occupation moyen dans les hôpitaux généraux belges, par région : 1985-1998

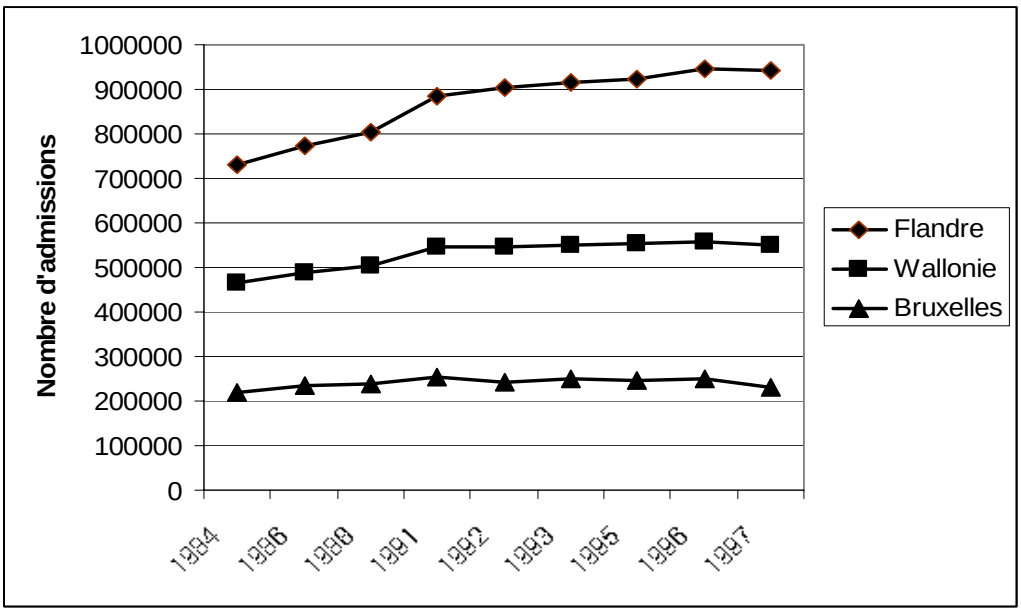


Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001.
Note : Région de Bruxelles - Capitale, série discontinue – Données manquantes au 01.01.'95 et au 01.01.'98.

A partir de 1992, on assiste à une diminution progressive du taux d'occupation qui avait alors atteint un niveau très élevé. En Région wallonne, il atteint un taux plancher de 77.7% en 1997. Les deux autres régions suivent le même mouvement : 79.5% en Flandre et 79.8% à Bruxelles. En 1997-1998, on observe une légère hausse de l'occupation.

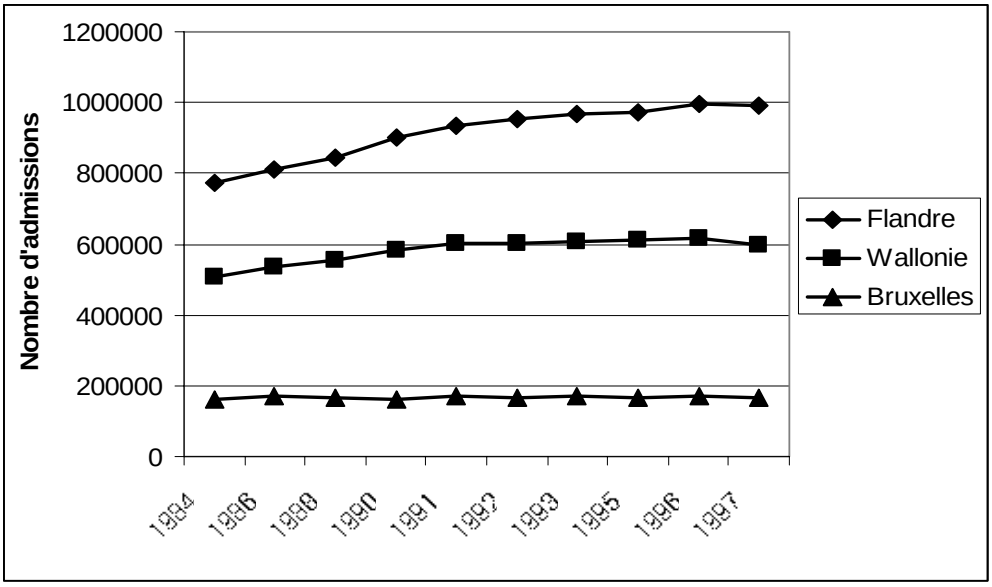
Les admissions en hôpital général ont augmenté de 21% en 13 ans. Cette évolution est plus forte en Flandre (29%) qu'en Wallonie (18%) et surtout qu'à Bruxelles (5%). L'essentiel de cette croissance a été réalisée avant 1993 ; depuis lors, la tendance est à la stabilisation, bien que le nombre de lits et de journées aient poursuivi leur diminution. (Figure 1.2.1.4.6).

Figure 1.2.1.4.6. Evolution des admissions dans les hôpitaux généraux belges par région où se situe l'hôpital : 1984-1997



Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001 *Données détaillées en Tableau annexe 1.2.1.4.4*

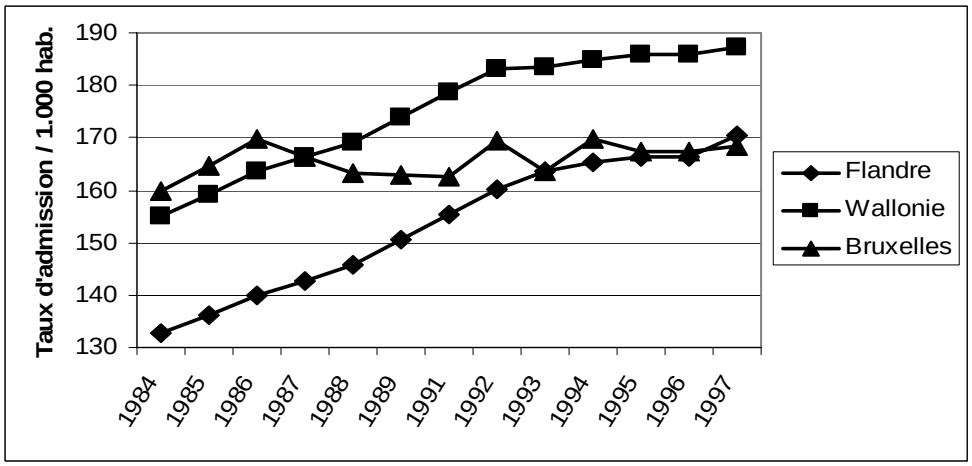
Figure 1.2.1.4.7. Evolution des admissions dans les hôpitaux généraux belges par région où habite le patient : 1984-1997



Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001. *Données détaillées en Tableau annexe 1.2.1.4.5.*

On évalue à quelque 90% le nombre de patients qui sont hospitalisés dans leur région d'origine. Les hôpitaux bruxellois accueillent une proportion importante de patients originaires des deux autres Régions (19% de Wallons et 18% de Flamands).

Figure 1.2.1.4.8. Evolution du taux d'admission par 1000 habitants dans les hôpitaux généraux, selon la région d'origine des patients, 1984-1997



Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Origine des patients hospitalisés, exercice 1997, Tableau 4, Hôpitaux généraux., *Données détaillées selon l'origine du patient en tableau annexe 1.2.1.4.5*

Les taux d'admission pour 1.000 habitants en hôpital général ont progressé de manière importante tant en Flandre qu'en Wallonie jusqu'en 1992, tandis qu'ils sont restés relativement stables de 1993 à 1997. Les Bruxellois, dont le taux d'hospitalisation était le plus élevé en 1984, se situent en 1997 au même niveau que les Flamands et bien en dessous des Wallons.

1.2.1.5. Hôpitaux psychiatriques

En 1990, la réforme de secteur psychiatrique mettait fin aux structures psychiatriques asilaires pour laisser la place à des structures ouvertes assorties de diverses initiatives extra-hospitalières en santé mentale comme les MSPsy. ou les habitations protégées.
L'A.R. du 17.09.1976 a fixé les chiffres – programme pour la plupart des lits des hôpitaux psychiatriques.

Tableau 1.2.1.5.1. Programmation du nombre de lits par service dans les hôpitaux psychiatriques, situation au 01.01.1997

Types de service[6]	Programmation
K	0.32 place / 1000 enfants
K1 +K2	0.32 place / 1000 enfants
A	0.5 place / 1000 habitants
A1 + A2	0.15 place / 1000 habitants
T	0.9 place / 1000 habitants
T1 + T2	0.4 place / 1000 habitants
Vp	0.3 place / 1000 habitants

Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Partie II, Ed. 1997

[6] Voir annexe 1.2.1.4.0. Liste des index des services hospitaliers

Tableau 1.2.1.5.2. Nombre de lits justifiés et lits existants en Belgique dans les hôpitaux psychiatriques, par région - Situation au 01.01.1997

Type de service	R. wallonne		R. flamande		R. Bruxelles-Capitale	
	Besoin en lits	Lits existants	Besoin en lits	Lits existants	Besoin en lits	Lits existants
K(1)	195	224	332	252	53	70
K1+K2(1)	195	76	332	76	53	10
A	1660	1304	2949	2670	475	438
A1+A2	498	156	885	669	143	146
T(1)	2989	2248	5309	3740	856	365
T1+T2(1)	1328	239	2360	1477	380	110
VP(1)	996	330	1770	1240	285	0
TOTAL	7861	4577	13937	10124	2245	1139

Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Partie II, Ed. 1997

Comme l'illustre le tableau 1.2.1.5.2., en 1997, les lits existants ne couvrent que 66% des besoins du pays. Il y a notamment une insuffisance dans la programmation des lits A.

Si on analyse la situation par région, on constate un déficit de près de 49% en Région bruxelloise, de 42% en Région wallonne tandis qu'il est réduit à 27% en Région flamande.

Pour tenter de mieux comprendre cette situation, examinons la récente synthèse rédigée par le MSP reprenant les perspectives et défis à relever pour les institutions hospitalières[7]. Un point concerne le déficit en lits A :

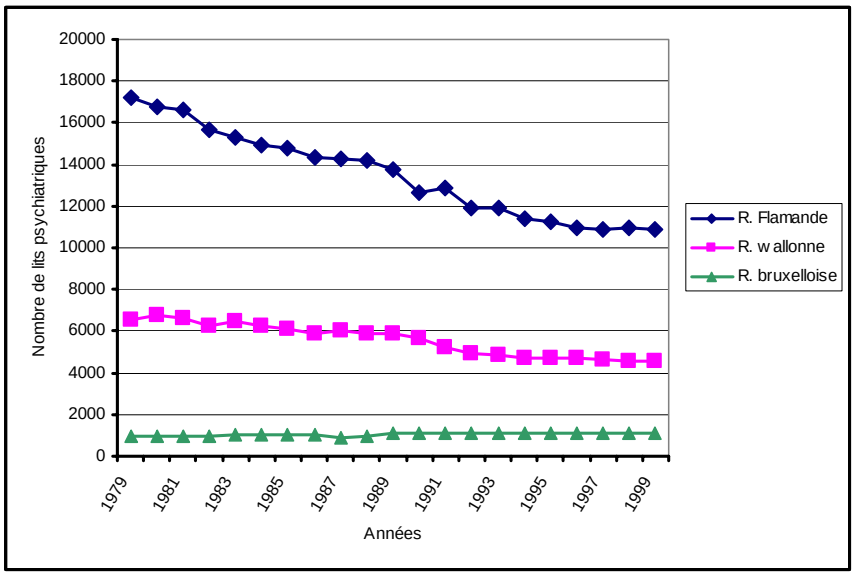
"Pour le pays, la norme de programmation pour les lits A (en hôpital général) a été dépassée de 40.9%. En outre un certain nombre de lits aigus (C ou D) sont utilisés comme lits A dans les hôpitaux".

Dans le cadre des Arrêtés de reconversion du 16 juin 1999, un grand nombre de demandes de reconversions en lits A, principalement dans les hôpitaux généraux ont été transmises.

Un groupe de travail permanent au Conseil National des Etablissements Hospitaliers a remis un avis mitigé quant aux adaptations qui pourraient intervenir en dehors d'une évaluation correcte des besoins. En effet, celles-ci auraient une visée pragmatique et à court terme. D'autres réflexions sont également menées en matière de soins d'assuétude et autre trouble psychiatrique. Le secteur des soins de santé mentale nécessite donc globalement une analyse approfondie des besoins des patients et des acteurs concernés par la dispensation des soins.

[7] MSP, Administration des soins de santé, *Défis et perspectives pour les hôpitaux dans le cadre des soins de santé intégrés*, brochure actualisée au 1.09.2001, p. 47.

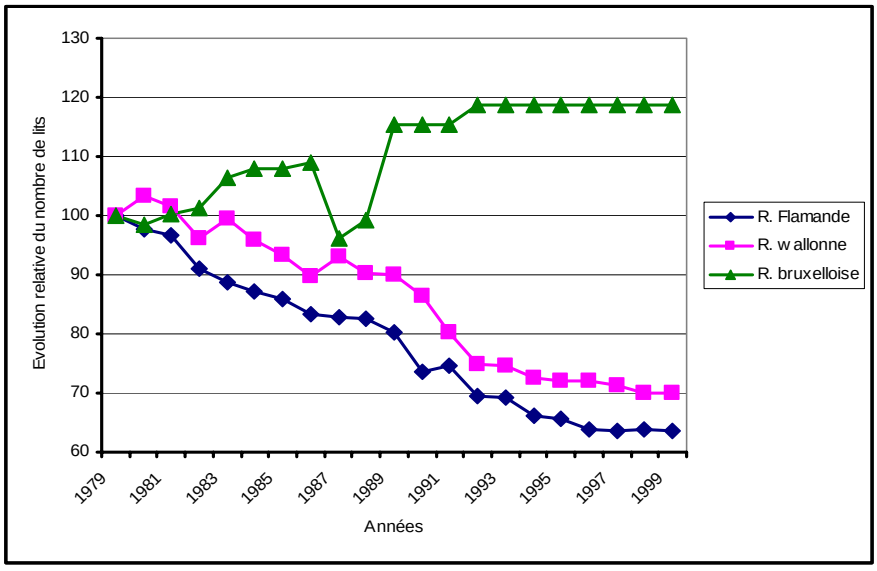
Figure 1.2.1.5.1. Evolution des lits psychiatriques en Belgique, selon les Régions 1979-1999



Note : Détail des données voir annexe n° 1.2.1.5.1.

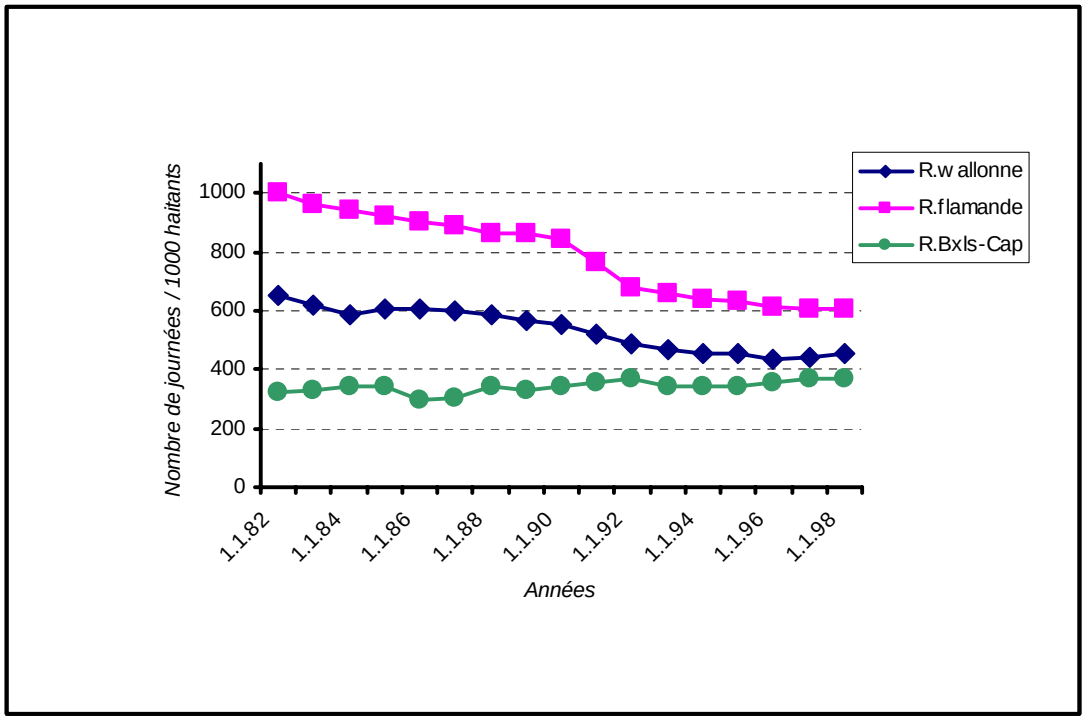
La diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques est plus prononcée que celle des hôpitaux généraux. La Flandre qui comptait la plus forte densité de lits psychiatriques enregistre une diminution plus marquée que la Wallonie. Bruxelles par contre qui en était assez démuni, et qui le reste d'ailleurs, a vu leur nombre croître de 20%.

Figure 1.2.1.5.2. Indice d'évolution des lits psychiatriques selon les régions 1979-1999



Note : Détail des données voir annexe n° 1.2.1.5.2.

Figure 1.2.1.5.3. Evolution du nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques belges, par 1000 habitants - selon la région où le patient est hospitalisé – 1982-1998

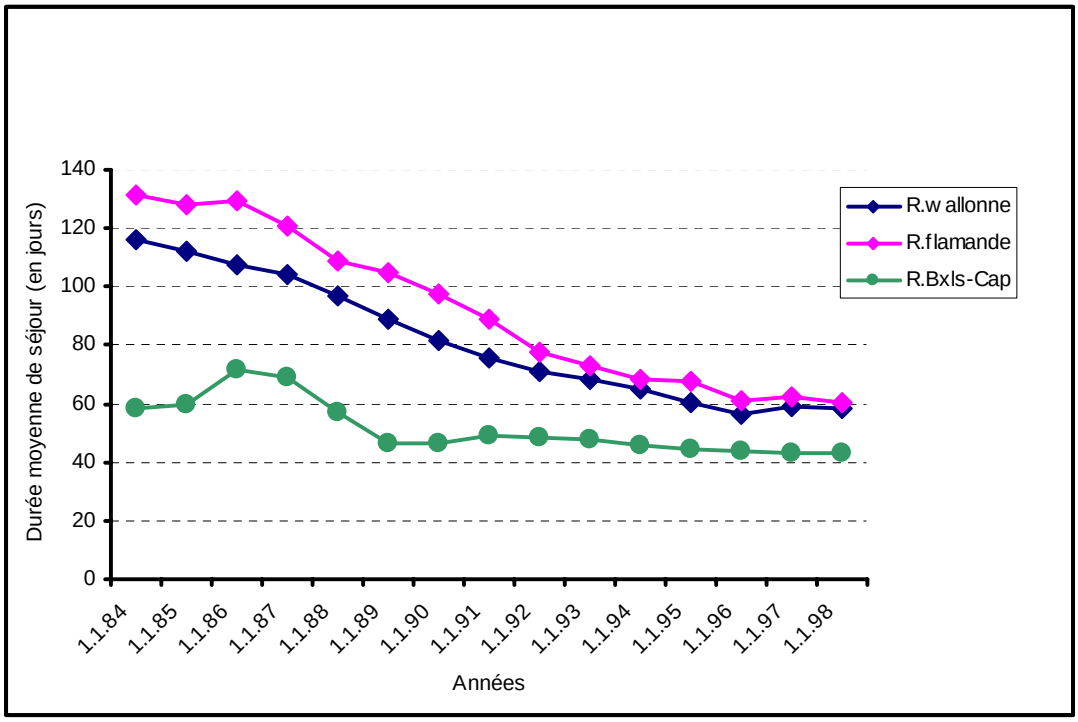


Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001

Le nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques a baissé au cours des vingt dernières années. Cette évolution suit d'assez près celle du nombre de lits psychiatriques.

Entre 1988 et 1998, la Wallonie a connu une baisse de 28% du nombre de journées d'hospitalisation, la Flandre enregistre une baisse plus forte encore (42%) alors que la Capitale voit son niveau de journées remonter de 6%. Cette augmentation à Bruxelles se poursuit encore au-delà de 1995 et devient même plus nette. La Wallonie emboîte, elle aussi, une remontée à partir de 1997 tandis que la Flandre continue de diminuer. Il est vrai que dans cette région, la diminution de lits psychiatriques a été plus importante.

Figure 1.2.1.5.4. - Durée de séjour moyenne dans les hôpitaux psychiatriques belges selon la région d'hospitalisation - Evolution 1984-1998

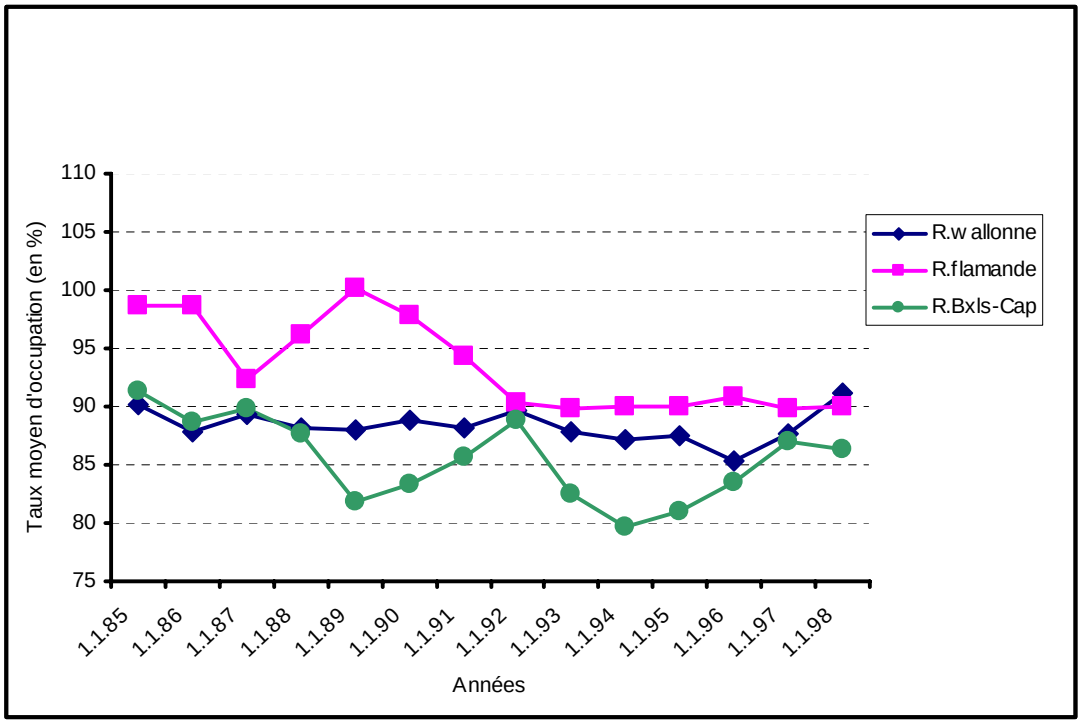


Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001

La durée de séjour moyenne dans les hôpitaux psychiatriques est en nette diminution depuis 1984. La diminution est ressentie de manière similaire en Flandre (-46%) et en Wallonie (-50%). A Bruxelles, le séjour était fixé à un niveau beaucoup plus court (59 jours) en 1984. Il baisse encore dans la quinzaine d'années qui suit pour être ramené à 43 jours.

On remarque donc que les durées de séjour, très divergentes en 1984, ont eu tendance à se rapprocher par la suite.

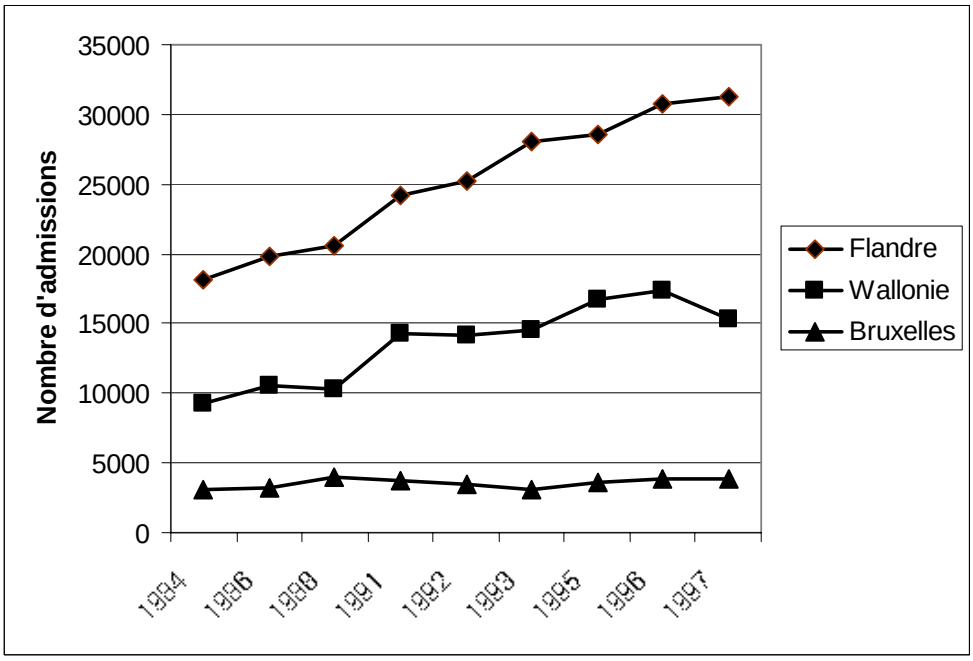
Figure 1.2.1.5.5. Taux d'occupation moyen dans les hôpitaux psychiatriques belges, selon la région - 1985-1998



Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001

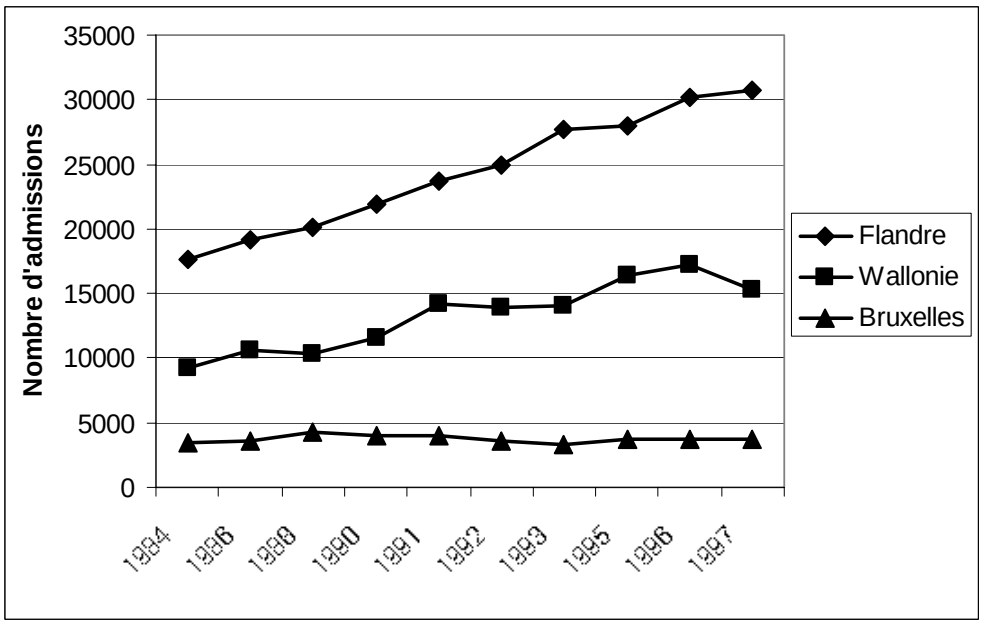
La Flandre qui connaissait un taux d'occupation maximal a vu celui-ci diminuer sensiblement. En 1992, les trois régions se rejoignent puis connaissent à nouveau des évolutions diverses : stabilisation pour la Flandre et diminution jusqu'en 1996 pour la Wallonie puis augmentation sensible (5.9%). Bruxelles connaît à nouveau des fluctuations importantes qui se profilent selon un schéma d'évolution identique à celui des années précédentes mais toutefois sans plus jamais atteindre le niveau de 1992.

Figure 1.2.1.5.6. Evolution du nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques belges, par Région où ils sont localisés, 1984-1997



Source : MSP Situation au 01.01.1997
Note : détail des données, voir annexe n° 1.2.1.5.3.

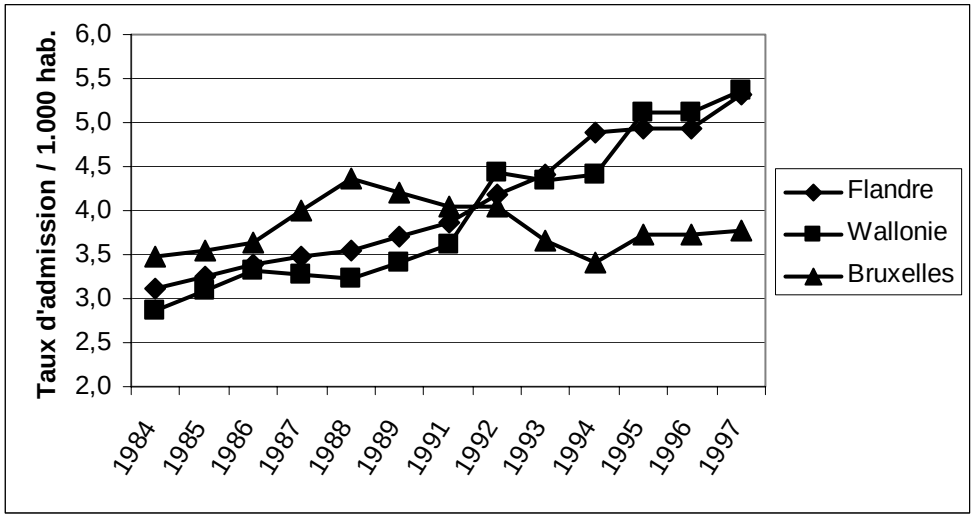
Figure 1.2.1.5.7. Evolution du nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques belges, par Région où habitent les patients, 1984-1997



Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Origine des patients hospitalisés

A l'échelle du pays, le nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques est en nette progression (66% d'augmentation). L'évolution la plus marquante se situe à la fin des années '80. Cette progression reprend au milieu des années 90, les trois Régions du pays suivant la même tendance.

Figure 1.2.1.5.8. Evolution du taux d'admission par 1000 habitants dans les hôpitaux psychiatriques, selon la région d'origine des patients, 1984-1997



Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Origine des patients hospitalisés

Le taux d'admission pour 1.000 habitants a quasiment doublé en Flandre et en Wallonie pendant la période 1984-1997, tandis qu'à Bruxelles, il est revenu en 1994 à son niveau de 1984 après avoir connu une hausse très sensible ; depuis lors, il se maintient à un niveau plutôt bas.

1.2.1.6. L'hospitalisation de jour

1.2.1.6.1. Définition de l'hospitalisation de jour

Il n'existe pas de définition légale de l'hospitalisation de jour. Il s'agit d'ailleurs d'un concept assez flou. On peut proposer la définition suivante :

« Hospitalisation programmée d'un patient, visant à réaliser une procédure chirurgicale ou un ensemble de prestations diagnostiques ou thérapeutiques qui s'effectuaient traditionnellement dans le cadre d'une hospitalisation classique, mais qui peuvent être accomplies avec une égale efficacité et une égale sécurité, au cours d'une seule journée, ceci dans une unité hospitalière intégrée dans l'hôpital général disposant d'un plateau médico-technique spécialisé approprié[8] *».*

1.2.1.6.2. Financement de l'hospitalisation de jour

Depuis 1987, le système de conventions de l'INAMI régit le financement de l'hôpital de jour. Une série d'activités ont été sélectionnées, pour lesquelles l'hôpital peut demander des remboursements forfaitaires pour les patients ambulatoires. Un premier groupe d'activités porte sur une série de prestations chirurgicales et médicales qui se pratiquent également et traditionnellement en hospitalisation classique. L'hôpital de jour oncologique constitue un deuxième groupe avec les chimiothérapies ambulatoires. Enfin, les traitements de jours représentent un troisième groupe et visent des activités qui ne s'effectuaient pas d'ordinaire ou ne s'effectuent pas en hospitalisation classique à l'heure actuelle.

En 1988, quatre forfaits ont été mis en place :

- Le forfait salle de plâtre
- Le mini forfait
- Le maxi forfait
- Le super forfait

A ces forfaits correspond une liste de prestations de nomenclature qui, lorsqu'elles sont effectuées dans le cadre d'une hospitalisation de jour, y donnent droit.

---

8 La définition est proposée par Anne-Cécile MASSART, *L'hospitalisation de jour*, Département Recherches et Développement, Mutualité Chrétienne, juin 2000.

Des forfaits « mini » et « maxi » ont également été fixés pour quelques situations médicales spécifiques (soins urgents, perfusion intraveineuse, prestation avec anesthésie générale, administration d'une médication chimiothérapique).

En 1993, quatre nouveaux forfaits (A- B- C et D) indépendants du prix de journée de l'hôpital ont été introduits, correspondant chacun à une liste de prestations de nomenclature d'ailleurs étendue d'année en année. Entre 1996 et 1999, différents forfaits pour dialyse et matériel endoscopique ont été ajoutés.

Depuis 1995, les pouvoirs publics mènent une politique en vue d'encourager l'hospitalisation de jour comme alternative à part entière à l'hospitalisation classique. C'est pour cette raison que le financement des hôpitaux rémunère les efforts des établissements en matière de substitution de l'hospitalisation de jour à l'hospitalisation classique. Un certain nombre d'interventions ont ainsi été sélectionnées, qui, auparavant, étaient normalement effectuées en hospitalisation classique de courte durée. Ensuite une durée de séjour de substitution a été déterminée pour chaque intervention. Cette durée de séjour correspond au nombre de journées d'entretien économisées (car non réalisées), elle est exprimée en jour(s) et peut varier de 1 à 7 jours. Si l'hôpital a, pour une intervention principale déterminée, un taux de substitution plus élevé que la moyenne nationale, l'hôpital économise plus que d'autres établissements des journées d'hospitalisation. En échange de l'économie réalisée, l'hôpital reçoit, par intervention, un bonus de journées. C'est ainsi que sont remboursées les journées d'entretien épargnées grâce à l'hospitalisation de jour. Le système fonctionne de manière similaire dans le sens contraire si le taux de substitution de l'hôpital est inférieur à la moyenne nationale.

Selon le mode de calcul exposé ci-dessus, l'incidence financière finale pour l'hôpital est assez difficile à calculer puisqu'elle dépend de nombreuses variables telles que le type d'intervention, la valeur de la journée forfaitaire correspondante, le taux de substitution de l'intervention, etc. Dès lors, en mars 2000, les Ministres ALVOET et VANDENBROUCKE[9] décidaient que la sous-occupation structurelle des lits n'entraînera plus la fermeture des lits. Ainsi, un taux d'occupation minimal nécessaire ne constituerait plus un frein à l'hospitalisation de jour. De plus, une orientation concernant une réforme et une modernisation du financement des hôpitaux[10] prévoit que l'hospitalisation chirurgicale de jour sera intégrée dans le budget hospitalier. Dans ce nouveau système, la notion de lit présentée jusqu'ici comme un paramètre structurel perdra de son importance dans le financement des hôpitaux. Il sera remplacé par des indicateurs d'activité (comme l'admission, par exemple), plus en rapport avec la nature et la fréquence des hospitalisations.

Des hôpitaux de jour psychiatriques ont également été créés. Il s'agit d'établissements de soins gérés par une équipe pluridisciplinaire dont les objectifs sont d'éviter ou d'écourter une hospitalisation psychiatrique et de favoriser la réinsertion sociale du patient en intégrant son milieu de vie dans le traitement. Ces structures permettent de réduire de plus de 10 % la durée moyenne de séjour en lits A et T.

---

[9] Discours de Frank VANDENBROUCKE à l'occasion du 4ème congrès belge de chirurgie ambulatoire, 31 mars 2000.

[10] In Note de politique générale du Ministre des Affaires sociales et des pensions – Annexe 6 *Orientations concernant une réforme et une modernisation du financement des hôpitaux*, novembre 2000.

1.2.1.6.3. Consommation en hospitalisation de jour

En 10 ans, l'activité ambulatoire a eu une croissance autonome. Dans une étude réalisée par les Mutualités socialistes réalisée en 2000[11] on constate qu'entre 1988 et 1998, l'activité totale des hôpitaux (ambulatoire et hospitalière) évaluée sur 215 prestations a connu une croissance de 60%. Cependant, les prestations hospitalières ont diminué de 9 % alors que les prestations ambulatoires ont augmenté de 244%. L'activité ambulatoire s'est substituée à moins de 10% de l'activité hospitalière.

Une autre étude sur l'hospitalisation de jour, réalisée en juin 2000[12] montre que la croissance annuelle moyenne entre 1995 et 1999 des dépenses pour les forfaits hospitalisation de jour définis dans la convention hôpitaux/organismes assureurs a été de 15% contre 5% en moyenne pour les autres postes de dépenses.

75% des interventions en hospitalisation de jour concernent des interventions chirurgicales alors que les possibilités de l'hôpital de jour non chirurgical existent mais sont encore insuffisamment exploitées. Certaines interventions réalisées en hospitalisation de jour peuvent être réalisées dans un cadre purement ambulatoire

Il convient donc d'être attentif quant à l'augmentation de l'hospitalisation de jour : elle peut être la résultante d'un glissement de prestations actuellement réalisées en ambulatoire vers précisément une hospitalisation de jour, mieux rémunérée. De plus, on remarque également une très grande variation des forfaits et des prestations réalisées en hôpital de jour entre les hôpitaux du pays[13]. En effet, des disparités très importantes dans le profil d'activité d'hospitalisation de jour des hôpitaux peuvent être mises en évidence.

La diminution de nombre de journées d'hospitalisation tiendrait plus à la diminution de la durée de séjour qu'à la substitution par l'hôpital de jour. L'étude précitée résume les résultats de l'hospitalisation de jour comme suit :

La substitution de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour est responsable :

- D'une diminution annuelle du nombre d'hospitalisations classiques de l'ordre de 12 000 à 15 000 ;
- D'une diminution annuelle du nombre de journées en hospitalisation classique de l'ordre de 25 000 journées, soit 15% de la réduction totale du nombre de journées en hospitalisation classique, le solde étant dû à la diminution des durées de séjour ;
- D'une croissance annuelle des dépenses en hospitalisation de jour de l'ordre de 2 à 3%.

La substitution n'est donc pas un phénomène de grande ampleur et il ne faut pas attendre beaucoup d'économies du développement de l'hospitalisation de jour, d'autant qu'elle porte davantage sur les patients les moins coûteux en hospitalisation classique[14].

---

[11] V. FABRI, Substitution de l'hôpital classique par l'hôpital de jour, Mutualités Socialistes, avril 2000.

[12] Département Recherches et Développement *L'hospitalisation de jour*, Mutualité Chrétienne, juin 2000

[13] Intervention de J. HERMESSE, In, *A qui profite l'hospitalisation de jour ?*, Colloque de l'Association Belge des Hôpitaux, mai 1999.

[14] L'hospitalisation de jour concerne des prestations dont le séjour en hospitalisation classique n'excèderait pas une à deux journées. Dans ce cas, l'hospitalisation classique n'est pas forcément plus coûteuse.

La croissance importante des forfaits négociés en hospitalisation de jour n'apparaît pas comme le fruit d'un phénomène de réelle substitution de l'hospitalisation classique en hospitalisation de jour. Seuls 25% de la croissance des dépenses pour les forfaits hospitalisation de jour seraient expliqués par la substitution. La progression budgétaire serait due à un simple élargissement des interventions en hospitalisation de jour[15].

En ce qui concerne les patients, le choix de l'hospitalisation de jour indique un montant à sa charge très largement inférieur tant en ce qui concerne les coûts liés aux séjours que les coûts liés aux honoraires[16]. La moyenne d'âge des patients traités en hospitalisation classique est plus élevée qu'en hospitalisation de jour. Il ne semble pas y avoir « d'âge limite » à l'hospitalisation de jour. Toutefois les taux de substitution après 85 ans chutent de manière drastique pour toutes les prestations étudiées. La consommation post-opératoire ne semble pas non plus liée au choix de l'hospitalisation : on n'observe pas de tendance nette quant au taux de réadmission à la suite des interventions réalisées en hospitalisation de jour.

[15] In, *A qui profite l'hospitalisation de jour ?*, Colloque de l'Association Belge des Hôpitaux, op cit.

[16] De nombreux forfaits par admission ou journaliers sont dus en cas d'hospitalisation classique. Ces forfaits ne sont pas dus par contre dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

En résumé

En guise de conclusion, nous proposons le schéma récapitulatif suivant illustrant que l'examen des divers indicateurs d'infrastructure hospitalière nous force à envisager une évolution certaine de la charge de travail des professions dans le secteur.

Evolution des différents indicateurs envisagés

Diminution du nombre de lits tant généraux que psychiatriques
Diminution du nombre de journées d'hospitalisation
Diminution de la durée de séjour hospitalier
Augmentation du nombre d'admissions de 1984 à 1997 : 21% en hôpitaux généraux et 66% en hôpitaux psychiatriques
40% des journées d'hospitalisation concernent des patients de plus de 60 ans
Croissance autonome de l'activité ambulatoire sans substitution avec l'activité hospitalière.

↓

EN CONSEQUENCE

↓

Concentration du travail sur un temps plus court ➔ augmentation de la charge de travail des professionnels

1.2.2. Hébergement pour personnes âgées

1.2.2.1. L'évolution

Les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et les maisons de repos et de soins (MRS) ont connu au cours des deux dernières décennies un développement considérable qui touche tant l'importance des places disponibles que leur fréquentation et la lourdeur des soins et de l'aide qui y sont dispensés.

Le 9 juin 1997, un protocole d'accord[1] a été conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités fédérées afin de mener une action concertée en vue de répondre aux besoins des personnes âgées, tout en maîtrisant les dépenses. Il fut notamment décidé d'harmoniser les normes d'agrément et de programmation et de transformer 25.000 places de MRPA en places MRS, et cela de 1998 à 2003 : 5000 par an dont 1.607 en Wallonie et 570 à Bruxelles. En cinq ans, ce sont quelque 10.000 places qui passeront ainsi sous statut MRS en CFGB.

Un décompte des lits agréés existant au 30.07.1997 fut réalisé (Cfr Tableau Annexe 1.2.2.1.1.). Notons cependant qu'à cette date, 270 lits MRS et 18.885 lits MRPA avaient reçu un accord de principe ou une autorisation préalable ou encore se trouvaient « en portefeuille ». Ils étaient répartis comme suit : 3.663 en Wallonie, 64 en Communauté germanophone, 1.857 à Bruxelles et 13.301 (sic) en Flandre. Malgré le blocage du nombre total de places en maisons de repos, ces places peuvent théoriquement être agréées. Cependant, il n'en a pas été tenu compte dans les chiffres programmes depuis 1997 repris dans le tableau en annexe. De 1984 à 1997, le nombre de places agréées ou en accord de fonctionnement provisoire en MRPA est passé en Wallonie de 24.114 à 43.883 (+656 en Communauté germanophone) et à Bruxelles, de 8.808 à 13.846 [2]. Il s'agit d'un quasi doublement si l'on tient compte de ce que, durant cette période, les MRS se développaient.

Quasi inexistantes en 1984, les MRS comptaient, en 1997, 2.061 places à Bruxelles et 5.172 en Wallonie[3]. Les places en MRS se trouvent le plus souvent dans des institutions qui ont également des places MRPA.

---

[1] 9 JUIN 1997. Protocole conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées (M.B. du 30-07-1997); 28 Janvier 1998. Conférence interministérielle.- Avenant N°1 au Protocole du 9 juin 1997 (M.B. du 03-04-1998).

[2] LECLERCQ A, DESCHAMPS M, LEROY X, PACOLET J, LORANT V, GOS E. *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010*. Tome 1 : Tavail infirmier et praticiens de l'art infirmier, Belgique; Socio-Economie de la Santé, ESP, UCL, et Hoger Instituut voor de Arbeid, HIVA, KUL, 1998, p. 123 (erratum N°3).

[3] LECLERCQ A, DESCHAMPS M, LEROY X, PACOLET J, LORANT V, GOS E, *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010*, O.C., p.126.

Le nombre de places en institution d'hébergement MRS & MRPA a continué d'augmenter depuis 1997 en raison des autorisations accordées avant le Protocole. Le 30/11/2001, on en dénombrait en Belgique 124.650, soit 4.638 de plus qu'en 1997 (+4%) :

- 15.897 à Bruxelles (+ 1059 soit + 7%),
- 46.040 en Wallonie (+ 957, soit + 2%),
- 656 en Communauté germanophone (statu quo),
- 62.057 en Flandre (+ 2622, soit + 4%).

1.2.2.2. MRPA et MRS selon statut et taille : Wallonie et Bruxelles : 1998

Le tableau annexe 1.2.2.2.1. permet d'évaluer la répartition des places qui sont offertes, en Wallonie et à Bruxelles, suivant qu'elles sont MRPA ou MRS, selon leur statut public ou privé, et enfin en fonction de la taille de l'institution dans laquelle elles se situent. Les relevés ont été effectués par les administrations concernées au cours de l'année 1998 [4]

Les institutions diffèrent notablement selon le public qu'elles entendent accueillir et auquel elles adaptent leur projet de vie. La distinction la plus évidente est celle des MRPA et MRS. Les premières sont théoriquement destinées à des personnes ayant moins besoin d'aide et de soins que celles se trouvant en MRS. Il n'empêche que les MRPA ont vu progressivement leurs candidats résidents entrer en étant plus âgés et plus dépendants ; c'est ce qui a motivé la décision de 1997 concernant la reconversion de 25.000 places. Le secteur public est majoritaire en MRS dans les deux régions, tandis que les MRPA sont plus souvent de statut privé, soit associatif, soit commercial. En Wallonie, les institutions publiques offrent 30% des places d'hébergement pour personnes âgées alors qu'à Bruxelles elles n'en ont que 23%. Le secteur privé wallon compte 70% d'institutions à finalité commerciale et 30% sont sous statut d'A.S.B.L.

On peut remarquer également que les maisons du secteur public sont généralement plus grandes que celles du privé. On sait par ailleurs que la taille moyenne des maisons de repos en Flandre est plus élevée qu'en Wallonie. La taille des institutions n'est pas sans lien avec leur viabilité. Les exigences qui ont été posées, tant pour les normes architecturales que pour le personnel requis, rendent les petites institutions très vulnérables et beaucoup d'entre elles ont été ou seront amenées à fermer leurs portes. Pour des personnes ne nécessitant pas de soins ou d'aide importants, ces maisons offraient pourtant un accueil familial très apprécié. Il serait utile de prévoir pour ces structures un statut spécial et de développer par ailleurs à un prix accessible d'autres solutions, telles que résidences service et formules alternatives.

[4] MRPA en Wallonie : liste du 10/6/1998,
à Bruxelles, liste de la Commission Communautaire française : 3/11/1998,
liste de la Commission Communautaire Commune : 6/10/1998,
MRS : Ministère de la Santé publique - annuaire au 31/12/1997.

1.2.2.3. Evolution du nombre annuel de forfaits journaliers en MRS et MRPA par catégorie de dépendance : Belgique 1991-1999

Le tableau annexe 1.2.2.3.1. détaille l'évolution des forfaits attribués par l'INAMI[5], tant en MRPA qu'en MRS, selon la catégorie de dépendance de 1991 à 1999. Il permet de mesurer la croissance totale en volume : 28%, et de spécifier celle-ci selon le type de places : 7% en MRPA et 64% en MRS; dans cette catégorie, le mouvement s'est accéléré depuis l998 à cause de la mise en œuvre du Protocole prévoyant la reconversion de places MRPA en MRS. On notera encore que le nombre de forfaits du niveau de dépendance O (nulle) et A (faible) reste stable depuis 1992 tandis que les forfaits de niveau B et C sont en augmentation constante. De plus, les forfaits pour personnes désorientées ou démentes en MRS ont augmenté de 45% de 1995 à 1999.

Le mode d'organisation des institutions et le personnel y travaillant sont fortement influencés selon ces critères : statut, niveau de dépendance et présence éventuelle d'une orientation spécifique vers les personnes désorientées voire démentes (maladie d'Alzheimer en particulier), taille de l'institution.

Les statuts, public, privé associatif ou privé commercial, sont souvent (mais pas toujours) associés à certaines caractéristiques de prix, de confort et de mode de fonctionnement.

De façon générale, les institutions hébergeant des personnes âgées ont été amenées à accueillir une population de plus en plus âgée et présentant des besoins d'aide et de soins plus importants que par le passé; les services hospitaliers V pour patients chroniques et de nombreux hôpitaux psychiatriques étant progressivement fermés. Il s'en est suivi une médicalisation croissante des soins et des exigences plus strictes quant au nombre et à la qualité du personnel. Aux normes d'agrément des institutions, sont venues s'ajouter des exigences de l'assurance maladie pour l'obtention des forfaits.

[5] Leur nombre est quelque peu sous-estimé du fait que, dans le cadre de l'assurance maladie invalidité, les indépendants ne bénéficient du forfait qu'en MRS et non en MRPA.

1.2.2.4. Résidents MRS et MRPA par classe d'âge: 1995-1998-1999

Les personnes bénéficiant d'un forfait soins en MRPA et MRS au 30 juin ont été dénombrées par l'INAMI pour les années 1995, 1998 et 1999. Leur nombre est quelque peu sous-estimé du fait que les indépendants ne bénéficient du forfait qu'en MRS et non en MRPA. Dans la mesure du possible, les institutions s'efforcent de leur faire bénéficier d'un forfait MRS s'ils sont dans les conditions correspondant aux catégories de dépendance B ou C. Ce décompte a pour principal intérêt de fournir une distribution par âge de la population des résidents. Malgré la restriction mentionnée, on peut ainsi calculer des taux d'hébergement par rapport à la population selon les critères de région, âge et niveau de dépendance. (Cfr tableau annexe 1.2.2.4.1.)

Le tableau 1.2.2.4.1. met en évidence la répartition des résidents selon l'âge et leur croissance en cinq ans : 17% au total, particulièrement en MRS : 69%. La catégorie d'âge la plus nombreuse en MRPA comme en MRS est celle des 85-89 ans. Le nombre de résidents augmente dans toutes les catégories d'âge (sauf les 80-84) et particulièrement parmi les 75-79 et les 85-89 ans.

Tableau 1.2.2.4.1. Résidents en MRPA et MRS par âge : Belgique, 1995, 1998, 1999

M.R.P.A.	**0-59**	**60-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**95 et +**	**Sans distinction**
1995	1425	11495	8901	19909	22386	11657	3367	79140
1998	1904	11161	12370	16190	24375	14578	4210	84788
1999	2006	11052	12874	14906	24397	14507	4451	84193
M.R.S.	**0-59**	**60-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**95 et +**	**Sans distinction**
1995	205	2030	1795	4045	4771	3009	1099	16954
1998	453	2584	3080	4185	6623	4467	1632	23024
1999	548	3153	3988	4868	8247	5794	2072	28670
M.R. total	**0-59**	**60-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**95 et +**	**Sans distinction**
1995	1630	13525	10696	23954	27157	14666	4466	96094
1998	2357	13745	15450	20375	30998	19045	5842	107812
1999	2554	14205	16862	19774	32644	20301	6523	112863

Source : Inami, in Info Santé

En rapportant les effectifs totaux de résidents à la population belge d'âge correspondant, on obtient les taux d'hébergement par âge pour ces quatre années. Plusieurs observations importantes s'en dégagent. La progression en fonction de l'âge au-delà de 85 ans atteint des proportions très élevées : 25 puis 49 et enfin 76%.

Ces derniers pourcentages ne concernent que des groupes de population relativement peu nombreux mais qui augmenteront au cours des prochaines décennies.
De 1995 à 1999, les taux d'hébergement calculés par rapport à la population âgée de 60 ans et plus ont augmenté non seulement globalement (14%), mais aussi dans toutes les classes d'âge. La croissance est modérée jusque 84 et même 89 ans, tandis qu'elle effectue un bon de plus de 25% à partir de 90 ans(Tableau 1.2.2.4.2.). Elle se manifeste surtout, on l'a vu précédemment, au profit de personnes fortement dépendantes et vivant en MRS.

Ces observations sont très importantes car elles montrent que, durant cette période, ce n'est pas seulement la croissance numérique de la population très âgée qui influence l'évolution. On ne peut pas non plus imputer cette évolution au seul vieillissement des personnes vivant déjà en institution en 1995 bien que l'allongement de l'espérance de vie y contribue. Ce sont les taux d'hébergement eux-mêmes qui augmentent en particulier ceux des nonagénaires.

Tableau 1.2.2.4.2. Les taux d'hébergement en maison de repos : Belgique, 1995, 1998, 1999

Taux/100 habitants	**60-74ans**	**75-79 ans**	**80-84 ans**	**85-89 ans**	**90-94 ans**	**95 et +**	**total**
1995	0,89	4,11	10,97	22,91	35,81	54,12	4,42
1998	0,91	4,74	10,84	25,15	43,07	60,23	4,89
1999	0,95	4,48	11,58	25,42	43,21	59,27	5,05
Indice croissance	**1.07**	**1.09**	**1.06**	**1.11**	**1.21**	**1.10**	**1.14**

Source : Inami, in Info Santé

1.2.2.5. Résidents MRS et MRPA par région et niveau de dépendance : 1995-98-99

L'augmentation de l'hébergement en maisons de repos varie non seulement suivant qu'il s'agit de MRPA et de MRS – les secondes présentant une croissance de 70% et les premières de 6% seulement – mais aussi selon les niveaux de dépendance et la région (Tableaux annexes 1.2.2.5.1. à 1.2.2.5.4.). Les progressions sont les plus notables en Wallonie et à Bruxelles pour les MRS (86% et 70% contre 62%) tandis que pour les MRPA c'est la Flandre qui vient en tête avec 9% contre 5% et 1%. On remarque également que, dans toutes les régions, les augmentations concernent surtout les niveaux de dépendance élevés. Même en MRPA, la catégorie B progresse de 26% en Flandre et de 15% en Wallonie.

Assez curieusement, la croissance du nombre de résidents recensés de 1995 à 1999 est plus importante que celle du nombre de places. Pendant ces années, les places agréées en Belgique auraient augmenté de quelque 12857 unités alors que le nombre de résidents progressait de 16769 unités. Différents biais d'enregistrement peuvent contribuer à expliquer cette différence; néanmoins il faut constater que les taux d'occupation des maisons de repos atteignent des chiffres record (95%) qu'il sera difficile de dépasser dans l'avenir. Il faudra en tenir compte dans la programmation des nouvelles constructions.

1.2.2.6. Effectifs de résidents en MRPA et MRS selon l'âge, le niveau de dépendance et la région : 1995, 1998, 1999

Dans quelle mesure la population a-t-elle recours au placement en maison de repos pour assurer ses vieux jours ? Pour répondre à cette question, le tableau annexe 1.2.2.6.1. présente **les effectifs** de résidents par âge et niveau de dépendance dans chaque région, tandis que les **taux d'hébergement calculés par rapport à la population** et selon les mêmes critères sont repris au tableau annexe 1.2.2.6.2.

Le taux des 60+ en Wallonie (5,6%) dépasse de 27% celui que l'on observe en Flandre (4,4%) tout en restant inférieur à celui de Bruxelles (6,3%). Il faut cependant observer qu'en Flandre, des résidences services se sont développées depuis 1985 alors qu'en Wallonie, elles n'ont été reconnues qu'à partir de 1997 et sont encore peu nombreuses. Dans ces résidences services, les résidents font appel aux services à domicile de leur choix.

Le taux d'hébergement augmente en fonction de l'âge, quel que soit le niveau de dépendance et, dans toutes les régions du pays, de manière semblable. Entre 1995 et 1999, les taux concernant les 80+ croissent rapidement, passant de 18.2 à 22.4% dans l'ensemble du pays, de 20.2 à 24.2% en Wallonie ; de 19.2 à 22.6% à Bruxelles et de16.8 à 21.3% en Flandre. Parmi ces aînés, on observe que les deux tiers des plus âgés (95+) sont hébergés en maisons de repos !

La pression qu'exerce sur les hôpitaux l'obligation de diminuer la durée de séjour n'est certainement pas étrangère à ce phénomène.

Le tableau 1.2.2.6.3. présente les taux concernant la Wallonie et la figure 1.2.2.6.1. illustre l'ampleur du phénomène.

Le tableau 1.2.2.6.4. et la figure 1.2.2.6.2. présentent les mêmes données pour la Région bruxelloise.

Tableau 1.2.2.6.3. Taux de résidents en MRPA et MRS par rapport à la population wallonne en fonction de l'âge et du niveau de dépendance : 1999

	0-59	60-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	Ts âges	60+	80+
O	0,02	0,40	1,60	3,41	6,76	9,29	11,02	0,32	1,41	5,55
A	0,01	0,23	0,93	2,24	4,77	7,33	9,22	0,21	0,93	3,97
B	0,01	0,26	1,25	2,95	6,45	10,37	13,28	0,28	1,24	5,42
C	0,02	0,37	1,85	4,54	10,32	19,67	32,86	0,45	2,02	9,29
Ts niveaux	**0,05**	**1,26**	**5,63**	**13,14**	**28,30**	**46,66**	**66,38**	**1,25**	**5,59**	**24,23**

Source : INAMI 1999 : calculs SESA

Tableau 1.2.2.6.4. Taux de résidents en MRPA et MRS par rapport à la population bruxelloise en fonction de l'âge et de la dépendance: 1999

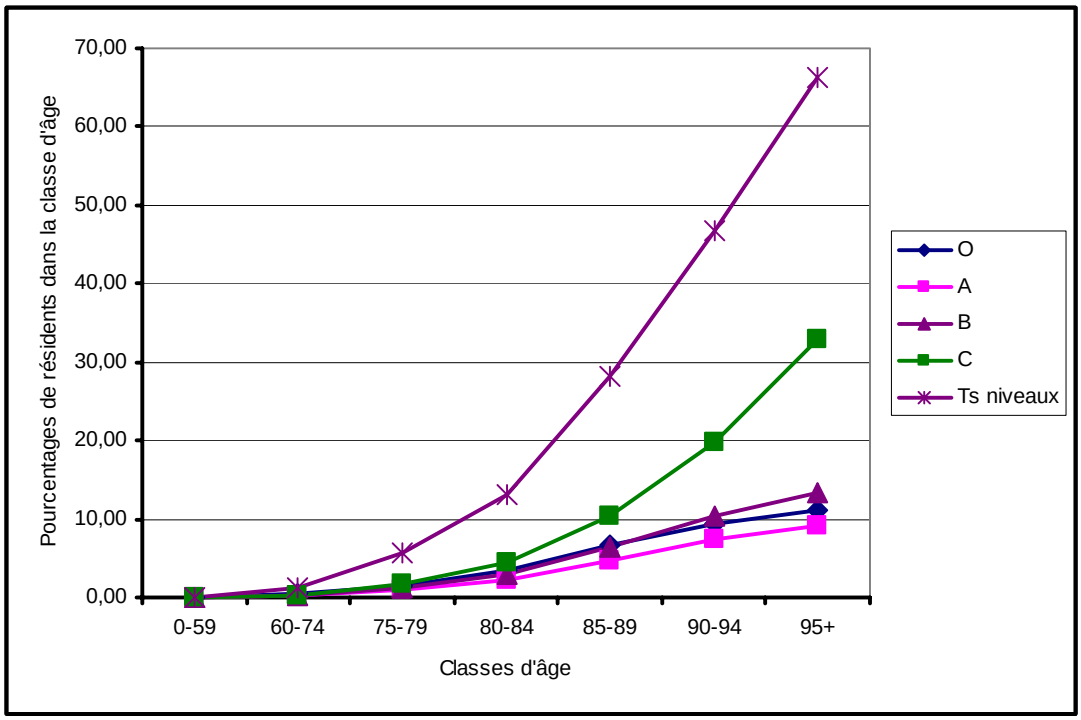
	0-59	60-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	Ts âges	60+	80+
O	0,02	0,43	1,37	2,96	6,45	8,05	8,72	0,35	1,55	5,17
A	0,01	0,24	0,82	2,04	4,13	6,46	8,21	0,23	1,04	3,66
B	0,02	0,33	1,09	2,44	5,57	8,69	10,50	0,31	1,36	4,78
C	0,01	0,38	1,84	4,03	9,39	18,40	31,23	0,53	2,39	9,05
Ts niveaux	**0,06**	**1,37**	**5,12**	**11,47**	**25,54**	**41,61**	**58,65**	**1,41**	**6,34**	**22,66**

Source : INAMI 1999 : calculs SESA

Avant 75 ans, les taux d'hébergement en maison de repos parmi la population sont très faibles. Entre 60 et 74 ans, ils s'élèvent en 1999 à 1.26 en Wallonie et 1.37 à Bruxelles. Mais ensuite l'évolution est très rapide, les taux doublent presque tous les cinq ans passant en Wallonie de 5.6. entre 75 et 79 ans à 66,4 au-delà de 94 ans. A Bruxelles, la progression à partir de 75 ans est un peu moins forte qu'en Wallonie, mais culmine cependant à 59%.

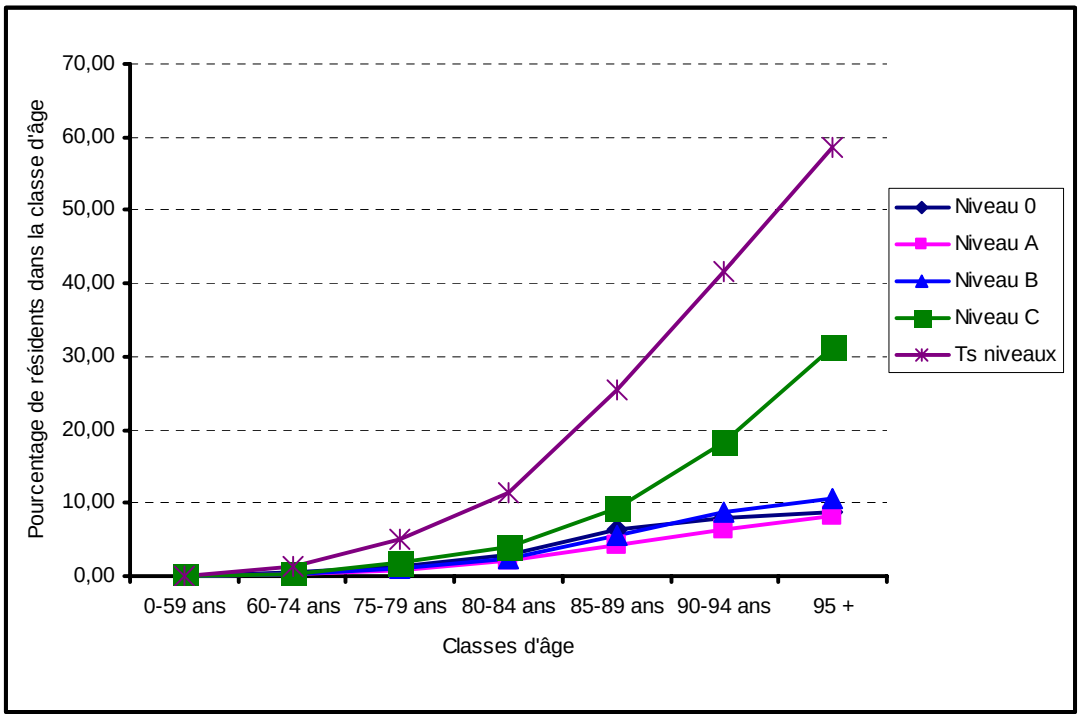
Cette évolution linéaire à partir de 80 ans apparaît bien sur les figures 1.2.2.6.1. et 1.2.2.6.2. On remarque également que ce sont les catégories de forte dépendance, B et surtout C, qui enregistrent la plus forte augmentation. Celle - ci est néanmoins présente au niveau A et O.

Figure 1.2.2.6.1. Taux de résidents en MRPA et MRS dans la population de Wallonie en fonction de l'âge et de la dépendance : 1999.



Source : INAMI 1999 : calculs SESA

Figure 1.2.2.6.2. Taux de résidents en MRPA et MRS dans la population bruxelloise en fonction de l'âge et de la dépendance : 1999.



Source : INAMI 1999 : calculs SESA

1.2.2.7. Evaluation de la période 1995-2000

De 1999 à 2001, comme le montre un rapport récent et non publié de l'INAMI la croissance se poursuit. Ce document présente pour l'ensemble MRS & MRPA le nombre de forfaits soins selon l'âge et la région en 2001.

Il va nous permettre de poursuivre l'analyse de la tendance et de préciser l'importance de la croissance observable de 1995 à 2000. Pour cette dernière année, les chiffres ont été estimés en supposant que la croissance avait été régulière entre 1999 et 2001.

On observe en premier lieu qu'au cours des deux dernières années, la croissance du nombre de résidents s'est poursuivie à un rythme soutenu (de 2 à 5% suivant les régions).

Les tendances divergentes avant et après 90 ans s'accentuent : stabilisation et même légère diminution avant 90 ans, nouvelle augmentation (de 8 et 15 points de pourcentage en CFGB par rapport à 1995) après 90 ans.

Pendant la période 1995-20000, le taux annuel moyen de croissance s'est élevé à 3,6% en Wallonie, 3,4% à Bruxelles et 4,8% en Flandre. Pour l'ensemble du pays, c'est une croissance de 21% qui s'est ainsi produite. Elle se décline avec des nuances selon les régions; néanmoins, il s'agit partout d'une véritable explosion !

Lorsque l'on détaille cette évolution quinquennale dans chaque classe d'âge, on observe plusieurs phénomènes distincts dont les causes sont spécifiques.

- Les moins de 60 ans voient leur nombre augmenter de 69% en CFGB et 39% en Flandre. En effet, les MRS, dont le nombre augmente pendant ces années, ne connaissent pas de limite d'âge inférieure, au contraire des MRPA. Les malades chroniques plus jeunes (sidéens par exemple) ont pu ainsi être accueillis plus nombreux.
- La classe d'âge 75-79 enregistre une croissance de quelque 55%. Il s'agit ici de générations nombreuses nées dans l'immédiat après guerre 14-18, succédant à des années de faible natalité. A l'inverse les 80-84 ans voient leur nombre diminuer au cours de la période.
- Ce sont les nonagénaires qui voient leur nombre augmenter le plus rapidement sous l'effet combiné de l'allongement de l'espérance de vie et de la tendance croissante au placement des aînés.

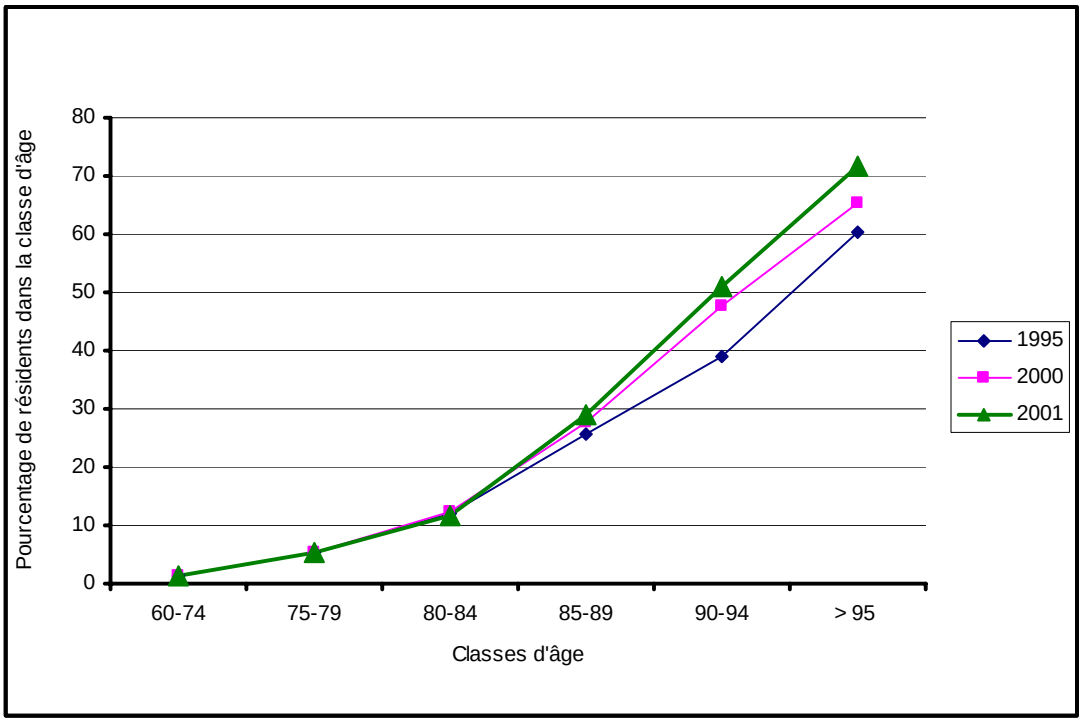
Tableau 1.2.2.7.1. Résidents en MRPA et MRS par âge : 1995-2001

Wallonie	**0-59**	**60-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**95 et +**	**Tous âges**
1995	826	6086	4316	8969	9756	4860	1374	36187
2000	1365	6034	6796	7924	11054	7245	2394	42811
2001	1384	5984	6720	8588	10876	7793	2763	44108
Crois.95-00	65%	-1%	57%	-12%	13%	49%	74%	18%
Crois,00-01	1%	-1%	-1%	8%	-2%	8%	15%	3%
Bruxelles	**0-59**	**60-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**95 et +**	**Tous âges**
1995	256	1640	1226	2785	3361	2058	766	12092
2000	472	1752	1849	2396	3841	2772	1061	14142
2001	484	1754	1818	2620	3832	3084	1199	14791
Crois.95-00	84%	7%	51%	-14%	14%	35%	38%	17%
Crois.00-01	3%	0%	-2%	9%	0%	11%	13%	5%
Flandre	**0-59**	**60-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**95 et +**	**Tous âges**
1995	548	5799	5154	12200	14040	7736	2338	47815
2000	764	6156	7914	10835	17199	12010	4205	59107
2001	780	5939	7716	11327	16834	12876	4833	60355
Crois.95-00	39%	6%	54%	-11%	22%	55%	80%	24%
Crois,00-01	2%	-4%	-2%	5%	-2%	7%	15%	2%
PAYS	**0-59**	**60-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**95 et +**	**Tous âges**
1995	1630	13525	10696	23954	27157	14666	4466	96094
2000	2601	13966	16558	21155	32093	22027	7659	116059
2001	2648	13727	16254	22535	31542	23753	8795	119254
Crois.95-00	60%	3%	55%	-12%	18%	50%	71%	21%
Crois,00-01	2%	-2%	-2%	7%	-2%	8%	15%	3%
CFGB	**0-59**	**60-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**95 et +**	**Tous âges**
1995	1038	7447	5334	11281	12546	6568	2010	46223
2000	1757	7487	8330	9913	14242	9546	3274	54548
2001	1786	7440	8229	10763	14057	10353	3758	56385
Crois.95-00	69%	1%	56%	-12%	14%	45%	63%	18%
Crois.00-01	1,65%	-1%	-1%	9%	-1%	8%	15%	3%
Taux/Pop CFGB								
Taux/âge	**<60**	**60-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**>95**	**Tous âges**
1995	00,3%	1,19%	5,42%	12,12%	25,79%	38,91%	60,31%	1,13%
2000	0,05%	1,31%	5,25%	12,36%	27,63%	47,71%	65,22%	1,32%
2001	0,05%	1,33%	5,24%	11,79%	29,13%	51,05%	71,55%	1,31%

Source : INAMI. Dépouillement : SESA, UCL.

La croissance du nombre de résidents est très élevée dans certaines catégories d'âges. Parmi les moins de 60 ans, elle reflète sans doute l'accueil de malades chroniques moins âgés en MRS. La diminution qui s'observe chez les 80 - 84 ans est due à la population elle - même. Il s'agit de générations nées pendant la guerre 1914-1918.

Figure 1.2.2.7.1. Evolution du taux d'hébergement selon l'âge en CFGB : 1995, 2000 et 2001



Source : INAMI, Dépouillement : SESA, UCL.

L'évolution des taux d'hébergement en MRPA et MRS de 1995 à 2001 en CFGB est représentée par la figure 1.2.2.7.1. Lorsque la population de référence est ainsi prise en compte, il apparaît que les taux par âge restent quasi stables au cours de la période jusqu'à 84 ans. Ensuite une nette augmentation apparaît. On remarque par exemple qu'au-delà de 95 ans le taux d'hébergement passe de 60 à 65 puis 72% entre 1995 et 2001. Néanmoins, que ce soit en nombre de résidents ou en taux d'hébergement, il s'agit bien d'une croissance globale se chiffrant à 17 ou 18% en 5 ans.

Pour la suite de notre travail, il est important de se demander s'il est vraisemblable que ces taux d'hébergement augmentent encore à l'avenir. C'est une question dont nous débattrons lorsque nous formulerons les hypothèses pour les projections de la demande.

En résumé

On retiendra en particulier, concernant l'évolution récente de l'hébergement des personnes âgées, que :

- Le nombre de personnes hébergées a augmenté de 18 % en 5 ans en CFGB (1995-2000) ;
- ce sont les niveaux de dépendance élevés qui augmentent le plus rapidement. Ainsi, le nombre de personnes âgées de 80 ans et bénéficiant d'un forfait C croît de 35% en Wallonie et de 26% à Bruxelles entre 1995 et 1999; de 1998 à 2003, quelque 10.000 places MRPA en CFGB se transforment en MRS ; leur taux d'occupation est maximal ;
- à partir de 80 ans, le taux d'hébergement en fonction de l'âge augmente de manière rapide; en 2001, il évolue de 12% (80-84 ans) à 72% (>95) selon la catégorie d'âge quinquennale;
- les taux d'hébergement des personnes âgées de plus de 84 ans augmentent considérablement au cours de la période 1995-2000 et en 2001;
- la croissance au cours de cette période n'est donc pas seulement imputable au vieillissement démographique (arrivée à l'âge de 75-79 ans des générations nées après la guerre 14-18 et allongement de l'espérance de vie). D'autres facteurs, tels que la pression exercée en vue de diminuer la durée de séjour hospitalier et la transformation des habitudes de vie interviennent également pour expliquer que, sur une période si courte, de tels changements aient pu se produire.

1.2.3. Initiatives de santé mentale

Introduction

La santé est un état de complet bien-être physique, social et psychique, et pas seulement l'absence de maladie ou de déficience[1].

Les congrégations religieuses ont développé en Belgique de nombreuses institutions ayant pour vocation l'accueil et les soins aux personnes atteintes de maladie mentale. Ces institutions ont été progressivement transférées à des ASBL dirigées par des professionnels laïcs et l'organisation des soins y fut complètement restructurée. Il a fallu attendre 1963 pour que l'Inami contribue financièrement au traitement des malades mentaux. Fin des années '70 ainsi qu'au cours des années '80, sur fond de réforme de l'Etat, les compétences en matière de santé mentale sont attribuées aux Communautés et Régions. En 1990, la première phase de reconversion des lits psychiatriques des hôpitaux aboutit à la création des MSPsy. et des HP ainsi qu'à celle des plates-formes de concertation axées sur les soins de santé mentale. A la fin des années 2000, une nouvelle période de reconversion s'est clôturée visant à la spécialisation (lits Sp, A et K), aux soins extra-hospitaliers (HP) et au traitement des patients psychiatriques chroniques. L'ensemble de ces études de reconversion a conduit à une véritable structuration de l'offre de soins de santé mentale dans notre pays.

Nous évoquerons trois types de structures : les services de santé mentale, les initiatives d'habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques. Il en existe cependant d'autres comme les centres de jours contribuant à la réhabilitation des patients psychiatriques chroniques, des initiatives s'adressant aux personnes âgées, le développement des soins psychiatriques à domicile et les services offerts par les communautés thérapeutiques.

[1] OMS, Défintion de la santé.

1.2.3.1. Les services de santé mentale

Les services de santé mentale se définissent comme *des structures ambulatoires qui, par une approche pluridisciplinaire et en collaboration avec d'autres services, assurent l'accueil, le diagnostic et le traitement psychiatrique, psychologique et psychosocial des personnes*[2].

Les services de santé mentale ont donc pour mission d'accueillir, d'orienter, d'aider par des examens, des diagnostics, des conseils, des traitements et des accompagnements toute personne qui en fait la demande. De plus, ils prennent en charge des activités d'information, de recherche et de prévention visant à la réduction de l'incidence des problèmes de santé mentale.

En Région wallonne, le Décret du 4 avril 1996[3] organise l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale. Le Décret a donné lieu à l'octroi de subsides pour 56 centres[4], eux-mêmes éclatés en 78 antennes.

En Région de Bruxelles-Capitale, la base légale repose sur le Décret du 27 avril 1995[5] relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale, modifié par le Décret du 12 juillet 2001[6] de la Cocof.

Les SSM apportent aujourd'hui une contribution effective aux actions menées sur le plan de la prise en charge de la santé mentale comme indicateur de santé en général. Ils jouent le rôle de pivot en matière de diagnostic et orientent les patients vers les formules de traitement qui leur conviennent le mieux.

---

[2] Cette définition s'inspire des dispositions incluses dans les Décrets respectifs organisant les SSM. Cf. Références ci-dessous (RW. Chap. 1er, Art. 3 – Cocof : Titre 1er, Art.2)

[3] MB. 23.05.1996 – Arrêté d'exécution du 07.11.1996.

[4] Brabant wallon : 6 sièges – Hainaut : 19 sg. – Liège : 20 sg. – Namur : 7 sg. – Luxembourg : 4 sg.

[5] MB. 23.05.1996.

[6] Le Décret du 12.07.2001 vise à modifier diverses législations relatives aux subventions accordées dans le secteur de la politique de la santé et de l'aide aux personnes.

1.2.3.2. Les initiatives d'habitations protégées

On entend par initiative d'habitation protégée l'hébergement et l'accompagnement des personnes qui ne nécessitent pas un traitement continu en hôpital et qui pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées[7].

L'habitation protégée s'adresse à des personnes qui, malgré un parcours psychiatrique ou institutionnel parfois long, ont encore le désir et les possibilités de prendre ou de reprendre leur vie et leur santé mieux en charge. Il s'agit donc d'établir un contexte qui puisse aider à promouvoir une réorientation d'une manière d'être au monde et d'établir des relations avec les autres.

Ces institutions existent en trop petit nombre. Peu d'entre elles répondent aux besoins des patients, à l'attente des familles et à la demande des institutions.

On déplore notamment le mélange aléatoire d'autres symptomatologies plus ou moins lourdes dans une même institution (drogue, alcoolisme), le manque de moyens matériels et humains entraînant une difficulté de proposer aux résidents des occupations adéquates et adaptées. Les professionnels déplorent également le manque de structures alternatives pour les résidents qui ne peuvent subsister dans ce type de d'hébergement.

L'AR. du 16 juin 1999 fixe le nombre maximal de places d'habitations protégées pouvant être mis en service (le critère de programmation fixait à 0.4 place d'HP / 1000 habitants) ainsi que les règles relatives à la réduction équivalente d'un certain nombre de lits d'hôpitaux pour les reconvertir en place d'habitation protégée. Toutefois, en avril 2000[8], une circulaire adressée par la Ministre de la Santé publique et le Ministre des Affaires sociales relevait le critère de programmation des places d'HP à 0.5 place / 1000 habitants. Par ailleurs, la possibilité d'accéder à une habitation protégée individuelle est prévue pour une population équivalant à 20% du nombre total de places en habitations protégées.

Le nombre de places en habitations protégées en Région wallonne s'élève à 607 places dont 3.6% sont en agrément provisoire. L'agrément définitif d'une H.P. est valable pour un maximum de 3 ans.

En Région bruxelloise, le nombre de places relevant de la compétence de la Cocof est de 95 places (4 maisons recensées sur 5).

---

[7] AR. 10 juillet 1990 (MB. 26.07.1990) fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitation protégée pour des patients psychiatriques, Chap. 1er, Art.2, §1.

[8] Cette circulaire fut confirmée par l'AR du 05.06.2000.

1.2.3.3. Les maisons de soins psychiatriques

Les maisons de soins psychiatriques[9] prennent en charge les patients atteints d'un trouble psychique chronique stabilisé ou d'handicapés mentaux pour autant que :

- Ils ne requièrent pas de traitement hospitalier ;
- Ils ne peuvent être admis ni en MRS, ni en HP, ni en IMP étant donné leur état psychique ;
- Ils ne nécessitent pas de surveillance psychiatrique non interrompue ;
- Ils nécessitent un accompagnement continu ;

Les patients d'une MSPsy. ont généralement besoin d'être constamment suivis dans leurs activités quotidiennes. Ici, l'accent est mis davantage sur les soins et la réhabilitation que sur le traitement. L'accessibilité financière des MSPsy. est un problème aigu ; près de la moitié des patients ne peuvent subvenir aux frais d'hébergement par leurs ressources propres[10].

Les MSPsy. reçoivent un agrément définitif mais revu périodiquement tous les 3 ans. La révision de la situation est permanente.

En Région de Bruxelles-Capitale, il n'y a pas de MSPsy relevant de la COCOF. Mais, il en existe trois fonctionnant sous l'autorité de la COCOM. Elles sont au nombre de 12 en Région wallonne dont 5 relèvent du secteur public et 7 du secteur privé. Elles rassemblent 773 places.

---

[9] AR. du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques.

[10] Cit. In Note de politique générale, *La psyche : le cadet de mes soucis ? Soins de santé mentale : les voies de la participation et de la concertation*, Ministres ALVOET et VANDEBROUCKE, mars 2001.

1.2.4. Soins et aide à domicile

Les soins et l'aide à domicile ont subi une évolution très importante au cours des dernières décennies. L'A.R du 20 juillet 1950 organisant les services de soins à domicile loin de les cantonner dans le domaine médico-social encourageait le développement de leur activité familiale en raison de l'utilité sociale de celle-ci.

La dimension « soins » renvoie au secteur des soins infirmiers et la dimension « aide » au secteur des aides sociales et domestiques. Chacune de ces dimensions va se développer et se spécialiser de manière relativement autonome, faisant apparaître la nécessité et l'urgence d'une collaboration interdisciplinaire. Les acteurs présentent en effet des profils professionnels divers et complémentaires : médecins, praticiens de l'art infirmier, kinésithérapeutes, paramédicaux, assistants sociaux, aides familiales ou senior, aides ménagères, gardes à domicile, etc.

D'origine associative, les services de soins et d'aide à domicile[1] vont progressivement se structurer. Au cours des années '80, l'évolution de ces services est influencée par des tendances lourdes affectant la société tout entière ; en particulier la crise économique et sociale généralisée multipliant les situations de chômage et de précarité dans les familles, et nécessitant une rationalisation des dépenses publiques.

La communautarisation des compétences autrefois nationales transfère aux Communautés les matières personnalisables et donc le volet social et familial alors que les soins de santé relèvent du fédéral. La réforme hospitalière entamée à la fin des années '70 s'accompagnant d'une volonté d'écourter ou d'éviter l'hospitalisation nécessitait le développement de ce que l'on appelle dans la structure d'un système de santé : les soins de première ligne. Ceux-ci s'adressent à l'ensemble de la communauté en vue d'assurer à chacun l'accès aux soins et l'aide requise dans un environnement de qualité. Le retour ou le maintien à domicile devient ainsi une préoccupation majeure requérant une collaboration étroite entre les diverses instances de pouvoir, les institutions responsables de services et les professionnels.

Cette évolution, loin d'être terminée, est encore au centre des préoccupations actuelles comme en témoignent le Protocole entre le Gouvernement fédéral et les autorités fédérées portant sur les soins de santé de première ligne (juillet 2001) ou la Note politique « Hôpitaux : Défis et perspectives pour les hôpitaux dans le cadre des soins de santé intégrés » (septembre 2001). Elle rejoint un autre objectif de politique sociale : la politique en faveur des personnes âgées. L'importance du vieillissement démographique attendu au cours des prochaines décennies en fait un enjeu majeur.

---

[1] Consulter à ce sujet : JL. LAVILLE et MARTHE NYSSENS (Sous la direction de), *Les services sociaux, entre associations, Etat et marché, L'aide aux personnes âgées*, chap.2, BRUNO GILLAIN et MARTHE NYSSENS, *Belgique : l'histoire d'un partenariat associatif-public*, Ed. La Découverte/M.A.U.S.S./C.R.I.D.A., Paris, 2001, pp. 47 à 65.

La Note politique du Ministre des Affaires sociales et des Pensions : « Actief ouder worden en zijn » du 5/11/2001 attire l'attention sur l'importance des soins infirmiers à domicile dans le cadre des soins aux personnes âgées (60% des activités des services infirmiers à domicile sont consacrés aux aînés en perte d'autonomie) et sur la nécessité de mieux adapter la nomenclature des soins remboursés par l'assurance maladie au contenu réel des soins requis.

La réduction de la durée de séjour à l'hôpital entraîne un retour à domicile précoce qui nécessite une prise en charge spécifique. *« Dans ce contexte, deux types de mesures conditionnent particulièrement l'évolution de l'aide à domicile : celles qui visent à la maîtrise des dépenses de santé et celles qui s'inscrivent dans la lutte contre le chômage*[2] *»*. Dans le secteur des soins et de l'aide à domicile, on assiste en effet au développement de dispositifs, tels que statuts PRC et aides à l'emploi diverses, lesquels sont destinés à la réinsertion socio-professionnelle des chômeurs.

1.2.4.1. Les soins infirmiers à domicile (SAD)

1.2.4.1.1. Organisation et financement

Par « soins à domicile » nous entendons précisément ici les soins de santé dont bénéficient des personnes vivant à domicile et qui sont administrés par des infirmiers et soignants qualifiés. Ils comprennent non seulement des actes techniques mais aussi des aides à la vie journalière (AVJ) si bien que la frontière entre ces SAD et l'aide sociale reste souvent imprécise.

Le financement des SAD est assuré par l'INAMI[3], il fait l'objet d'une convention annuelle négociée par la Commission permanente composée de représentants des PAI et des organismes assureurs. Cette convention fixe les honoraires de soins en laissant aux prestataires la liberté d'y adhérer.

La convention stipule deux points :

- Les honoraires sont dus pour toute prestation figurant à la nomenclature établie par le Roi et à la condition que le PAI qui l'a pratiquée ait la qualification requise ;
- Les remboursements de ces soins ne sont accordés que s'ils ont été prescrits par un médecin, exception faite de la toilette, acte reconnu comme relevant de l'autorité infirmière.

Jusqu'en 1991, le remboursement des soins infirmiers à domicile s'effectuait uniquement à l'acte.

---

[2] LAVILLE J.L, NYSSENS M, Op.Cit., p.52.

[3] Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 09-08-1963, coordonnée le 14 juillet 1994

A partir de cette date, se met en place un nouveau système prévoyant l'attribution d'un forfait-soins journaliers aux personnes se trouvant en situation de dépendance. La dépendance est établie à partir des scores obtenus en utilisant une grille d'évaluation appelée « *Echelle de Katz* » basée sur le besoin d'aide dans les activités de la vie journalière.

Elle est constituée de :

- 6 critères d'évaluation physique :

  * se laver,

  * s'habiller et se déshabiller,

  * se déplacer,

  * aller aux toilettes,

  * incontinence,

  * manger et boire ;

- 2 critères d'évaluation psychique : orientation dans le temps et dans l'espace.

Pour chacun des critères physiques, quatre scores sont possibles, pour les critères psychiques, cinq. Selon la combinaison des scores, la personne est classée dans une catégorie de dépendance déterminée.

Le système d'évaluation est loin de répondre aux attentes qui ont présidé à sa conception. Il aurait même tendance à générer des effets contradictoires. L'échelle de Katz donne lieu à des divergences d'interprétation, attribution du forfait dès qu'un seul acte est effectué, non-adéquation des remboursements pour des prestations en égard à l'assistance apportée à des patients lourds. Cette situation préoccupante a d'ailleurs été dénoncée par le Ministre F. Vandenbroucke dans une lettre adressée au Président de la Commission de conventions PAI/OA[4] :

« L'échelle de Katz ne tient compte ni de la dépendance psychique ni du contexte dans lequel le patient séjourne à domicile : la présence ou non de services de proximité et l'accessibilité de soins professionnels à domicile déterminent autant le besoin de soins infirmiers que le score obtenu sur l'échelle de Katz. »

Actuellement, le financement des soins infirmiers à domicile fait l'objet d'un remboursement par l'Inami pour les prestations suivantes :

- Actes en nomenclature ,
- Forfait A,
- Forfait B,
- Forfait C,
- Prestations techniques spécifiques.

La convention W 97 a été conclue afin de régir l'organisation des prestations infirmières à domicile.

---

[4] In : *Lettre adressée au Président de la Commission de concertation de convention Infirmiers-OA à propos du secteur des soins à domicile*, Ministre F. VANDENBROUCKE, 16.03.2001

Divers changements sont intervenus depuis 1997 convergeant vers une revalorisation ou une indexation des montants ou forfaits pris en charge. Nous proposons une liste récapitulative de ces changements en annexe[5].

Parmi ces modifications, de nouvelles lignes de conduite semblent s'imposer dans l'organisation des SAD. En mars 2001, la lettre adressée par le Ministre F. Vandenbroucke au Président de la Commission de conventions PAI/OA[6] affiche une volonté de révision de la nomenclature afin de maîtriser la croissance des dépenses du secteur. Cette révision est en cours actuellement.

Selon le Ministre, si le secteur se caractérise par une croissance des dépenses, cette croissance ne peut être imputée uniquement à l'augmentation du vieillissement de la population[7] mais également à la diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, au développement de l'hospitalisation de jour, à l'augmentation des soins palliatifs à domicile et enfin à l'augmentation de prise en charge à domicile de patients atteints d'affections chroniques.

La réforme de la nomenclature doit répondre aux principes directifs suivants :

- assurer le maintien des PA dans leur cadre de vie ;
- faire une distinction entre les soins de courte durée et les soins chroniques,
  les soins simples et les soins complexes,
  les soins techniques et les soins de soutien et éducatif ;

  de façon à pouvoir structurer les demandes des patients pris en charge à domicile et donc dissocier les soins aux personnes dépendantes en vue de les maintenir dans leur cadre de vie, la surveillance médicale après hospitalisation, les soins palliatifs et les prestations techniques ponctuelles sur prescription médicale ;
- prendre en compte le diagnostic infirmier et la nature de l'affection ;
- se fonder sur le degré d'autonomie du patient et les besoins en soins infirmiers ;
- établir les conditions organisationnelles pour certains types de soins (permanence, volume de soins, etc.) ;
- encourager la collaboration multidisciplinaire.

---

[5] Cf. Annexe 1.2.4.1.1.

[6] Ministre F. VANDENBROUCKE, *Lettre adressée au Président de la Commission de concertation de convention Infirmiers-OA à propos du secteur des soins à domicile*, 16.03.2001.

[7] Le vieillissement n'aura d'effets très sensibles qu'après 2010.

Les orientations énoncées ci-dessus, alliées à la réflexion permanente des différents acteurs, ont donné lieu à l'élaboration d'un nouvel AR[8] fixant les normes d'agrément des prestations à domicile et distinguant plusieurs niveaux de pratique : la pratique en solo, en association, en cabinet de groupe ou la formule des Services Intégrés à Domicile (SID). Nous présentons dans le tableau 1.2.4.1.1.1. ci-après les principales caractéristiques de cette nouvelle organisation.

[8] MSP, A.R. fixant les normes d'agrément des associations, cabinets de groupe et services de soins infirmiers à domicile (Cf. texte du projet d'A.R. Annexe 1.2.4.1.2).

Tableau 1.2.4.1.1.1. Projet d'A. R. fixant les normes d'agrément des associations, cabinets de groupe, services de soins à domicile

Objet	PRATIQUE EN SOLO	ASSOCIATION	CABINET DE GROUPE	SERVICES DE SOINS A DOMICILE
			= Accord de collaboration avec la personnalité juridique	= Accord de collaboration avec la personnalité juridique
Nombre	1 ou plusieurs infirmières	2 ou plusieurs infirmières	3 ou plusieurs infirmières	1 ou plusieurs cabinet
Travail	1 infirmière à temps plein (minimum 10 demi-jours par semaine)	Minimum 2 temps plein	Minimum 3 temps plein indépendant(e)s salarié(e)s	7 ETP + 1 chef Personnel salarié ou statutaire
Conditions	Registre de travail	Disponibilité 24h/24	Disponibilité 24h/24	Disponibilité 24h/24
	Concertation	Dossier infirmier	Dossier infirmier - gestion commune	Dossier infirmier - gestion commune
	Formation	Procédure de communication	Procédure de communication + 1 Réunion obligatoire par semaine	Procédure de communication + 1 Réunion obligatoire par semaine
	Dossier infirmier	Patients lourds	Patients lourds	Patients lourds
	Pas d'agrément	Collaboration pluridisciplinaire + concertation	Collaboration pluridisciplinaire + concertation	Collaboration pluridisciplinaire + concertation
		Plan de soins	Plan de soins	Plan de soins
		Infirmière de référence	Infirmière de référence	Infirmière de référence
		Personne de contact communiquée aux ministères	Personne de contact communiquée aux ministères	Personne de contact (infirmier chef) communiquée aux ministères
		Formation permanente + 15h/an + *Peer review* + 20h/an	Formation permanente + 15h/an + *Peer review* + 20h/an	Formation permanente + 15h/an + *Peer review* + 20h/an + programme de soins *Evidence based nursing*.
		Système d'enregistrement	Système d'enregistrement	Système d'enregistrement
			Demande d'agrément	Demande d'agrément
			1 seul n° de tiers payant	1 seul n° de tiers payant
			Comptabilité séparée en partie double	Comptabilité séparée en partie double
			1 flux unique et commun de patients	1 flux unique et commun de patients

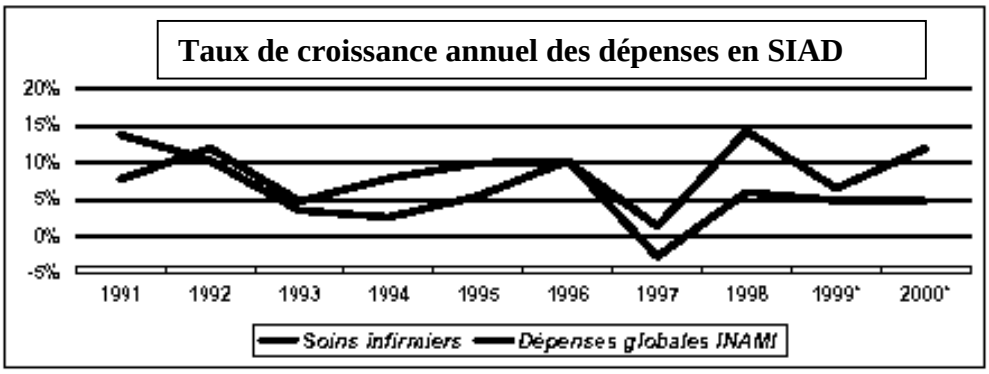
Source : FASD, document de travail, 02.2002.

1.2.4.1.2. La consommation de soins à domicile

La politique menée depuis plusieurs années en vue de réserver l'hôpital au traitement des maladies aiguës ou demandant un suivi médical constant a pour conséquence normale un accroissement significatif des soins infirmiers à domicile. La politique hospitalière n'est pas la seule cause à laquelle on puisse rattacher ce développement. Il faut penser aussi aux évolutions technologiques permettant une plus grande brièveté du séjour hospitalier voire une hospitalisation de jour ainsi que le développement des soins ambulatoires. De plus en plus, du point de vue de la demande, le maintien à domicile devient une priorité. C'est notamment le cas des personnes âgées jugeant prohibitif le coût du séjour en MRPA ou MRS, d'autant que ces structures ne répondent pas toujours à leur désir de rester dans leur environnement familier[9].

Depuis plusieurs années, les soins infirmiers à domicile ont connu une forte croissance des dépenses; 65 % entre 1995 et 2000 pour atteindre 548.14 millions d'euros (soit un peu plus de 22 milliards de BEF) en 2000[10].

Figure 1.2.4.1.2.1. Taux de croissance annuel des dépenses en soins infirmiers versus dépenses globales INAMI : 1991-2000



Source : Mutualités Socialistes, Direction Générale Etudes, Développement et Information, Etude 99-2000

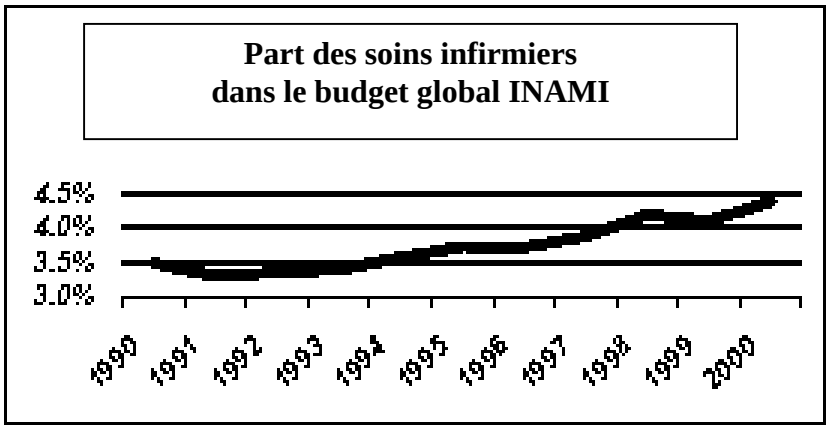
Le taux de croissance des dépenses en soins infirmiers a régulièrement dépassé celui de l'ensemble des dépenses de santé. La part des soins infirmiers dans le budget est passé de 3.5% à 4.5% en 10 ans.

---

[9] HEDEBOUW, G., PACOLET, J., SPINNEWIJN, H., WINTERS, S., *De thuiszorg in Vlaanderen*, Hiva, KUL.

[10] Chiffre cité in *Les soins de santé en Belgique*, MSP, 2001, tableau 8, page 43.

Figure 1.2.4.1.2.2. Part des soins infirmiers dans le budget global INAMI 1990-2000



Source : Mutualités Socialistes, Direction Générale Etudes, Développement et Information, Etude 99-2000

Le tableau 1.2.4.1.2.1. reprend l'évolution des dépenses et du nombre d'actes infirmiers ayant fait l'objet de remboursements INAMI. Il s'agit ici de ce qui est communément appelé *« soins infirmiers à domicile »*, à l'exclusion des soins en MRPA et MRS. En cinq ans, la croissance du nombre d'actes remboursés est de 68%, celle des dépenses, de 51%.

Tableau 1.2.4.1.2.1. Evolution des soins infirmiers à domicile 1993-1998[11]

Années	Montants payés	Actes payés	Indice : actes
1993	12 546 861 201	46 831 335	*100*
1994	13 535 321 944	49 936 986	*107*
1995	14 923 992 705	52 522 398	*112*
1996	15 741 803 266	58 359 693	*125*
1997	16 559 613 826	64 196 988	*137*
1998	18 930 986 930	78 573 131	*168*

Source : INAMI, Tableaux statistiques par dispensateur de soins – Information de gestion relative à l'art infirmier, in InfoSanté (last update)

Pour l'ensemble du pays, il est à noter que certains services supplémentaires sont accessibles aux bénéficiaires sans que ceux-ci soient explicitement organisés par une quelconque coordination. Ils viennent toutefois s'inscrire en complément de l'éventail des services proposés par les centres de coordination.

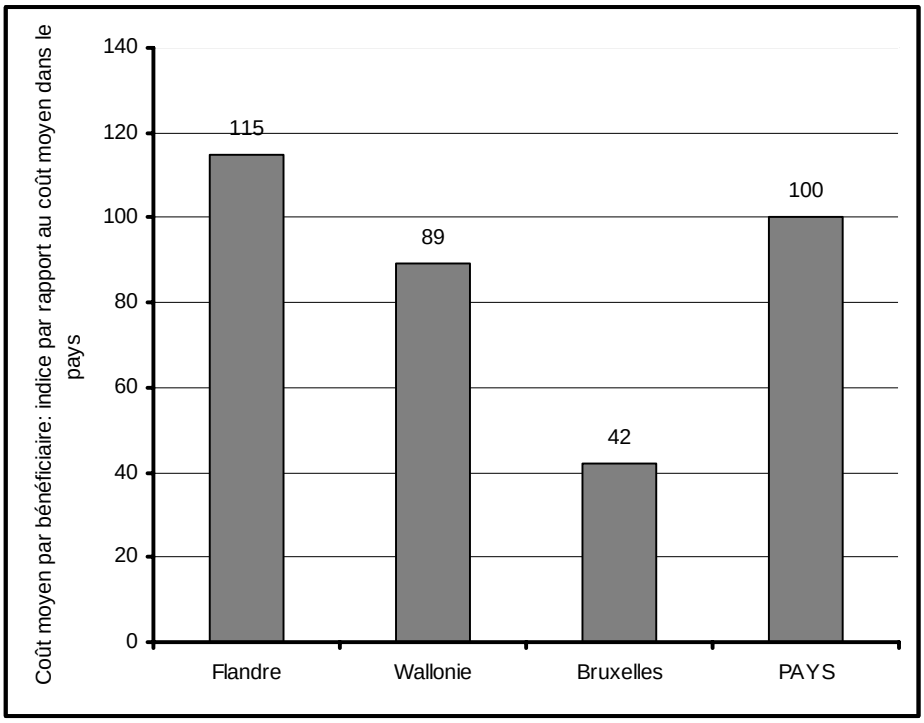
[11] Les statistiques INAMI ne présentent pas de données régionalisées

Depuis 1994, le rapport annuel du Conseil général de l'INAMI sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays met en évidence les disparités régionales du développement des soins infirmiers à domicile. Pour 1997, la situation s'établit comme suit : en référence à la moyenne nationale, le taux de la Wallonie se situe à l'indice 89, Bruxelles, à 42 et la Flandre, à 115.

Les années précédentes, les écarts étaient semblables.

On peut donc penser que la croissance importante signalée plus haut s'est produite de manière assez similaire dans chaque région, sans toutefois enregistrer le rattrapage souhaité par beaucoup en Wallonie et surtout à Bruxelles.

Figure 1.2.4.1.2.3. Coût moyen des soins infirmiers par bénéficiaire de l'assurance selon les régions : 1997



Source : INAMI Conseil général, Rapport sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays, Bruxelles 1999.

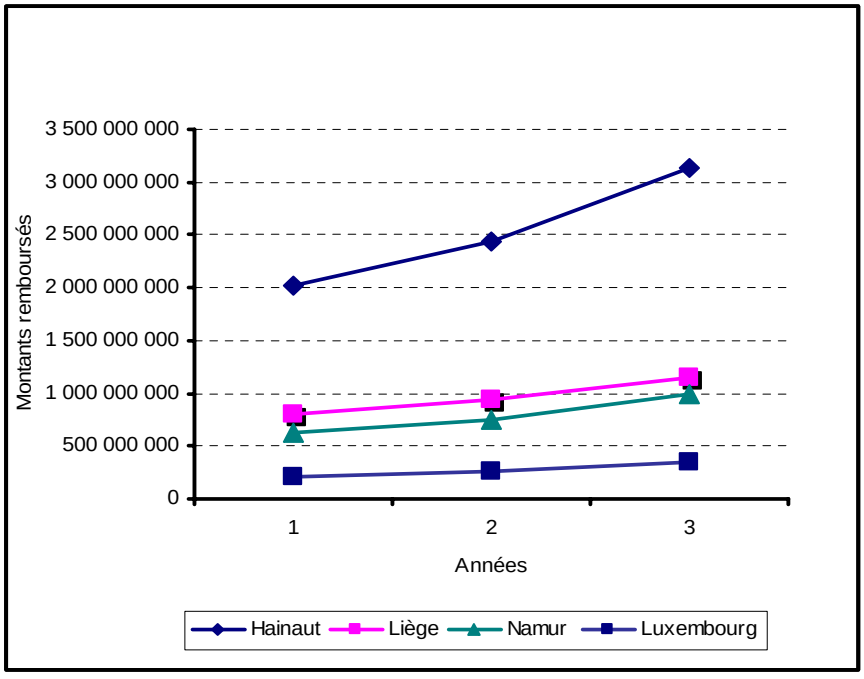
Si l'on examine la répartition par province des montants remboursés en CFGB dans le cadre des soins à domicile, on constate une évolution significative dans chaque province. Sont visés ici les remboursements ayant trait à tous les SIAD, c'est-à-dire l'ensemble des actes infirmiers y compris ceux dispensés dans le cadre des forfaits soins. En cinq ans, les montants des SIAD ont subi une augmentation de plus de 50%. L'évolution est plus sensible ces dernières années qu'au début des années nonante. Les provinces de Namur, du Luxembourg et du Hainaut enregistrent une hausse plus importante, probablement due à une disponibilité plus grande de l'offre de professionnels en SIAD[12].

Tableau 1.2.4.1.2.2. Soins infirmiers à domicile : montants remboursés par province en Wallonie et à Bruxelles

	1994	1996	1999	Taux 94-99
Bruxelles-Capitale			459.884.423	
Brabant wallon			468.798.621	
Hainaut	2.022.616.675	2.440.167.070	3.130.171.976	*155%*
Liège	796.972.297	932.182.901	1.154.276.140	*145%*
Namur	622.659.982	746.550.463	987.876.547	*159%*
Luxembourg	224.502.226	264.650.438	355.809.727	*158%*
CFGB*			6.400.456.600	
Wallonie ss Bt. W,	3.666.751.180	4.383.550.872	5.628.134.390	*153%*

Source : Inami, Art infirmier, données par arrondissement & années comptables, 1994, 1996 et 1999 (Montants en BEF).
**CFGB Wallonie + .83 * Bruxelles*

Figure 1.2.4.1.2.4. Soins infirmiers à domicile : montants remboursés par province en Wallonie: Evolution 1994 - 1999.



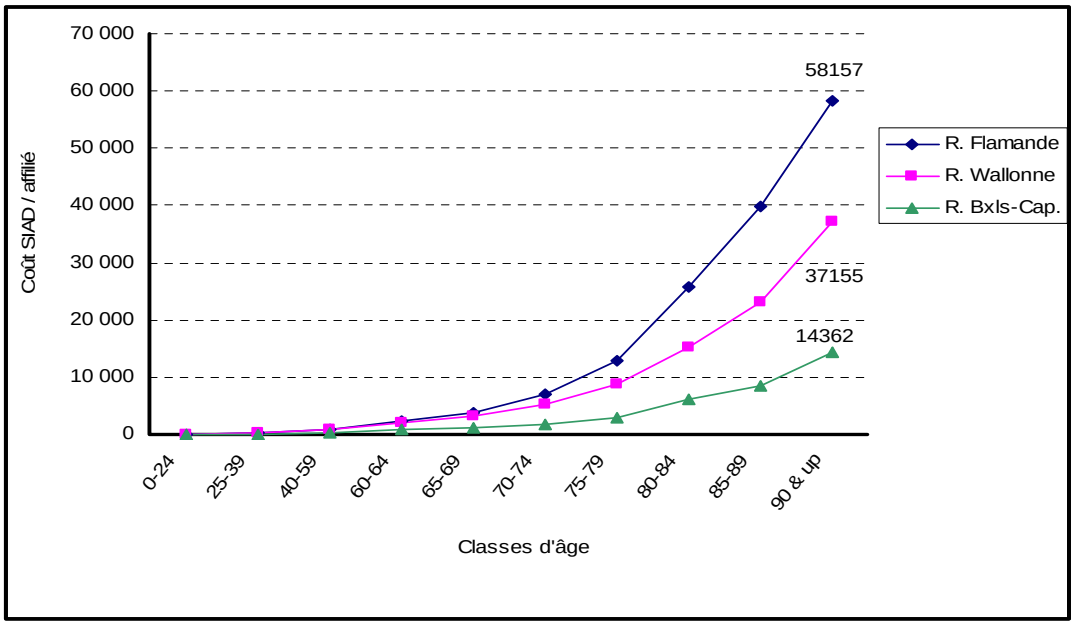
Source : Inami, Art infirmier, données par province & années comptables, 1994, 1996, 1999.

[12] Cf. Chapitre 1.3.4.

Les figures 1.2.4.1.2.5. et 1.2.4.1.2.6. ont été élaborées grâce à un dépouillement spécial de données provenant de deux organismes assureurs* et concernent la consommation de soins à domicile des affiliés au régime général, dans ces unions mutualistes. Comme on peut le voir sur la figure 1.2.4.1.2.5., la moyenne des montants par affilié en 1999 augmente au fur et à mesure de l'avancée en âge, et ce, de plus en plus intensément.

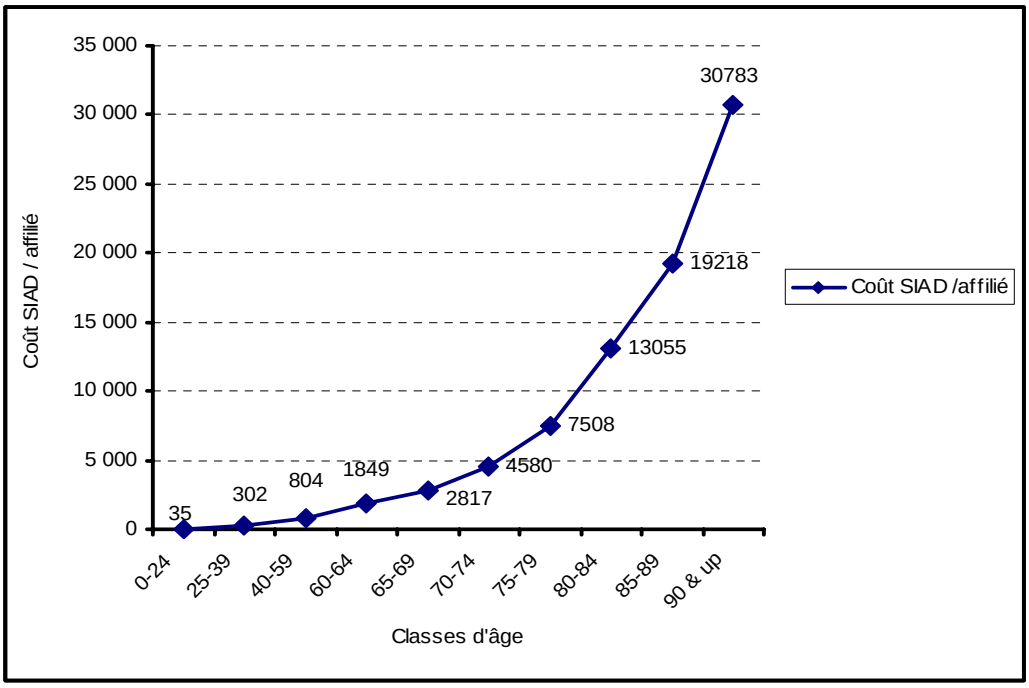
**Note : Les affiliés des deux organismes assureurs réunis ANMC et UNML représentent un peu moins de 60 % des affiliés au régime général en Belgique.*

Figure1.2.4.1.2.5. Montants moyens de SIAD remboursés par affilié au RG selon la région et la classe d'âge - Année 1999



Source : Mutualités Libres; Mutualités Chrétiennes, Données 1999, Traitements SESA 2001.

Figure 1.2.4.1.2.6. Montants moyens de SIAD remboursés par affilié au RG de la CFGB selon l'âge - Année 1999



Source : Mutualités Libres; Mutualités Chrétiennes, Données 1999, Traitements SESA 2001

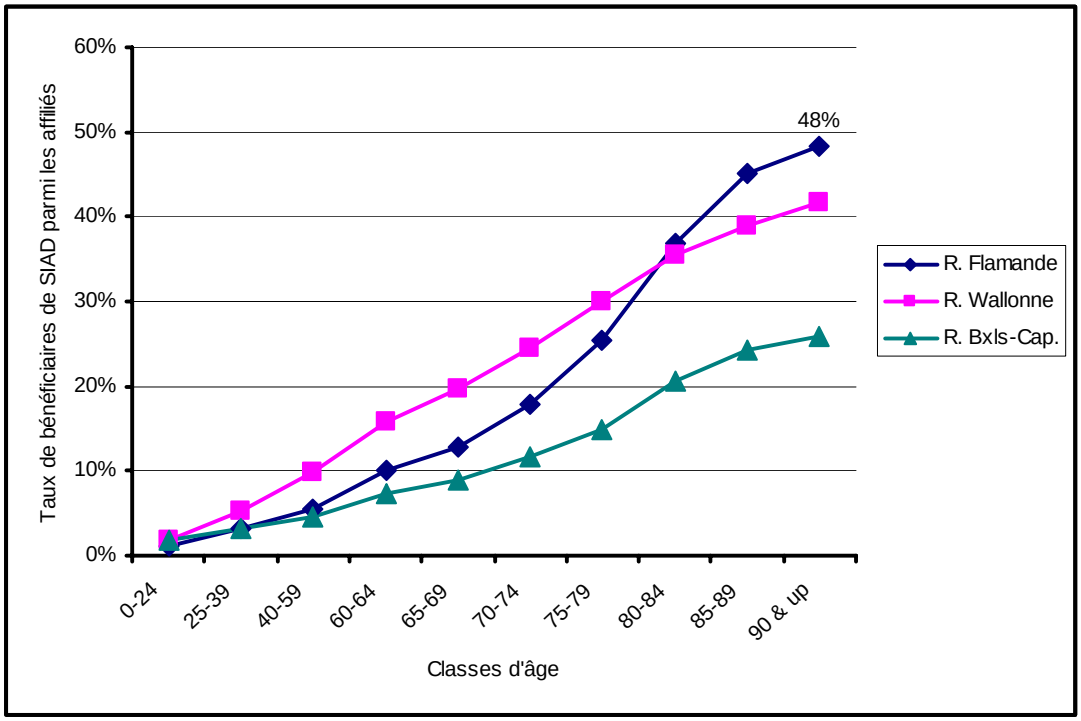
Note : Les affiliés de la Communauté française sont estimés en calculant la moyenne pour les affiliés de la Région Wallonne et 83% des affiliés en Région de Bruxelles-Capitale.

Auprès des bénéficiaires les plus âgés, (90 ans et plus), le coût moyen des montants remboursés en assurance obligatoire par affilié vaut 17,5 fois le montant moyen pour l'ensemble de la population échantillonnée. L'évolution est similaire dans les trois régions bien qu'à des niveaux de recours inégaux. Il faut toutefois être attentif au fait que l'évolution est exprimée ici par le biais du coût moyen par affilié. Or certains bénéficiaires s'écartent considérablement de la moyenne pour consommer des montants soit moindres, soit beaucoup plus élevés. Cette dispersion des coûts est particulièrement importante parmi les bénéficiaires âgés de 90 ans et plus.

De plus pour avoir une vue complète de l'influence de l'âge sur la consommation, il faut tenir compte du taux de bénéficiaires de SIAD parmi les affiliés. Ce taux augmente également avec l'âge.

C'est en Région wallonne qu'il y a proportionnellement le plus de bénéficiaires de SIAD parmi les affiliés (9,5% pour l'ensemble des classes d'âge, contre 6,8% en Flandre et 5,5% à Bruxelles).
Mais si on détaille ce pourcentage global, on constate des variations importantes entre les classes d'âge.

Figure 1.2.4.1.2.7. Taux de bénéficiaires de SIAD parmi les affiliés au RG selon l'âge et la région du domicile - Année 1999



Source : Mutualités Libres; Mutualités Chrétiennes, Données 1999, Traitements SESA 2001

Le taux de bénéficiaires âgés parmi les affiliés augmente pour les trois Régions du pays. Pourtant l'évolution diffère, particulièrement entre la Flandre et la Wallonie, ainsi qu'on le remarque sur la figure ci-dessus. Les personnes âgées de moins de 85 ans sont proportionnellement plus nombreuses en Wallonie qu'en Flandre à bénéficier de SIAD.

La différence n'est pas négligeable, surtout entre 40 et 79 ans où il y a environ deux fois plus de bénéficiaires de SIAD en Wallonie qu'en Flandre.

Après 85 ans, la tendance s'inverse, on assiste à une inflexion de la courbe du taux de bénéficiaires par affiliés wallons, tandis que l'autre courbe poursuit sa progression. Parmi les plus de 85 ans, la proportion de bénéficiaires de SIAD est la plus élevée en Flandre.

1.2.4.2. L'aide à domicile

Par "aide à domicile", nous entendons principalement l'aide apportée aux familles et aux personnes âgées par les aides familiales et les aides ménagères.

Chaque Communauté ou Région fixe un nombre maximal d'heures subventionnées pour l'ensemble des prestataires[13], eux-mêmes regroupés en fédérations de services.

Dès le début des années '80, la Flandre a adopté une politique volontariste de développement de l'aide à domicile. Le développement de services classiques est ainsi encouragé tout autant que celui de nouveaux services susceptibles de compléter l'offre existante et de renforcer la capacité de prise en charge par les familles elles-mêmes. En Wallonie, le secteur des maisons de repos a d'abord été privilégié en vue de répondre aux besoins des personnes les plus dépendantes. L'aide à domicile visant le public plus large des familles s'impose peu à peu à l'attention du politique depuis le milieu des années '90.

L'AR. de l'Exécutif de la Communauté française du 16.12.1988 (MB. 28.12.88) a posé les jalons de l'organisation des services d'aide aux familles dans la partie francophone du pays.

En Région de Bruxelles - Capitale, la COCOF a organisé l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées par son Arrêté du 22.03.1995, poursuivi notamment par les décrets des 18 et 27 mai 1999 et plus récemment par l'Arrêté du 27.04.2000. Du point de vue de la mission de ces services, l'Arrêté COCOF de 1995 prévoit au § 2 la mission suivante :

« Les services ont pour mission de mettre temporairement à domicile et sans distinction d'opinion politique, philosophique ou religieuse, des aides familiaux, seniors ou ménagers à la disposition des catégories de personnes [personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté] qui en expriment la demande. Par priorité, l'aide doit être accordée à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les plus démunis sur le plan financier, de la santé physique ou psychique ainsi que sur le plan social [14]».

---

[13] Un plafond est établi pour le nombre d'heures pouvant être prestées par le même usager, Cit. In *Les services sociaux, entre associations, Etat et marché, L'aide aux personnes âgées*, op Cit.

[14] Arrêté du Collège de la Commission Communautaire Française réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi de subventions à ces services, §1 et 2.

En Région wallonne, l'AR. du 16.12.1988 de la Communauté française, cité ci-dessus, a été appliqué sur le territoire lors du transfert de compétences.

Il fut complété par les Arrêtés visant à fixer le statut de l'aide familiale (16.07.1998) et la révision des subventions (24.02.2000 et 28.06.2001). La Région wallonne comptait fin 1999, 84 services d'aides familiales ; 52 services relevant du secteur public et 32, du secteur privé.

A Bruxelles, 7 services d'aides familiales sont subventionnés par la COCOF.

Le détail des personnels occupés dans ces différents services seront développés au point 1.2.4.2.1.

Quant à l'aide à domicile proprement dite, nous disposons de peu de données permettant de cerner le recours aux aides familiales, gardes malades et autres paramédicaux. Dans une étude récente[15], les Mutualités socialistes se sont basées sur l'activité des aides familiales (AF) de trois centrales de services à domicile[16] et y ont dégagé que les trois quart des personnes aidées ont 65 ans et plus. Dans l'ordre, les recours aux AF sont les plus importants pour les personnes âgées, les personnes en difficulté économique, les personnes handicapées et les personnes avec des problèmes de santé.

En Région wallonne, une évaluation globale des centres de coordination effectuée en 1998[17] constate qu'un peu moins de 65% des patients ont 65 ans. Parmi ceux-ci 41% ont plus de 80 ans.

« La question des coûts et des moyens alloués est extrêmement complexe tant il convient de prendre en compte l'état de la situation de départ, la dynamique offre - demande, la répartition des ressources disponibles, la diversité des formes d'investissement (financement et statut du personnel, de la formation, etc.). Ainsi, bien qu'en forte progression, les aides financières accordées par les gouvernements restent encore insuffisantes face au défi d'un réel et total accompagnement à domicile des personnes âgées vivant seules ou en famille[18]*. ».*

Cet accompagnement n'est pas le seul fait des AF mais est relayé par un ensemble de professionnels dont l'activité manque encore de réels outils de mesure pour l'instant.

En Région wallonne, les moyens affectés au secteur des AF durant ces dernières années sont en forte augmentation ; 40% d'augmentation entre 1994 et 2000. En Région de Bruxelles - Capitale, cette augmentation est plus importante encore sur les cinq dernières années ; 75% entre 1995 et 2000. Toutefois, les moyens sont encore jugés largement insuffisants par rapport aux besoins. Ces progressions sont illustrées par les tableaux ci-dessous.

---

[15] Mutualités Socialistes, Direction Générale Etudes, *Développement et Information*, Etude 99-2000

[16] La population couverte représentait environ 50% du nombre de ménages ayant un dossier ouvert au 01.02.2000

[17] Ministère de la Région wallonne, Commission d'agrément des centres de coordination de soins et services à domicile, *Approche d'une évaluation globale des centres de coordination en Région wallonne*, 1998

[18] Mutualités Socialistes, op cit.

Tableau 1.2.4.2.1. Evolution des moyens financiers consacrés aux services d'aide aux familles par la Région wallonne – 1994-2000

(en milliers de francs)

Année	Montants Secteur privé	Montants Secteur public	TOTAL
1994	1 629 300	652 000	**2 281 300**
1995	1 691 300	676 700	**2 368 000**
1996	1 747 900	701 900	**2 449 800**
1997	1 818 700	723 800	**2 542 500**
1998	2 903 100	806 100	**2 899 200**
1999	2 263 000	859 100	**3 122 100**
2000	2 307 900	874 200	**3 182 100**

Source : Région wallonne, Direction générale de la santé et de l'action sociale, 2000

Tableau 1.2.4.2.2. Evolution des moyens financiers consacrés aux services d'aide aux familles par la Région de Bruxelles - Capitale – 1995-2000

(en milliers de francs)

Année	Montants
1995	340 000
1996	396 000
1997	423 000
1998	536 000
1999	575 000
2000	593 000

Source : Cocof, Service des Affaires sociales, 2000

1.2.4.3. La coordination de soins et services à domicile

Le 19.06.1989[19] , le décret de la Communauté française organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et de services à domicile fut voté, dans le souci de développer des soins globaux, intégrés et continus. Alliant soins et aide dispensés au domicile du patient, les centres de coordination de soins et services à domicile, agréés par les autorités compétentes, instituent la coordination des services suivants :

- ***Services principaux :***
    a) *aide aux actes de la vie journalière par un service agréé comme un service d'aide aux familles et aux personnes âgées ;*
    b) *soins infirmiers à domicile*
    c) *distribution de repas à domicile*
- ***Services complémentaires :***
    a) *accompagnement social par un service agréé ;*
    b) *kinésithérapie ;*
    c) *prêt de matériel ;*
    d) *logopédie ;*
    e) *ergothérapie ;*
    f) *podologie ;*
    g) *biotélévigilance ;*
    h) *soutien psychologique ;*
    i) *soins dentaires ;*
    j) *coiffure ;*

Un service de garde peut également être adjoint aux services complémentaires.

La dispensation des services peut être assurée par des professionnels employés par le service de coordination ou par délégation, à des prestataires compétents.

En Région de Bruxelles - Capitale, la législation fut complétée en 1999 par l'organisation des services de soins palliatifs et continués. Les centres de coordination sont actuellement au nombre de sept à Bruxelles dont deux néerlandophones (sous l'autorité de la COCOM).

La Région wallonne institua en 2001 un règlement d'ordre intérieur de la Commission d'agrément des centres de coordination de soins et de services à domicile.

[19] Arrêté d'exécution du 26.06.1989.

Le nombre de centres de coordination agréés fin 1998 pour le territoire de la Région wallonne de langue française s'élève à 53. Ne sont pas comptabilisés les centres de coordination de la Communauté germanophone relevant de sa tutelle.

Pour l'ensemble du pays, il est à noter que certains services supplémentaires sont accessibles aux bénéficiaires sans que ceux-ci soient explicitement organisés par une quelconque coordination. Ils viennent toutefois s'inscrire en complément de l'éventail des services proposés par les centres de coordination.

1.2.4.4. Les services intégrés de soins à domicile

L'A.R. du 8 juillet 2002 (M.B. du 15-10-2002) fixe les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile. L'objectif de cette institution est de renforcer l'ensemble des soins de santé aux patients dans une « zone de soins de santé ». Elle reçoit pour mission de veiller à l'organisation pratique et à l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile qui requièrent l'intervention de praticiens professionnels appartenant à plusieurs disciplines. Elle stimule la collaboration entre ceux-ci en s'assurant du suivi de l'information et de l'encadrement tout au long du processus de soins : évaluation de l'autonomie, plan de soins, répartition des tâches, concertation.

Les prestations qui sont visées sont celles qui sont fournies dans le cadre des soins à domicile et sont définies à l'article 34.13° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé.

La définition des zones, la mise en place de ces services intégrés et leur fonctionnement font encore l'objet en 2002 de nombreuses discussions.

En résumé

On retiendra, concernant l'évolution récente des soins et de l'aide à domicile, que ceux-ci ont connu une accélération importante de leur développement :

- en cinq ans, les remboursements de SIAD ont augmenté de 55% en Wallonie,
- néanmoins leur niveau en Wallonie et surtout à Bruxelles restent loin en dessous de celui de la Flandre ;
- la répartition de la consommation de SIAD en fonction de l'âge fait apparaître des taux très élevés au-delà de 80 ans ;
- les moyens consacrés au secteur des AF ont augmenté de 40 % en Wallonie entre 1995 et 2000 et de 75% à Bruxelles ;
- néanmoins le montant actuel des subsides ainsi accordés par ces Régions est jugé nettement insuffisant au vu des besoins.

1.2.5. L'aide aux personnes handicapées

1.2.5.1. Organisation du secteur et répartition des compétences

Les services d'aide aux personnes handicapées sont de la compétences des entités fédérées. En Région wallonne, les services résidentiels pour jeunes, pour adultes, services résidentiels de nuit pour adultes, services d'accueil de jour pour jeunes, pour adultes, services d'accompagnement, d'aide précoce, de placement familial, d'aide à la vie journalière sont agréés et subventionnés par l'Agence wallonne pour l'intégration de la personne handicapée AWIPH qui relève de la compétence du Ministre des Affaires sociales et de la santé du Gouvernement.

En Région bruxelloise, les internats et semi-internats pour enfants, les centres de jour et homes d'hébergement pour adultes, les services de placement familial, d'aide précoce, d'accompagnement, de logement individuel sont agréés et subventionnés par le Service bruxellois francophone des personnes handicapées relevant du Membre du Collège de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

En Communauté germanophone, des services pour adultes sont agréés et subventionnés par le Dienstelle für personen mit ein behinderung dont la tutelle relève du Ministre de la politique des handicapés du Gouvernement de la Communauté germanophone.

1.2.5.2. Services d'aide aux personnes handicapées

Une distinction peut être opérée parmi les services d'aide aux personnes handicapées entre les services résidentiels et les services non-résidentiels.

En Région wallonne :

- **A° Les services résidentiels :**
  - Service Résidentiel Jeunes
  - Service Résidentiel Adultes
  - Service Résidentiel de Nuit pour Adultes
  - Service de Transition
  - Court Séjour
  - Service de Placement Familial

- **B. Les services non résidentiels :**
  - Service d'Accueil de Jour pour Adultes
  - Aide à la Vie Journalière
  - Service d'accompagnement
  - Service d'Aide Précoce
  - Service d'Aide à l'Intégration
  - Service d'Accueil de jour pour Jeunes non Scolarisés

Par ailleurs, en Région wallonne, les initiative d'Autorisation de Prise en charge (APC) constituent des services agréés mais non subsidiés.

En Région de Bruxelles-Capitale :

- Centres de jour : 22 (soit 11 services pour Jeunes et 11 services pour Adultes)
- Centres d'Hébergement 29 (soit 13 services pour Jeunes et 16 services pour Adultes)
- Services d'Accompagnement : 19

En Belgique, d'autres initiatives collectives d'aide aux personnes handicapées telles que centres d'orientation spécialisée, services d'accompagnement pédagogique et entreprises de travail adapté existent. Par ailleurs, depuis 1997, divers services de prestations individuelles tels que l'orientation spécialisée, l'éducation professionnelle, la mise au travail, l'aide matérielle individuelle, etc. visent à établir un processus global d'intégration de la personne handicapée.

1.3. Emploi par secteur

La tâche que nous entreprenons ici est loin d'être aisée. De l'aveu même des services responsables de la Santé publique, il n'existe pas aujourd'hui d'évaluation précise de l'emploi dans les champs d'activité des soins de santé et de l'aide sociale, en particulier en ce qui concerne le personnel infirmier et soignant.

> *« A l'heure actuelle, il est impossible de chiffrer l'effectif soignant et infirmier actif dans le secteur des soins de santé et il en est de même pour ce qui est de l'évolution des besoins de ce secteur. Les dernières données en la matière datent de 1995. Cette absence d'informations chiffrées contraint les pouvoirs publics à formuler des mesures sur la base de données incomplètes »*[1].

Pour évaluer la situation en 1995, la précédente étude que nous avions réalisée avait dû collecter des sources dispersées auprès des nombreuses administrations en charge des secteurs de soins. En 2001, la situation n'a guère progressé ; la collecte des données est même devenue parfois plus difficile.

1.3.1. Les hôpitaux[2]

Le relevé des sources de l'emploi hospitalier que nous avons effectué s'établit comme suit :

1. Dans les hôpitaux généraux, l'enregistrement du RIM (Résumé Infirmier Minimum) a commencé en 1988. Les données RIM donnent une image des principales activités infirmières auprès des patients hospitalisés dans les différents services hospitaliers belges, y compris, depuis 1999, en hospitalisation de jour. Elles mettent en relation les caractéristiques des patients et les effectifs de PAI ETP effectuant les prestations qu'ils reçoivent. On les utilise dans le cadre du financement de la partie B2 du budget hospitalier. Sur le même modèle, le RPM (Résumé Psychiatrique Minimum) a été instauré en 1996 dans les hôpitaux psychiatriques et en 1997 dans les habitations protégées. Depuis 1999, cette base de données ne tient toutefois compte que du personnel financé par le prix de journée. Elle pourra peut-être fournir un jour une base sure pour l'évaluation du personnel hospitalier. Jusqu'ici, nos demandes en ce sens sont restées vaines.

[1] Extrait de la note politique déposée au Conseil des Ministres du 11.07.2001 par les Ministères fédéraux de la Santé Publique, Affaires sociales, Emploi et Travail

[2] Les normes de personnel applicables aux établissements de soins sont décrites à l'annexe 1.3.1.1.

2. Les dernières données officielles émanant du Ministère de la Santé Publique[3] disponibles pour la Belgique datent de 1991. Sur le plan régional, plusieurs initiatives sont ensuite intervenues. Soulignons les relevés du personnel hospitalier effectués jusqu'en 1997 par la Région wallonne.

   De plus, la répartition du personnel infirmier fait actuellement l'objet d'un projet d'étude dans les hôpitaux wallons, mettant l'accent sur la qualification du personnel infirmier, soignant et paramédical[4]. La problématique de la *pénurie* est souvent examinée à l'échelle des régions par le biais d'enquêtes spécifiques dont l'entrée en matière est souvent celle d'un bilan du personnel occupé par les institutions répondant à l'enquête.

3. Une collecte des données statistiques et financières des hôpitaux est organisée par la section Comptabilité et Gestion des Hôpitaux du Ministère de la Santé Publique. La collecte organisée par le MSP est réalisée à des fins comptables. Les données sont actuellement disponibles pour les années 1991 à 1997, l'année 1998 étant en cours de validation. Elles couvrent l'ensemble des hôpitaux du pays. Notons encore que les données sont cadastrées pour l'ensemble des catégories de personnel, celles-ci seront détaillées ci-dessous. Toutefois, la classification des fonctions n'est pas représentative de l'organisation interne des établissements, ni de l'application de la Loi sur les hôpitaux. Elle a été conçue par le MSP à des fins de statistiques internes. Les années 1991 à 1996 ont fait l'objet d'une collecte des données selon un modèle identique, à la différence de l'année 1997 pour laquelle une nouvelle procédure de récolte et de validation des données a été mise en place par le MSP. Enfin, nous nous baserons sur des estimations des exercices 98 et 99 en vue de l'évaluation future de l'activité hospitalière. Pour cette raison, les données présentées ci-dessus ne permettent pas toujours une analyse chronologique rigoureuse.

4. Les statistiques de l'emploi hospitalier y sont ventilées selon les critères suivants :

   a) Personnes physiques occupées selon grade / fonction[5]

      - Personnel de service (personnel de direction, cadre scientifique, personnel de maîtrise et gens de métier, personnel administratif),
      - Personnel de soins (personnel infirmier et personnel soignant),
      - Personnel paramédica,
      - Personnel médical ;

   b) ETP (payé)

      Même ventilation que pour les personnes physiques ;

   c) Type de personnel

      - Normal,

---

[3] Service Administration des Soins de Santé

[4] Projet en gestation au CWES

[5] Chaque catégorie est subdivisée en grades/fonction qui eux-mêmes reprennent la liste des titres requis pour y accéder

- Stagiaire ONEM ou première expérience professionnelle,
- Contractuel subsidié,
- Assistant logistique,
- Autre,
- Personnel mis à la disposition de l'hôpital,
- Personnel intérimaire ;

d) Région de l'établissement hospitalier

Les informations sont disponibles pour les trois régions ;

e) Statut de l'établissement hospitalier

- Ventilation des effectifs selon le statut public / privé de l'établissement,
- Répartition selon le type d'hôpital : général/psychiatrique,

f) Centres de frais

Ventilation des effectifs selon les centres de frais :

services hospitaliers (maternité, soins intensifs, service chirurgie, médecine, pédiatrie, gériatrie, spécialités et autres services[6]) services médico-techniques, consultations et pharmacie, activités non hospitalières[7].

Les critères énoncés ci-dessous ne sont toutefois pas toujours compatibles les uns avec les autres de sorte que les analyses croisées sont souvent irréalisables.

1.3.1.1. Evolution de l'emploi hospitalier global

En 1997, le volume global en ETP des emplois hospitaliers (soit 111 821 ETP) était réparti sur 147 296 personnes physiques. Il s'agit d'une évolution sensible (près de 6% en 6 ans) et assez régulière depuis 1991. Sur le plan régional, l'évolution se marque un peu plus en Région bruxelloise, depuis 1995.

Tableau 1.3.1.1.1 Emploi hospitalier global selon les régions en ETP- 1991-1997

Nombre d'ETP	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Flandre	55482	56226	56944	57193	57351	57875	58574
Flandre	55482	56226	56944	57193	57351	57875	58574
Wallonie	33519	33909	34369	34093	34510	34230	35257
Bruxelles	16926	16926	17016	17169	17586	17694	17990
Belgique	105928	107061	108329	108455	109447	109800	111821

[6] Les autres services regroupent les Grands brûlés, les services hospitaliers mixtes C+D, les maladies contagieuses, traitements TBC.

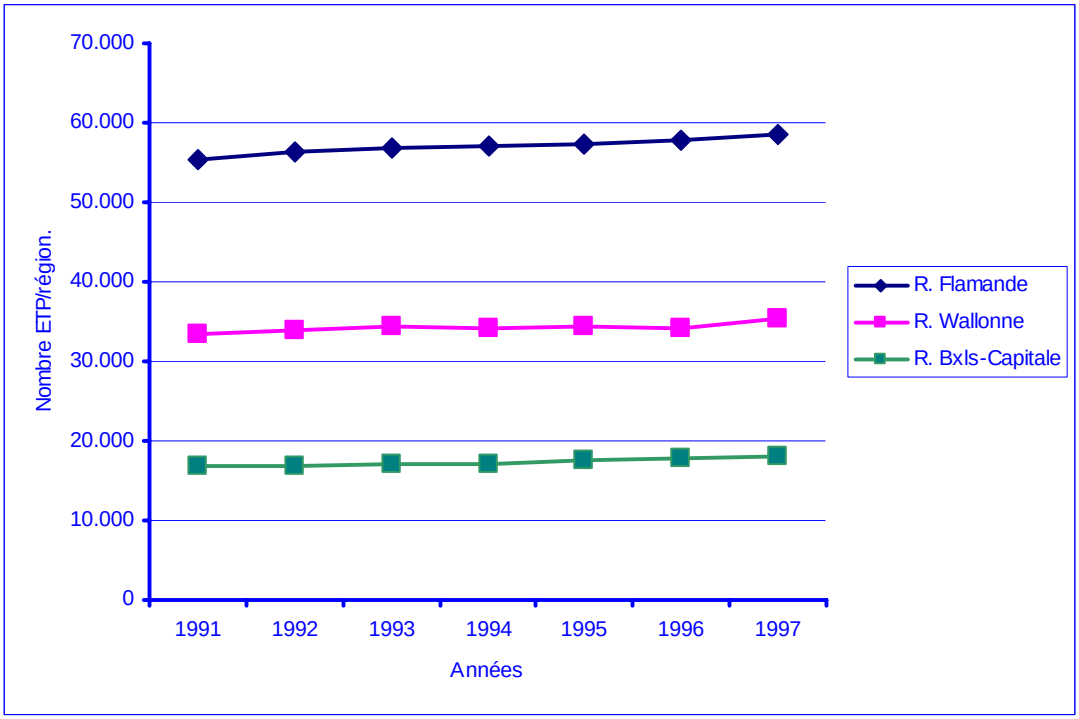
[7] Telles que MRS, Maisons de soins psychiatriques, habitations protégées.

Tableau 1.3.1.1.1 Emploi hospitalier global selon les régions en ETP- 1991-1997 (suite)

Indices 1991=100	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Flandre	100,0	101,3	102,6	103,1	103,4	104,3	105,6
Wallonie	100,0	101,2	102,5	101,7	103,0	102,1	105,2
Bruxelles	100,0	100,0	100,5	101,4	103,9	104,5	106,3
Belgique	100,0	101,1	102,3	102,4	103,3	103,7	105,6

Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux, calculs SESA/UCL

Figure 1.3.1.1.1. Evolution de l'emploi hospitalier global en ETP selon les régions 1991-1997



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

Sur le plan régional, l'évolution se marque un peu plus en Région bruxelloise, depuis 1995.

Il est intéressant de distinguer les évolutions d'emploi affectant les différentes catégories de personnel. En effet, à l'inverse de la tendance générale, plusieurs catégories sont en diminution. Ainsi, le personnel salarié[8] ainsi que le personnel paramédical diminuent dans des proportions faibles, de l'ordre de 3 à 4% mais constantes. Il faut cependant se rappeler que seul l'emploi salarié est ici mesuré. La catégorie des paramédicaux peut être composée d'un personnel mixte du point de vue statutaire ; salarié ou indépendant. Si le statut salarié régresse, il se peut que ce soit au profit du statut indépendant.

[8] Le personnel salarié comprend le personnel de nettoyage, le personnel ouvrier, les techniciens et brancardiers.

Tableau 1.3.1.1.2. Evolution de l'emploi hospitalier en Belgique selon les catégories de personnel (ETP) - 1991-1997

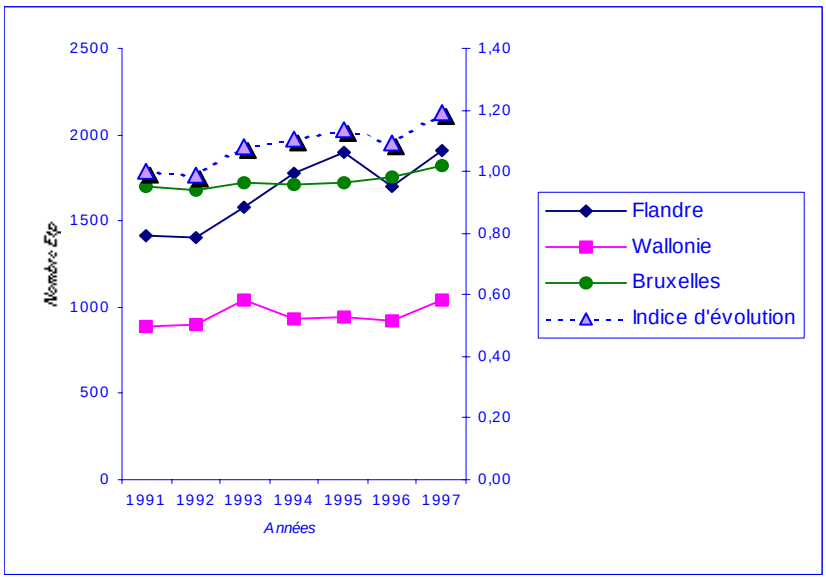
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Médical	4010	3975	4340	4425	4566	4382	4771
Salarié	20362	20094	19893	19968	19788	19459	19677
Administratif	14346	14664	14665	15108	15423	15783	17173
Infirmier	41894	42724	43162	44239	45103	45970	46542
Soignant	12864	12977	13434	11926	11737	11134	11467
Paramédical	10785	10868	11148	11059	11119	11323	10310
Autre	1668	1759	1688	1730	1710	1749	1882
Total	**105928**	**107061**	**108329**	**108455**	**109447**	**109800**	**111821**

Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux, calculs SESA/UCL

Les personnels administratif et médical présentent tous deux une augmentation de l'ordre de 20% entre 1991 et 1997. Toutefois, les évolutions ne sont pas identiques : à l'augmentation franche du personnel administratif (surtout entre 1996 et '97), s'oppose l'évolution en dents de scie des professions médicales. A l'instar du personnel paramédical, on peut supposer que le facteur statutaire rentre aussi en ligne de compte.

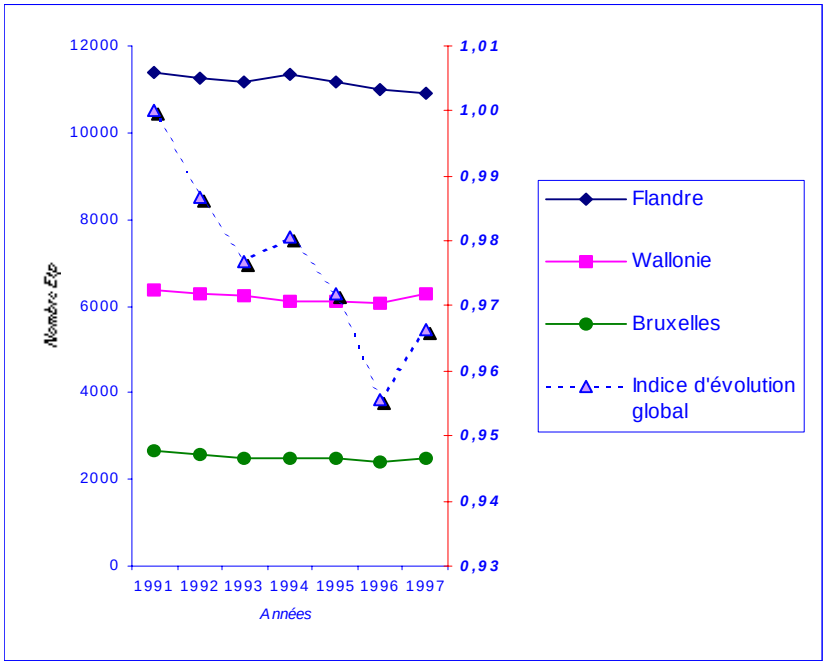
On remarque également l'évolution en sens inverse des soignants par rapport aux infirmiers. Les premiers voient leur nombre diminuer depuis 1994 alors que les seconds augmentent de manière constante depuis 1991. De 1991 à 1997, les uns perdent 1400 unités (-11%), les autres en gagnent près de 5000 (+11%).

Figure 1.3.1.1.2. Evolution de l'emploi hospitalier médical - Répartition selon les régions (Etp) 1991-1997



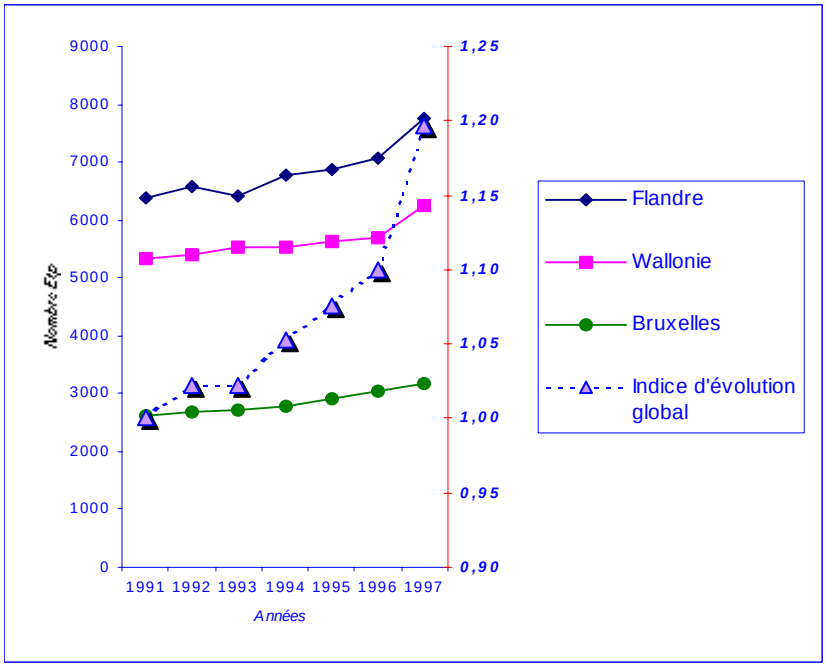
Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux
Note : L'indice d'évolution concerne l'ensemble du pays.

Figure 1.3.1.1.3. Evolution de l'emploi hospitalier salarié - Répartition selon les régions (Etp) 1991-1997



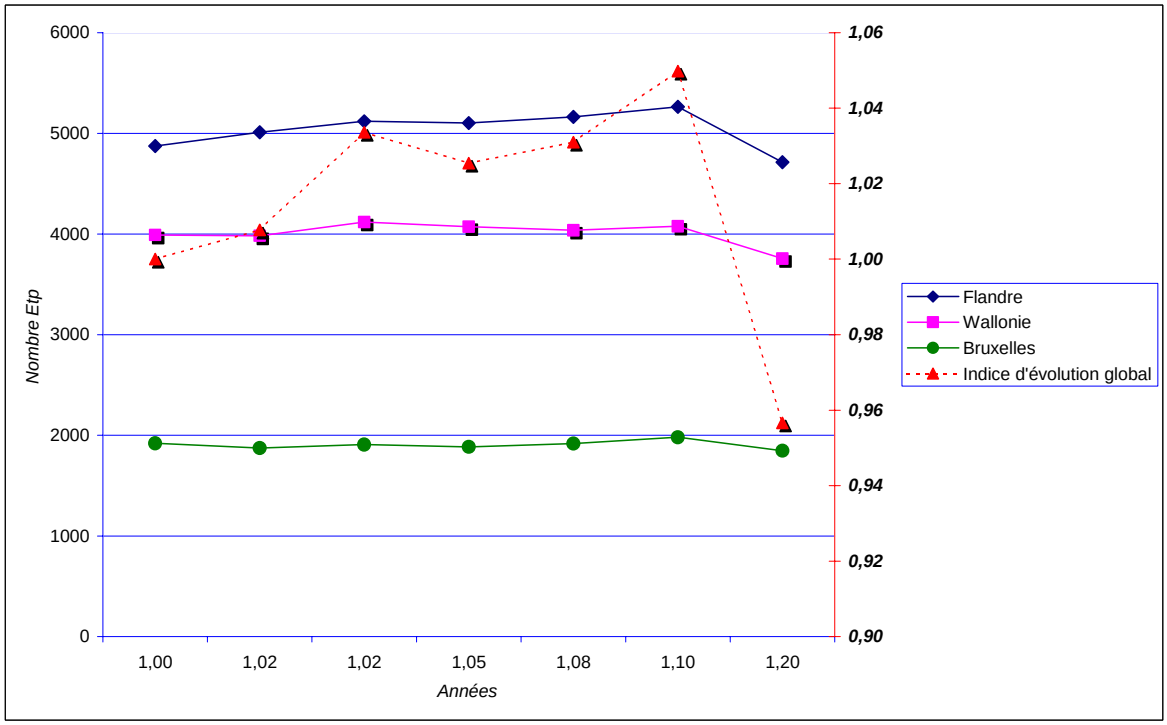
Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

Figure 1.3.1.1.4. Evolution de l'emploi hospitalier administratif - Répartition selon les régions (Etp) 1991-1997



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

Figure 1.3.1.1.5. Evolution de l'emploi hospitalier paramédical - Répartition selon les régions (Etp) 1991-1997



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

Tableau 1.3.1.1.3. Répartition de l'emploi hospitalier en Belgique selon le statut public/privé - Répartition selon les catégories de personnel (ETP) - Année 1997

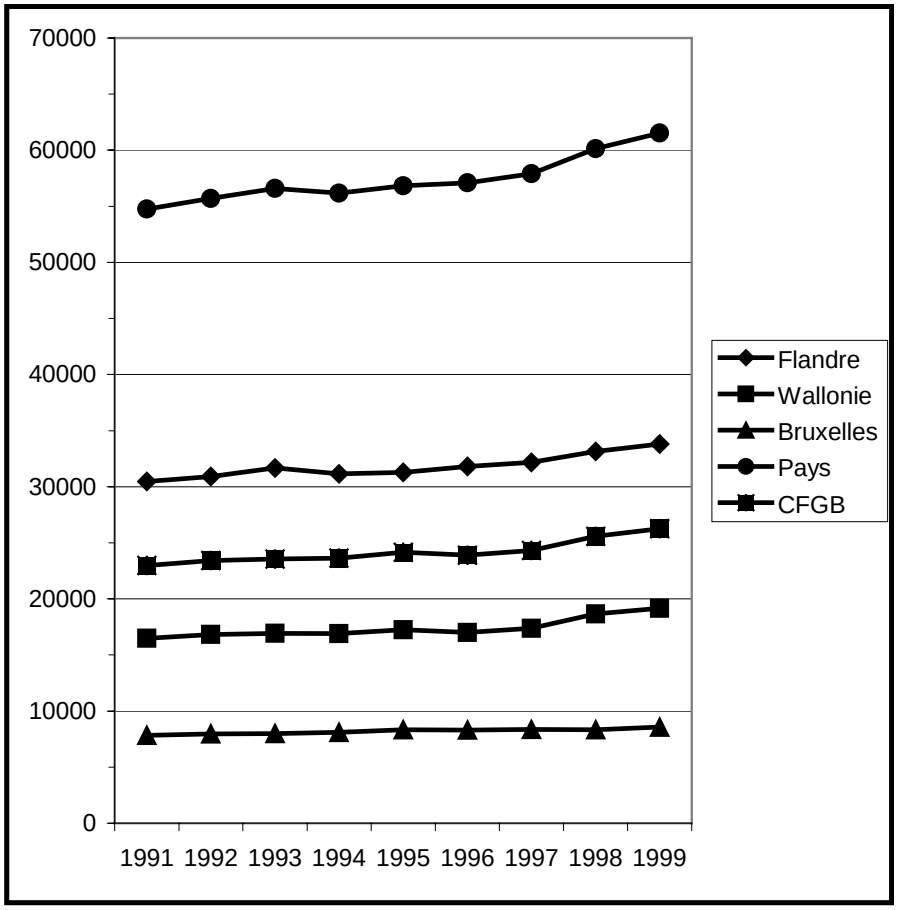
Catégories de personnel	Public			Privé			Total
	C.A.	% de la catégorie en H. Public	% en H.Public ds la catégorie	C.A.	% de la catégorie en H. Privé	% en H.Privé ds la catégorie	CA
Médical	2148	4,8%	45%	2625	3,8%	55%	4774
Salarié	8081	18,0%	41%	11667	17,0%	59%	19747
Administratif	6741	15,0%	39%	10445	15,2%	61%	17186
Infirmier	18326	40,9%	39%	28242	41,0%	61%	46568
Soignant	5047	11,3%	39%	7816	11,4%	61%	12864
Paramédical	3821	8,5%	35%	6964	10,1%	65%	10785
Autre	627	1,4%	38%	1040	1,5%	62%	1668
Total	44792	100,0%	39%	68799	100,0%	61%	113591

Sources : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux et calculs SESA/UCL

En 1997, la répartition de l'emploi hospitalier (Etp) est de 39% pour le secteur public contre 61% pour le secteur privé. Ainsi que le montre le tableau 1.3.1.1.2. ci-dessus. La répartition des catégories de personnel est semblable dans chaque secteur, les personnels médical et salarié sont cependant un peu plus présents dans le secteur public et les paramédicaux dans le secteur privé.

Le personnel infirmier et soignant représente à l'hôpital 52 % des effectifs ETP. Leur nombre, comme les autres catégories a augmenté de 6 % de 1991 à 1997, soit une augmentation de 3300 ETP dont la moitié en Communauté Française (600 à Bruxelles, 1000 en Wallonie). La croissance se poursuit en 1999, mais les données sont encore en cours de validation.

Figure 1.3.1.1.6. Personnel infirmier et soignant à l'hôpital par région (ETP) : 1991-1999



Source MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux; Calculs SESA/UCL *Données en tableau annexe 1.3.1.1.6.*

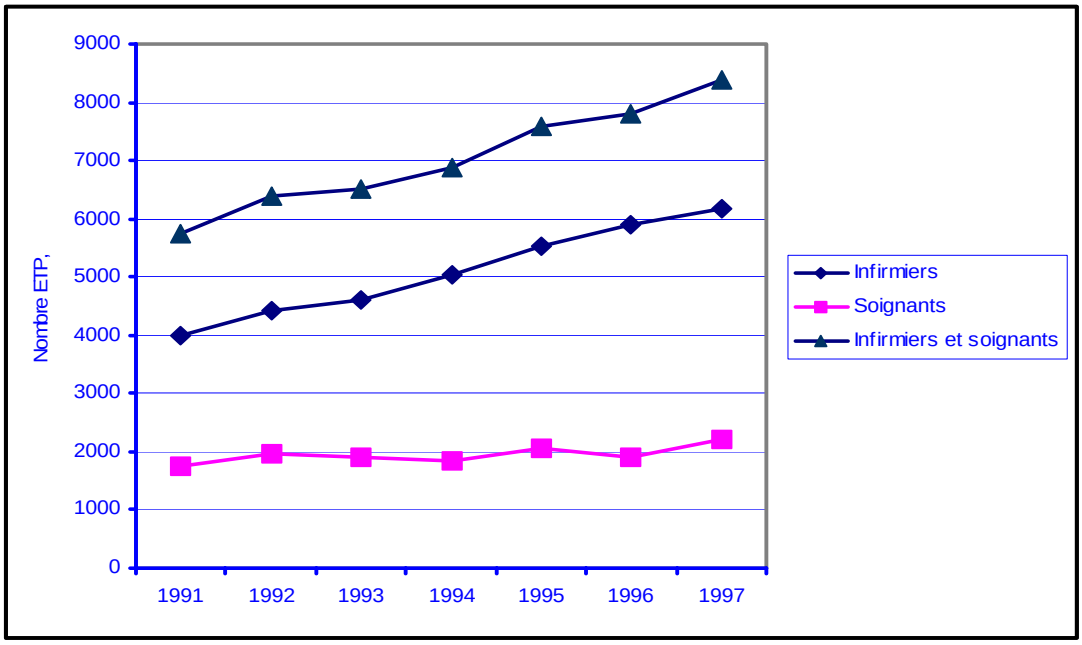
Nous voudrions attirer l'attention sur l'évolution marquante de ces deux catégories de personnel dans les services « extra-hospitaliers » à savoir les activités non hospitalières, liées à l'hôpital ainsi que les services médico-techniques[9]. Le travail s'y déploie à grand renfort de personnel infirmier dont les effectifs augmentent de plus de 50% entre 1991 et 1997. Le personnel soignant, moins nombreux, enregistre une croissance régulière mais faible. La proportion de personnel infirmier dans ces fonctions passe ainsi de 69 à 74%.

Dans l'ensemble du personnel infirmier et soignant, la proportion d'infirmières a augmenté régulièrement, passant de 70% en 1991 à 75% en 1997

Les évolutions propres du personnel infirmier et du personnel soignant seront examinées dans les sections 1.3.1.2 et 1.3.1.3 ci-dessous.

[9] Les activités non hospitalières regroupent les services d'ambulance, MRS, écoles d'infirmières, habitations protégées, MSPsy., etc…Les services médico-techniques regroupent l'imagerie médicale, les activités de laboratoire, l'hospitalisation de jour, la pharmacie et les consultations.

Figure 1.3.1.1.7. Evolution des personnels infirmiers et soignants dans les services extra-hospitaliers de l'hôpital : 1991-1997



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

Le MSP procède actuellement à la validation des données de cadastre des PAI et du P. Soignant pour les exercices 1998 et 1999. Les données relatives à ces deux années sont donc encore en cours de validation et représentent des estimations. Les effectifs (Etp et PP) des personnels infirmier et soignant (sans distinction) se présentent comme suit :

Tableau 1.3.1.1.4. Evolution des personnels infirmier et soignant à l'hôpital par région, 1998 - 1999

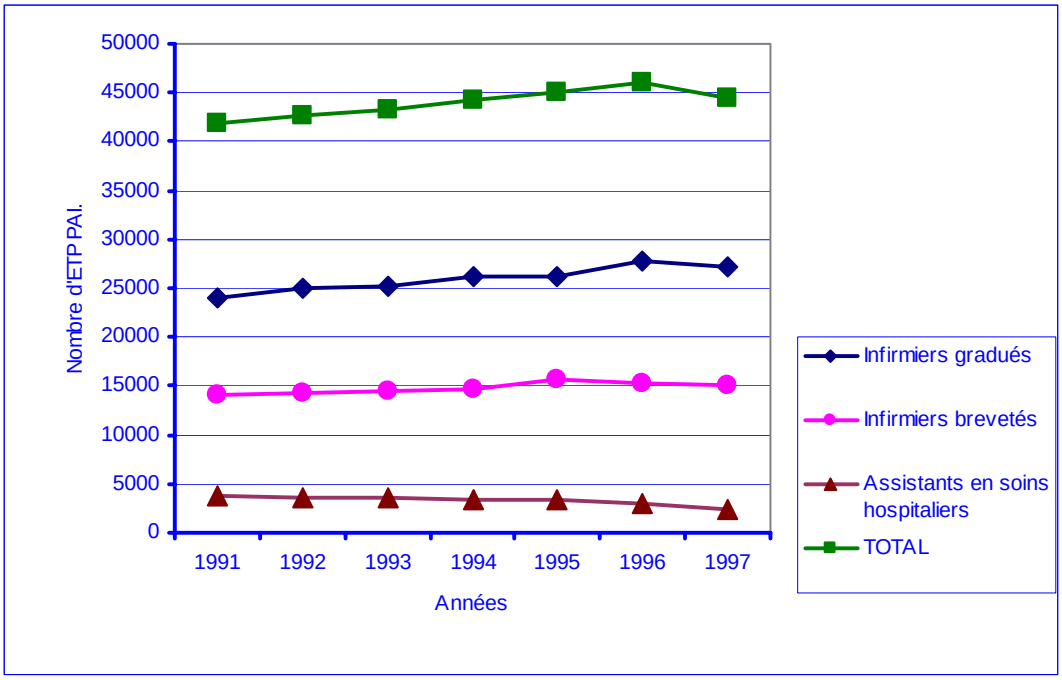
	1998		1999		
	Etp	**PP**	**Etp**	**PP**	**PP/ETP**
Flandre	33153	42455	33815	47686	1.41
Wallonie	18663	23072	19162	26249	1.37
Bruxelles	8321	11209	8565	10363	1.21
Belgique	60136	76736	61542	84298	1.37
CFGB	25569	32375	26271	34850	1.33

Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

L'évolution des effectifs infirmiers et soignants, toutes qualifications confondues est marquée par une augmentation du nombre ETP de 2,3% et une augmentation de près de 10% du nombre de PP en un an. La répartition régionale de PP présente des irrégularités qui nécessitent une validation. En effet, Bruxelles perdrait 900 unités en un an tandis que la Flandre en gagnerait 5000 et la Wallonie 3000. Le rapport Personnes Physiques / Nbre Etp, qui était 1.28% en 1998 pour le pays, serait passé à 1.37 en 1999 ; il est donc prudent d'attendre confirmation de ces informations avant d'en tirer des conclusions.

1.3.1.2. Evolution de l'emploi infirmier en hôpital

Figure 1.3.1.2.1. Evolution de l'emploi infirmier (Etp) à l'hôpital 1991-1997



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

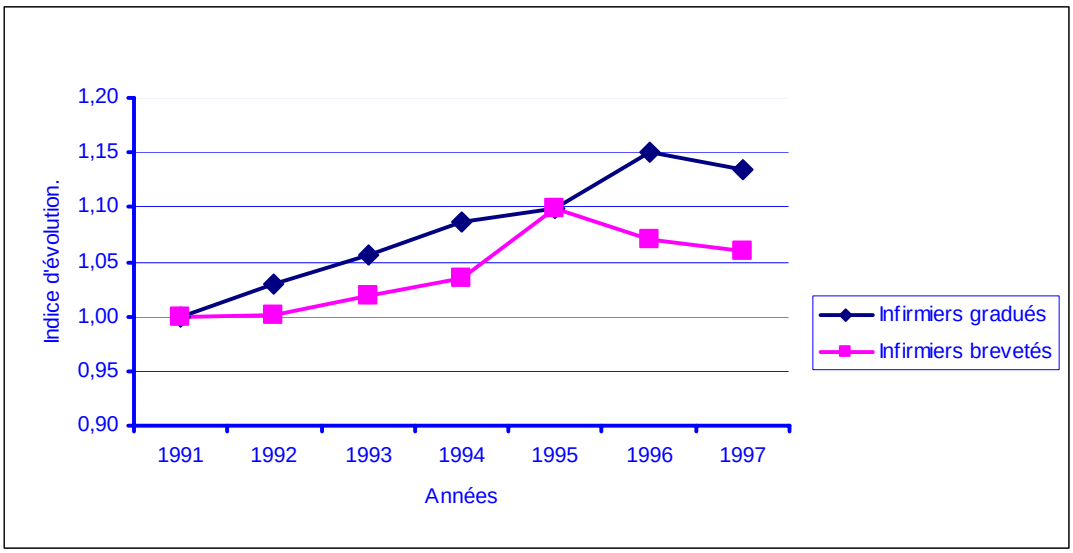
Tableau 1.3.1.2.2. Evolution de l'emploi infirmier (ETP) - 1991-1997 - Détail par catégorie

Evolution de l'emploi infirmier (ETP) 1991-1997	**1991**	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997***
Cadres hospitaliers	4114,4	4519,2	4231,8	4556,4	4335,9	4839	4338
Infirmiers gradués	19894,4	20473,4	20997,7	21613,4	21875,6	22894,2	22924
Infirmiers brevetés	14179,2	14190,8	14458,9	14681,3	15587,5	15185,8	15304
Assistants en soins hospitaliers	3706,04	3540,3	3474,2	3388	3303,8	3051,1	2329
Accoucheuses	-	-	-	-	-	-	1816
TOTAL	**41893,9**	**42723,7**	**43162,5**	**44238,9**	**45102,7**	**45970**	**44537,1**

Evolution de l'emploi des infirmiers Gradués et brevetés (ETP) 1991-1997 - Indice d'évolution	***1991***	***1992***	***1993***	***1994***	***1995***	***1996***	***1997***
Infirmiers gradués	*1,00*	*1,03*	*1,06*	*1,09*	*1,10*	*1,15*	*1,13*
Infirmiers brevetés	*1,00*	*1,00*	*1,02*	*1,04*	*1,10*	*1,07*	*1,06*

Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux et calculs SESA/UCL
**Données en cours de validation*

Figure 1.3.1.2.2. Indice d'évolution de l'emploi infirmier (en ETP) 1991-1997



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

En 1996, le nombre de praticiens de l'art infirmier en Etp occupés dans les hôpitaux était de 45 970. Le volume des emplois infirmiers avait enregistré une augmentation de près de 10% en 5 ans. Toutes les qualifications infirmières ont augmenté, hormis les ASH dont le nombre ne cesse de diminuer depuis 1991. On explique facilement cette diminution progressive par la disparition de la formation depuis 1994 et l'avancement en âge des diplômés en activité. Les cadres infirmiers et les infirmiers gradués enregistrent des augmentations s'élevant respectivement à 17% et 20%. Leur évolution se distingue nettement de celle des infirmiers brevetés dont l'augmentation est plus faible : 7% en 5 ans.

Nous l'avons mentionné au début de ce chapitre, la série chronologique comporte les données de l'année 1997 alors que celles-ci sont encore en cours de validation.

Concernant 1997 différentes caractéristiques de l'emploi infirmier peuvent être relevées :

- La moitié des praticiens de l'art infirmier (Etp) exerçant à l'hôpital sont gradués et 34% sont brevetés.
- Parmi les gradués, près de 16% possèdent un titre de spécialité repris parmi les spécialités reconnues.
- Un léger tassement de l'emploi hospitalier des PAI en Etp.

Si l'on consulte les données récoltées lors de l'enquête pratiquée par SESA auprès des hôpitaux en 2001[10], ces chiffres globaux peuvent présenter de fortes disparités selon les institutions. Toutefois, une tendance se dessinerait à la faveur d'une évolution à la hausse des qualifications ;

- L'emploi des gradués était réparti en 1997 sur 25 165 personnes physiques tandis que le volume de l'emploi des brevetés était couvert par 19 390 personnes. Le rapport différent entre nombre de personnes physiques et nombre d'Etp révèle une plus grande proportion de temps partiel chez les infirmiers brevetés.

[10] Enquête sur les difficultés de recensement du personnel infirmier et du personnel soignant dans les hôpitaux, SESA, 2001, voir Section II - Chapitre 4.2

D'après les données du MSP, en 1997, il y avait 55.6% d'infirmières A1 travaillant à temps plein contre 49.2% d'infirmières A2. Toutes qualifications confondues, le régime de travail des praticiens de l'art infirmier se répartit comme suit :

	< 50 %	50% à 75 %	75 % à 100 %	100 %
Praticiens de l'art infirmier selon le régime de travaille	3.5 %	24.9 %	16.5 %	55.1 %

Selon le régime de travail adapté, il faut en 1998, près de 30 % de personnes physiques supplémentaires pour couvrir la masse d' Etp occupés.

Le taux de PAI travaillant à temps plein obtenu lors du recensement de 1991 s'élevait à 66%, soit une diminution de 11 points de pourcentage en 6 ans[11].

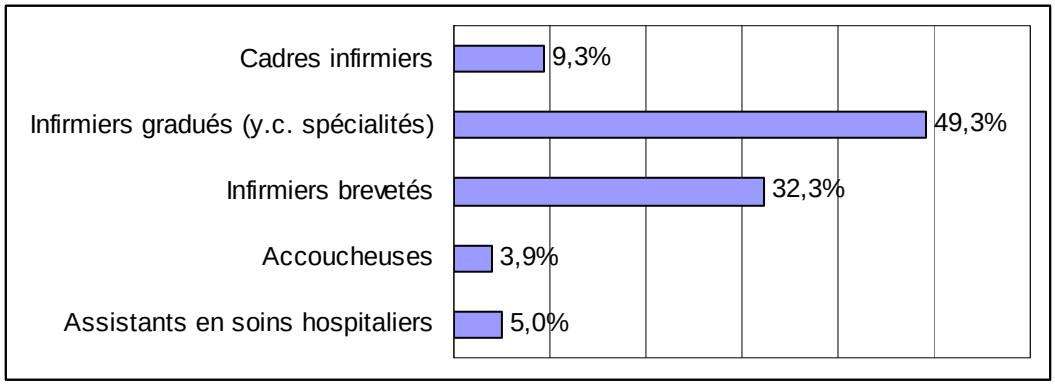
Tableau 1.3.1.2.3. L'emploi infirmier à l'hôpital selon la qualification du personnel - Détail pour l'année 1997

Personnel infirmier total	**E.T.P**	**P.P.**
	46541,7	**60680**
Cadres infirmiers	**4337,79**	**4628**
Chef des services infirmiers (direction nursing)	622,34	765
Infirmier chef de service (cadre intermédiaire)	957,96	1044
Infirmier en chef 1e classe	2654,92	2712
Accoucheuse chef de service	13,73	14
Accoucheuse en chef	88,84	93
Infirmiers gradués (y.c. spécialités)	**22924,3**	**29771**
Infirmier en chef adjoint d'une section de soins	362,82	396
Infirmier gradué hospitalier	19269,78	25165
Infirmier gradué en psychiatrie	1373,46	1672
Infirmier pédiatrique	969,83	1352
Infirmier social	268,59	351
Infirmier gradué en soins d'urgence et intensifs	679,64	834
Accoucheuses	**1816,21**	**2595**
Accoucheuse en chef adjointe	13,96	15
Accoucheuse	1802,25	2580
Infirmiers brevetés	**15034,4**	**20207**
infirmier breveté hospitalière	14387,89	19390
infirmier breveté en psychiatrie	646,52	817
Assistants en soins hospitaliers	**2329,41**	**3271**
Assistant en soins hospitaliers	2191,71	3118
Assistant en soins hospitaliers (Psy)	137,7	153
Etudiants	**99,51**	**208**
Infirmier étudiant	99,51	

Sources : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

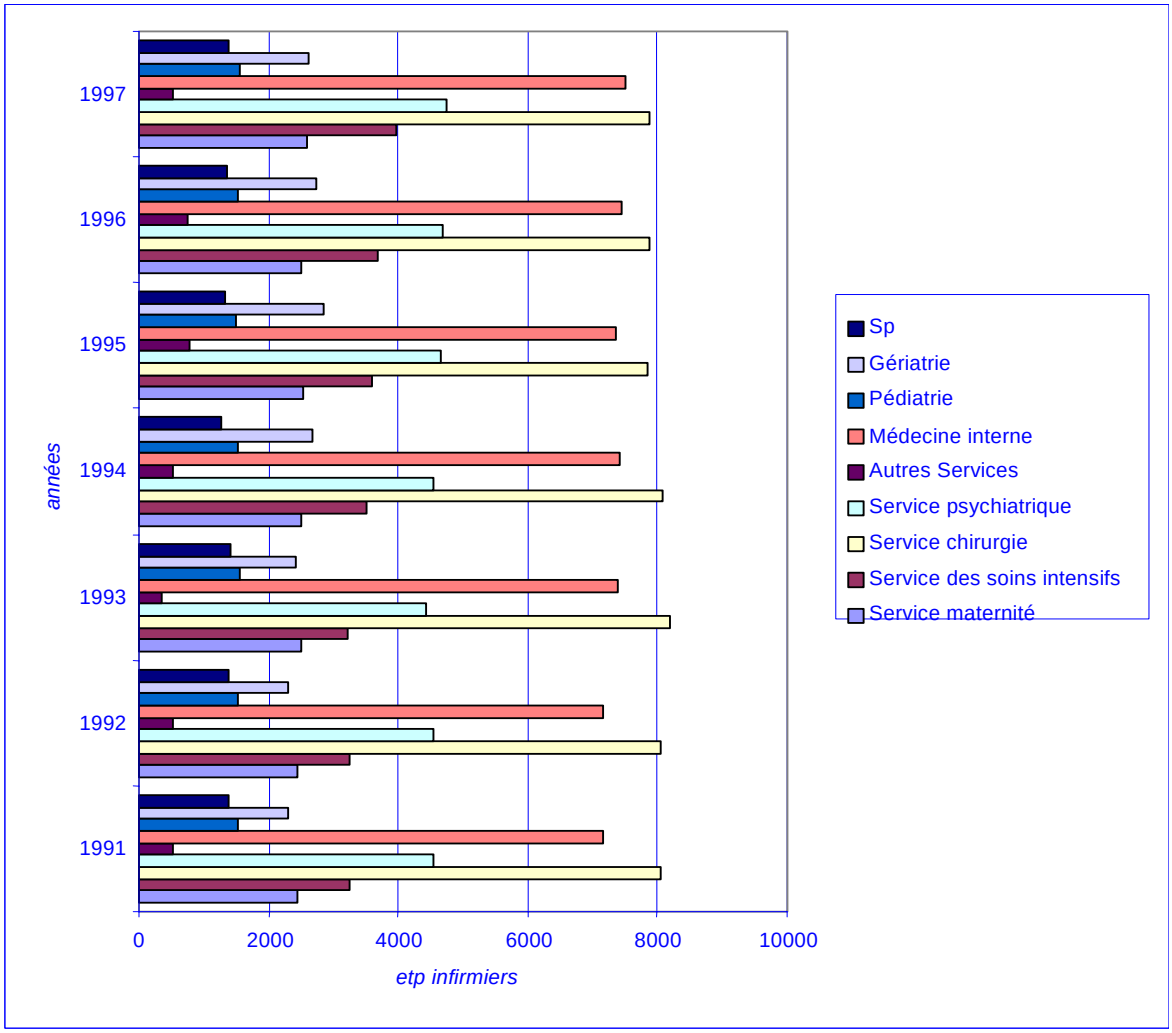
[11] Pour rappel, 48% de femmes travaillent à temps plein dans le secteur de la santé et de l'action sociale contre 61% pour l'ensemble des secteurs d'activité (cf. section I, Chapitre 3).

Figure 1.3.1.2.3. L'emploi infirmier (Etp) à l'hôpital en 1997 selon la qualification du personnel



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

Figure 1.3.1.2.4. Répartition du personnel infirmier dans les services hospitaliers (ETP) 1991-1997



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

Trois services attestent d'une augmentation du nombre d'Etp infirmiers ; la médecine interne, les soins intensifs et la psychiatrie tandis que tous les services, à l'exception de la maternité qui diminue, illustrent une fluctuation de leur personnel infirmier.

Tableau 1.3.1.2.4. L'emploi infirmier dans les hôpitaux selon le type d'hôpital : pays et régions, 1997.

1. Dans les hôpitaux généraux

	R. Bxls-Capitale		**R. Wallonne**		**R. Flamande**		**Communauté Française**	
	Etp	P.P.	Etp	P.P.	Etp	P.P.	Etp	P.P.
Infirmiers Chef et adjoints	527,8	560,3	1144,9	1195,5	2219	2448	1583,0	1660,5
Infirmiers gradués	3736,5	4962	6567,8	8251,7	12371,2	16841,2	9669,1	12370,2
Infirmiers brevetés	1459,6	1926,1	3452,5	4464,6	7756	10905,6	4664,0	6063,3
Assistants en soins hospitaliers	166,7	223,2	462,7	636,8	1249,7	1946,3	601,1	822,1
TOTAL PAI	**5890,5**	**7671,5**	**11627,9**	**14548,6**	**23595,9**	**32141,1**	**16517,0**	**20915,9**

2. Dans les hôpitaux psychiatriques

	R. Bxls-Capitale		**R. Wallonne**		**R. Flamande**		**Communauté Française**	
	Etp	P.P.	Etp	P.P.	Etp	P.P.	Etp	P.P.
Infirmiers Chef et adjoints	59	39	143	156	356	344	192,0	188,4
Infirmiers gradués	124	89	438	368	1235	983	540,9	441,9
Infirmiers brevetés	100	80	563	497	1583	1225	646,0	563,4
Assistants en soins hospitaliers	26	19	113	116	355	264	134,6	131,8
TOTAL PAI	**309**	**227**	**1257**	**1137**	**3529**	**2816**	**1513,5**	**1325,4**

Source : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de l'Environnement, Comptabilité et Gestion des Hôpitaux
Traitement : Hiva.

La structure du personnel PAI en hôpital selon la qualification diffère fortement en fonction du type d'hôpital. Dans les hôpitaux généraux, les gradués sont majoritaires quelles que soit les régions (60%) alors que dans les hôpitaux psychiatriques, les brevetés (43%) et les ASH (9%) sont plus nombreux que les gradués (36%) et les infirmiers chefs (13%).

Dans les hôpitaux généraux, c'est à Bruxelles qu'on trouve la plus forte proportion de gradués par rapport aux brevetés : près de 65% de gradués parmi les PAI contre 57% en Wallonie et 52% en Flandres.

Le rapport entre le nombre de PP et d' Etp est le plus élevé en Région Flamande (1.35) par rapport à la Région de Bruxelles (1.30) et la Wallonie (1.25).

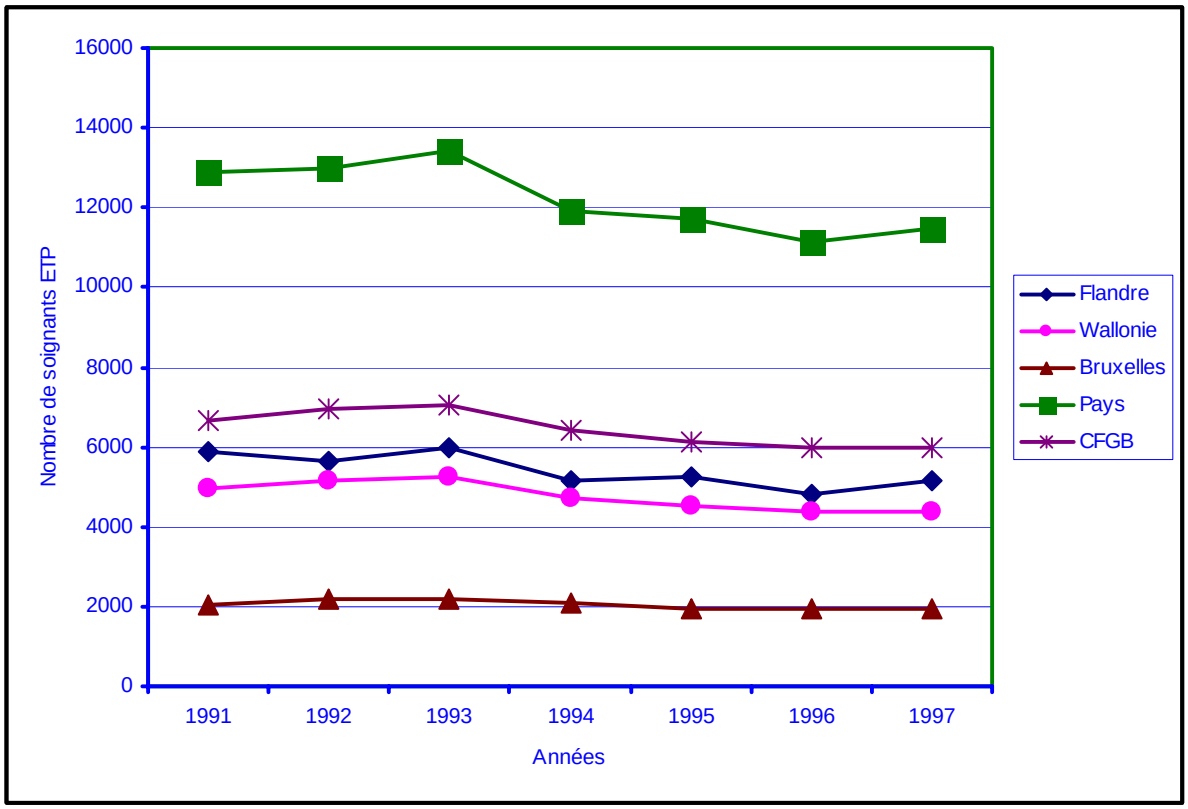
En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques la même tendance se dégage quant à la répartition des qualifications : le pourcentage de gradués par rapport aux brevetés est le plus élevé à Bruxelles (40%) comparativement à la Flandre et à la Wallonie (35%).

Le nombre de personnes physiques nécessaires pour couvrir le nombre d'Etp est de 1.38 à Bruxelles, 1.25 en Flandre et 1.10 en Wallonie.

1.3.1.3. Evolution de l'emploi soignant en hôpital

Selon les statistiques comptables du Ministère de la Santé publique, le personnel soignant à l'hôpital enregistre dans l'ensemble des hôpitaux belges une diminution de plus de 15% en Etp. Cette évolution est toutefois à nuancer car il n'est pas certain que le mode de calcul présidant à leur recension dénombre toutes les qualifications soignantes, a fortiori lorsque le personnel soignant ne possède pas de qualification. Parmi le personnel de soins (PAI et P. Soignant) les soignants représentent 20% du personnel total (Etp) occupé.

Figure 1.3.1.3.1. Evolution de l'emploi soignant à l'hôpital selon les régions 1991-1997



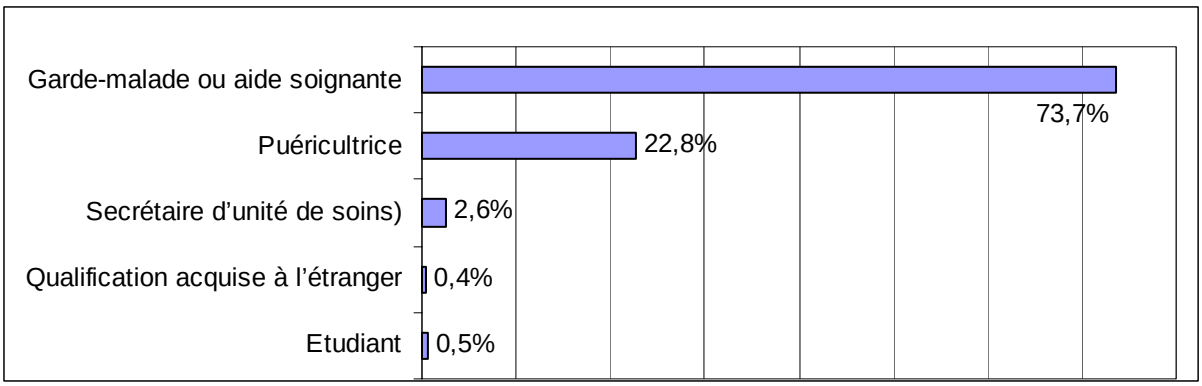
Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

La situation établie au 31.12.1997 présente une augmentation du nombre d'ETP soignants par rapport à 1996, mais cette croissance ne s'observe qu'en Flandre. La majorité d'entre eux sont répertoriés en « gardes malades ou aides soignantes » dont on ne sait si elles détiennent ou non un titre de qualification. Seules les puéricultrices sont « identifiables » ; elles représentent 23% du nombre Etp du personnel soignant.

En 1997 le nombre de personnes physiques recensées comme soignants était de 15 777 qui se partageaient un volume d'emploi de quelque 11 466.87 ETP, soit 1.37 PP. pour 1 ETP. Un nombre important de professionnels opte pour un régime de travail à temps partiel.

Si l'on examine le régime de travail de la catégorie « soignants », on observe en effet une proportion de plus de 60% de temps partiel dont près de 40% effectuant des prestations comprises entre un mi-temps et un trois quart temps. Cette situation est cependant nettement plus prononcée en Flandre où le rapport PP/ETP s'établit à 1,51 en 1997 alors qu'il n'est que de 1,27 en CFGB (cfr. Tableau 1.3.1.3.1.).

Figure 1.3.1.3.2. L'emploi soignant (Etp) à l'hôpital en 1997 selon la qualification du personnel



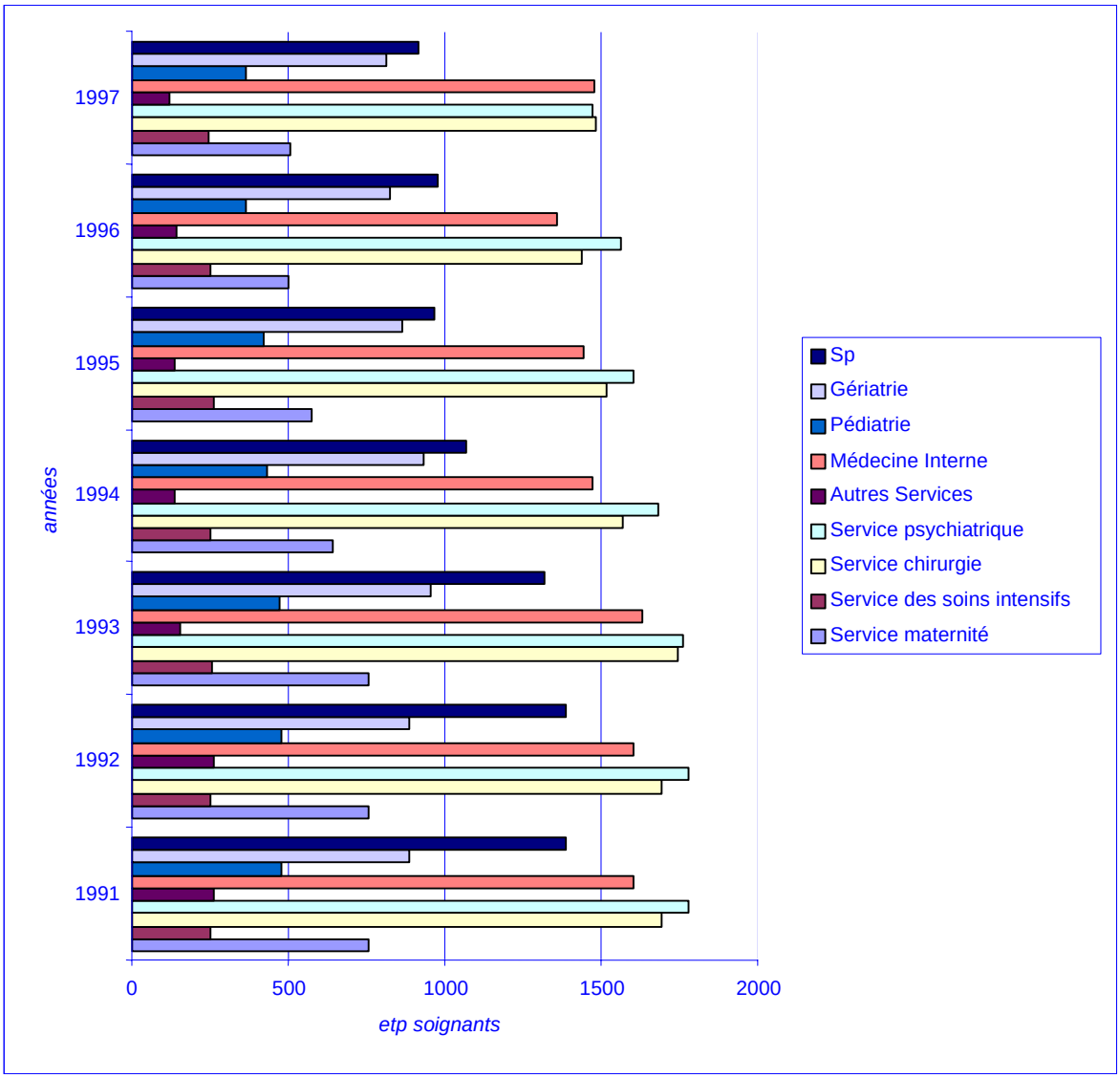
Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

Tableau 1.3.1.3.1. Répartition régionale de l'emploi soignant dans les hôpitaux, Belgique 1997

	Flandre		Wallonie		Bruxelles		Pays		CFGB	
	P.P.	ETP	P.P.	ETP	P.P.	ETP	P.P.	ETP	P.P.	ETP
Garde-malade ou aide soignante	5919	3912	4050	3316	1487	1206	11456	8454	5284	4317
Puéricultrice	1800	1193	1230	845	728	571	3758	2609	1834	1319
Divers	73	70	302	195	189	145	563	410	459	315
Total soignants	7792	5175	5581	4376	2404	1922	15777	11474	7576	5951
Rapport PP/ETP	1,51		1,28		1,25		1,38		1,27	

Source: M.S.P., Administration des soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux et calculs SESA/UCL

Figure 1.3.1.3.3. Evolution du personnel soignant dans les services hospitaliers (Etp) 1991-1997



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

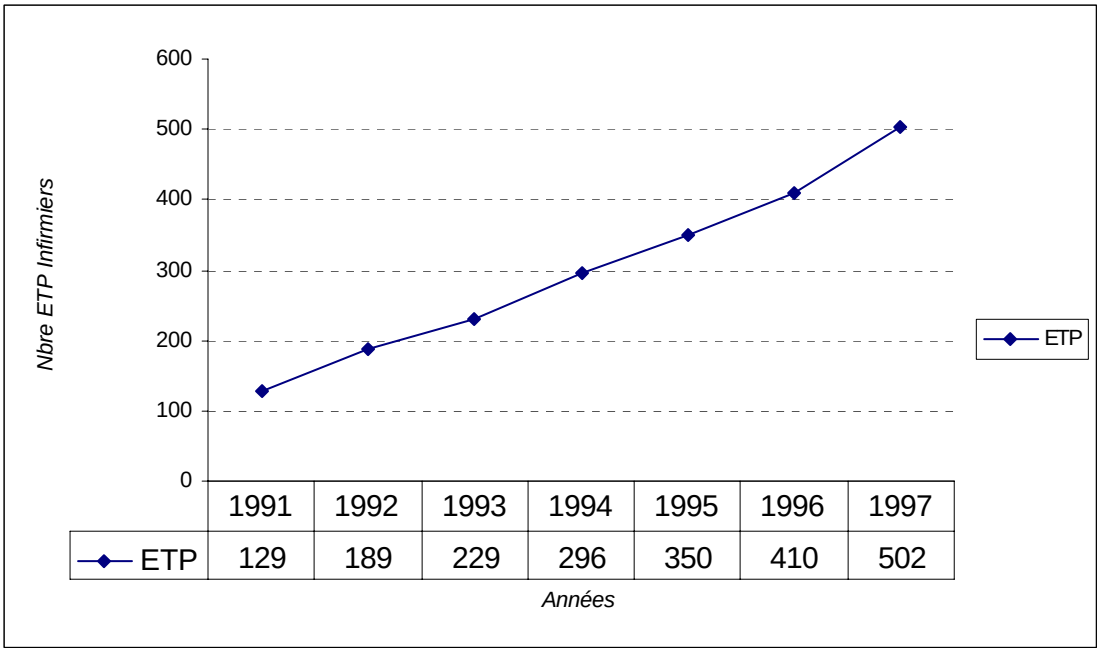
L'emploi soignant diminue globalement en Etp dans tous les services sauf pour la médecine interne où il est plus fluctuant.

1.3.1.4. Evolution de l'emploi en hospitalisation de jour

Les éléments qui sont à notre disposition à l'heure actuelle permettent seulement de cerner le volume de l'emploi en hospitalisation de jour.

Les bases de données du MSP nous permettent de constater une évolution importante du personnel infirmier employé en hospitalisation de jour. En effet comme l'illustre la figure 3.2.1.4.1. les praticiens de l'art infirmier occupés dans les services chirurgicaux, médicaux, pédiatriques et autres d'hospitalisation de jour[12] ont plus que triplé entre 1991 et 1997.

Figure 1.3.1.3.4. Evolution de l'emploi infirmier (ETP) en hospitalisation de jour 1991- 1997



Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux

Une enquête récente auprès du personnel occupé en hospitalisation de jour[13] montre un niveau de satisfaction globale fort élevé. Celle-ci s'exprime en mentionnant la diversité du travail (due notamment au nombre élevé d'interventions) et sa technicité. Sont également appréciés les horaires de jour et leur régularité ainsi que la relation avec le patient et la communication avec les membres de l'équipe de soins.

[12] L'hospitalisation psychiatrique de jour n'est pas prise en compte dans cette évolution.

[13] *L'hospitalisation de jour, un remède au malaise des blouses blanches*, Enquête nationale de la Belgian Association of Ambulatory Surgery (en collaboration avec l'Unité Qualité et Santé de l'Ecole de santé publique de l'ULB), présentée au 4ème Congrès belge de chirurgie ambulatoire, mars 2000.

« L'hospitalisation de jour est une réponse partielle au malaise des blouses blanches. Elle consiste non à gérer la pénurie mais à faire un meilleur usage des ressources disponibles »[14].

Les plus sceptiques émettront cependant la crainte de ce que le développement de l'hospitalisation de jour ne conduise à une diminution de l'encadrement de l'hospitalisation classique[15]. Or, nous l'avons constaté au point 1.2.1.6.3., ci-dessus, l'hospitalisation de jour a un développement autonome par rapport à l'hospitalisation classique. En hospitalisation de jour, par contre, la physionomie du travail infirmier se modifie par l'augmentation du travail de coordination (notamment avec le développement des soins post-opératoires à domicile) et une plus grande standardisation des cas afin de limiter les files d'attente[16].

1.3.1.5. Répartition de l'emploi infirmier et soignant

Tableau 1.3.1.5.1. Répartition des infirmiers et soignants à l'hôpital selon les régions, personnes physiques et ETP - 1997

	Bruxelles		**Wallonie**		**Flandre**		**CFGB**	
	Etp	P.P.	Etp	P.P.	Etp	P.P.	Etp	P.P.
Infirmiers Chef et adjoints	612	673	1334	1356	2665	2901	1843	1914
Infirmiers gradués	3962	5271	7019	8744	13485	18048	10308	13119
Infirmiers brevetés	1646	2183	4061	5078	9328	12946	5427	6890
Total infirmiers	**6220**	**8127**	**12415**	**15178**	**25478**	**33895**	**17578**	**21923**
Assistants en soins hosp.	212	287	585	716	1533	2268	761	954
Total PAI	**6432**	**8413**	**13000**	**15895**	**27010**	**36162**	**18339**	**22878**
Soignants	1923	2404	4377	5581	5168	7792	5972	7576
Total PAI + soignants	**8355**	**10817**	**17376**	**21476**	**32178**	**43955**	**24311**	**30454**
% Infirmiers	74%	75%	71%	71%	79%	77%	72%	72%
% PAI	77%	78%	75%	74%	84%	82%	75%	75%
% soignants	23%	22%	25%	26%	16%	18%	25%	25%

Source : MSP, Administration des Soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux et calculs SESA/UCL

[14] DR. CL. DE LATHOUWER, Tribune du 3ème Congrès de chirurgie ambulatoire, Venise, avril 1999.

[15] Intervention de J. HERMESSE, In *A qui profite l'hospitalisation de jour ?*, Colloque de l'Association Belge des Hôpitaux, mai 1999.

[16] In *A qui profite l'hospitalisation de jour ?*, Ibidem.

Il ressort du tableau précédent que, en CFGB, les infirmiers représentent à l'hôpital quelque 72% des effectifs de personnel de soins (75% avec les ASH). Cette proportion est nettement plus faible que celle observée en Flandre, soit 79% (84% avec les ASH) On notera d'ailleurs que c'est en Wallonie que cette proportion est la plus faible : 71% (74% avec les ASH) alors qu'à Bruxelles, elle est de 75% (78 avec les ASH). Cette situation est due incontestablement à la densité infirmière plus élevée en Flandre qui a favorisé le remplacement du personnel soignant par du personnel infirmier. En Wallonie, ce remplacement s'est effectué plus lentement mais il s'est poursuivi au cours des dernières années alors qu'en Flandre, il s'est fortement ralenti.

En résumé

L'emploi hospitalier au cours des dernières années a évolué comme suit :

- L'emploi hospitalier global ETP se maintient et enregistre même une augmentation de 6% entre 1991 et 1997, le personnel infirmier et soignant progresse globalement dans la même proportion.
- Les services médico-techniques, consultations et autres activités non liées à l'hébergement enregistrent une augmentation importante entre 1991 et 1997 : 50% pour le personnel infirmier.
- Le volume d'emploi infirmier en hospitalisation de jour a plus que triplé entre 1991 et 1997.
- Le personnel infirmier hospitalier ETP a augmenté de 10% entre 1991 et 1997, particulièrement les graduées (15%) alors que les brevetées augmentent beaucoup plus faiblement (7 %) et que les ASH diminuent.
- Le personnel soignant diminue de 10% entre 1991 et 1997. Il continue à occuper en CFGB une proportion de l'emploi hospitalier plus importante qu'en Flandre, soit : 25 du personnel de soins en hôpital (général + psychiatrique), contre 18 % en Flandre. Ces proportions varient sensiblement d'une institution à l'autre ; elles sont aussi plus importantes en hôpital psychiatrique qu'en hôpital général.
- Le taux de PAI hospitaliers travaillant à temps plein est passé de 66 à 55% entre 1991 et 1997.

1.3.2. L'hébergement des personnes âgées

1.3.2.1. Les normes de personnel

Pour l'agrément des institutions, les normes de personnel diffèrent selon qu'il s'agit d'une MRPA ou d'une MRS. La législation concernant ces dernières est fédérale tandis que pour les MRPA elles relèvent de la compétence des Communautés ou des Régions.

En ce qui concerne la Région wallonne, la Région de Bruxelles-Capitale et la Communauté germanophone, les normes de personnel prévues pour l'agrément des MRPA sont reprises au tableau 1.3.2.1.1[1].

La maison de repos étant prioritairement un habitat et un lieu de vie, on ne s'étonnera pas que les normes de personnel ne considèrent les soins que comme l'une des fonctions à assurer dans l'institution. Pour assumer les tâches relevant de l'aide à la vie journalière, des soins infirmiers, kinésithérapeutiques et paramédicaux, de l'accueil hôtelier, de l'administration et gestion et de l'animation des compétences appartenant à des professions spécifiques sont requises dans des cas bien précis pour lesquels il est impérieux de respecter les règles établies notamment par l'A.R. N°78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Le travail dans ce type d'environnement requiert, plus qu'ailleurs encore, un travail d'équipe où un certain échange de compétence puisse s'effectuer entre les professionnels mais il faut aussi en respecter les limites.

La qualification de soignant requise en MRPA a été définie par les A.M. du 19.05.1992 et du 30.03.1993; elle a fait l'objet de déterminations en fonction des formations existantes et jugées équivalentes par les instances communautaires ou régionales[2].

La comparaison, selon les régions, des différentes dispositions normatives en matière de personnel n'est pas toujours évidente, étant donné l'existence de regroupements ou de définitions différentes. Ainsi la Région wallonne est la seule à réunir infirmiers, soignants, kinésithérapeutes et paramédicaux sous le terme de « personnel de soins ».

---

[1] Elles se basent pour la Région Wallonne sur l'arrêté du 3 décembre 1998; pour la Communauté germanophone sur l'arrêté du 26 mai 1993 et pour la Région de Bruxelles Capitale sur l'arrêté de la COCOM du 14 mars 1996 et le règlement de la COCOF du 17 décembre 1993.

[2] Par contre la qualification de « soignant » n'a pas été définie en MRS.

Tableau 1.3.2.1.1. Normes d'agrément concernant le nombre et la qualification du personnel en MRPA : Communautés et Régions

	Région Wallonne 3 décembre 1998	**BXL COCOF 17 décembre 1993**	**BXL COCOM 14 mars 1996**	**Cté germanophone 26 mai 1993**
Membre du personnel P	PSO + H + D + A 1 ETP/par tranche entamée de 5 Rés.	1 ETP / 5 Rés.	1 ETP / 5 Rés.	*si < 21 résidents* : 5 ETP + si *21 à 40*, 0,5/5 Rés. + : *si > 40*, 0,5/10 Rés. Qualif. minimum secouriste
2. Personnel de soins PSO	PAI + PS + Param + Kiné 1,25 ETP par tranche entamée de 10 Rés. (*si <26 Rés.* : 1ETP/7)			
3. Personnel soignant PS		3 ETP/30 Rés.	3 ETP /30 Rés. demandant soins ou aide	
4. Praticien art infirmier PAI			1ETP /30 Rés. Demandant soins ou aide	
5. Personnel infirmier PI				1 PI /30 Rés.
6. Personnel d'hôtellerie H	1 ETP/15 Rés.			
7 Personnel administratif A	*Si > =100 lits* : 0,5 ETP			
8 Directeur D	Disponible au moins 4 h/sem. *Si >25 lits* :au moins 0,5 ETP *Si >59 lits*, 1 ETP	1 ETP présent au moins 20 h/sem.	1 ETP présent au moins 20 h/sem. (exclu de P si >60 lits)	S'il participe aux soins, compte au maximum pour ½ ETP
Présence permanente	1 PSO sur chaque site (*si < 26 lits* : 1 secouriste) Nuit : 1 PSO/75 lits	Nuit : 1P /60 Rés. dont au moins 1PS ou PAI	*Si uniquement PP valides* 1P/ tranche entamée 60 R dont au moins 1 secouriste *Si PP avec soins :* 1PS *Si > 74 Rés. dont 50 soins :* *Ou si > 100* Rés. : 1PI	Toujours au moins 1 P *Si 10 à 19lits*, 2P 7-10h & 19-20 *Si >19*, 2P de7-13h & 17-20
Animation		par le PS ou par un service extérieur		Par le PSO

En MRS, l'agrément spécial requiert le personnel suivant, par 30 résidents[3] :

- Au moins 5 équivalents temps plein de praticiens de l'art infirmier, dont un infirmier en chef;
- Au moins 5 équivalents temps plein de personnel soignant.
- 1 équivalent temps plein réparti à concurrence de 1/3 ergothérapeute et de 1/3 kinésithérapeute, le 1/3 restant pouvant être assuré, selon le choix de l'établissement, par un ergothérapeute, un kinésithérapeute ou, tenant compte des besoins spécifiques de l'institution, un logopède; ce personnel est exclusivement salarié ou nommé.
- Un praticien de l'art infirmier est présent dans l'établissement de jour comme de nuit.
- Dans chaque maison de repos et de soins, le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller, lequel sera médecin généraliste et aura de préférence suivi une formation complémentaire en gérontologie.

Pour l'attribution des forfaits soins par l'INAMI, tant en MRPA qu'en MRS, c'est le Ministère de la Santé Publique fédéral qui est compétent et des normes ont ainsi été établies à cet effet.

[3] AR du 24 juin 1999 modifié le 09.01.2000.

Tableau 1.3.2.1.2. Personnel de soins requis par l'INAMI en MRPA ET MRS pour l'attribution des forfaits soins : ETP / 30 résidents[4]

Normes en →	MRS	MRPA
Forfait 0	-	0,25 PAI ergo/logo 0,25 Kiné
Forfait A	-	0,95 PAI 0,55 PS ergo/logo 0,25 Kiné
Forfait B	5 PS 5 PAI 1 Kiné et/ou ergo/logo Permanence infi	3,5 PS 2,1 PAI 0,35 Kiné ergo/logo
Forfait C	6 PS 5 PAI 1 Kiné et/ou ergo/logo 0,5 Param. Permanence infi.	4,6PS 3,75 PAI ergo/logo 0,35 Kiné + continuité des soins si B ou C. + si dép.psy. C 1 PS, PAI, Param
Forfait C+ MR Cd MRS	+0,5 PS / 30 C psy. Permanence infi.	+ 10% des normes C soit 5,06 PS 4,10 PAI 0,385 Kiné Permanence infi.

Légende des abréviations:

PS = Personnel soignant

infi. = infirmière

PAI = Praticien de l'art infirmier

Param = (paramédical)= personnel qualifié, supplémentaire de réactivation, rééducation.

dép. Psy. = désorienté dans le temps et dans l'espace

Les dispositions communautaires ou régionales concernant les normes de personnel sont minimales et celles de l'INAMI en fonction du degré de dépendance des résidents sont plus exigeantes alors même, comme l'a démontré une étude de l'INAMI[5] de 1993 qu'elles sont dépassées dans beaucoup d'institutions. Nous n'avons cependant pas d'évaluation récente à ce propos. Les normes sont établies proportionnellement au nombre de résidents de chaque catégorie. Cette croissance purement linéaire est vivement critiquée par les professionnels du secteur qui estiment qu'au-delà d'une certaine taille le besoin en PAI n'augmente plus dans la même proportion.

[4] AM du 3.03.1999 (MRPA), AR. du 19.05.1992 modifié le 10.01.1997 (MRS)

[5] INAMI, note C.P. MRPA-MRS N° 93/31 ; Commission de convention MRPA, MRS, Bruxelles, 28.12.1993.

L'AM du 17 avril 1996 (MB du 19 avril 1996) a élargi la notion de personnel paramédical requis par l'INAMI pour l'attribution des forfaits en MRS ou en MRPA. Le terme « personnel paramédical » est remplacé par « personnel qualifié supplémentaire accomplissant des tâches de réactivation, de rééducation fonctionnelle et de réintégration sociale ».

La modification récente des normes d'agrément spécial des MRS (24 juin 1999) stipule qu'une permanence infirmière doit être assurée de jour comme de nuit ; elle porte à 5 le nombre de PAI exigés par 30 résidents, si bien que les normes de PAI pour les forfaits B passent de 3 à 5. La difficulté de s'adapter aux nouvelles normes, notamment en matière de personnel infirmier, a amené le Ministre à reculer la date d'application intégrale de ces exigences : durant une période transitoire de 4 ans, il a été décidé de ramener à 4 ETP infirmiers la norme minimale si l'établissement a moins de 45 résidents et de donner la possibilité, dans les MRS de 45 résidents et plus, de remplacer un infirmier par une personne ayant une des qualifications nécessaires pour être admis comme personnel qualifié de rééducation (sauf diététicien) ou celle de licencié en gérontologie ou d'éducateur en gérontologie.

1.3.2.2. Le personnel de soins en MRPA et MRS

Le personnel de soins est recensé par l'INAMI dans le cadre des vérifications qu'il effectue afin de vérifier si le personnel exigé pour effectuer les soins correspondant aux forfaits demandés en MRPA et MRS est bien engagé par les établissements MRPA et MRS demandeurs. Ils sont répartis en PAI, soignants, et paramédicaux jusqu'en 1995. Ensuite, une distinction est faite entre les kinésithérapeutes et les paramédicaux désignés sous le terme de personnel de rééducation.

Les effectifs du personnel de soins sont détaillés selon la Région et la catégorie de personnel de 1993 à 1999 au tableau annexe 1.3.2.2. Leur taux de croissance pendant cette période est résumée ci-dessous : tableau 1.3.2.2.1 et la figure suivante en présente l'évolution en CFGB.

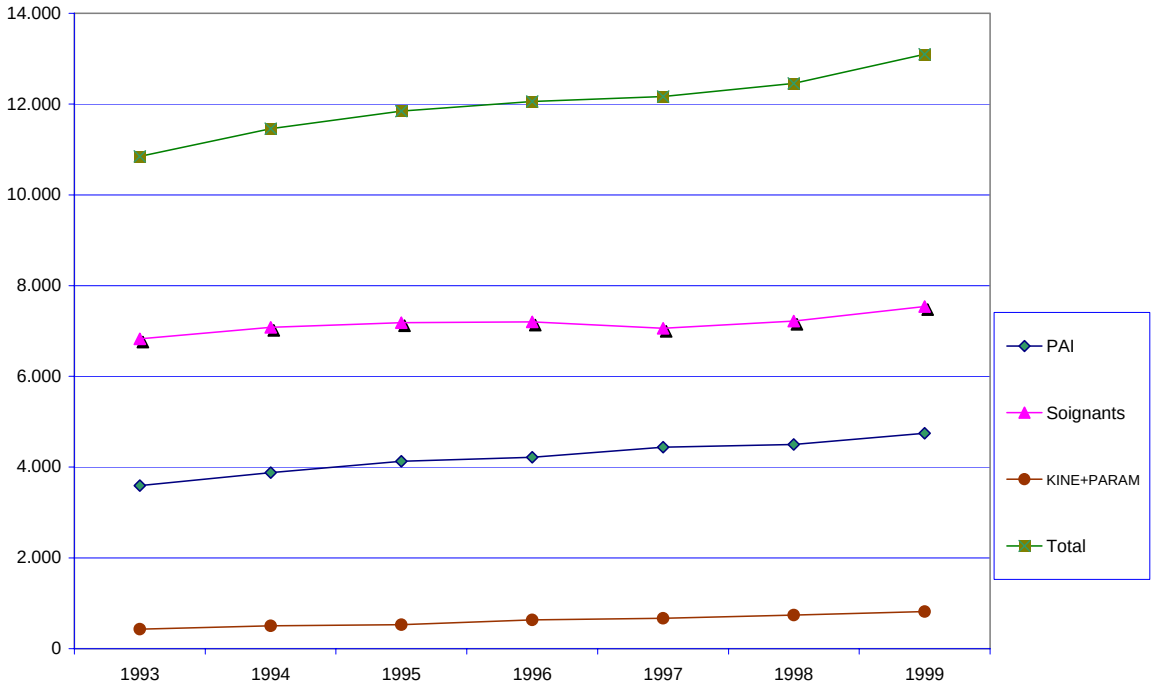
Tableau 1.3.2.2.1. Evolution du personnel de soins ETP en MRPA et MRS selon les Régions et les catégories de personnel - 1993-1999

Croissance 1993=100	PAI	Soignants	Kiné/ergo/pers. Rééducation
Belgique (pays)	130,1	113,0	154,1
Région flamande	129,0	115,5	154,5
Région wallonne	135,3	111,8	161,6
Région bruxelloise	121,6	105,4	136,5
CFGB	132,1	107,8	152.8

Source : INAMI in Info Santé

La croissance 1993-1999 est importante dans les trois régions du pays mais elle se marque spécialement en Wallonie tandis qu'à Bruxelles, elle est moins prononcée.

Figure 1.3.2.2.1. Evolution du personnel de soins ETP en MRPA et MRS en CFGB, 1993-1999



Source : INAMI in Info Santé

Les soignants forment le groupe professionnel le plus important en MRPA et MRS, 7.538 ETP sur 13.100 ETP de personnel de soins en CFGB, soit 57,5% en 1999. Le secteur de l'hébergement des personnes âgées est aussi le premier employeur des soignants qualifiés (quelque 41% des emplois offerts aux soignants en CFGB dans les différents secteurs de la santé) [6].

Le nombre de PAI travaillant dans ce secteur est plus modeste : 4.746 ETP en CFGB; mais cette catégorie professionnelle a plus augmenté (32% de 1993 à 1999 que celle des soignants (8%). Cela représente pour cette période une croissance de 1154 ETP PAI en CFGB.

Il faut attribuer cette croissance d'une part à l'augmentation globale du nombre de résidents (22%) et à l'aggravation des indicateurs de dépendance, mais aussi à la transformation de places MRPA en MRS depuis 1998.

[6] LECLERCQ A, DESCHAMPS M, LEROY X, PACOLET J, LANOYE H, GOS E., *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. Bruxelles 1998 : Socio-Economie de la Santé, ESP, UCL, et Hoger Instituut voor de arbeid, HIVA, KUL, p.110 et 117.

On peut estimer que cette seule modification nécessite un supplément annuel en CFGB de quelque 150 PAI, de 200 PS et 80 kinés (de 1998 à 2003).

L'augmentation des normes MRS à partir de 2000 entraîne de plus une augmentation en CFGB de 200 PAI et quelque 100 personnel de rééducation. L'obligation récente d'avoir une permanence infirmière de jour comme de nuit en MRS ainsi que pour les résidents de catégorie C en MRPA est venue également accentuer les exigences de qualification. Les brevetés et les ASH dont l'emploi était menacé en hôpital y ont trouvé l'opportunité d'occuper une fonction où leurs compétences étaient mieux appréciées. Cet accroissement de la demande du secteur des maisons de repos est un des éléments qui expliquent les difficultés de recrutement de PAI ces dernières années.

La croissance en cinq ans de l'emploi en maison de repos en CFGB, de 1994 à 1999 se présente comme suit :

- PAI 868 ETP + 22 %
- Soignants 458 ETP + 6 %
- Kinés + Rééducation 385 ETP + 89 %.

Pour évaluer la croissance au cours des années 1995-2000, il était important de tenir compte des importantes modifications survenues en 2000 et en particulier des éléments suivants :

- une croissance du nombre de places de 3,5%,
- la transformation de 2000 places MRPA en MRS,
- l'accroissement des normes MRS en 2000.

Le tableau 1.3.2.2.2 présente cette estimation et le taux de croissance qui en résulte.

Tableau 1.3.2.2.2. Evolution du personnel de soins (ETP) en MRPA et MRS selon les catégories de personnel : CFGB 1995-1999-2000

	PAI	**Soignants**	**Kinés, paramédicaux et pers. Rééducation**	**Total**
Situation 31-12-1999	4746	7538	816	**13100**
Croissance N. places: 3,5%	166	263	28	**457**
Transfert MRPA-MRS	150	200	80	**430**
Nouvelles normes MRS	200		100	**300**
Situation 31-12-2000	5262	8001	1024	**14287**
Croissance 1999-2000	11 %	9 %	25 %	**9 %**
Croissance 1995-2000	27 %	11%	94 %	**21 %**

Il résulte de cette estimation que l'année 2000 a connu une augmentation de la demande assez exceptionnelle :11% pour les PAI et 25% pour les kinés, paramédicaux et personnel de rééducation. Cela porte l'évolution au cours des dernières cinq années à un niveau très élevé : 27% pour les PAI et 94% pour les kinés et paramédicaux.

Dans toutes les régions, les PAI augmentent plus rapidement que les soignants. A priori, il n'était pas évident que la demande se porte de préférence vers les PAI.

Une étude financée par le FSHP, le FSE et les SSTC s'est efforcée de préciser quelle était l'importance des tâches réalisées par le personnel affecté aux soins dans ces institutions et comment ce travail se répartissait suivant la qualification [7]. Nous en reprenons ici les principales conclusions :

" Plus de la moitié du temps de travail de l'équipe de soins concerne les soins directs, près d'un tiers concerne les soins indirects et 8% les tâches liées à l'unité. Les activités soignantes (46%) sont cinq fois plus accaparantes que les tâches infirmières (9%), devancées par les tâches logistiques (19%) et les tâches d'accompagnement (11%).

Le profil d'activité des infirmiers et celui des soignants sont certes différents mais probablement moins qu'on ne l'imagine. Pour les premiers, les tâches soignantes prennent 44% de leur temps contre 54% chez les soignants. Les infirmiers occupent logiquement leur temps par 18% de tâches infirmières contre 4% chez les soignants. On est frappé tant par l'importance des tâches logistiques et administratives : près de 20% pour les infirmiers et 24% pour les soignants, mais aussi par la faible proportion de temps consacré à la communication et l'accompagnement du résident - environ 13% du temps de chacune des deux catégories de personnel. Les autres profils de fonction, soit le personnel logistique, les animateurs et assistants aux activités de la vie journalière, confirment leur place dans l'équipe de soins en assumant une part des tâches logistiques et soignantes. La complémentarité de ces qualifications dans l'équipe de soins apparaît ainsi confirmée…

L'importance du temps consacré par les soignants et même par les PAI aux soins indirects, aux tâches liés à l'hôtellerie, aux tâches ménagères et à l'administration montre qu'il y a encore une large place dans ce secteur pour des emplois complémentaires qui viendraient diminuer la charge de travail du personnel de soins et lui permettraient de mieux se consacrer à la qualité de vie des résidents[8] ".

Pour que ce soit possible, plusieurs conditions devraient être réunies :

- accentuer l'effort en cours pour assurer aux soignants qualifiés une formation en adéquation avec leur fonction et leur travail,
- développer de manière interdisciplinaire l'organisation des soins et de l'aide aux actes de la vie journalière au sein des MRPA,
- assurer aux responsables infirmiers tant en MRS qu'en MRPA une formation continuée dans la gestion de l'équipe de soins,
- mettre en œuvre les décisions prises concernant la fonction de médecin coordinateur et conseiller en MRS et étendre celle-ci aux MRPA.

[7] LEROY X., HUBIN M., *Le temps consacré aux soins en maison de repos*, SESA, rapport de recherche FSE - SSTC - FSHP. 1999, 88 p.

[8] LEROY X., HUBIN M., op. cit., pp. 46-47.

En résumé

L'emploi consacré à l'hébergement des personnes âgées présente les caractéristiques suivantes :

- En 5 ans (1995-2000), la croissance des effectifs de PAI s'élève en CFGB à 27% (1131 ETP), celle des soignants à 11% (816 ETP);
- Ce sont les soignants qui représentent la catégorie de professionnels la plus nombreuse : 58% en CFGB, 7.538 en 1999 sur 13.100 ETP personnel de soins.
- Les PAI, moins nombreux (36%), ont vu leurs effectifs augmenter plus rapidement que ceux des soignants. Si l'on y ajoute la croissance des kinésithérapeutes, paramédicaux et personnel de réactivation (94%), la qualification requise du personnel de soins est en augmentation importante.
- Le secteur de l'hébergement pour personnes âgées constitue un creuset d'emplois non seulement pour le personnel soignant mais aussi pour les animateurs et travailleurs sociaux, le personnel administratif ainsi que pour des assistants logistiques.

1.3.3. Initiatives de santé mentale

1.3.3.1. Les services de santé mentale

Selon les principes d'organisation évoqués au point 1.2.3.1 ci-dessus, les services de santé mentale sont composés d'une équipe pluridisciplinaire assurant les fonctions suivantes : fonction médicale, fonction psychologique fonction sociale, fonction administrative et fonction complémentaire. La fonction fait appel à la qualification des professionnels. On peut en donner la correspondance suivante :

Fonction médicale : médecins (surtout psychiatres)

Fonction psychologique : psychologues

Fonction sociale : assistants sociaux

Fonction administrative : toutes fonctions administratives, y compris direction

Fonction complémentaire : logopèdes, kinésithérapeutes, assistants en psychologie, PAI.

1.3.3.1.1. Les services de santé mentale en Région wallonne

Tableau 1.3.3.1.1. Structure de l'emploi (ETP) dans les services de santé mentale en Région wallonne

Provinces	Fct. **Médicale**	Fct. **Psycho.**	Fct. **Sociale**	Fct. **Adm.**	Fct. **Compl.**	
	Etp	Etp	Etp	Etp	Etp	
Brabant wallon	3,52	11,425	7,415	6,55	8,85	
Hainaut	11,43	38,225	26,13	20,375	22,7	
Liège	18,11	47,825	38,2	27,78	36,46	
Namur	1	12,9	8	5,5	11,425	
Luxembourg	1,6	9	6	5	1,935	
TOTAL	**35,66**	**119,375**	**85,745**	**65,205**	**81,37**	**387,355**

Source : MRW, Direction générale de l'action sociale et de la santé, cadastre au 01/01/2002

Les PAI relèvent de la fonction complémentaire ; ils sont au nombre de 4 Etp, répartis sur 7 personnes physiques

Le volume d'emploi est stable depuis la définition du cadre selon les besoins estimés fin 1996. Actuellement, le Ministère de la Région wallonne procède à un cadastre de l'emploi dans les SSM afin de voir s'il y a lieu d'augmenter le cadre. Les renouvellements d'agrément ont lieu tous les 6 ans, la prochaine échéance se situant fin 2002.

1.3.3.1.1. Les services de santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale

(Données non communiquées par la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale).

1.3.3.2. Les initiatives d'habitation protégée

De l'avis des acteurs de terrain, l'emploi dans les initiatives d'habitation protégée est déficitaire. En effet, le personnel d'encadrement est aussi celui qui assure les tâches de secrétariat, de comptabilité, parfois même d'entretien. Les I.H.P. voudraient pouvoir disposer de personnel administratif et logistique.

Dans sa Note de politique générale de mars 2001[1], le Ministre F. Vandenbroucke prône la désignation d'un *coordinateur* chargé du bon fonctionnement général de l'établissement. Celui-ci existe déjà dans la plupart des structures mais ne répond pas à un profil de qualification précis.

1.3.3.2.1. Les initiatives d'habitation protégée en Région wallonne

Une IHP. comprend au maximum 8 habitants. Les normes minimales d'encadrement prévoient 1 ETP titulaire d'un diplôme de licencié ou d'un diplôme ESTC. Un coordinateur doit être désigné par le pouvoir organisateur[2].

L'emploi a subi peu d'évolution ces cinq dernières années. Les qualifications les plus représentées sont celles d'assistant social, d'éducateur et de psychologue.

---

[1] Cit. In Note de politique générale du Ministre des Affaires sociales et des pensions et de la Ministre de la Santé Publique, *La psyche : le cadet de mes soucis ? – Soins de santé mentale : les voies de la participation et de la concertation*, Bruxelles, mars 2001.

[2] AR. 09 novembre 1992.

Tableau 1.3.3.2.1.1. Structure de l'emploi (ETP) dans les IHP. en Région wallonne – Situation au 01.05.2002

QUALIFICATION	Nombre ETP
PAI	9.25
Assistants sociaux	31.3
Educateurs (classe 1 – 2- 3)	21.4
Dont Educateurs classe 1	*13.1*
Kinésithérapeutes	1.5
Ergothérapeutes / logopèdes	9.7
Animateurs	3.35
Psychologues / Lic. Education physique	16.50
Personnel administratif et d'entretien	1.55

Source : MRW, Direction de la Santé curative

Certains emplois comptabilisés ci-dessus ne sont toutefois pas financés dans le cadre des agréments :

QUALIFICATION	Nombre ETP
Assistants sociaux	1.5
Educateurs	1.8
Kinésithérapeutes	0.05
P. Administratif et d'entretien	2.8
Animateurs	1.75

Source : MRW, Direction de la Santé curative

Les observateurs soulignent un déficit en certaines qualifications qui résulte de l'héritage du passé. Pour l'avenir, la variété des groupes cibles[3] des IHP devra déterminer la recherche de qualifications spécialisées.

[3] (personnes internées, personnes âgées, toxicomanes, etc.)

1.3.3.2.2. Les initiatives d'habitation protégée en Région de Bruxelles-Capitale

Tableau 1.3.3.2.2.1. Structure de l'emploi (ETP) dans les IHP. en Région de Bruxelles-Capitale Situation au 01-05-2002

QUALIFICATION	Nombre ETP
PAI	3.5
Assistants sociaux	
Educateurs (classe 1 – 2- 3)	
Dont Educateurs classe 1	*14.25*
Kinésithérapeutes	
Ergothérapeutes / logopèdes	
Animateurs	
Psychologues	3.42
Personnel administratif et d'entretien	1.5

Source : Cocof, Cocom, Habitations protégées bruxelloises
NB : La situation de l'emploi présentée concerne 60% des structures

L'emploi des PAI est réparti sur 6 personnes physiques. La structure de l'emploi global s'est peu modifiée ces dernières années : le nombre de personnes occupées est resté stable, seules les charges de travail ont été adaptées en fonction des besoins.

1.3.3.3. Les maisons de soins psychiatriques

La norme de personnel pour 30 patients est de 12 personnes dont :

- Au maximum 6 membres de personnel soignant ;
- Au minimum 6 membres doivent avoir une qualification de type éducateur, assistant social, ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute, infirmier ;
- Au moins 4 de ces membres de personnel qualifié doivent être gradués (de préférence graduat avec spécialisation en psychiatrie).

Une fonction de coordination doit être prévue. Par groupe de 30 patients, un infirmier en chef est requis. La surveillance des habitants doit être assurée 24h/24. Enfin 0.5 Etp d'un professionnel spécialisé en orthopédagogie doit être en fonction par tranche de 15 personnes répondant aux critères d'admission destinés aux handicapés mentaux[4].

[4] A.R. 10 juillet 1990 – AR. 09 novembre 1992 – AR . 18 janvier 1993.

Tableau 1.3.3.2.1. Structure de l'emploi (ETP) dans les MSP. en Région de wallonne – Situation au 01.05.2002

QUALIFICATION	Nombre ETP
PAI	134.4
Assistants sociaux	6.9
Educateurs classe 1	29.5
Educateurs classe 2	22.3
Psychologues, orthopédagogues	7.57
Kinésithérapeutes	9.13
Ergothérapeutes / logopèdes	15.66
Autre (Qualif. Min .A1)	3.2
Autres qualifications	15.66
Autre personnel non qualifié	92.76

Source : MRW, Direction de la Santé curative

La structure de l'emploi présentée ci-dessus fait état du personnel réellement occupé. Celui excède de 6.4% le personnel requis, toutes qualifications confondues. Ce personnel en surplus est absolument nécessaire afin d'assurer un encadrement adéquat aux patients. Le personnel qualifié est par ailleurs disponible grâce à la situation géographique des MSP ; celles-ci sont en effet situées aux alentours directs des structures hospitalières.

1.3.4. Soins et aide à domicile

1.3.4.1. Les Praticiens de l'art infirmier

Différentes sources sont disponibles pour étudier les caractéristiques des PAI actifs en soins ambulatoires. Comme le remboursement des prestations qu'ils effectuent est conditionné par l'inscription à l'INAMI cet enregistrement constitue une source essentielle pour la connaissance du secteur. Toutefois, la base de données établie à des fins administratives et financières n'est que partiellement exploitée. Certaines caractéristiques importantes comme la répartition régionale, l'âge, le statut, la qualification ne sont que partiellement disponibles. D'autres sources proviennent des services organisant des soins infirmiers (CSD, FASD) et de la AIIB (Association des infirmières indépendantes de Belgique)

Grâce à ces différentes sources, nous avons tracé le profil des professionnels œuvrant dans le secteur des soins à domicile et dégagé les grandes tendances de leur évolution sans cependant pouvoir en dresser un tableau complet tant l'agrégation de sources de nature différente présente d'écueils pour l'analyse.

1.3.4.1.1. Les praticiens actifs selon l'INAMI

L'enregistrement par l'INAMI des prestations que les praticiens, dispensateurs de soins ambulatoires, effectuent en Belgique permet de les dénombrer et d'établir le profil de leur activité. On dispose ainsi du *nombre de PAI par qualification du prestataire* ayant effectué des soins ambulatoires au cours de l'exercice. En 1998, ils sont au nombre de 16 415[1]. On en observe une croissance régulière (11%) entre 1994 et 1998. C'est toutefois bien moins que la croissance des *actes remboursés* durant cette période, soit 68% et que celle des *montants remboursés*, soit 51%[2]. Il faut en conclure que les infirmières à domicile ont augmenté leur temps de travail, travaillant plus souvent à temps plein ou du moins pour une fraction plus importante de temps partiel. On en verra plus loin la confirmation en observant que le nombre de prestataires pour lesquels des remboursements annuels élevés sont effectués a fortement augmenté au cours de la période.

[1] Pour 1999, le chiffre de 15815 est cité par : Wit-Gele Kruis van Vlaanderen Jaarverslag (WGK) , 1999. Nous n'avons pas pu en avoir confirmation à l'INAMI.

[2] Chapitre 1.2.4. Tableau 1.2.4.1.2.1.

Tableau 1.3.4.1.1.1. Répartition des praticiens de l'art infirmier ayant effectué des soins ambulatoires remboursés par l'INAMI – Belgique 1994-1998

	Praticiens de l'art infirmier Total	Infirmiers Gradués	Infirmiers Accoucheuses	Infirmiers Brevetés	Infirmiers agréés UE	Assistants en soins hospitaliers
1994	**14.931**	5.820	261			2.238
1995	**15.481**	6.056	253	6829	69	2.274
1997	**16.041**	6.235	246	7.561	74	1.925
1998	**16.415**	6.366	271	7.959	66	1.753

Source : INAMI, Tableaux statistiques par dispensateur de soins : Information de gestion relative à l'art infirmier, in INFOSANTE.

La distribution des prestataires selon le volume de leur activité est présentée ci-après en regroupant les classes de montants remboursés en cinq groupes, ce qui permet de mieux en montrer l'évolution. L'existence de montants faibles ou moyens signale la présence, parmi ces prestataires, de PAI qui ne travaillent en soins ambulatoires qu'en complément par rapport à un autre emploi soignant ou qui n'exercent leur profession qu'à temps partiel, voire de manière occasionnelle.

Nous avons considéré qu'un PAI était actif en soins infirmiers ambulatoires à temps plein lorsqu'il présentait à l'INAMI des attestations de soins pour un montant remboursable égal ou supérieur à 1.500.000 BEF. En-dessous de cette limite, le professionnel est considéré comme exerçant à temps partiel. L'importance du temps partiel est évaluée au prorata du montant des prestations effectuées par rapport à celui d'un ETP.

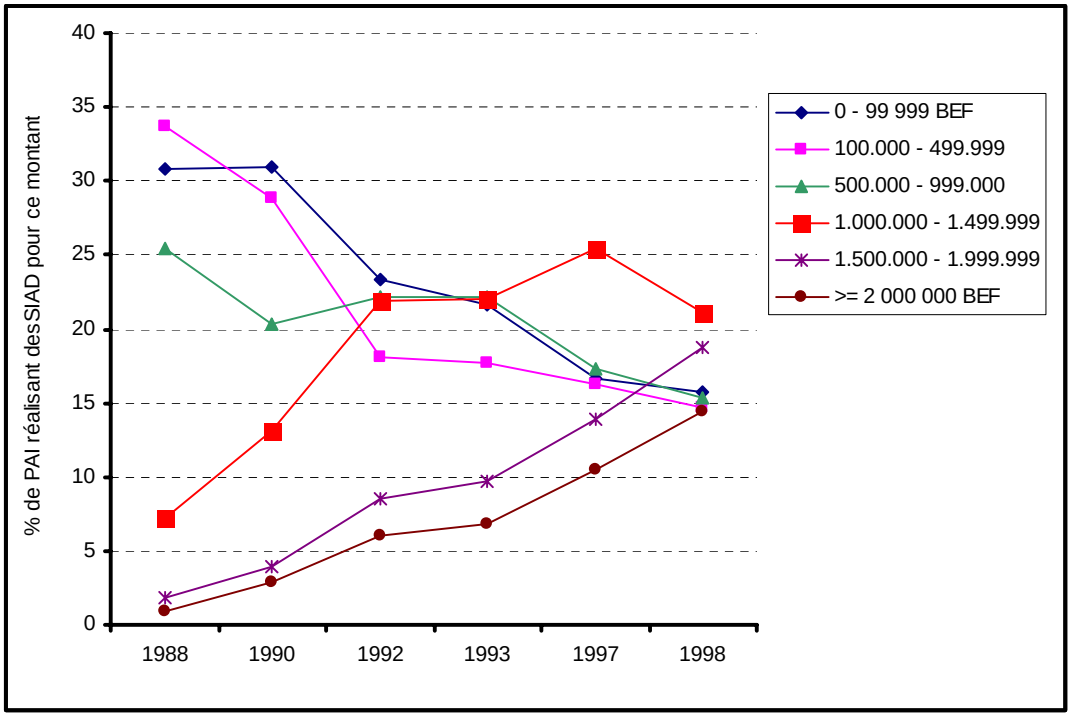
On observe ainsi que le pourcentage de PAI n'effectuant que peu de prestations ambulatoires diminue progressivement (de moitié en 10 ans), alors que ceux qui développent un activité importante sont en forte augmentation (supérieure à 90%).

Tableau 1.3.4.1.1.2. Profil d'activité des PAI en SIAD selon l'importance des prestations remboursées – 1988-1998

BEF	**1988**	**1990**	**1992**	**1993**	**1997**	**1998**
0-99.999	30,84	30,9	23,31	21,58	16,7	15,8
100.000 - 499.999	33,76	28,84	18,14	17,71	16,2	14,7
500.000 - 999.000	25,48	20,3	22,14	22,17	17,3	15,3
1.000.000 - 1.499.999	7,27	13,1	21,92	22,01	25,4	21,1
1.500.000 - 1.999.999	1,81	3,99	8,51	9,7	13,9	18,8
> = 2.000.000	0,87	2,89	5,99	6,83	10,5	14,4
Total > = 1.500.000	**2,68**	**6,88**	**14,5**	**16,53**	**24,4**	**33,2**

Source : INAMI, Tableaux statistiques par dispensateur de soins : Information de gestion relative à l'art infirmier, in INFOSANTE.

Figure 1.3.4.1.1.1. Profil d'activité des PAI en SIAD selon l'importance des remboursements pour leurs prestations – 1988-1998



Source : INAMI, Tableaux statistiques par dispensateur de soins : Information de gestion relative à l'art infirmier, in INFOSANTE.

A partir de cette distribution, il est possible d'évaluer en ETP l'emploi de PAI travaillant à domicile. Il était nécessaire pour cela de disposer du montant moyen des remboursements concernant les prestations d'une infirmière travaillant temps plein. Les données de la CJB[3] relevant le nombre de PAI en Etp et le montant total des demandes de remboursement soumises à l'INAMI ont permis de procéder au calcul de ce montant. En 2000, le montant moyen s'élevait à 1 750 000 BEF[4]. Nous avons cependant considéré qu'à partir de 1.500.000 BEF de remboursements demandés, le professionnel atteignait un niveau de travail à temps plein.

Sur cette base, nous avons pu calculer que les quelque 18,9 milliards consacrés aux soins infirmiers à domicile en 1998 représentaient le travail de quelque 10 156 ETP, effectué par les 16 415 praticiens recensés pour le pays par l'INAMI. Un tiers travaillerait à temps plein et serait responsable de 60 % des dépenses. Les deux autres tiers travailleraient à temps partiel en moyenne à mi-temps.

La répartition régionale des effectifs de PAI travaillant en soins ambulatoires n'étant actuellement pas rendue disponible à l'INAMI, elle a été évaluée en prenant comme hypothèse que la répartition régionale des prestataires est la même que celle des soins prestés aux bénéficiaires, laquelle est connue par ailleurs (cfr section 1.2.4.1.2.).

---

[3] Croix Jaune et Blanche

[4] Les 745 PAI ETP des services CJB de la FASD effectuent en 2000 des prestations pour une valeur de 1.309.146.611 FB, soit en moyenne 1 757.244 FB par ETP.

Tableau 1.3.4.1.1.3. Répartition régionale des PAI actifs en SIAD et des ETP Comparaison 1993 - 1998

	Années	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Pays	CFGB	Communauté Flamande
N effectifs	**1993**	9.868	4.307	577	14.752	4.786	9.966
	1998	10.980	4.792	643	16.415	5.326	11.089
Croissance		1.112	485	66	1.663	540	1.123
Indice					111		
N Etp	**1993**	4.928	2.151	288	7.367	2.390	4.977
	1998	6.793	2.965	398	10.156	3.295	6.861
Croissance		1.865	814	110	2.789	905	1.884
Indice					138		

Source : Effectifs INAMI, Tableaux statistiques par dispensateurs de soins, in Infosanté Etp et répartition régionale : calculs SESA.

On obtient ainsi pour 1998 un effectif de 5.326 PAI actifs en SIAD en CFGB. Le volume de travail en Etp que représente cet effectif a été estimé à 3.295.

Les résultats de ce calcul permettent de situer le niveau moyen d'activité en SIAD des PAI qui y travaillent en CFGB, soit environ 66% d'un Etp.

1.3.4.1.2. Les PAI agréés par l'INAMI pour les SIAD.

Pour pouvoir effectuer des SIAD et délivrer des attestations de soins ouvrant le droit au remboursement, les PAI doivent se faire reconnaître comme tels par l'INAMI qui, après vérification, les agrée et les enregistre. Cette démarche n'implique absolument pas que le praticien travaille effectivement en SIAD.

L'INAMI publie la répartition des PAI enregistrés par province. Le tableau 1.3.4.1.2.1. présente celle-ci pour la Wallonie et Bruxelles - Capitale. On a calculé également la densité de PAI par rapport à la population de chaque province et pour la CFGB[5].

Leur répartition géographique est présentée ci-dessous.

Tableau 1.3.4.1.2.1. Répartition des PAI agréés par l'INAMI pour les SIAD et résidant en Wallonie et à Bruxelles : 1994-1999

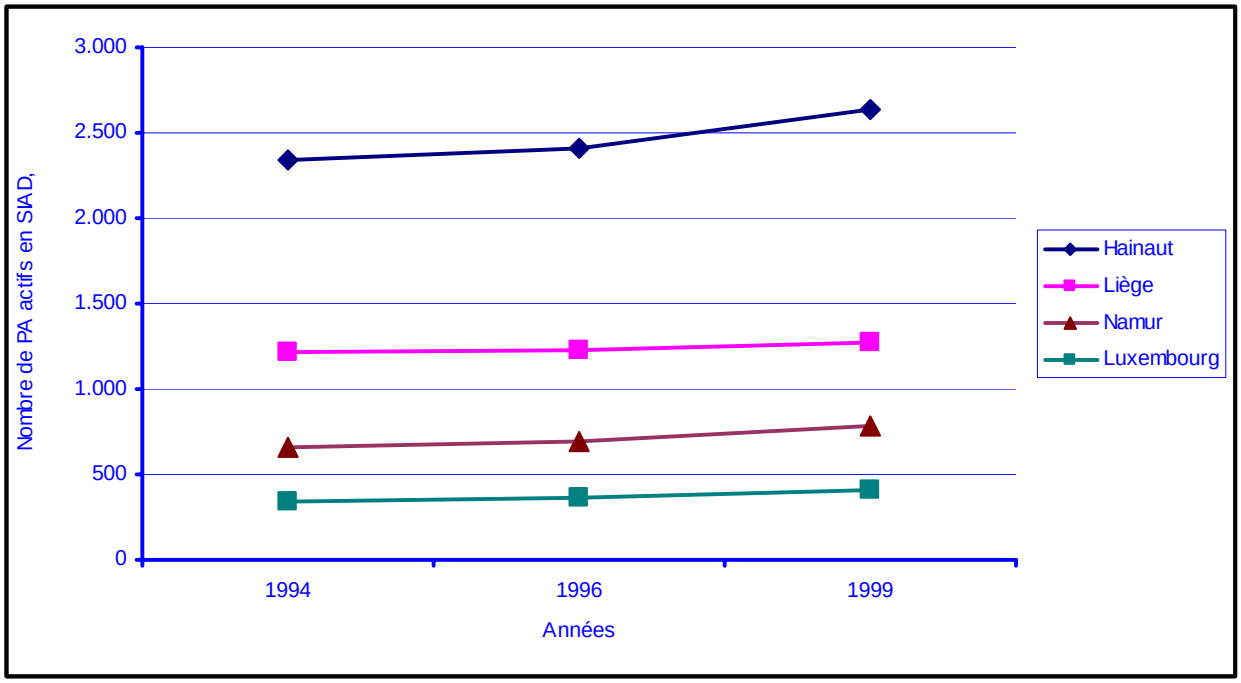
Evolution 1994-1999				**Densité/10000 hab.**
	1994	**1996**	**1999**	**1999**
Bruxelles-Capitale			624	6,5
Brabant wallon			433	12,4
Hainaut	2.339	2.412	2.634	20,58
Namur	662	692	785	17,68
Liège	1.219	1.224	1.278	12,53
Luxembourg	342	362	405	16,4
Wallonie sans Brabant wallon	*4 .562*	*4.690*	*5.102*	
CFGB			**6.053**	**14,7**

Source : Inami, Art infirmier, années comptables 1994, 1996 et 99
INS, fichiers de population - Traitements SESA

[5] Pour cette densité, on n'a retenu que 83% de la population et des PAI résidant à Bruxelles.

En 1999, la densité moyenne de PAI susceptible de travailler en SIAD en CFGB est de 14,7 pour 10.000 habitants. Elle est cependant plus faible en Brabant Wallon et à Liège que dans les autres provinces wallonnes. La région de Bruxelles se distingue le plus fortement des autres provinces. La densité de PAI n'y atteint que 44% de la moyenne en CFGB.

Figure 1.3.4.1.2.1. Répartition du nombre de PAI actifs en SIAD agréés par l'INAMI et résidant en Wallonie - Evolution 1994-1999



Source : Inami, Art infirmier, années comptables 1994, 1996 et 1999.

L'évolution en 5 ans du nombre de PAI inscrits à l'INAMI et résidant en Wallonie et à Bruxelles est de 11,8%. La croissance a été respectivement de 4% en province de Liège, de 13% en Hainaut et d'environ 18% dans les provinces de Namur et de Luxembourg. Néanmoins, ces évolutions, qui sont toutes marquées par une augmentation du nombre de prestataires, présentent des disparités régionales qui vont dans le même sens que celles qui sont enregistrées au niveau des consommations (cfr tableau 1.2.4.1.2.2.). La disponibilité de l'offre joue incontestablement un rôle important dans le développement de la demande.

1.3.4.1.3. Les praticiens actifs comme indépendants en SIAD

En 1998-99, une enquête réalisée auprès d'environ 12% des membres des AIIB – VUKB a montré qu'un peu plus d'un tiers des infirmières indépendantes affiliées à ces organismes travaillaient à temps partiel dans le secteur des soins à domicile. Parmi eux, près de 40% cumulent ce temps partiel avec une pratique hospitalière tandis que 14% travaillent également en MR/MRS. Ils seraient donc trois fois plus nombreux à cumuler leur temps partiel à domicile avec une charge de travail à l'hôpital qu'avec une charge en MR/MRS. Près de 80% des infirmières faisant du domicile à temps partiel ont un régime de travail supérieur à 50% du temps.

Notons encore que les trois quarts des répondants ont opté pour la pratique à domicile après quelques années de travail en hôpital, en MR/MRS, dans les services salariés infirmiers à domicile, etc.

En 2001, sur 2.326 praticiens de l'art infirmier inscrits à l'AIIB[6] dans les régions francophone et germanophone du pays, seuls 8%[7] des membres n'ont pas été actifs au cours de l'année.

1.3.4.1.4. Les praticiens actifs dans les services de soins à domicile

Les statistiques des services de soins infirmiers à domicile permettent également d'évaluer l'évolution récente (1997-2000) du personnel infirmier en CFGB. Cette période a été marquée - il est important de le garder en mémoire - par des difficultés structurelles et une incertitude budgétaire très défavorables à leur activité tandis que l'avenir semble se profiler de manière plus positive.

Tableau 1.3.4.1.4.1. Evolution de la répartition régionale du personnel salarié effectuant des soins à domicile pour la CSD en CFGB, 1997-2000

		Personnel administratif		Personnel infirmier		Aides familiales		Gardes à domicile		Aides ménagères	
		Nombre	*Etp*	Nombre	*Etp*	Nombre	*Etp*	Nombre	*Etp*	Nombre	*Etp*
Bruxelles	31/12/1997	12	*12*	18	*17*	150	*140*	4	*4*	40	*37*
	31/12/1998	22	*21,5*	27	*21,6*	163	*156,7*	4	*4*	49	*46,1*
	31/12/1999	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	31/12/2000	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Wallonie	31/12/1997	49	*41,73*	180	*157,82*	495	*389,8*	19	*17,5*	60	*47,5*
	30/12/1998	71	*61,8*	228	*206,63*	558	*439,77*	20	*16,6*	47	*36,55*
	31/12/1999	80	*68,94*	255	*214,2*	627	*473,52*	33	*28,7*	53	*39*
	31/12/2000	86	*66,84*	225	*200,21*	626	*495,75*	39	33,17	28	17,25

Source : CSD, Tableaux de bord des effectifs (estimations) et photos des effectifs, documents de travail
Données transmises par CSD, non validées.

Entre 1999 et 2000, l'effectif infirmier de CSD[8] pour la Wallonie a diminué de 12% tandis que le nombre d'Etp a baissé dans une moindre mesure (-7%). Il y aurait donc eu en 2000, une légère augmentation du temps de travail presté, tout comme à la CJB.

[6] Association des Infirmières Indépendantes de Belgique (AIIB) pour la région francophone et VUKB pour la région germanophone. L'association néerlandophone compte pour sa part environ 1 900 adhérents.

[7] Les 8% d'inactifs se répartissent comme suit : Retraite : 2% - Incapacités temporaires (maladies, accidents, grossesses) : 4% - Arrêt de la pratique ambulatoire : 2%

[8] Centrale de Services à Domicile.

Tableau 1.3.4.1.4.2. Evolution de la répartition régionale du personnel salarié effectuant des soins à domicile pour la CJB-WGK en Belgique, 1997-2000

		Personnel administratif		**Personnel infirmier**		**Personnel Soignant aux.**		**Gardes à domicile**		**Aides ménagères**	
		Nombre	*Etp*	Nombre	*Etp*	Nombre	*Etp*	Nombre	*Etp*	Nombre	*Etp*
Flandre.	31.12.97	225	*195.0*	3 986	*2 870.8*	0	*0*	130	*68.3*	80	*25.36*
	31.12.98	375	*262.3*	4 032	*2 902.3*	16	*8,78*	131	*69.9*	91	*27.69*
Bruxelles	31.12.97	15	*11.9*	134	*100.7*	6	4.78	2	1.0	0	0
	30.12.98	16	*10.9*	134	*95.5*	6	*4.79*	2	*1.0*	0	*0*
	31.12.00	n.d.	*n.d .*	119	*94.9*	0	*0*	/	/	/	/
Wallonie	31.12.97	89	*61,1*	954	*681,8*	17	*8,72*	8	*4.0*	13	*3.34*
	30.12.98	90	*65,2*	900	*658,4*	39	*26,2*	6	*3,0*	14	*3,62*
	31.12.00	n.d.	*n.d.*	935	*691,3*	36	*16,2*	/	/	/	/

Source : CJB, Rapport annuel 1997 et 1998 – FASD/CJB 12.2001 pour les données 2000.

La CJB-WGK, autrefois nationale, ayant opéré une communautarisation de son organisation, les statistiques 2000 ne concernent que la partie francophone. En Wallonie, comme à Bruxelles le volume des effectifs de PAI a connu une légère diminution compensée, il est vrai, par une petite augmentation du temps de travail. Le rapport ETP/effectifs s'établit ainsi en 2000 à .79 à Bruxelles et .74 en Wallonie.

Hormis la CSD et la CJB, d'autres services de SIAD développent leurs activités à Bruxelles et en Wallonie. Certains services isolés nous ont fait part de leurs effectifs (peu importants). Toutefois, nous n'avons pu agréger les résultats puisque malgré nos efforts répétés, il nous a été impossible d'obtenir des informations concernant le personnel infirmier employé par les services communaux de SIAD. Cependant rien ne permet de penser qu'ils aient connu un développement important au cours de cette période.

En conclusion, on retiendra que les effectifs de PAI actifs en SIAD, bien qu'ils aient globalement enregistré ces dernières années une progression notable (11% en 5 ans), n'ont pu suivre l'augmentation de la demande (68%) que moyennant une augmentation substantielle du temps qu'ils y consacrent. Cette évolution s'est effectuée chez les infirmières indépendantes alors que les services de SIAD restaient stationnaires. En 1998, le personnel infirmier actif (ETP) à la CSD et à la CJB en CFGB ne représenterait que 28 % de l'emploi infirmier en SIAD (929 sur 3295 ETP).

Bien qu'observable dans toutes les régions, la croissance des soins ambulatoires ne réduit pas les différences régionales antérieures ; ce secteur est en effet largement plus développé en Flandre qu'en Wallonie et surtout qu'à Bruxelles.

1.3.4.2. Les auxiliaires de soins et autres intervenants à domicile : aides familiales et aides seniors, aides ménagères et gardes à domicile

Les aides ménagères et gardes à domicile[9]

Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées, appelés également services d'aide à domicile, sont tenus d'employer de façon permanente au moins trois ou cinq aides familiales[10] ou seniors à temps plein (ou l'équivalent à temps partiel) qui sont en possession des certificats, diplômes ou brevets requis ou qui peuvent justifier d'une expérience professionnelle équivalente.

" La spécificité de l'aide familiale est d'intervenir à la fois sur le plan individuel, collectif (famille/environnement), préventif (rôle éducatif) et curatif [11] *".*

L'aide ménagère, engagée sous statut ouvrier, a pour mission d'assurer l'entretien du logement et d'effectuer des tâches ponctuelles avec l'accord de l'assistant social ou l'infirmier. Aucune qualification n'est exigée pour cette fonction mais les titulaires sont soumis à une formation continuée.

A ces deux fonctions, il convient d'ajouter celle de garde à domicile[12]. Diverses initiatives se sont créées en Région bruxelloise comme en Région wallonne afin de mettre sur pied la création d'emplois de gardes à domicile. L'organisation de ces initiatives vise un objectif double : développer la politique de maintien à domicile et insérer des travailleurs dans la vie professionnelle grâce aux programmes de résorption du chômage[13].

---

[9] Pour les effectifs de la CJB et de CSD, le lecteur se référera au point 3.2.4.1.2.

[10] Les normes d'encadrement incluses dans les conditions d'agrément varient selon les législations en vigueur (Région wallonne ou COCOF).

[11] Cit. In *Rapport sur la situation économique et sociale de la Wallonie – Aperçu du secteur non-marchand relevant des compétences de la Région wallonne,* CESRW, 2000.

[12] Nouvelle dénomination pour désigner les gardes-malades. Les bénéficiaires peuvent être des enfants, des personnes malades, âgées ou handicapées.

[13] Circulaire du Gouvernement wallon 18.06.98 – Partenariats coordination de soins et services à domicile de la Région de Bruxelles - Capitale 1999.

Le cadastre du personnel des services d'aide aux familles et aux personnes âgées s'établit comme suit :

a) En Région wallonne, au 31.12.99

Type de fonction	Nombre	Etp
Aides familiales / Aides seniors	5 274	3 969
Aides ménagères	376	215.5
Gardes à domicile*	216	145

Source : Rapport sur la situation économique et sociale de la Wallonie – Aperçu du secteur non-marchand relevant des compétences de la Région wallonne, CESRW, 2000 – Données au 31.12.99.

b) En Région de Bruxelles - Capitale [14], en 2000

Type de fonction	Nombre	Etp
Aides familiales / Aides seniors	535	483
Aides ménagères	136	117

Source : COCOF, Service des Affaires sociales, mai 2001

En Communauté germanophone, en 1998

Type de fonction	Nombre
Aides familiales / Aides seniors	53
Aides ménagères	10

Source : Familiehilfe, Eupen, Rapport annuel, 1998.

Pour l'ensemble du pays, l'emploi dans ce secteur est en augmentation au cours de la dernière décennie. Ce progrès est important aussi bien en Flandre (+32% du nombre d'aides familiales et 42% des heures subsidiées) qu'en Wallonie (38 et 32%) . Celle-ci renoue enfin avec la croissance alors que, pendant la décennie précédente, un recul important des subventions et de l'effectif avait été enregistré. C'est au cours des cinq dernières années que l'essentiel de la progression a été réalisé.

[14] Les effectifs des services relevant de la COCOM sont comptabilisés avec ceux de la Région flamande.

* En Région Wallonne et en Région de Bruxelles - Capitale, les gardes à domicile sont insérées sur le marché du travail via un P.T.P.

Tableau 1.3.4.2.1. Evolution de l'activité des services subventionnés d'aide aux familles et aux personnes âgées – 1980-1999

	1980	1991	Evolution	1995	1999	Evolution	Evolution
			1980-'91			*1991-1999*	*1995-'99*
			(en %)				*(en %)*
FLANDRE							
Nombre d'aides familiales	7.900	9.700	*23%*	10.100	12.832	*32%*	*27%*
Nombre d'heures subventionnées (en milliers)	9.726	10.290	*6%*	11.748	14.651	*42%*	*25%*
Dont part financée par FBI		10%		12%	13%		
WALLONIE							
Nombre d'aides familiales	4.700	4.200	*-11%*	4.424	5.816	*38%*	*31%*
Nombre d'heures subventionnées (en milliers)	5.305	4.235	*-20%*	4.721	5.600	*32%*	*19%*
dont part financée par FBI		4%		4%	3%		

Source : INS, Annuaires des statistiques régionales
MRW, Direction générale de la santé et de l'action sociale -
Vlaams Ministerie van Cultuur, gezin en welzijn,
Services d'aide aux familles et aux PA de la Région wallonne

Note : L'embauche d'aides familiales peut être réalisée en partie dans le cadre des PRC (plus spécifiquement sous statut FBI)

Le rapport[15] que l'ADMR a publié à l'occasion de ses 50 ans d'existence permet de constater que le développement de l'activité et donc de l'emploi s'est principalement effectué au cours des années '70 : le personnel occupé par ADMR passe de 147 à 567 personnes (effectif presque multiplié par 4). Au cours des années '80, la croissance se ralentit (32%), enfin elle reprend à la fin des années '90 (22% au cours des cinq dernières années) amenant ainsi les effectifs à 1006 personnes.

Les associations privées sont moins nombreuses que celles des services publics relevant des CPAS, lesquels couvrent par ailleurs une variété plus large de services. L'activité des services privés est toutefois beaucoup plus importante ; ils prestent la majorité des heures subventionnées.

Tableau 1.3.4.2.2. Répartition des services et de l'activité d'aide aux familles et aux personnes âgées entre les secteurs associatif et public.

	Associations			CPAS		
	Nombre de services	Nombre d'aides familiales	Nbre d'heures Subventionnées x 1000	Nombre de services	Nombre d'aides familiales	Nombre d'heures Subventionnées x 1000
WALLONIE						
ca	28	3513	3.747,50	52	1.293	1393,5
% du total	*35%*	*73%*	*72%*	65%	27%	28%
FLANDRE						
ca	25	8968	9.783	126	2.433	2.040
% du total	*16.5%*	*79,0%*	*83,0%*	*83,50%*	*21%*	*17%*

Source INS, Annuaires des statistiques régionales
MRW, Direction générale de la santé et de l'action sociale

[15] Aide à domicile en milieu rural. *L'aide à domicile, un défi permanent*, Bruxelles, éd. Luc Pire, ADMR, 2001, p.66

En résumé

Voici les principales constatations concernant l'évolution récente de l'emploi en SAD :

- le nombre de PAI effectuant des SIAD est en augmentation régulière 11% en 5 ans (1993-1998);
- la croissance des PAI en SIAD est sans commune mesure avec celle de la consommation pendant la même période (68%) ; elle a nécessité une augmentation du temps de travail des PAI engagés en SIAD, en particulier celle des PAI indépendants . La croissance du nombre d'ETP est évalue à 38 % ;
- les services salariés infirmiers à domicile connaissent une certaine stagnation des effectifs tout en enregistrant une légère augmentation du temps de travail presté ; CJB et CSD emploieraient quelque 28 % des PAI ETP en CFGB ;
- la croissance des PAI en SIAD est sans commune mesure avec celle de la consommation pendant la même période (68%) ; elle a nécessité une augmentation du temps de travail des PAI engagés en SIAD, en particulier celle des PAI indépendants ;
- les services d'aides familiales qui avaient accumulé en CFGB un retard important dans leur développement effectuent au cours de la dernière décennie une croissance de 38% de leurs effectifs en Wallonie ;
- cette progression substantielle des effectifs est observable dans toutes les régions mais ne gomme pas les différences régionales antérieures : le secteur des soins et de l'aide à domicile reste nettement plus développé en Flandre qu'en Wallonie et surtout qu'à Bruxelles.

1.3.5. Aide aux personnes handicapées

1.3.5.1. L'aide aux personnes handicapées en Région de Bruxelles - Capitale

1.3.5.1.1. Les services d'accompagnement

Les services d'accompagnement[1] ont pour mission d'aider les personnes handicapées qui vivent hors d'une institution d'hébergement ou qui sont capables et souhaitent sortir d'une dépendance institutionnelle, à acquérir ou conserver leur autonomie. Les services d'accompagnement leur fournissent l'information, l'aide et le soutien nécessaire pour répondre à l'ensemble de leurs besoins dans tous les actes et démarches de la vie journalière.

Les missions des services d'accompagnement sont définies par le Décret du 4 mars 1999 et l'Arrêté du Collège du 6 avril 2000 a défini les conditions d'agrément de ces services[2].

Sur les 19 services d'accompagnement agréés et subventionnés par la COCOF, 12 occupaient au 01.01.2001 du personnel infirmier et du personnel paramédical :

Tableau 1.3.5.1.1.1. Personnel occupé dans les services d'accompagnement pour handicapés de la Région de Bruxelles - Capitale selon la qualification

Qualification	Nombre de P.P.
PAI	3
Logopède	15
Ergothérapeute	11
Kinésithérapeute	3
Total Personnel	**32**

Source : COCOF, SBFPH, 01.01.2001

Les trois PAI en activité occupent des fonctions de coordinateur, accompagnateur.

1 COCOF, SBFPH, Rapport annuel, 2000.

2 Les subventions sont liées aux conditions d'agrément.

1.3.5.1.2. Les centres ou services de réadaptation fonctionnelle

Les centres ou services de réadaptation fonctionnelle ont pour mission d'assurer auprès des personnes handicapées le rétablissement le plus normal possible des fonctions organiques, motrices ou psychiques. Ces centres disposent d'un personnel spécialisé chargé de mettre en œuvre des techniques médicales ou paramédicales particulières.

Depuis le 01.01.1991, les CRF relèvent de la compétence de l'INAMI pour les prestations individuelles tandis que l'agrément et l'octroi des subventions de fonctionnement reviennent au Service Bruxellois Francophone des Personnes Handicapées.
Fin 2000, on répertoriait pour les 24 CRF de la Région de Bruxelles-Capitale 368 membres du personnel dont le tableau 1.3.5.1.1.2. présente la distribution selon la qualification.

Tableau 2.3.5.1.1.2. Personnel occupé dans les centres de réadaptation fonctionnelle de la Région de Bruxelles-Capitale selon la qualification, 2000

Qualification		Nombre Total de P.P.
Infirmières		**63**
Infirmières Graduées	44	
Infirmières brevetées	17	
Infirmiers sociaux	2	
Kinésithérapeutes		**128**
Paramédicaux		**146**
Ergothérapeutes	40	
Logopèdes	99	
Audiologistes	7	
Psychomotriciens		**13**
Audioprothésistes		**2**
Neurolinguiste		**1**
Interprètes		**15**
Total Personnel		**368**

Source : COCOF, SBFPH, 01.01.2001

1.3.5.1.3. Les centres de jour et centres d'hébergement

Le 4 mars 1999, l'Assemblée de la Commission communautaire Française a adopté le Décret relatif à l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées.

Ce Décret entraîne une refonte du secteur de l'accueil et de l'hébergement. Un Arrêté d'exécution de ce Décret devrait entrer en vigueur au 01.01.2003.

Les anciens IMP subdivisés en (semi)internats, homes pour travailleurs ou non travailleurs et centres de jour seront remplacés par les centres de jour et les centres d'hébergement de telle manière que le projet de vie de la personne handicapée puisse mieux s'intégrer dans les projets collectifs des centres qui les accueillent.

Tableau 1.3.5.1.3.1. Personnel occupé dans les centres de jour et centres d'hébergement en Région Bruxelloise selon la fonction, 2002.

Situation au 01.06.02	
Fonction	**ETP**
P. direction (Univ. ou non)	37,40
Médecins	12,44
Psychopédagogues	31,19
P. Educatif	
Educateurs Cl. 1 et chefs	424,95
Educateurs Cl. 2 A	168,73
Educateurs Cl. 2B	52,07
Educateurs Cl. 3	11,15
A.S. et Assistants psycho.	50,07
P. paramédical	155,65
P. infirmier	14,91
P. technique et entretien	201,4
P. administratif	67,88
P. aidant **Aides familiales et gardes malades**	2,5
Structure d'âge du personnel ocuupé dans les IMP	
TOTAL	**1230,4**
<25 ans	12%
26-30 ans	17%
31-40 ans	31%
41-50 ans	28%
51-60 ans	11%
>60 ans	1%
Total **Personnes physiques**	**100%=1781**

Source : COCOF, SBFPH

Les quelque 1230 Etp occupés se répartissent sur environ 1 781 personnes physiques dont 60% ont moins de 40 ans. Le personnel infirmier y représente 1.2% du nombre total d'ETP.

1.3.5.2. L'aide aux personnes handicapées en Région wallonne

L'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) a été créée par le Décret régional wallon du 6 avril 1995.

L'AWIPH est l'aboutissement de la fusion du Fonds communautaire pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées (FCISPPH) et du Fonds de soins médico-socio-pédagogiques pour handicapés (Fonds 81). Elle a pour objectif l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées.

En 2000, l'AWIPH a établi un cadastre du personnel occupé dans 308 institutions relevant de sa compétence. Ce cadastre a dénombré 6 530 Etp pour un total d'environ 9 000 personnes physiques. Le volume d'emploi est considéré comme relativement stable depuis 1999.

Tableau 1.3.5.2.1. Personnel occupé par l'AWIPH selon la fonction, 1999

FONCTION	ETP	
Personnel médical	16	Salariés (répartis sur une centaine de PP) +Médecins indépendants (non compris dans Etp) Mission de coordination, prévention, information et supervision, pas de soins.
Pers. adm. & comptable	337	
Personnel d'entretien	1 143	
Personnel de direction	193	directeurs
Personnel éducatif	1 685 1 104 584 287	Educateur classe 1 Educateur classe 2A classe 2B (y compris personnel soignant barémisé dans cette catégorie) classe 3
Chefs de groupe	172	Ed. spécialisés qui dirigent plusieurs groupes
Chef éducateurs	294	Ed. spécialisés qui dirigent une équipe
Personnel infirmier	323	Soit 4.75% de l'ensemble du personnel
Personnel paramédical	218	Kiné, ergo, logo
AS	174	
TOTAL	**6530**	

Source : AWIPH.

1.3.5.3. L'aide aux personnes handicapées en Communauté germanophone

La Communauté germanophone n'a pu nous fournir de cadastre de l'emploi des personnes occupées dans le secteur de l'aide aux personnes handicapées.

1.3.6. Autres secteurs

1.3.6.1. Les maisons médicales

1.3.6.1.1. Historique et objectifs des maisons médicales

Si le Centre de santé intégré est une notion théorique établie depuis 1968 comme un modèle de développement possible des soins de santé primaires, les maisons médicales sont toujours des initiatives de type privé, spontanées, sans aucun lien structurel avec les instances communales, provinciales ou politiques. Les premières structures voient le jour en 1972, 1973 et 1974, respectivement à Tournai, Bruxelles et Liège.

Les maisons médicales[1] sont des associations autogérées proches de la population, dans lesquelles travaillent en équipe des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmières, des paramédicaux, des travailleurs sociaux, et des professionnels de la santé mentale. Dans la représentation classique de l'organisation des soins de santé, elles se situent en première ligne (soins de santé primaires). Les maisons médicales constituent de petites structures proches de la population. Elles s'insèrent dans un quartier et connaissent les spécificités et problèmes de la population locale. Confrontées aux déterminants non médicaux de la santé, d'ordre social, économique et écologique, les maisons médicales développent des partenariats avec la population et ses représentants, travaillent en réseau avec le tissu social et associatif, établissent des relais avec le politique, ainsi qu'avec les organismes compétents en matière de santé.

Il s'agit d'y développer des soins intégrés (curatifs, préventifs, de réhabilitation) et globaux. La démarche préconisée est conçue pour promouvoir, par un travail d'éducation à la santé, l'autonomie du patient dans la prise en charge de ses problèmes de santé. Plus globalement, l'objectif poursuivi vise une plus grande participation de la population à la gestion des Centres de santé.

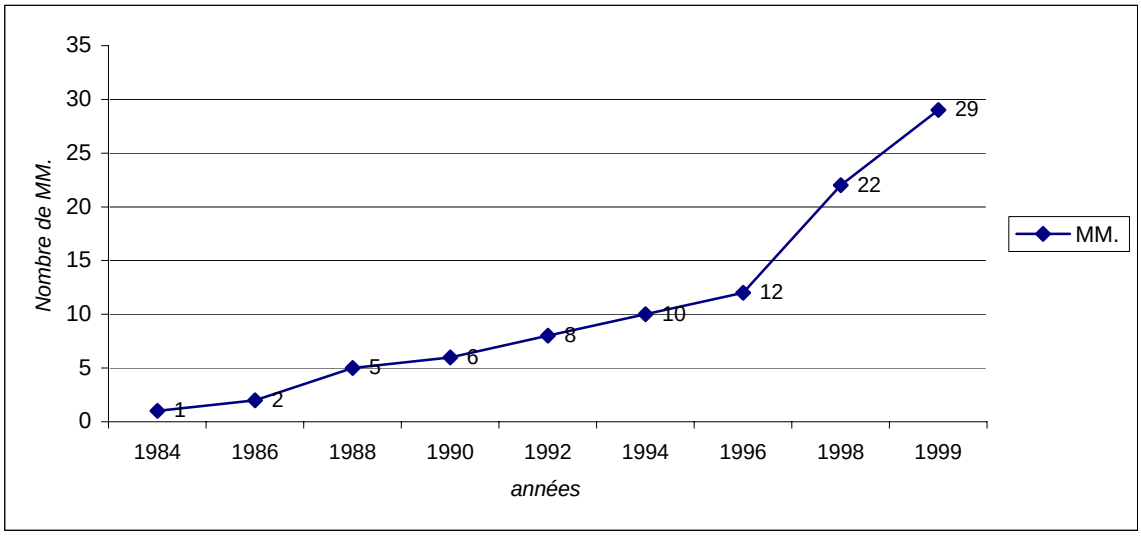
[1] Décret Communauté Française du 29.03.1993 (MB 27.05.93)

1.3.6.1.2. Les maisons médicales forfaitaires

Sur le plan législatif, il a fallu attendre 1983 pour voir apparaître un décret de la CFGB sur les centres de santé prévoyant la mise en place d'une procédure d'agrément et de subsidiation. Quant au remboursement des soins par l'assurance maladie, il a d'abord été effectué à l'acte. C'est en juillet 1984 que la première maison médicale a pu fonctionner au forfait. Depuis, et grâce à ses améliorations successives, le système forfaitaire attire les professionnels. Les prestataires forfaitaires ne peuvent percevoir de ticket modérateur (participation personnelle du patient).

Toutefois, le parrainage d'initiatives à l'acte s'est poursuivi, conduisant la Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de santé francophones (FMMcsf)[2] à encadrer l'activité de 34 maisons médicales en Région wallonne et de 27 structures en Région de Bruxelles-Capitale.

Figure 1.3.6.1.2.1. Evolution du nombre de maisons médicales forfaitaires



Source : Fédération des Maisons médicales et Collectifs de santé francophones asbl [3]

Actuellement, il existe une véritable « explosion » du nombre de centres forfaitaires[4]. Cette croissance trouve son origine dans le passage au forfait d'anciennes structures fonctionnant à l'acte, tandis que de nouveaux centres se créent, souvent en dehors des grands centres urbains. La formule choisie par les nouvelles maisons médicales est celle d'une formule exclusive au forfait.

---

[2] La Fédération des maisons médicales et de collectifs de santé francophones a été créée en 1980 et nous donne son aimable autorisation pour diffuser ces données.

[3] Au moment de la diffusion de cette information, une demi-douzaine de nouvelles maisons médicales au forfait étaient en voie de constitution.

[4] On assiste au même phénomène du côté néerlandophone avec les wijksgezondheid centra.

Depuis 1994, on observe également une croissance importante du nombre de patients inscrits dans le système forfaitaire. Cette croissance est surtout due à l'augmentation du nombre de maisons médicales, la croissance par centre étant assez homogène[5]. L'impact local des centres forfaitaires peut être très important : par exemple, 13% des habitants de la commune de Seraing y sont inscrits. De même, à Forest (commune bruxelloise), 11% des habitants sont inscrits en maison médicale. Liège (200 000 habitants) comptait, en 1997, 3% d'habitants inscrits.

La patientèle des maisons médicales à l'acte est estimée dans une fourchette de 30 000 à 60 000 patients inscrits. Les populations inscrites en maisons médicales sont en général jeunes : plus de 20% ont moins de 14 ans et seules 10% des consultations s'adressent à des plus de 65 ans.

L'analyse d'un certain nombre d'indicateurs sociaux caractérisent la patientèle des maisons médicales : il s'agit en majorité de personnes à faible revenu, et les structures sont majoritairement implantées dans des quartiers populaires. Le niveau d'études analysé auprès de patients consultants l'une d'entre elles [6] montre que 40% d'entre eux n'ont pas dépassé le stade des études primaires.

La situation actuelle présente un bilan optimiste avec 61 maisons médicales en CFGB (d'autres sont encore en voie d'élaboration). Néanmoins, le financement des Maisons Médicales devrait être revu. Le système actuel est loin d'être équitable, la patientèle des MM étant plus vulnérable et requérant un niveau de soins plus important. Le Ministre des Affaires sociales[7] a fait connaître sa volonté d'envisager un financement des MM basé sur les besoins réels en soins du patient (soit d'un montant fixé selon son profil), alors qu'à l'heure actuelle, le forfait par patient inscrit versé par les organismes assureurs est calculé sur base du montant payé par l'INAMI pour tous les assurés. Un ajustement du financement devrait donc intervenir dans un proche avenir.

1.3.6.1.3. Structure de l'emploi dans le secteur des maisons médicales

En 2000, les MM présentaient une structure d'emploi de 621 ETP, soit une croissance de près de 38% en 3 ans. Ce phénomène de croissance est principalement lié à l'augmentation du nombre de structures, surtout entre 1997 et 1999. La croissance de l'emploi est identique en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale. Des divergences dans l'évolution de l'emploi s'observent surtout entre les types de MM : alors que le taux de croissance de l'emploi pour les maisons médicales financées à l'acte est seulement de 18.6% pour la période 1997-2000, il s'élève à 60% pour les MM forfaitaires. Il est vrai que celles-ci présentent une source de financement plus rentable.

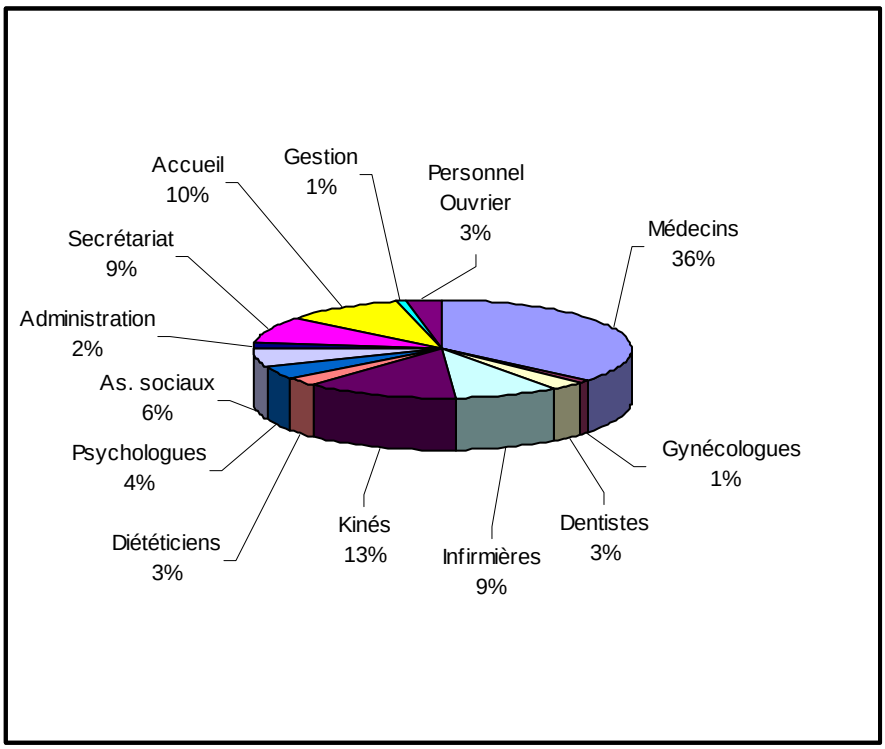
[5] Rarement plus de 100 patients inscrits / mois.

[6] Maison médicale de Seraing.

[7] Communiqué de presse – Ministre F. VANDENBROUCKE – 31.01.2001

En 2000, la structure d'emploi dans les maisons médicales se répartit comme suit :

Figure 1.3.6.1.3.1. Répartition des professionnels employés en maisons médicales : CFGB 2000



Source : Fédération des Maisons médicales et Collectifs de santé francophones asbl

Selon cette répartition, on estime à 56 ETP l'emploi des PAI. Les 27 MM bruxelloises emploient 22 PAI.

Plus de 60% des travailleurs exercent leur fonction à temps partiel dont 33% à mi-temps. Le temps partiel est surtout réservé aux praticiens de l'art infirmier et aux paramédicaux. Dans les MM au forfait, les PAI possèdent un régime de salarié tandis que dans les structures à l'acte, ils ont un régime indépendant[8]. En 1997, 8% du personnel présentait un statut PRC ou ACS. La structure d'âge du personnel des MM, et particulièrement des PAI est jeune et par conséquent, l'ancienneté est peu élevée ; plus de la moitié du personnel est en fonction depuis moins de 5 ans. Cette ancienneté assez faible peut s'expliquer par une croissance importante de l'emploi due à l'ouverture de nouvelles MM ou par le manque de perspectives de carrière ressenti par les PAI dans cet environnement, ou encore par l'intérêt des jeunes pour les possibilités que présente le travail dans ce type d'organisation. Toutefois, l'exercice de la spécialisation en santé communautaire accessible aux infirmières graduées trouve ici un terrain de prédilection.

L'évolution de la structure de l'emploi dans les MM dépendra de multiples facteurs, et notamment, de leur option statutaire, de leur taille, et de leur volonté de se positionner sur le terrain des soins de première ligne.

[8]C'est le cas d'ailleurs de 70% du personnel des maisons médicales.

1.3.6.2. L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)

1.3.6.2.1. Les types de milieux d'accueil

Les tableaux récapitulatifs suivants schématisent les différents types de milieux d'accueil habituels selon leurs principales caractéristiques formelles et leur mode de financement.

Tableau 1.3.6.2.1.1. Les milieux d'accueil subventionnés par l'ONE

	Accueil en collectivité			**Accueil à domicile**
	Crèches	*Prégardiennats*	*MCAE**	*Gardiennes encadrées*
Age des enfants	0 à 3 ans	18 mois à 3 ans	0 à 6 ans	0 à 6 ans
Capacité	18 à 48 places [1]	18 à 48 places	12 à 24 places [2]	1 à 3 places [1]
Participation financière des parents	Selon revenus du ménage - déductible	Selon revenus du ménage - déductible	Selon revenus du ménage - déductible	Selon revenus du ménage - déductible
Ouverture minimum	10 h/jour 5 J/sem. 220 J/an	10 h/jour 5 J/sem. 220 J/an	10 h/jour 5 J/sem. 220 J/an	10 h/jour 5 J/sem. 220 J/an
PO	Pouvoir public ou ASBL	Pouvoir public ou ASBL	Pouvoir public ou ASBL	Pouvoir public ou ASBL
Personnel min. requis [3]	1 puér./7 places 1 inf./48 places ½ inf. ou AS / 48 places	1 puér./9 places 1 inf./48 places ½ inf. ou AS / 48 places	2.5 puér./ 12 enfants ¼ inf. ou AS / 12 enfants	1 inf. ou AS / 20 gardiennes

** Maisons communales d'accueil à l'Enfance*

[1] *sauf dérogation octroyée par l'ONE*

[2] *subvention limitée à 12 places*

[3] *dans la mesure où l'ouverture est d'au moins 10 heures par jour, la structure d'accueil doit avoir recours à du personnel supplémentaire. Le personnel d'entretien et de service n'est pas compté dans le personnel requis.*

Source : Rapport annuel de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (2000)

Tableau 1.3.6.2.1.2. Les milieux d'accueil non subventionnés par l'ONE

	Accueil en collectivité	**Accueil à domicile**
	Maisons d'enfants	*Gardiennes indépendantes*
Age des enfants	0 à 6 ans	0 à 6 ans
Capacité	9 à 24 places [1]	1 à 3 places [1]
Participation financière des parents	Variable - déductible	Variable – déductible
Ouverture minimum	Variable	Variable
PO	Pouvoir public, ASBL ou personne privée	Personne privée
Personnel min. requis	2 adultes (entre 21 et 65 ans) / 9 enfants + fi temps / 3 enfants	1 adulte (entre 21 et 65 ans)

[1] *sauf dérogation octroyée par l'ONE*

Source : Rapport annuel de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (2000)

Depuis quelques années, les formules d'accueil se sont diversifiées[9]. Ainsi, les Haltes garderies accueillent pendant quelques heures des enfants de 0 à 6 ans non accompagnés de leurs parents. Les structures d'accueil occasionnel sont surveillées par l'ONE. Cet accueil est parfois assorti d'une vocation sociale : intégration des enfants défavorisés, travail social mené auprès des parents, etc. D'autres initiatives ont été créées en lien avec les besoins du marché du travail (disponibilité des parents) sous l'impulsion des partenaires sociaux. Le financement de ce secteur est assuré par le Fonds des Equipements et Service Collectifs (FESC), en partenariat avec l'ONE pour ce qui est du contrôle de la qualité. Quatre types d'accueil ont bénéficié de l'impulsion des partenaires sociaux, il s'agit de :

1. L'enfant malade à domicile : Cette initiative permet la présence, au domicile de l'enfant malade (de 0 à 12 ans), durant quelques jours, d'une puéricultrice ou d'une aide familiale ;
2. L'accueil flexible : Il se greffe sur un accueil classique 0 à 3 ans ou sur un accueil extra-scolaire (2.5 à 12 ans) et permet d'accueillir les enfants en dehors des plages horaires habituelles ;
3. L'accueil d'urgence : Est destiné aux enfants (de 0 à 3 ans) dont les parents entrent dans un processus de (ré)insertion professionnelle. Cet accueil se greffe sur les situations d'accueil classique de 0 à 3 ans ;
4. L'accueil extra scolaire : Concerne les enfants de 2.5 à 12 ans accueillis avant ou après l'école et pendant les congés scolaires dans ou en dehors de l'école.

Selon le rapport de l'ONE (2000), les milieux d'accueil subventionnés représentent au 31/12/2000, 20 581 places subventionnées réparties dans 462 structures d'accueil en Communauté française.

[9] Source : Rapport annuel de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (2000)

Le Service Milieux d'accueil subventionnés octroie également des subsides dans le cadre du Fonds Budgétaire Interdépartemental pour l'Emploi (FBIE : 98.5 ETP répartis dans 197 crèches, prégardiennats et MCAE), du fonds de Solidarité – volet 2 (652 places sauvegardées réparties dans 45 MCAE, crèches, maisons d'enfants et haltes-garderies) et du Programme de Transition Professionnelle (PTP : 53.9 ETP répartis dans 51 crèches, maisons d'enfants, services de gardiennes encadrées, haltes-garderies et engagés dans le cadre de l'accueil extrascolaire, intégré, d'enfants malades à domicile et d'urgence).

La répartition des milieux d'accueil peut être présentée sur base de la région d'implantation du centre d'accueil, du type de milieu d'accueil ou du réseau auquel il appartient. Ces distinctions sont présentées dans les tableaux suivants.

Tableau 1.3.6.2.1.3. Répartition des milieux d'accueil de l'enfant selon la province en 1999 et en 2000

Province ou Région	Nombre de milieux d'accueil en 1999	Nombre de milieux d'accueil en 2000
Brabant Wallon	63	64
Bruxelles-Capitale	151	152
Forces belges en Allemagne	1	1
Hainaut	112	113
Liège	93	94
Luxembourg	32	33
Namur	54	54
Total	**506**	**511**

Source : cadastre de l'emploi de l'ONE, Calculs SESA

Tableau 1.3.6.2.1.4. Répartition des milieux d'accueil selon leur appartenance à un réseau

Réseau	Nombre de milieux d'accueil en 1999	Nombre de milieux d'accueil en 2000
Libre	184	186
Officiel	322	325
Total	**506**	**511**

Source : cadastre de l'emploi de l'ONE, Calculs SESA

Tableau 1.3.6.2.1.5. Répartition des milieux d'accueil selon la catégorie d'enregistrement

Catégorie d'enregistrement	Nombre de milieux d'accueil en 1999	Nombre de milieux d'accueil en 2000
Crèches	240	242
Crèches non-subsidiées	1	1
Halte-accueil	7	7
MCAE*	89	91
Maisons d'enfants	18	18
MCAE non-subsidiées	22	22
Prégardiennats	40	40
Services de gardiennes	67	68
Services de gardiennes encadrés par une crèche	20	20
Services de gardiennes encadrés par une MCAE	2	2
Total	**506**	**511**

** Maisons Communales d'Accueil à l'Enfance*

Source : cadastre de l'emploi de l'ONE

1.3.6.2.2. Evolution de la capacité d'accueil subventionné et non subventionné par l'ONE

L'augmentation des places d'accueil a été particulièrement sensible dans l'accueil subventionné. Le tableau 1.3.6.2.2.1. permet d'observer depuis 1973, un accroissement de près de 15 000 places. La capacité totale des places d'accueil est actuellement constituée en grande majorité par des places subventionnées par l'ONE (75.2%). Cela représente un renversement de tendance par rapport à la situation observée au début des années septante. A cette époque, plus de 50% des places étaient des places privées (gardiennes indépendantes et maisons d'enfants). Ainsi, malgré les difficultés budgétaires, la proportion de milieux d'accueil financés par les pouvoirs publics est restée relativement favorable. Mais comme on peut le voir, cette évolution a d'abord profité aux crèches, puis à partir de fin 1980, l'accueil subventionné a davantage profité à l'accueil à domicile. Toutefois, on constate ces dernières années une stabilisation de cette évolution, la capacité d'accueil ayant même régressé de 1999 à 2000 (particulièrement dans les modalités de garde à domicile).

Tableau 1.3.6.2.2.1. Evolution des capacités d'accueil en Communauté française de Belgique

	1973	**1976**	**1985**	**1990**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**
Crèches	3371	4810	7263	8054	8956	9022	9067	9094	9178	9202
Prégardiennats	2620	2750	1322	1024	914	932	912	912	912	906
MCAE	0	0	0	0	900	960	984	1020	1068	1092
Gardiennes encadrées	0	2315	4785	7410	9231	9261	9261	9321	9321	9381
M. Enf.	1911	1870	1431	2635	3651	3782	4326	4434	4616	4503
G. indép.	5020	6183	5206	2737	2757	2418	2368	2348	2320	2293
Total	**12922**	**17928**	**20007**	**21860**	**26409**	**26375**	**26918**	**27129**	**27415**	**27377**

Source : Rapport de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (2000)

Tableau 1.3.6.2.2.2. Evolution des capacités d'accueil en Communauté française de Belgique : comparaison 1973 à 2000

Comparaison de l'évolution des capacités d'accueil en collectivités et à domicile (en %)					
	1973	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**
Capacité totale en collectivité	61.2	50.1	53.6	54.6	57.4
Capacité totale à domicile	38.8	49.9	46.4	45.4	42.6
Total général	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Comparaison de l'accueil subventionné et non subventionné (en %)					
	1973	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**
Capacité totale sub. ONE	46.4	66.8	75.4	75.7	75.2
Capacité totale non sub. ONE	53.6	33.2	24.6	24.3	24.8
Total général	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Source : Rapport de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (2000)

1.3.6.2.3. Structure de l'emploi dans le secteur d'accueil de la petite enfance

Un cadastre de l'emploi reprenant une série de données relatives aux différents types d'emploi occupés ainsi que les profils des individus qui occupent ces emplois a été conçu en 1998 par les services de l'ONE et a permis de recueillir des données sur les différentes prestations des personnels occupés dans les milieux d'accueil subventionnés. Une mise à jour a été assurée pour 1999 et 2000. Ces cadastres doivent permettre d'élaborer des statistiques précises d'emploi sur une base régionale.

L'analyse des données des deux derniers cadastres réalisés par l'ONE, soit pour les années 1999 et 2000, nous révèlent **les emplois requis** par les milieux d'accueil de l'enfance. En CFGB, 506 milieux d'accueil de l'enfant requièrent 656 emplois d'assistantes sociales (+/- 298 ETP), 444 emplois d'infirmières (+/- 247 ETP) et 3 661 emplois de puéricultrices (+/- 2 615 ETP) en 1999[10]. En 2000, 511 milieux d'accueil requièrent 616 emplois d'assistantes sociales (277 ETP), 466 emplois d'infirmières (255 ETP) et 3 716 emplois de puéricultrices (2 662 ETP).

Le Tableau 1.3.6.2.3.1. présente **le nombre de personnes** en ETP qui exercent effectivement un emploi dans ce secteur (selon les déclarations des milieux d'accueil).

Tableau 1.3.6.2.3.1. Nombre de personnes actives dans le secteur d'accueil de l'enfance (en ETP)

	Situation en 1999 (ETP)			**Situation en 2000 (ETP)**		
	AS	Inf.	Puér.	AS	Inf.	Puér.
Crèches	112	230	2 325	112	242	2 428
Prégardiennat	9	20	143	6	19	156
MCAE	29	5	422	30	6	446
Gardiennes	160	2	9	167	3	9
Services de gardiennes encadrées par une crèche	8	0	11	9	0	12
Services de gardiennes encadrées par une MCAE	1	0	1	1	0	1
Crèches FDS 2	0	0	4	*	*	*
MCAE FDS 2	5	2	76	*	*	*
Maisons d'enfants FDS 2	7	2	81	*	*	*
Halte garderie FDS 2	3	3	50	*	*	*
Total	**334**	**264**	**3 122**	**325**	**260**	**3 052**

* ces milieux d'accueil non subsidiés par l'ONE ne sont pas repris dans le cadastre de l'emploi 2000

Source : cadastre de l'emploi de l'ONE – Calculs : SESA (UCL)

[10] La base de données de 1999 n'indique pas le nombre d'ETP requis par profession. Aussi, nous avons reporté le rapport (nombre de postes/nombre d'ETP) calculé en 2000 afin d'obtenir une approximation du nombre d'ETP requis en 1999.

Alors que le développement des structures d'accueil de la petite enfance devrait permettre la création d'emplois dans ce secteur, l'année 2000 enregistre un effectif de professionnels actifs inférieur au total enregistré en 1999, et ce, que l'on envisage les assistants sociaux, les infirmiers ou les puéricultrices. Or l'actualité témoigne souvent de l'inadéquation entre l'offre de garde d'enfants et la demande effective (particulièrement à Bruxelles où les listes d'attente sont longues). Les besoins resteraient donc encore insuffisamment couverts.

La dernière "Lettre mensuelle socio-économique du CCE attire l'attention sur la baisse du taux d'activité des femmes (25-35 ans) avec enfants. La présence d'une infrastructure d'accueil d'enfants adéquate et peu coûteuse aiderait à envisager davantage la poursuite d'une carrière professionnelle.

Cette création d'emplois pourrait relever le taux d'activité féminin, blanchir une offre de travail au noir qui représente un manque à gagner pour la collectivité en termes de recettes fiscales, et réduire le chômage dans ce secteur. Selon les statistiques de chômage, le nombre approximatif de puéricultrices sans emploi est de 2 861 CCI[11].

Le secteur d'accueil de l'enfance joue donc un rôle important dans la remise au travail des sans emploi. Ainsi, en 2000, les emplois de type ACS, PRIME, TCT, FBI, PTP, Maribel, etc. représentent 32.4% de l'emploi subventionné dans les milieux d'accueil de la CFGB. Cependant, l'entreprise porte en elle-même un contresens. D'une part, l'accueil d'enfants requiert de nombreuses compétences tant sur le plan technique que sur le plan relationnel. D'autre part, la création de postes temporaires entraîne une rotation importante du personnel dans les milieux d'accueil alors que la stabilité du personnel devrait y être encouragée : elle est un élément indispensable au développement affectif de l'enfant, comporte un caractère rassurant pour les parents et pour l'enfant, et enfin, facilite l'organisation du travail en équipe.

Selon une enquête réalisée par le CERISIS[12], seuls 12 % des travailleurs d'un milieu d'accueil n'ont pas le diplôme du secondaire supérieur alors que 63 % en sont détenteurs ou ont suivi une formation parallèle qui ne requiert pas ce diplôme.

Les gardiennes et responsables de maisons d'enfants doivent avoir une formation ou une expérience utile évaluée par l'ONE. Depuis 1995, une collaboration s'est établie entre l'ONE et l'IFPME (Institut de Formation des classes moyennes et des petites entreprises), chargé d'organiser et de coordonner des formations débouchant sur des métiers d'indépendants et de chefs d'entreprise. Un programme de formation avait été établi avec le concours de la Fédération professionnelle des gardiennes, de l'ONE et de l'IFPME. Ce programme de formation, en horaire décalé, allie formations pratiques et théoriques, stages et évaluation finale. L'évaluation réalisée avec les intervenants locaux démontre une grande satisfaction quant à la qualité de la formation.

On constate par ailleurs que parmi les puéricultrices sans emploi, 98.9 % sont diplômées de l'enseignement secondaire supérieur. Il s'agit donc ici d'entrevoir la possibilité de mise au travail d'une population sans emploi à condition d'acquérir les qualifications nécessaires par le biais d'une formation complémentaire adéquate.

---

[11] Ce total approximatif se répartit comme suit : Flandre (situation au 31.12.1999) : 820 ; Bruxelles (Moyenne 1999) : 306 ; Wallonie (situation au 31.12.1999) : 1.735.

[12] GILAIN B., JADOUL B., NYSSEN M., PETRELLA F., *Les services de proximité : quels modes d'organisation socio-économiques pour quels enjeux*, UCL, Charleroi, 98/6.

Toutefois, certaines activités du secteur comme les tâches d'intendance et d'entretien présentent un caractère plus propice à la réinsertion. Le Code de qualité d'accueil de l'Enfant[13], entré en vigueur à l'été 1998, est certes encourageant. Sa mise en œuvre pourra peut-être livrer des pistes de réflexion et aboutir à des améliorations pour une organisation optimale du secteur.

1.3.6.2.4. L'action médico-sociale

1.3.6.2.4.1. Les missions de l'action médico-sociale

L'O.N.E a pour mission d'encourager et de développer la protection de la femme enceinte, de la mère et du jeune enfant par le biais de l'action médico-sociale. La mise en oeuvre de ces missions représente un volume d'activités important, lié au volume des naissances. Parmi ces activités, on relève notamment les contacts avec les mères en maternité, le suivi à domicile le plus tôt possible après la naissance du bébé, la mise en place d'un suivi préventif réalisé dans le cadre des consultations pour enfants. Concrètement, les travailleurs médico-sociaux assurent les services suivants :

- Organisation de consultations prénatales de quartier, hospitalières ou en centre néonatal ;
- Organisation des services pré et post natal ;
- Organisation des services de liaisons dans les maternités ;
- Organisation de séances de consultation pour enfants que ce soit dans un local fixe ou dans des cars ambulants ;
- Réalisation de visites à domicile.

L'activité médico-sociale se déploie dans chaque province francophone et en Région de Bruxelles-capitale. Les travailleurs médico-sociaux sont regroupés en 79 équipes.

[13] Arrêté du Gouvernement de la Communauté Française du 31.05.1999 (MB 21.12.1999).

1.3.6.2.4.2. Structure de l'emploi de l'action médico-sociale

L'emploi des TMS est intimement lié à la natalité en Communauté française. En 10 ans, les naissances ont augmenté de 5.6% à Bruxelles[14] et diminué de 7% en Wallonie.

Du point de vue des missions de l'ONE, chaque cohorte de naissances représente un volume d'activité et de projets concrétisés notamment par les contacts avec les mères en maternité, le suivi à domicile le plus tôt possible après la naissance du bébé, la mise en place d'un suivi préventif réalisé dans le cadre des consultations pour enfants et des milieux d'accueil[15].

Tableau 1.3.6.2.4.2.1. Récapitulatif des emplois TMS à l'ONE - Situation 2001

PAI	Bruxelles Capitale		Brabant Wallon		Hainaut		Liège		Luxembourg		Namur		CFGB Total	
	Etp	**P.P.**	**Etp**	**P.P.**	**Etp**	**P.P.**	**Etp**	**P.P.**	**Etp**	**P.P.**	**Etp**	**P.P.**	**Etp**	**P.P.**
A1	18,5	21	9	11	66,3	77	4	5	6,3	7	43,1	51	**147,1**	**172**
A1+spéc.	33,9	45	14,6	18	50,8	61	76,3	88	13,3	16	0	0	**188,9**	**228**
Accoucheuses	3,5	6	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	**5,5**	**8**
TOTAL PAI	**55,9**	**72**	**24,6**	**30**	**118,1**	**139**	**80,3**	**93**	**19,6**	**23**	**43,1**	**51**	**341,5**	**408**
AS	79,1	94	16,5	19	76	86	45	52	15,1	23	18,6	21	**250,2**	**295**

Note: Qualification non déterminée : 4PP

Source : ONE, Secteur des TMS et Service des Etudes, avril 2002

Peu de commentaires nous ont été fournis quant à la structure de l'emploi de l'action médico-sociale de l'ONE. La structure d'âge des PAI nous indique que 7.8% d'entre eux a moins de 30 ans, la majorité d'entre eux (36%) se situant dans la tranche d'âges de 40 à 50 ans. Il faut toutefois être attentif au fait que 30% d'entre eux ont plus de 50 ans.

Les modalités contractuelles de leur engagement font état de seulement 16.5% de contrat à durée indéterminée, les autres sont titulaires de contrats de « stagiaire » ou de contrats de remplacements. La structure des qualifications de PAI fait apparaître un emploi privilégié d'infirmiers gradués spécialisés (social, pédiatrique, etc.) et d'accoucheuses.

[14] Les naissances à Bruxelles incluent un nombre imprécisé d'enfants néerlandophones (entre 15 et 20% selon les estimations).

[15] Cit. In Rapport annuel de l'ONE, 2000.

L'organisation des milieux d'accueil a été évoquée au point 1.3.6.2.1. ci-dessus.

1.3.6.3. La Fares

La Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé (Fares) est une association qui se consacre à la prévention du tabagisme, à la prévention et au suivi de la tuberculose et des affections respiratoires chroniques. Les missions de la Fares sont déterminées en accord et avec le soutien de la Communauté française.

La structure de l'emploi se présente comme suit :

	ETP	**P.P.**
PAI	9	12
AS	2	2
P. Administratif	6.3	12
Médecin	2	4

Source : Fares, situation au 31.12.2001

1.3.6.4. Les centres psycho-médico-sociaux et l'inspection médicale scolaire

Les centres psycho-médico-sociaux (IMS - PMS)[16] dépendent du Ministère de l'Education, de la Recherche et de la Formation. Les centres contribuent à rendre optimales les conditions de vie psychologiques, pédagogiques, médicales, paramédicales et sociales de l'élève et de son entourage éducatif immédiat. Ils fournissent également aux élèves, aux personnes qui exercent la puissance parentale, aux autorités scolaires et à tous ceux qui participent directement au processus éducatif et pédagogique des élèves, des informations et des avis concernant les possibilités scolaires et professionnelles en vue de promouvoir le processus de choix individuel. Les centres PMS sont également chargés d'accomplir les missions spécifiques liées à l'enseignement spécial, de procéder à la délivrance de documents officiels visant à l'orientation scolaire ou aux dérogations à l'obligation scolaire, de fournir des informations concernant les possibilités en matière d'études, de formations et de professions.

La loi du 21.03.1964 rend l'inspection médicale scolaire (IMS) obligatoire pour tous les établissements scolaires de plein exercice et en régit l'organisation.

[16] Le statut du personnel a été reconsidéré dans le Décret de la Communauté française du 31.01.2002 (MB 14.03.2002). Un projet de décret (octobre 2001) est en gestation à la C.F. et vise à réorienter les missions actuelles de l'IMS / PMS.

En 2000-2001, le nombre de centres IMS - PMS en CFGB s'établit comme suit :

Centres PMS communaux subventionnés	15
Centres PMS provinciaux subventionnés	35
Centres PMS libres subventionnés	68
Centres PMS de la Communauté française (non subventionnés)	39

Le nombre de structures[17] est stable depuis 5 ans.

L'emploi se distribue sur diverses qualifications : les conseillers psycho-pédagogiques (souvent psychologues), les auxiliaires sociaux (souvent assistants sociaux), les assistants psycho-médicaux (PAI) et les fonctions administratives et de direction réparties sur diverses qualifications.

L'estimation établie en 2000/2001 recense 1 606 personnes physiques employées dans les centres PMS et à l'IMS dont 328 PAI. Cet effectif est en légère augmentation depuis ces 5 dernières années.

1.3.6.5. La médecine du travail

La mission essentielle de l'Inspection médicale est la surveillance de l'application de la totalité des dispositions légales et réglementaires relatives au bien-être au travail dans ses aspects d'hygiène du travail et des lieux de travail ainsi que de la santé des travailleurs[18].

En 1999, le nombre de postes de travail occupés par des PAI s'élève à 1 703 pour le pays, correspondant à 592 Etp.

1.4 Synthèse

Dans ce chapitre, on a mesuré l'importance des secteurs d'activité dans le champ de la santé et de l'aide sociale. On a constaté également l'importance des évolutions qui se sont produites au cours des vingt dernières années et en particulier de 1995 à-2000. Une grande partie de l'hébergement en hôpital a été transféré vers les MRPA, MRS et SAD, provoquant une croissance considérable de ces derniers secteurs. L'hôpital a cependant continué à développer ses activités grâce à une rotation plus rapide des patients, la création d'hôpitaux de jour et de consultations ambulatoires. Ces transformations ont eu une incidence tant quantitative que qualitative sur l'emploi. Le tableau 1.4.1. reprend en

[17] Le nombre de structures comme l'encadrement sont fonction de la population scolaire.

[18] Ministère de l'Emploi et du travail, section Hygiène et Médecine du travail

abrégé les conclusions de nos diverses analyses pour la CFGB : effectifs et ETP du personnel occupé dans chaque secteur en 2000 et quelques indicateurs de croissance concernant l'infrastructure des services, leur utilisation et l'emploi.
Ces données récoltées auprès des institutions elles mêmes ou auprès des instances qui les récoltent (MSP, INAMI) comprennent certes des lacunes mais elles nous paraissent marginales par rapport à l'ensemble du puzzle ainsi reconstitué, du moins en ce qui concerne l'importance du personnel occupé. On souhaiterait certes plus de précision concernant les qualifications, la structure d'âge, le temps de travail. Beaucoup de progrès reste à faire dans la récolte et le traitement de ces données.

Tableau 1.4.1. Evaluation de l'emploi par secteur et de son évolution dans le champ de la santé et de l'action sociale en CFGB

Secteur d'activité	Emploi en. 2000	Indicateurs de croissance		
		De l'infrastructure	**De l'utilisation**	**Du personnel**
Hôpitaux	1997 ETP = 50 189	Lits 1984-99 HG = -18% Hpsy = -23%	Admissions 1984-98 HG = +24% Hpsy = +56%	1991-97 Emploi total +6% PAI = +10% Soignants = -15%
MRS-MRPA	2000 ETP = 14 287	N. places 1984-99 = +80% 1997-01 =+3% 1998-03 : 2080 places /an MRPA→ MRS	1995-00 N.résidents = +18% Tx hébergement /1000 Hab > 80 ans = +20%	1995-00 PAI = +27% Soignants = +11% Kinés & paramédicaux = +94%
SAD	1998 PAI ETP = 3 295 PAI PP = 5 326 AF+AM= 4 972 AF+AM PP=6 600		1995-00 N actes SI = +68% Aide aux familles et aux PP. AA = +36%	1995-98 PAI ETP= +38% PAI PP = +11% 1995-99 AF+AM ETP =+19% AF+AM PP = +31%
Handicapés	2000 ETP = 8 160 PP = 11 181			
Maisons médicales	2000 ETP = 621			
ONE	2000 (subsidié) ETP = 3347	1995-00 Capacité accueil = +4%		
IMS-PMS	2000 ETP = 1606			
Médecine du travail	1999 ETP = 266 PP = 766			
Total CFGB	ETP =86743			

Source : Données en provenance des institutions elles-mêmes, du MSP et de l'INAMI, calculs SESA/UCL

Les effectifs de professionnels seront encore abordés au chapitre 2 en analysant chaque profession séparément avec sa filière de formation et ses débouchés, tandis que le chapitre 3 dressera un tableau général de l'emploi à partir des grandes banques de données du Ministère de l'emploi et du Travail.

CHAPITRE 2. LES PROFESSIONS

Les différentes professions actives dans le champ de la santé et de l'aide sociale sont présentées dans ce chapitre. L'accès à la profession, les titres et diplômes délivrés et la formation requise y font l'objet d'une attention particulière. Les données concernant les effectifs d'étudiants en formation et de professionnels présents sur le marché, dans la mesure où elles sont disponibles, sont également reprises. Toutefois, pour les infirmiers, les soignants, les assistants sociaux et les éducateurs, on voudra bien se reporter à la présentation détaillée qui en est faite dans la seconde et la troisième partie de l'ouvrage.

Le personnel médical occupe une place centrale dans le développement des systèmes de santé et la médicalisation des soins de santé s'accompagne d'une professionnalisation des différents services et acteurs exerçant l'art de guérir et l'art de soigner ou apportant de l'aide aux personnes. Ces différentes professions se sont développées et spécialisées. Leur qualification augmentant, il est aussi devenu nécessaire de leur adjoindre du personnel auxiliaire bien formé mais moins qualifié qui peut apporter une aide précieuse, en particulier pour les tâches logistiques, hôtelières ou administratives.

2.1. Les médecins

2.1.1. Evolution de la médicalisation

L'accroissement du niveau de vie et les progrès de la médecine génèrent une croissance de la demande de soins médicaux et, en conséquence, du nombre de médecins. Nous retracerons rapidement cette évolution en utilisant principalement les données résultant du dépouillement du fichier des médecins tenu par le SESA depuis 1975.

Au cours du XXe siècle, les effectifs de médecins en Belgique ont été multipliés par dix. Dès 1975, le niveau déjà élevé de la densité médicale et l'attrait croissant des études de médecine laissaient entrevoir l'éventualité d'une pléthore. Les 25 années qui ont suivi ont vu les effectifs et la densité de médecins quasiment doubler tant en Wallonie que dans l'ensemble du pays ; cette dernière passe ainsi de 18 à 35 médecins actifs pour 10.000 habitants. Pendant la même période, la Région de Bruxelles - Capitale, bien que déjà fortement médicalisée, double également sa densité de médecins (de 38 à 77) et la Flandre, qui l'était moins, voit ses effectifs augmenter plus rapidement, croissance compensée, il est

vrai, par une augmentation de sa population, si bien que le résultat en termes de densité est également un doublement.

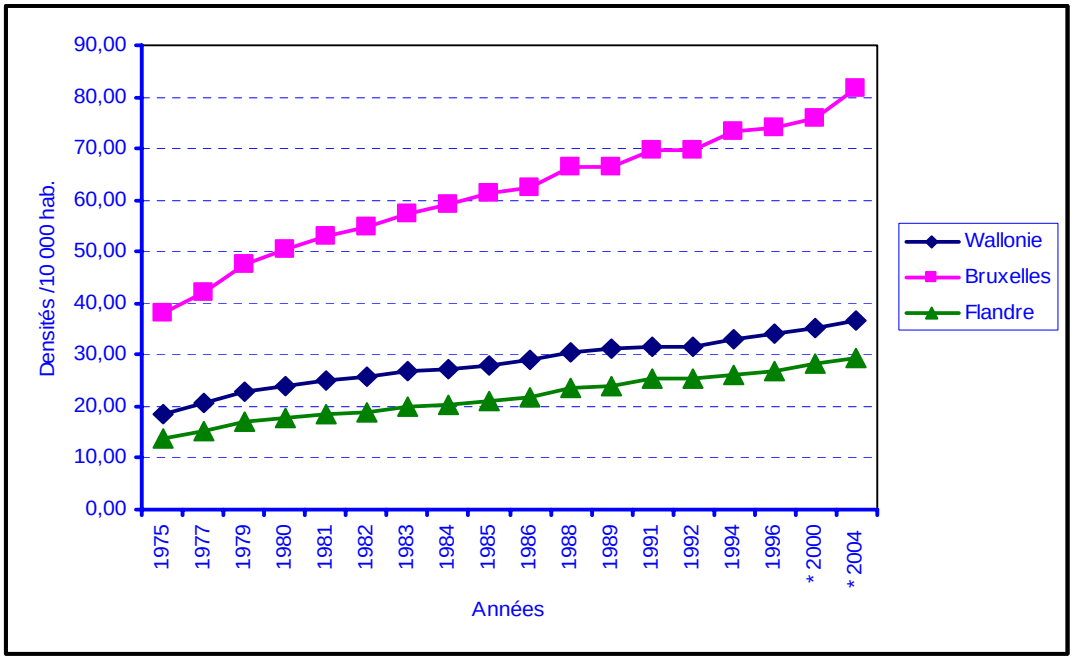
Tableau 2.1.1.1. Nombre de médecins actifs et densité pour 10.000 habitants selon les régions - Evolution 1975 - 2004

	Nombre de médecins actifs[1]				Densité/10.000 habitants			
	Wallonie	**Bruxelles**	**Flandre**	**Pays**	**Wallonie**	**Bruxelles**	**Flandre**	**Pays**
1975	6.003	4.000	7.741	17.744	18,68	38,07	13,95	18,08
1980	7.700	5.040	10.047	22.787	23,85	50,39	17,83	23,10
1985	9.002	5.990	12.010	27.002	28,08	61,34	21,16	27,39
1991	10.313	6.618	14.784	31.715	31,48	69,57	25,51	31,64
1996	11.207	6.889	15.957	34.053	33,81	72,66	27,14	33,57
*** 2000**	11.729	7.210	16.701	35.640	34,96	77,18	28,04	34,78
*** 2004**	12.295	7.558	17.506	37.358	36,40	81,65	29,20	36,28

Source : fichier SESA in Info-Santé
* = projection, calculs SESA.
[1] : On entend ici par médecin actif un médecin ayant une pratique médicale en Belgique. Sont donc exclus les médecins belges actifs à l'étranger et ceux qui n'exercent pas une activité liée à la médecine : on en dénombre 4.319 (2.981 hommes et 1.338 femmes) parmi les médecins ayant moins de 66 ans (soit 11,7% de en vie dans cette catégorie d'âge) et 1.740 âgés de 66 à 75 ans.
Note : 1996 constitue la dernière année disponible.
Les années 2000 et 2004 expriment donc des prévisions.
Les données statistiques des années 1990 et 1995 ne sont pas disponibles.

La croissance affecte de manière similaire les généralistes et les spécialistes; les effectifs des uns et des autres se maintiennent quasi à égalité.

Figure 2.1.1.1. Evolution de la densité de médecins actifs selon les régions 1975 - 2004



Source : fichier SESA in Info-Santé
Voir note Tableau 2.1.1.1.

2.1.2. L'évolution de la structure par âge et sexe

Les faits marquants de l'évolution ne concernent pas seulement l'importance des effectifs mais aussi leur répartition par âge et sexe. Le pourcentage de femmes dans l'ensemble du corps médical passe de 13,6 à 26,9% ; de plus, parmi les promotions récentes (26-30 ans), les femmes sont désormais majoritaires. En 2020, on peut prévoir qu'il y aura autant de femmes que d'hommes médecins.

Malgré la longueur des études, la structure d'âge du corps médical est très jeune ; près de la moitié des médecins actifs ont moins de 41 ans, tant en 1975 qu'en 1996. Les choses vont cependant changer. On va d'abord assister à un vieillissement par le haut de la pyramide des âges qui, de triangulaire, prendra progressivement une forme carrée. L'effet du numerus clausus se fera sentir ensuite en fonction de la diminution des nouvelles promotions.

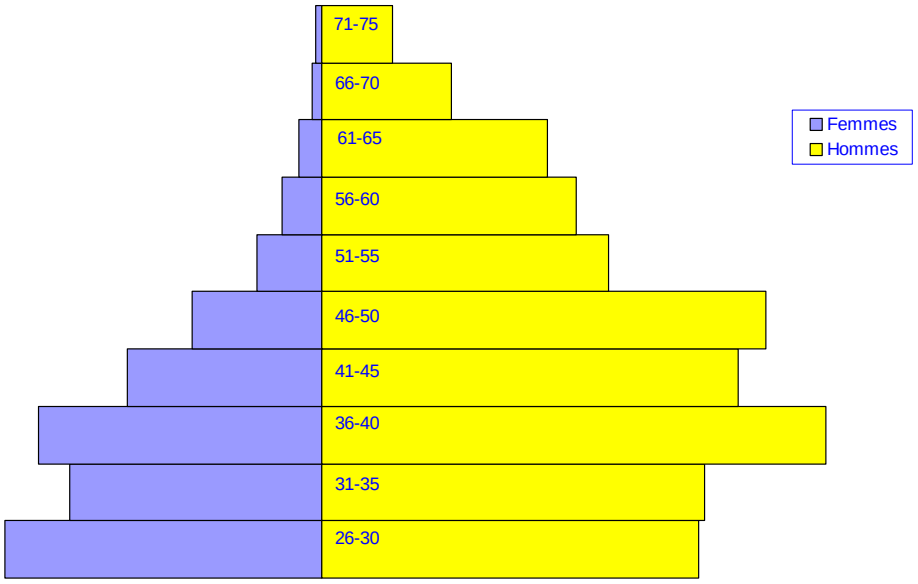
Ces modifications structurelles selon le sexe et l'âge ont un impact important sur l'offre de travail médical. Les femmes sont souvent aussi actives que les hommes mais leur temps de travail est de 20% moins élevé. L'activité des médecins culmine à l'approche de la cinquantaine, elle décroît ensuite et se termine de plus en plus souvent vers 65 ans. En 1996, 45 % des médecins âgés de 66 à 75 ans poursuivaient encore une certaine activité.

Tableau 2.1.2.1. Structure par âge et sexe des médecins actifs en Communauté française, candidats spécialistes inclus : 1975-1996

	1975			1996		
	Hommes %	**Femmes %**	**Total** (ca)	**Hommes %**	**Femmes %**	**Total** (ca)
26-30 ans	78.3	21.7	**1.953**	54.2	45.8	**2.666**
31-35 ans	82.4	17.6	**1.424**	60.3	39.7	**2.443**
36-40 ans	85.6	14.4	**1.175**	64.0	36.0	**3.025**
41-45 ans	88.2	11.8	**1.198**	68.1	31.9	**2.347**
46-50 ans	91.1	8.9	**1.024**	77.3	22.7	**2.208**
51-55 ans	89.9	10.1	**832**	81.4	18.5	**1.355**
56-60 ans	93.6	6.4	**576**	86.4	13.6	**1.131**
61-65 ans	92.6	7.6	**503**	90.6	9.4	**957**
66-70 ans	92.6	7.4	**391**	92.7	7.3	**536**
71-75 ans	94.6	5.1	**314**	92.2	7.4	**296**
Total	**86.4**	**13.6**	**9.390**	**70.0**	**30.0**	**16.964**

Source : fichier SESA in Info-Santé

Figure 2.1.2.1. Structure d'âge des médecins actifs en Communauté française en 1996 (candidats spécialistes inclus)



Source : fichier SESA in Info-Santé

2.1.3. La médicalisation selon les régions

Toutes les régions présentent des densités très élevées. Des différences apparaissent cependant : la médicalisation est nettement plus forte en Wallonie et surtout à Bruxelles, ainsi qu'il apparaît au tableau suivant reprenant les données de 1996.

De manière générale, la densité en Communauté française et germanophone (CFGB[10]) dépasse de 20% la moyenne du pays alors que celle de la Communauté flamande lui est inférieure de 14%.

Tableau 2.1.3.1. Répartition des médecins actifs par région et spécialité : 1996

	Nombre de médecins				Densité/10.000 habitants		
	Spécialistes	**Généralistes**	**Candidats Spécialistes**	**Total***	**Spécialistes**	**Généralistes**	**Total**
Wallonie	4.905	5.248	1.100	**11.323**	14,80	15,83	**34,16**
Flandre	6.516	7.642	1.517	**15.716**	11,08	13,00	**26,73**
Bruxelles	3.426	2.477	1.086	**7.015**	36,13	26,13	**73,99**
Pays	14.847	15.367	3.703	**34.054**	14,64	15,15	**33,57**
Ctés française & germanophone	7.474	7.106	1.886	**16.556**	18,22	17,33	**40,37**
Communauté flamande	7.373	8.261	1.817	**17.498**	12,20	13,67	**28,96**

Source : SESA in Info-Santé
* Y compris les médecins dentistes

La présence, à Bruxelles, de plusieurs hôpitaux universitaires recevant des patients référés par les hôpitaux de province explique partiellement la concentration de médecins spécialistes que l'on y observe. De plus la demande de soins spécialisés par habitant y est supérieure à celle de la province. Le même raisonnement ne vaut cependant pas en ce qui concerne les généralistes ; au contraire, la consommation par habitant y est plus faible.

La Communauté française a bénéficié plus tôt que la Flandre de l'engouement des jeunes universitaires pour les études de médecine. Par ailleurs, l'état de santé de la population wallonne accuse encore les effets de la première révolution industrielle, ce qui engendre une demande de soins plus importante.

[10] Lorsque les données concernent la CFGB, elles portent sur la Wallonie et les Francophones de Bruxelles - Capitale. Lorsqu'il s'agit de la population, nous avons adopté 83% comme étant le pourcentage de francophones à Bruxelles.

2.1.4. Croissance, pléthore et numerus clausus

Au début des années '70, les entrées en faculté de médecine ont atteint des records historiques, spécialement du côté francophone. Dès ce moment, on s'est demandé si cette « marée blanche » pouvait mener à une pléthore médicale.

Ce n'est qu'en 1996, qu'une décision est intervenue en vue de limiter l'offre médicale à partir de 2004. L'application de cette mesure atteint les candidatures depuis 1977 mais de manière différente selon les régions.

Tableau 2.1.4.1. Etudiants belges en médecine selon le régime linguistique et le sexe : 1ère candidature 1970-2000

	Etudiants Néerlandophones			Etudiants Francophones		
	Masculin	Féminin	Sans distinction	Masculin	Féminin	Sans distinction
1970	1.154	359	1.513	1.224	435	1.659
1975	1.043	342	1.385	1.023	575	1.598
1980	854	440	1.294	721	533	1.254
1985	481	448	929	487	512	999
1990	401	496	897	439	526	965
1995	465	563	1.028	468	628	1.096
1999-2000*	341	446	787	381	564	945

Source : BSU, in Info-Santé

**Calculés sur la base de la proportion des 1ères années par rapport au total du 1er cycle.*

On s'est beaucoup interrogé à propos des effets de la croissance sur la pratique des médecins et l'efficience du système de santé. Les auteurs s'accordent généralement à dire que la capacité des médecins à générer la demande est limitée. Les moteurs essentiels seraient plutôt le développement des connaissances et des techniques en matière de diagnostic et de thérapeutique. Parallèlement, une culture sanitaire se développerait dans la population, si bien que la demande de santé grandit et s'exprime en demande de soins. Le processus est en tout cas plus complet que la simple induction de la demande par le prestataire.

Plusieurs études récentes ont pu observer que le temps de travail des médecins n'avait pas diminué entre 1975[11] et 1999[12]. Il s'élève en moyenne à près de 60 h/semaine, avec toutefois une exception notable parmi les jeunes généralistes bruxellois qui sont nombreux à souffrir de la pléthore. On remarque toutefois que de nouvelles pratiques sont adoptées par les médecins : développement des activités préventives, diversification des types et lieux d'activité, chaque médecin exerçant en plusieurs endroits et selon des modalités différentes, médecines alternatives, allongement du temps de contact médecin - patient, formation continuée et formations complémentaires fréquentes.

---

[11] DELIEGE D., LEROY X., *L'exercice de la médecine, modalités et servitudes*, résultats d'une enquête auprès des médecins, Louvain, Nauwelaerts, 1976, 138 p.

[12] X. LEROY., *Charge de travail des médecins en 1996*, Rapport de recherche au Ministre de la Santé Publique, avril 1997, 27 p. + tableaux annexes. Présentation dans : Le Journal du Médecin, Bruxelles, 22 avril 1997, pp 2-6.
ANTOINE L., LORANT V., DELIEGE D., *Charge de travail et "mal emploi" des médecins*, Une enquête en Communauté française de Belgique, 2000.

On a pu ainsi constater lors de l'enquête menée en 1999 que 39% des médecins avaient acquis un diplôme ou une formation spéciale autre que celles menant aux spécialisations reconnues par l'INAMI. Dans de nombreux domaines, des fonctions se créent qui nécessitent des médecins ayant des compétences spécifiques. Parmi les plus récentes, citons celle de Directeur médical dans les hôpitaux et celle de Médecin coordinateur en MRS.

En matière d'efficience du système de santé, la haute densité médicale de notre pays et les coûts élevés liés à la santé ne génèrent pas, semble-t-il, un niveau de santé supérieur à celui des pays voisins, tels la France ou les Pays-Bas[13]. Le Ministère belge de la Santé Publique s'est en tout cas rallié à la thèse selon laquelle une croissance incontrôlée du nombre de médecins, loin de profiter à la Santé Publique, serait nocive à l'équilibre du système. Cette thèse rejoignant celle défendue, pour d'autres motifs, par les syndicats médicaux, un numerus clausus a pu être décidé en 1996. La Commission de planification de l'offre médicale a déterminé le nombre de médecins qui pourront avoir accès à un titre professionnel particulier en Belgique. Cela signifie concrètement que, dès 2004, le nombre de médecins autorisés à pratiquer la médecine dans le cadre de l'assurance maladie sera limité à 700, puis successivement, à 650 et 600. Pour 2007 et 2008, le quota a été relevé à 700. La différence de médicalisation observée selon le régime linguistique motive le fait que le quota de médecins francophones (40%) a été fixé à un niveau inférieur à la proportion de francophones dans la population. Le nombre de diplômés ne pourra pas dépasser de plus de 15% ce quota. Les médecins hors quota pourraient avoir des activités médicales ne nécessitant pas une agréation par l'INAMI.

En Flandre, un examen d'entrée sert de filtre tandis qu'en Communauté française, il a été décidé d'assurer la réorientation des étudiants « excédentaires » au cours des trois années de candidature. Sur base de ces quotas d'entrants et des départs attendus, les effectifs prévisibles ont pu être calculés.

Tableau 2. 1.4.2. Perspective d'avenir de l'offre médicale en CFGB : 2004, 2009

Total médecins <66 ans	1994	2004	2009 quota	2009 quota+15%
Généralistes	7.897	8.758	8.601	8.802
Dont : actifs	6.997	7.661	7.532	7.717
Spécialistes	7.628	9.211	9.850	9.850
Dont : actifs	7.091	8.541	9.114	9.114
Candidats Spécialistes	1.931	1.931	777	777
Total	**15.525**	**17.969**	**18.451**	**18.652**
Dont : actifs	**16.019**	**18.133**	**17.423**	**17.608**

Evaluation : SESA, D. Deliège

Note : Les médecins de 66 ans et plus et les médecins dentistes ne sont pas pris en compte

[13]M. BIETLOT, S. DEMAREST, J. TAFFOREAU, H. VAN OYEN, *La santé en Belgique, ses communautés et ses régions*, Résultat de l'enquête de santé par interview, MSP, 1997.

Il résulte de ce calcul que l'offre médicale prévisible pourrait diminuer de 4% entre 2004 et 2009 si les quotas sont respectés. Cependant, le débat se poursuit tant sur le fond (droit aux études) que sur le niveau fixé comme quota. Le vieillissement de la population belge, très important après 2010, les progrès technologiques et l'évolution des modes de vie augmenteront la demande de soins ; le vieillissement de la structure d'âge des médecins, la féminisation de la profession, synonyme d'allègement ou d'interruption de carrière, la diminution souhaitée par beaucoup de médecins de leur charge de travail, l'abaissement de l'âge de la retraite nécessiteront des effectifs plus nombreux pour faire face à une même quantité de travail. Ces facteurs ont-ils été suffisamment pris en compte ? Pour peu qu'il y ait une réponse scientifique à cette question, étant donné la multiplicité des enjeux et des éléments à prendre en considération, il reste que la décision ne peut être que politique, privilégiant l'un ou l'autre aspect de la question.

La création d'un numerus clausus visant à stabiliser les effectifs médicaux aura sans nul doute des effets secondaires sur les autres professions de santé. La diminution du nombre de médecins stagiaires ou candidats spécialistes obligera les services hospitaliers à répartir autrement les tâches et à confier à d'autres professionnels certaines responsabilités.

Il devrait en résulter des changements en matière de répartition de la charge de travail vers les niveaux inférieurs qui peut se répercuter d'échelon en échelon, tant à l'hôpital qu'en maisons de repos et dans le secteur des soins à domicile, impliquant une grande interdisciplinarité, des qualifications professionnelles.

2.2. Pharmaciens

2.2.1. Le flux de diplômés

Les études de pharmacie comprennent 2 années de candidature et 3 années de licence. L'exercice de la profession n'est pas limité par un numerus clausus. Au terme de la licence, diverses spécialisations (Diplôme d'études spéciales, DES) sont proposées :

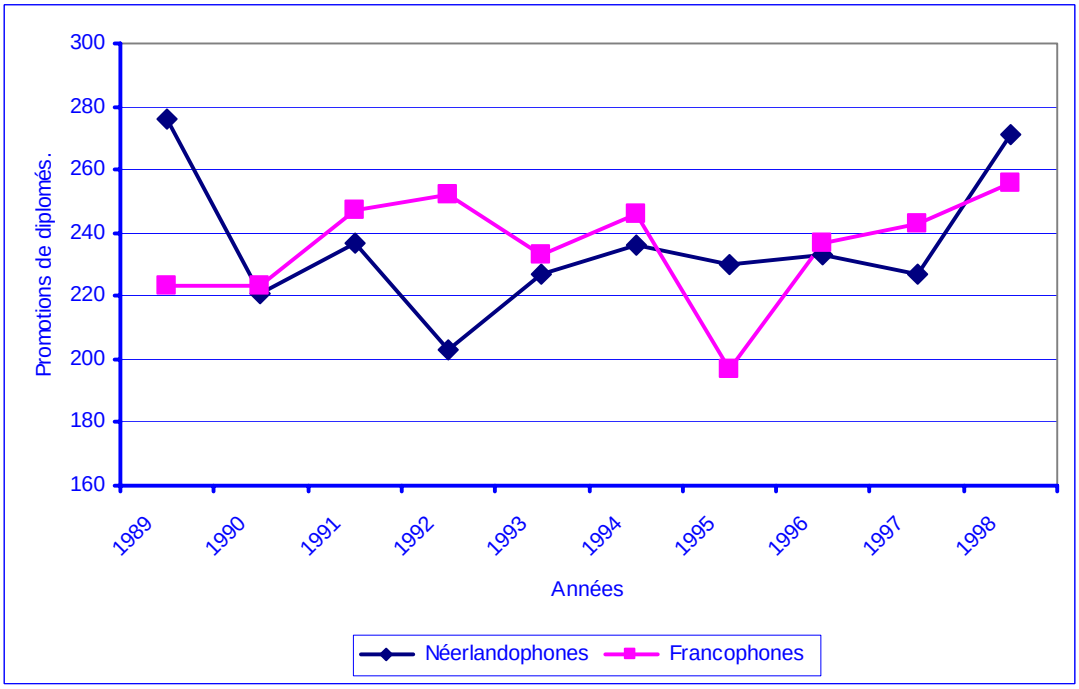
Pharmacien spécialiste en biologie clinique, DES en analyses biologiques (2 années) + 3 ans de stage

DES en pharmacie d'hôpital (1 an)

DES en pharmacie d'industrie (1 an)

Les entrées en première candidature en Communauté française ont augmenté de 50% entre 1983 et 1995, passant ainsi de 415 à 624. Mais dans le même temps, le taux de réussite a diminué et s'élève en moyenne à 44%, si bien que le nombre de diplômes s'est maintenu au niveau de 1991 (230 par an).

Figure 2.2.1.1. Diplômés en pharmacie selon le régime linguistique : Evolution 1991-1998



Source : BSU in Info Santé

Le nombre total de nouveaux pharmaciens diplômés avec un grade légal dans le régime francophone, de 1991 à 1998, s'élève à 1.894. Parmi ces effectifs, on compte 1.481 belges et 413 étrangers, soit 22% d'étrangers. Leur installation ultérieure en Belgique est incertaine. Durant toute cette période la proportion de jeunes filles parmi les étudiants est de 70%.

Le nombre de diplômés attendus en 1999 et 2000 est de 540 belges et étrangers.

2.2.2. Les effectifs de pharmaciens

2.2.2.1. Les titulaires du diplôme de pharmacien

Le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement publie le nombre de diplômés, qu'ils soient ou non en activité. Ils sont enregistrés par arrondissement et région selon le lieu de leur domicile. Une évaluation du nombre de diplômés francophones a été faite sur base d'une clé de répartition linguistique à Bruxelles de 80% de francophones et 20% de néerlandophones.

2.2.2.2. Les effectifs de diplômés actifs

Parmi les titulaires francophones d'un diplôme de pharmacien de tous âges en 1991, 83,7% déclarent exercer une activité professionnelle lors du recensement.

Les inactifs sont généralement âgés de plus de 65 ans. Quelque 199 diplômés ayant une spécialisation en analyses de biologie sont actifs en tant que tels (INAMI).

La profession est en majorité féminine ; on y compte en effet 58% de femmes.

Tableau 2.2.2.2.1. Répartition des effectifs de pharmaciens francophones actifs par sexe en CFGB en 1991

	Pharmaciens	Dont pharmaciens biologistes
Hommes	1.984	83
Femmes	2.694	116
Total	4.678	199

Source : I.N.S., Recensement 1991, pour les pharmaciens, INAMI pour les pharmaciens biologistes.

La structure d'âge des pharmaciens est plutôt jeune, l'âge médian se situant vers 39 ans. Certains pharmaciens continuent à travailler au-delà de 65 ans. Ce sont presque exclusivement des pharmaciens d'officine. Comme ils ont la possibilité de se faire aider par des adjoints tout en restant titulaires, leur travail réel peut être assez réduit.

2.2.3. La demande

Les pharmaciens sont principalement actifs dans le secteur de la santé : officines ouvertes au public (73,5%), services hospitaliers de pharmacie et de biologie clinique (8,2%) et autres institutions de santé (y compris le service de santé de l'armée) (3%). Ils sont demandés par l'industrie pharmaceutique et chimique (4,4%) ainsi que par la commercialisation des produits de ces industries (3,9%). Ils sont actifs également dans l'enseignement et la recherche (3,2%) les administrations publiques (2%) et les mutuelles (1,8%).

Les pharmaciennes sont particulièrement nombreuses dans les officines pharmaceutiques et les hôpitaux.

Tableau 2.2.3.1. Emploi des pharmaciens francophones actifs en Wallonie et à Bruxelles, selon le secteur d'activité et le sexe en 1991

Secteur d'activité	Total	Hommes	Femmes	% total	% sans les "autres"	% femmes
Officines	2.899	1.119	1.779	66,1	73,5	61,4
Hôpitaux	316	119	197	7,3	8,2	62,4
Autres services de santé	183	110	73	2,7	3,0	40,0
Mutuelles	68	24	44	1,6	1,8	64,4
Enseignement	146	68	78	2,9	3,2	53,2
Administration	101	53	48	1,8	2,0	47,2
Industrie	259	152	108	4,0	4,4	41,5
Commerce	183	89	94	3,5	3,9	51,3
Autres	523	250	273	10,1	--	--
Total	**4.678**	**1.984**	**2.694**	**100,0**	**100,0**	**57,6**

Source : I.N.S., Recensement 1991, dépouillement SESA

Le nombre d'officines ouvertes au public est réglementé par l'AR du 25.09.1974. Il prévoit que chaque officine dessert une population comptant de 2.000 à 3.000 habitants selon l'importance de la commune. Ce chiffre peut toutefois descendre à 1.500 si la pharmacie la plus proche est distante de 5 km. La densité de la population étant plus faible en Wallonie qu'en Flandre, cela peut expliquer que le nombre d'habitants par officine en Wallonie soit seulement de 1.688, alors qu'il est en moyenne de 1.931 pour l'ensemble de la Belgique.

Le nombre d'officines, qu'elles soient hospitalières ou ouvertes au public, reste donc très stable de 1984 à 2000, ainsi qu'il apparaît sur un relevé communiqué par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement : leur nombre se maintient à quelques unités près autour de 5.610. Le tableau 2.2.3.2. en donne la répartition selon les régions au 01.08.2000.

Tableau 2.2.3.2. Répartition des officines pharmaceutiques ouvertes ou non au public par région en 2000

	Officines ouvertes au public	Officines hospitalières	Total
Wallonie	1.895	123	2.018
Flandre	2.730	173	2.903
Bruxelles	* 613	78	691
Total	**5.238**	**374**	**5.612**

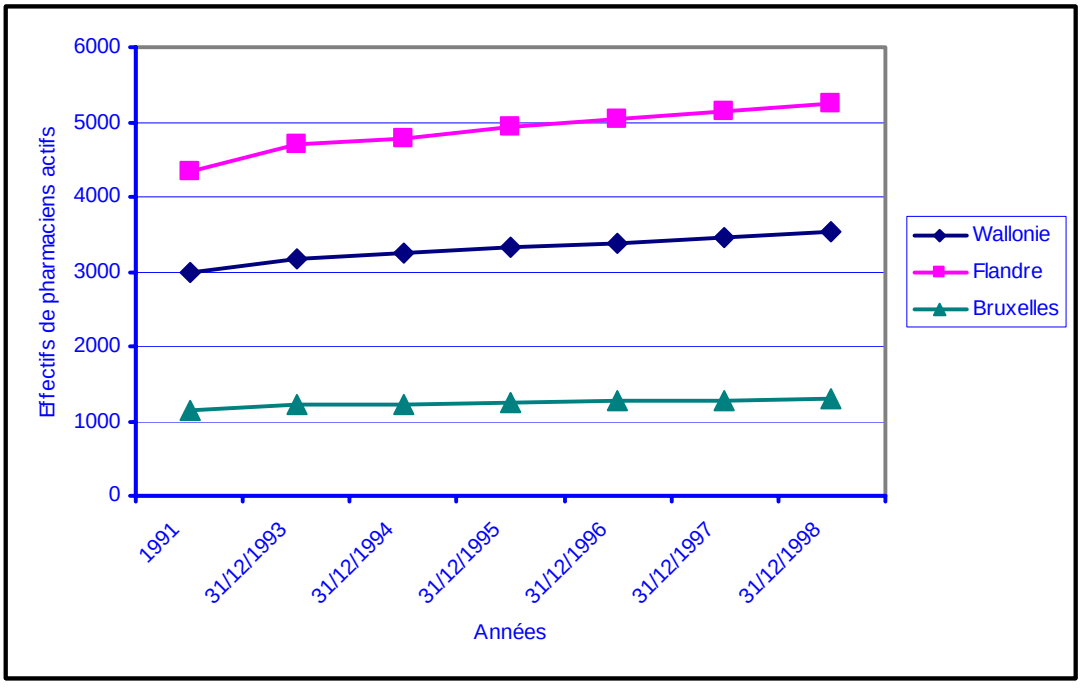
Source : MSP, Inspection de la Pharmacie

* A Bruxelles, 491 officines ouvertes au public sont de régime linguistique francophone et 122 de régime néerlandophone.

Quelque 93,7% des officines sont ouvertes au public et 6,3% sont hospitalières.

La figure 2.2.3.1. relève l'évolution du nombre de pharmaciens actifs dans le secteur de la santé, soit en officine ouverte ou non au public, soit en laboratoire. Dans ce dernier cas, ce sont des pharmaciens agréés pour effectuer des analyses biologiques; ils sont déjà repris parmi les pharmaciens. Ces données proviennent du fichier INAMI recensant les pharmaciens agréés pour ces fonctions.

Figure 2.2.3.1. Nombre de pharmaciens actifs dans le secteur de la santé selon la région Evolution 1991-1998



Sources : 1991, recensement ;
1993-1997 : listings INAMI ; Statistiques établies au 31.12.
1998 et pharmaciens biologistes : rapport annuel INAMI 1998, p. 112, Statistiques établies au 31.12.

Pour 1991[14], on a effectué une extrapolation des effectifs en prenant comme base l'évolution des diplômés entre 1991 et 1994. Le résultat obtenu correspond aux effectifs de pharmaciens actifs dans le secteur de la santé selon le recensement, compte tenu de l'imprécision résultant des activités mal définies.

L'INAMI enregistre les pharmaciens agréés en distinguant trois catégories, les titulaires, les adjoints et les remplaçants. Au 31.12.1997, on comptait ainsi 2.300 adjoints et 2.117 remplaçants pour 5.462 titulaires. Le nombre de titulaires ne varie pas, puisqu'il est lié au nombre d'officines. Par contre, le nombre de pharmaciens adjoints ou remplaçants a enregistré une croissance de 985 unités entre 1994 et 1998 dans l'ensemble du pays et de 415 en Communauté française. La croissance des effectifs au cours des cinq dernières années (10%) pourrait être retenue comme indicateur de tendance pour l'avenir.

Le budget des médicaments remboursés par l'Assurance Maladie a doublé de 1988 à 1998. Le rythme de croissance est bien supérieur à la norme de croissance fixée à 1,5% pour l'ensemble des soins de santé[15]. Ceci survient malgré une compression des dépenses obtenue notamment en supprimant le remboursement de nombreux produits et en augmentant les tickets modérateurs. Cette évolution ne tient donc compte que d'une partie de l'activité des pharmaciens. De plus, celle-ci s'est étendue à de nombreux produits : alimentation pour bébés, soins d'hygiène, produits de beauté. Par contre une activité importante des pharmaciens a considérablement diminué : ce sont les préparations magistrales qui voient leur nombre diminuer presque de moitié entre 1988 et 1995.

En 1998, les montants remboursés par l'Assurance Maladie, lesquels ne constituent qu'une partie des dépenses pharmaceutiques, s'élevaient à 84 milliards. Selon le rapport Peers, déjà cité, le nombre élevé de pharmacies n'est pas la cause de la croissance des dépenses. Il n'y aurait même plus de raison de maintenir le blocage de leur nombre, celui-ci ayant pour principal effet de créer un droit d'entrée très élevé. Les principales mesures proposées sont :

- responsabiliser les prescripteurs,
- favoriser la prescription de médicaments génériques,
- adopter des modes de financement plus forfaitaires,
- réduire les coûts de distribution des médicaments,
- renforcer les moyens et le personnel de l'administration.

Les mesures proposées requièrent du personnel qualifié supplémentaire pour l'information et pour les travaux d'enregistrement des nouveaux médicaments et l'évaluation de l'impact des médicaments sur l'ensemble des soins.

---

[14] Les données publiées par le Ministère de la Santé publique *: Données statistiques concernant le corps médical, les dentistes, les vétérinaires et les pharmaciens,* ne distinguent pas les actifs des non actifs. En 1991, l'ensemble des diplômés de tous âges est estimé à 5.585 en CFGB. Compte tenu de l'inactivité, tant avant qu'après 65 ans, la différence entre les actifs du recensement et le relevé des diplômés du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, soit 5.585-4.293=1.302, est une évaluation tout à fait acceptable du nombre de diplômés retraités ou inactifs.

[15] J. PEERS, Les soins de santé en Belgique : défis et opportunités, 1999, pp. 204-206.

Au moment de conclure ce rapport nous apprenons l'intention du Ministre F. Vandebroucke de restituer à l'INAMI le produit de la ristourne accordée par les pharmaciens d'officine à leurs clients, sur les médicaments bénéficiant d'une prescription.

Il y aura lieu de mesurer l'impact de cette nouvelle mesure sur le comportement des consommateurs et partant, l'activité des pharmaciens.

2.2.4. Confrontation de l'offre et de la demande

En Communauté française, 1.481 nouveaux pharmaciens de nationalité belge et 413 étrangers ont été diplômés entre 1991 et 1998.

En décembre 1999, on recensait en Wallonie 51 pharmaciens au chômage, ce qui correspond à un taux de 1,2%, soit un chômage « frictionnel », le temps de retrouver un nouvel emploi. Il est donc permis d'en conclure que les autres diplômés désireux de travailler ont trouvé un emploi. Quels sont ces emplois ? Il résulte de l'évolution des pharmaciens actifs dans le secteur de la santé que 665 nouveaux postes se sont ouverts pour eux dans ce secteur de 1991 à 1998, soit une croissance de 17%. Ayant estimé à 700 le nombre de sortants par décès ou retraite, et en supposant que les diplômés étrangers ne s'installent pas en Belgique, 116 nouveaux postes auraient été créés dans les autres secteurs, soit une croissance de 15%. Bien que vraisemblable, cette évolution est sans doute sous-estimée en raison de l'installation en Belgique de diplômés étrangers.

Nouveaux emplois dans le secteur santé	665
Besoins de remplacement : retraites et décès	700
Nouveaux emplois dans d'autres secteurs que la santé	116

Suivant ce calcul, le nombre de diplômés francophones actifs, fin 1998, serait d'environ 5.500, dont 4.570 dans le secteur santé.

Une étude réalisée en 1998 sur les fonctions les plus demandées dans le cadre des vacances d'emploi place les pharmaciens à la 14ème place, alors que les infirmières se situent à la 27ème. De plus, ils occupent la 3ème place dans le top 10 des fonctions difficiles à pourvoir (dont les infirmières sont absentes) [16].

[16] Denolf L., Denys J., Simoens P., *Les entreprises et le recrutement en Belgique en 1998*, KUL, Hiva, Louvain, 1999, pp.48-50.

2.2.5. Perspectives

L'industrie du médicament, si l'on se réfère aux progrès technologiques, au vieillissement de la population et aux habitudes culturelles en matière de santé, semble avoir des perspectives de développement très favorables; la demande de pharmaciens devrait donc poursuivre une croissance régulière.

Des promotions de 200 diplômés belges francophones par an introduiraient, de 1999 à 2009, 2.200 pharmaciens. Pendant la même période, les départs peuvent être estimés à 1.200. Une croissance de 1.000 emplois en 11 ans paraît tout à fait possible compte tenu de l'évolution observée lors de la décennie précédente. Les effectifs de pharmaciens francophones actifs passeraient ainsi, fin 2009, à 6.500 dont quelque 5.400 dans le secteur de la santé.

2.3. Les Dentistes

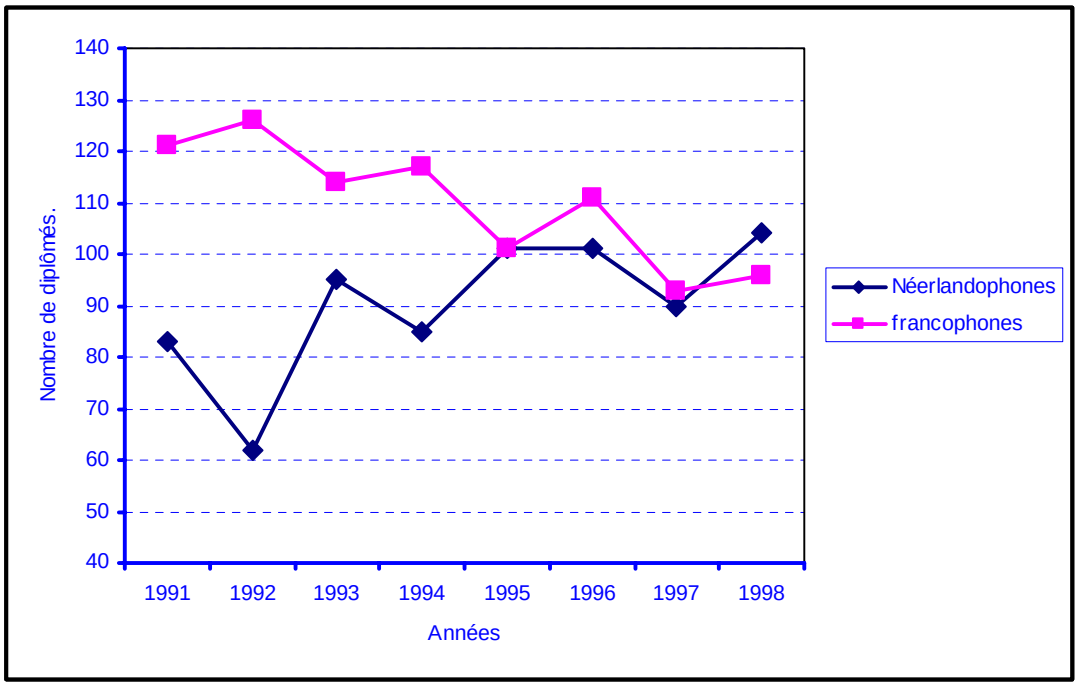
2.3.1. Les flux de diplômés

Le titre de licencié en science dentaire est obtenu au terme de deux années de candidature et de trois années de licence. Divers diplômes d'études spécialisées sont ensuite accessibles aux licenciés moyennant 2 à 4 années de formation suivant la spécialisation. L'AR n° 78 ne reconnaît cependant comme titres particuliers que ceux de dentiste généraliste et de dentiste spécialiste en orthodontie. Les médecins ont accès à un diplôme d'études spécialisées en stomatologie (5 ans) ou en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale (2 ans supplémentaires).

La fréquentation des études en science dentaire a connu au cours des dernières années des soubresauts d'une ampleur peu habituelle. Ce phénomène se manifeste dans les deux régimes linguistiques mais plus fortement dans le francophone. Alors qu'on y comptait 407 étudiants en première candidature en 1983, ils n'étaient plus que 129 en 1988 et revenaient à 220 en 1995.

Par contre, le nombre de licenciés est resté relativement stable ainsi que le montre la figure 2.3.1.1. Les taux de réussite du début à la fin du cycle ont donc subi des variations considérables d'une année à l'autre : de 33 à 80% d'étudiants parvenant à la licence.

Figure 2.3.1.1. Licenciés en science dentaire selon le régime linguistique. Evolution 1991-1998



Source : BSU in Info-Santé

Le nombre de diplômés belges francophones a diminué d'un quart entre 1991 et 1998, alors qu'il augmentait de 20% dans le régime néerlandophone. Les étrangers sont particulièrement nombreux dans l'enseignement francophone où ils représentent 45% des licenciés.

En 1991, le taux de féminisation parmi les étudiants belges était de 53% chez les francophones et de 70% chez les néerlandophones. Il s'est progressivement élevé chez les premiers, si bien que pour l'ensemble de la période 1991-1998, il est proche de 66% dans les deux régimes linguistiques.

Au cours de la période 1991-1998, 895 diplômes ont été délivrés aux francophones, dont 493 à des Belges. En 1999 et 2000, le nombre de diplômés a dû être proche de 100 dans le régime francophone, dont quelque 60 belges.

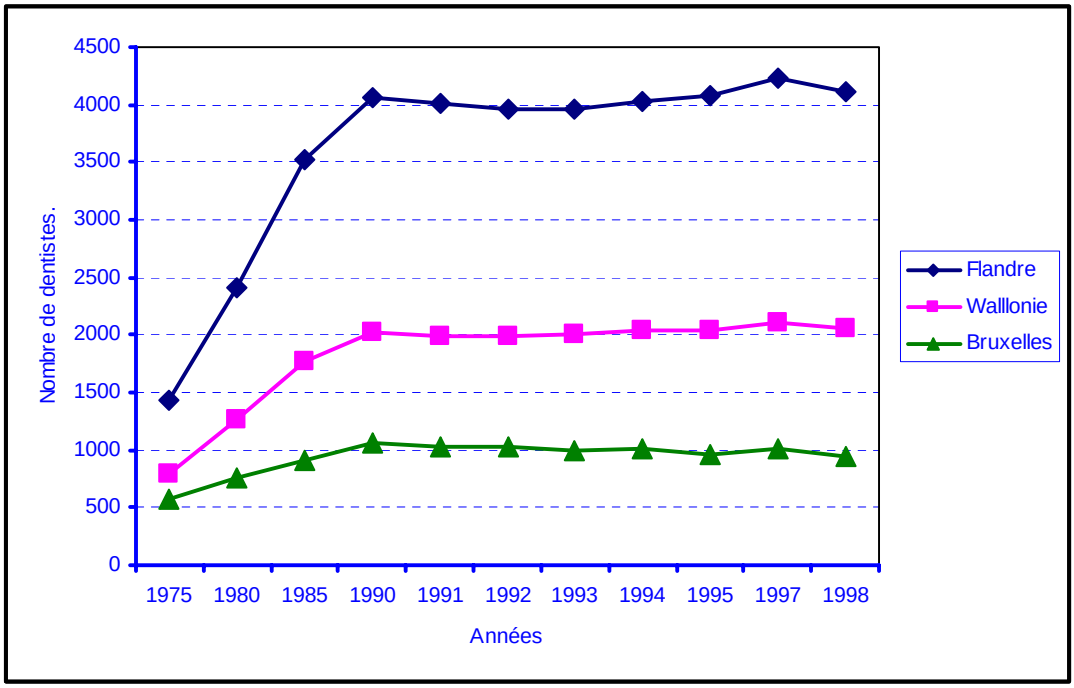
L'AR du 5.09.1997 a fixé le nombre de dentistes ayant accès à l'attribution d'un des titres professionnels particuliers définis par l'AR N°78 art. 35 ter relatif à l'exercice de l'art de guérir : 140 par an, dont 56 pour la Communauté française, en 2002 et 2003. Ce quota a été maintenu pour les deux années suivantes par l'AR du 9.01.2000. On note que ce quota rejoint presque le nombre atteint par les diplômés francophones belges en 1998.

2.3.2. Les effectifs de dentistes

2.3.2.1. Evolution des effectifs de praticiens de l'art dentaire selon les régions

Les effectifs globaux de praticiens de l'art dentaire sont connus grâce aux statistiques du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement (MSP). Ces dénombrements ne concernent pas seulement les licenciés en science dentaire mais également les capacitaires, les médecins dentistes et les stomatologues.

Figure 2.3.2.1.1. Répartition des praticiens de l'art dentaire suivant les régions 1975-1998



Source : MSP, Données statistiques concernant le corps médical, les dentistes, les vétérinaires et les pharmaciens.

La croissance du nombre de dentistes a été très importante entre 1975 et 1985. En dix ans leur nombre a plus que doublé. Pendant les cinq années qui suivent, on observe encore une augmentation significative, mais ensuite leur nombre se stabilise dans chaque région.

2.3.2.2. Les licenciés en science dentaire actifs en 1991

Le recensement de 1991 a permis d'effectuer le dénombrement des licenciés en science dentaire actifs en Wallonie et à Bruxelles et d'en analyser la structure d'âge et de sexe ainsi que leur secteur d'activité.

Le nombre de licenciés en science dentaire actifs en 1991 en CFGB n'est inférieur que de 275 unités à celui des détenteurs du diplôme enregistrés par le MSP. Les inactifs sont principalement des licenciés âgés de plus de 65 ans.

Ces licenciés sont en majorité du genre masculin : 62% d'entre eux sont des hommes.

Tableau 2.3.2.2.1. Structure d'âge des diplômés francophones actifs à Bruxelles et en Wallonie en 1991

	Nombre de diplômés	***% total***	**% cumulatif**
20-24 ans	25	*1,1*	1,1
25-29 ans	359	*15,8*	16,9
30-34 ans	667	*29,4*	46,3
35-39 ans	477	*21,0*	67,3
40-44 ans	308	*13,6*	80,9
45-49 ans	139	*6,1*	87,0
50-54 ans	113	*5,0*	92,0
55-59 ans	100	*4,4*	96,4
60-64 ans	56	*2,5*	98,9
>65 ans	26	*1,1*	100,0
Total	**2.270**	***100,0***	

Source : Recensement de 1991, dépouillement SESA

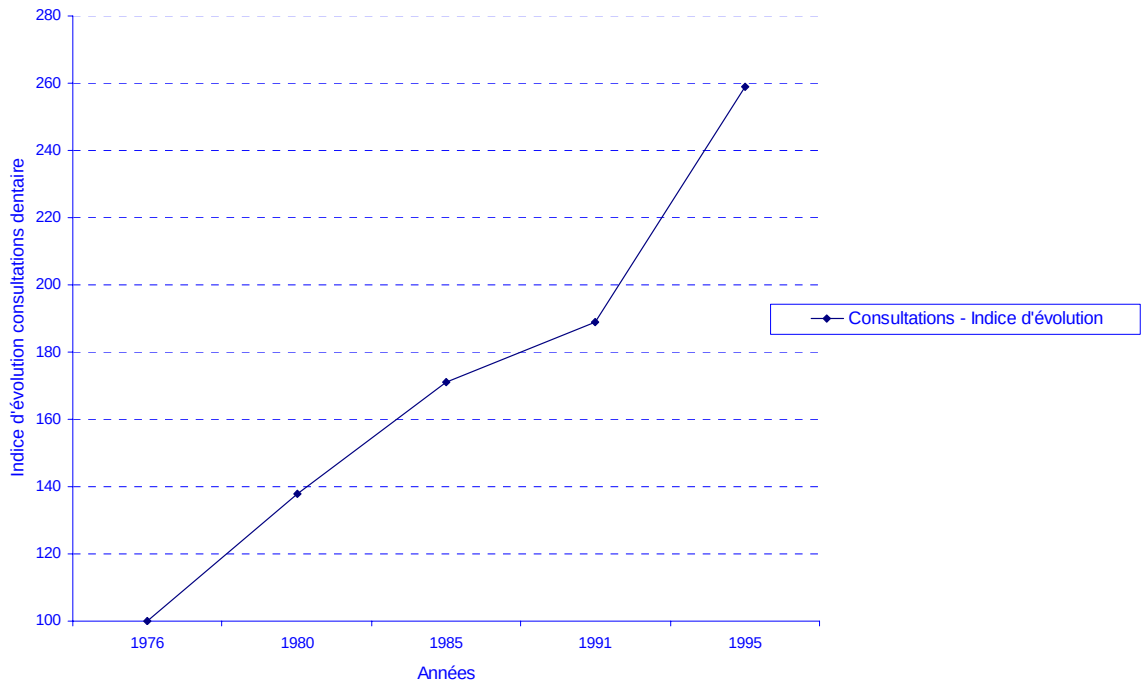
La structure d'âge des dentistes est particulièrement jeune. En 1991, l'âge médian se situe à 35 ans. Il est exceptionnel que les dentistes âgés de plus de 65 ans continuent le travail.

2.3.3. La demande

La demande effective peut être abordée par le biais de la consommation et des emplois occupés.

Pour mesurer l'évolution de la consommation de soins, on a choisi comme indicateur le nombre de consultations dentaires pour 10.000 habitants remboursées par l'INAMI dans le Régime général.

Figure 2.3.3.1. Consultations dentaires pour 10 000 habitants dans le Régime général. Indice d'évolution 1976-1995



Source : INAMI in Info-Santé (1976 : Indice 100)

En vingt ans, la demande de soins dentaires a été multipliée par 2,6 et rien n'indique que l'on ait atteint un seuil de saturation par rapport aux besoins. Cette augmentation est rigoureusement parallèle à celle des effectifs de dentistes (qui atteint l'indice 255 pendant la même période). Les deux phénomènes évoluent au même rythme, sans que l'on puisse affirmer qu'il y ait entre eux un lien de cause à effet.

Tableau 2.3.3.1. Dentistes[17] francophones actifs en Wallonie et à Bruxelles selon les secteurs d'activité en 1991

Secteur d'activité	Total	Hommes	Femmes	% total	% sans mal définis	% femmes
Cabinets dentaires	2.899	1.119	1.779	*66,1*	73,5	61,4
Hôpitaux	316	119	197	*7,3*	8,2	62,4
Autres services de santé	183	110	73	*2,7*	3,0	40,0
Mutuelles	68	24	44	*1,6*	1,8	64,4
Enseignement	146	68	78	*2,9*	3,2	53,2
Administration	101	53	48	*1,8*	2,0	47,2
Industrie	259	152	108	*4,0*	4,4	41,5
Commerce	183	89	94	*3,5*	3,9	51,3
Autres + mal définis	523	250	273	*10,1*	--	--
Total	**4.678**	**1.984**	**2.694**	**100,0**		

Source : Recensement 1991, dépouillement SESA

N.B. La catégorie « mal définis » représente une catégorie de dentistes actifs dont il a été impossible de déterminer le secteur d'activité.

Les dentistes travaillent principalement en cabinet (74%), parfois à l'hôpital (8%) ou dans d'autres institutions de soins (3%). Les autres emplois se situent dans le secteur industriel (production et commercialisation : 8%), l'enseignement, l'administration et les mutuelles. Le chômage est quasi inexistant dans la profession.

Tableau 2.3.3.2. Dentistes[18] francophones actifs comme indépendants à Bruxelles ou en Wallonie : en 1998 et 1999

	1998	1999
Activité principale hommes	1.511	1.515
Activité principale femmes	1.024	1.067
Total activité principale	**2.535**	**2.582**
Activité complémentaire	61	56
Actifs après l'âge de la pension	88	81
Total actifs	**2.684**	**2.718**

Source : I.N.A.S.T.I. : dépouillement SESA

Le dénombrement des dentistes actifs comme indépendants a été obtenu sur base d'un dépouillement des cotisants à l'I.N.A.S.T.I. Il permet de comparer leur nombre à celui des dentistes actifs en cabinet en 1991. L'ordre de grandeur est semblable bien que légèrement inférieur, du fait sans doute que certains dentistes ont constitué leur cabinet en SPRL et peuvent être appointés. De plus, on constate que d'une année à l'autre l'augmentation se limite à 34 unités.

[17] Activité principale uniquement.

[18] Activité principale et activité complémentaire.

Si l'on se souvient que le nombre de diplômés promus en 1998 est de 96 (dont 39 étrangers), on peut en conclure que l'offre entrante se situe actuellement à un niveau très proche de celui des sortants.

2.3.4. Perspectives d'avenir

Compte tenu du quota de diplômés en science dentaire admis à exercer leur art (56 francophones), il faut s'attendre dans les années à venir à une stabilisation du nombre de dentistes actifs en CFGB.

Compte tenu de la structure d'âge actuelle des dentistes, on peut s'attendre annuellement à des départs s'élevant à :

décès : 27

retraités : 30

Les effectifs de licenciés en science dentaire actifs en CFGB (2.595 en 1998) ne devraient pas dépasser 2.700 en 2001 et ils se maintiendraient ensuite à ce niveau tant que les quotas actuels sont maintenus. Il ne semble pas que le numerus clausus ait été décidé pour eux en raison d'une saturation de la demande. Au contraire, la croissance de celle-ci due notamment aux efforts en matière de prévention imposera tôt ou tard le relèvement ou la suppression des quotas.

2.4. Les infirmières

L'enseignement en soins infirmiers existe en Belgique depuis 1908. Au fil des années, de nombreuses réformes de l'enseignement et le développement du secteur de la santé en général, et de l'art de soigner en particulier, ont influencé l'évolution de cette formation.

2.4.1. Aperçu historique[19]

Depuis l'Arrêté Royal du 4 avril 1908 créant un certificat de capacité pour l'infirmière, la formation en soins infirmiers a subi de nombreuses modifications, dont nous ne retiendrons que les plus importantes.

Les Arrêtés Royaux du 17 août 1957, du 9 juillet 1960 et du 12 mars 1963 confirment l'existence de deux niveaux de formation en soins infirmiers : le brevet et le graduat. De plus, ils instaurent des orientations au sein de ces formations :

Le brevet d'assistante en soins hospitaliers remplace le brevet d'hospitalière. Ce titre est délivré moyennant la réussite des deux premières années de la formation d'infirmière brevetée, dans l'enseignement de plein exercice.

La formation d'infirmière hospitalière et d'infirmière psychiatrique est organisée en 3 ans, dans l'enseignement de plein exercice et dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire (EPSC).

La formation d'infirmière graduée hospitalière est organisée en 3 ans dans l'enseignement technique supérieur.

Cet Arrêté prévoit que les orientations suivantes puissent s'obtenir après les deux premières années de formation d'infirmière graduée :

- infirmière sociale : 2 ans
- infirmière psychiatrique : 1 an
- infirmière pédiatrique : 1 an
- accoucheuse : 1 an
- infirmière accoucheuse : 3 ans d'infirmière graduée hospitalière + 1an

[19] Ce chapitre s'inspire de CHAMPAGNE A.M., DARDENNE S. Les formations infirmières organisées en Communauté Française de Belgique, *Mémento de l'Art Infirmier 2002*, Editions Kluwer, partie II, chapitre 1, pp. 129-159.

En 1979, une réforme a lieu dans la formation des infirmières brevetées afin de répondre aux exigences des directives européennes en matière de libre circulation de l'infirmière responsable en soins généraux (Directive 77/453/CEE du 27/06.77 modifiée le 30/10/1989 – 594 CEE). Les titres d'infirmière brevetée hospitalière et psychiatrique sont maintenus et acquis après trois ans d'études en enseignement professionnel secondaire complémentaire. Par contre, le brevet d'hospitalière délivré après les deux premières années d'études est supprimé et remplacé par celui d'assistante en soins hospitaliers (deux ans) et ne donnera plus accès à la libre circulation en qualité d'infirmière dans les Etats membres de l'Union européenne. En 1988, les écoles de l'enseignement supérieur ont l'opportunité de créer de nouvelles orientations d'une durée de 1 an. Trois nouvelles spécialisations sont alors accessibles aux infirmières graduées : l'imagerie médicale et radiothérapie, les soins intensifs et l'aide médicale urgente et la salle d'opération. Ces spécialisations donnent droit à un certificat de 4ème année d'études homologué par le Ministre de l'Education.

En 1988, une réorganisation de l'enseignement secondaire a lieu et une possibilité d'accès à l'enseignement supérieur de type court est accordée aux élèves de l'enseignement professionnel secondaire :

- soit par une 7ème année professionnelle (B ou C) permettant l'obtention du certificat de l'enseignement secondaire supérieur (CESS),
- soit par la réussite de la première année du brevet d'infirmière, moyennant l'obtention au préalable du certificat de l'enseignement secondaire inférieur (CESI) et du certificat de qualification de la 6ème année (CQ6).

Le 5 mai 1993, la Réforme Constitutionnelle a transféré les compétences du Fédéral aux Communautés en matière d'enseignement. Les articles 127, 129 et 130 de la Constitution de la Belgique fédérale reconnaissent aux Conseils des Communautés française, flamande et germanophone le droit de régler, par décret, l'enseignement, à l'exception de la fixation du début et de la fin de l'obligation scolaire, des conditions minimales pour la délivrance des diplômes et du régime des pensions. Au niveau de l'enseignement infirmier, pas moins de 8 niveaux de compétence sont en présence : le Ministre francophone de l'Enseignement supérieur pour les études d'infirmière graduée en Communauté française ; le Ministre francophone de l'Education pour les études d'infirmière brevetée en soins hospitaliers ; les Ministres germanophones et néerlandophones pour les études d'infirmière graduée et brevetée de ces deux régimes linguistiques ; et, le Ministre fédéral de la santé.

Les multiples tentatives du Ministre Busquin, lorsqu'il était aux Affaires Sociales, de rassembler en un groupe inter-cabinets, toutes les compétences fédérales et communautaires pour réaliser une réforme nationale ont échoué. L'enseignement étant aujourd'hui communautarisé, on forme actuellement une infirmière graduée en 3 ans, spécialisée en 4 ans en Communauté française et germanophone et une infirmière graduée « spécialisée » (sur base d'option) en 3 ans (ou en 4 ans, financés par les établissements scolaires eux-mêmes) en Communauté flamande, leur Ministre de l'Enseignement refusant de financer une 4ème année de spécialisation en enseignement de plein exercice.

Dès septembre 1993, une réforme importante des études d'infirmière graduée et d'accoucheuse a été mise en application et ce, de manière progressive (Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21/04/1994).

La finalité de ce nouveau programme est d'offrir à la société des prestataires en soins infirmiers répondant aux besoins actuels de la population. Le principal objectif de cette réforme est d'atteindre une meilleure adéquation entre, d'une part, le programme de formation et, d'autre part, le développement des connaissances, tant médicales[20] qu'infirmières, elles-mêmes liées aux évolutions biologiques, humaines, sociologiques, technologiques et pédagogiques.[21]

La réforme de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire - section soins infirmiers a été ratifiée le 6 mars 1995 par un décret de la Communauté française fixant les conditions de collation du brevet d'infirmière hospitalière et du brevet d'infirmière hospitalière - orientation santé mentale et psychiatrie.

Le 5 août 1995, un décret du Gouvernement de la Communauté française organise l'enseignement supérieur, hors université et hors enseignement artistique, en Hautes Ecoles.

Le 5 août 1995, un décret du Gouvernement de la Communauté française supprime la délivrance du brevet d'ASH et crée un 4ème degré de l'Enseignement Secondaire Professionnel où sont formées les infirmières brevetées en remplacement de l'Enseignement Secondaire Professionnel Complémentaire.

2.4.2. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994 (AGCF 21/04/1994)

Cet Arrêté promulgue une réforme de l'enseignement supérieur paramédical - section soins infirmiers. Le Conseil Supérieur de l'Enseignement Supérieur Paramédical explicite clairement les motivations de cette réforme. En effet, depuis les Arrêtés Royaux de 1957, beaucoup de choses ont changé: la conception des soins de santé et leur mode de dispensation ont considérablement évolué, les dépenses de santé ont connu une réelle explosion, notamment en raison de l'allongement de l'espérance de vie et de l'accroissement de la morbidité imposant des soins destinés à des personnes de plus en plus dépendantes ; les attentes des patients/clients se sont modifiées, les aspirations des professionnels également. Les propositions respectent de manière stricte, tant sur le fond que dans la forme, les principales directives et recommandations européennes en matière de formation des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses.

[20] MANISE, C., HANS, S., Les enjeux des titres et qualifications professionnels particuliers, *Memento de l'Art Infirmier*, Editions Kluwer, 1999, 427 p., p. 59

Elles suggèrent en effet :

a. sur le plan de la structure générale,
la formation de trois grandes catégories de personnel infirmier :

- des infirmier(e)s gradué(e)s (Directive CEE/77/453 du 27.06.77)
- des infirmier(e)s gradué(e)s spécialisé(e)s (Recommandations CEE/83/5 du 26.05.1983)
- des sages-femmes (Directive CEE/80/155)

La réforme proposée contribue enfin à structurer la formation en soins infirmiers dans l'optique générale de l'enseignement supérieur favorisant ainsi son intégration à part entière à ce niveau ; elle permet également une articulation avec la formation universitaire et une ouverture vers la formation continuée.

b. sur le plan de l'élaboration des programmes et du choix des grandes options pédagogiques :

un allègement général des grilles horaires et l'adoption d'une pédagogie visant d'une part, à privilégier le travail personnel sous tutorat, l'intégration des connaissances, l'initiation à la recherche et, d'autre part, à promouvoir une méthodologie s'appuyant sur la notion d'acquisitions transférables privilégiant la capacité de l'étudiant d'apprendre à apprendre ;

- un renforcement de la polyvalence assurant une meilleure réponse aux besoins du secteur des soins de santé et garantissant une plus grande mobilité des professionnels ;
- le respect par toutes les écoles d'un programme minimum commun, dans le choix des branches enseignées, aux directives et recommandations de l'Union européenne et complété par un volume horaire de « liberté pédagogique » dont les modalités d'exploitation sont laissées à l'appréciation des pouvoirs organisateurs ;
- une approche plus progressive de l'enseignement clinique (stages) au cours de la formation de base ;
- la création de nouvelles passerelles en provenance et en direction des autres formes d'enseignement supérieur[22].

En conclusion, cette réforme apporte, notamment, les modifications suivantes :

- les spécialisations seront postérieures à la formation de base de 3 ans d'infirmière graduée ;
- la grille horaire est allégée ;
- la répartition des stages est de 25 % en 1ère année, 50 % en 2ème année et 75 % en 3ème année ;
- la formation d'accoucheuse est organisée en 4 ans dont un tronc commun des 2 premières années avec la formation d'infirmière graduée.

[22] BORCHGRAEVE, C. *Une réforme de l'enseignement en soins infirmiers, pour qui, pourquoi, comment?,* Info-Nursing n°29, mars 1993, Editions Association Catholique du Nursing, Bruxelles, 58 p.

2.4.3. Organisation des formations d'infirmières en Communauté française de Belgique

2.4.3.1. Formation d'infirmière graduée et d'infirmière brevetée

La formation d'infirmière graduée relève de l'enseignement supérieur non universitaire de type court et de plein exercice (loi du 7 juillet 1970). L'enseignement de type court se compose d'un seul cycle, c'est-à-dire d'un ensemble d'études réparties sur 3 années au moins. A l'issue de ce cycle unique, le grade d'infirmière graduée peut en outre conduire à l'obtention d'un diplôme de spécialisation. Ce diplôme est délivré au terme d'une année d'études (diplôme d'infirmière graduée spécialisée).

Bien que la profession infirmière ne soit pas une profession paramédicale, la formation des infirmières graduées est du ressort de l'enseignement supérieur paramédical. Outre les formations d'infirmière graduée, d'accoucheuse et d'infirmière graduée spécialisée, l'enseignement supérieur paramédical de type court comprend également les formations de gradué en audiologie, gradué en logopédie, gradué en diététique, gradué en ergothérapie, technologue en imagerie médicale, gradué en bandagisterie – orthésiologie - prothésiologie, gradué en podologie - podothérapie, la spécialisation en gériatrie et psychogériatrie en post-graduat, ainsi que la formation de licencié en kinésithérapie. Depuis la rentrée académique 1995-1996, l'enseignement paramédical est organisé par les Hautes Ecoles. Celles-ci, au nombre de 30 pour la partie francophone du pays, sont des institutions dispensant un enseignement de type court, de type long ou des deux types.

La formation d'infirmière brevetée fait partie du 4ème degré de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire (EPSC). Cette formation se différencie principalement de l'enseignement supérieur paramédical par :

- des critères d'accessibilité aux études moins exigeants que dans le graduat ;
- le classement de cette formation dans l'enseignement secondaire alors que le graduat se situe dans l'enseignement supérieur ;
- des contenus de programme moins importants ;
- l'accessibilité à la seule orientation en santé mentale et en psychiatrie ;
- un accès limité au seul TPP d'infirmière en santé mentale ;
- l'importance du nombre d'heures consacrées à la pratique par rapport à l'enseignement théorique ;
- une formation théorique et pédagogique moins axée que dans l'enseignement supérieur vers la conceptualisation, l'abstraction, l'esprit de recherche, d'analyse et de synthèse.

La réforme de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire – section 'soins infirmiers' – a été concrétisée par la signature le 6 mars 1995, de l'AGCF fixant les conditions de collation du brevet d'infirmière hospitalière et du brevet d'infirmière hospitalière – orientation santé mentale et psychiatrie.

La durée de la formation est également de 3 ans. A la fin des trois années d'étude et en fonction de l'orientation choisie, l'élève qui a satisfait aux exigences de la formation, obtient les titres suivants : soit le brevet d'enseignement secondaire complémentaire – section : soins infirmiers (titre : infirmière hospitalière), soit le brevet d'infirmière hospitalière – orientation santé mentale et psychiatrie. L'infirmière brevetée peut ensuite avoir accès à l'enseignement supérieur de promotion sociale. Moyennant une année préparatoire, elle peut s'inscrire soit à la formation de cadre (2 ans) soit aux cours normaux techniques moyens pour la préparation au certificat d'aptitude pédagogique. Elle peut également avoir accès à d'autres formations courtes organisées par les associations professionnelles dans le cadre de la promotion sociale (ex. soins palliatifs – soins aux personnes âgées – oncologie…). Ces formations sont organisées à raison d'un jour par semaine, elles sont agréées par la Communauté française et donnent droit aux congés - éducation payés pour les personnes travaillant dans le secteur privé. Notons aussi la préparation aux fonctions de gestionnaire de maison de repos organisée par l'Institut de Formation Permanente des Classes moyennes dans le cadre de l'enseignement de promotion sociale. Finalement, soulignons avec intérêt la possibilité pour les infirmières brevetées possédant le certificat de 6ème année de l'enseignement professionnel secondaire supérieur et ayant obtenu le CESS via la réussite de la 1ère année de leur formation d'accéder à l'enseignement supérieur non universitaire de type court et notamment à la formation d'infirmière graduée[23]. Au respect du décret du 20 décembre 2001, le Conseil Général des Hautes Ecoles propose, à l'unanimité des suffrages, un projet de passerelle tenant compte de l'expérience professionnelle déjà acquise par l'infirmière brevetée qui souhaite suivre la formation d'infirmière graduée :

- Si l'infirmière brevetée compte moins de 5 années d'expérience : elle s'inscrit en 1ère année de graduat, mais dispose d'un crédit d'études de 390 heures (150 heures d'enseignement théorique et 240 heures d'enseignement clinique de la 1ère année de graduat) ;
- Si l'infirmière brevetée compte 5 années d'expérience ou plus : elle s'inscrit en 2ème année de graduat, et dispose d'un crédit d'études d'au moins 750 heures (150 heures d'enseignement théorique, 600 heures d'enseignement clinique comportant les 240 heures de cet enseignement en 1ère année de graduat) et des dispenses éventuelles, sur base d'un dossier de formation complémentaire certifiée (ces crédits supplémentaires visent à valoriser les formations complémentaires que la candidate aurait pu suivre au cours de son activité professionnelle, telles qu'en hygiène hospitalière, en soins palliatifs, etc.).

Le graduat et le brevet sont des titres correspondant à deux niveaux d'enseignement bien distincts. Le graduat jouit sans conteste d'une reconnaissance sociale supérieure au brevet et il est admis que les études de l'enseignement supérieur sont plus "difficiles[24]" à réussir que celles de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire.

---

[23] Décret du 20 décembre 2001 portant sur diverses mesures en matière d'enseignement supérieur et d'enseignement secondaire artistique à horaire réduit (MB du 01 janvier 2002)

[24] En raison, entre autres, d'une place nettement plus importante accordée dans la formation aux savoirs théoriques.

Des différences sensibles entre les infirmières brevetées et les infirmières graduées se marquent (en faveur des graduées) au niveau du salaire obtenu, de l'autonomie dans la prestation d'actes techniques, de l'accès aux services techniques (bloc opératoire, unités de soins intensifs,…), de l'accès aux spécialisations et aux formations universitaires. Les graduées ont ainsi l'occasion d'exercer leur art dans un plus grand nombre de services et également d'assumer des tâches à responsabilité moyennant une formation complémentaire.

Les formations d'infirmière brevetée et d'infirmière graduée sont également organisées en 5 ans dans l'enseignement de promotion sociale (Arrêtés du Gouvernement de la Communauté française du 2 septembre 1997). De plus, les jurys de la Communauté française délivrent les diplômes et brevets aux candidats qui ont présenté les examens de manière satisfaisante et ont répondu aux exigences de stage. Les titres, ainsi délivrés, ont une valeur identique à ceux qui sont délivrés dans les établissements de plein exercice.

A cet effet, deux sessions d'examen sont organisées par an et le candidat ne pourra s'inscrire à l'examen du jury central que s'il apporte la preuve qu'il avait été admis à présenter le même examen devant un jury d'établissement de plein exercice ou de promotion sociale sans y être reçu (AGCF du 20 avril 1998).

D'autre part, une Commission d'examen de la Communauté française accorde les équivalences de titres aux étudiants possédant un diplôme étranger, moyennant la présentation éventuelle d'épreuves complémentaires organisées par les Hautes Ecoles.

Le brevet d'assistante en soins hospitaliers ou d'assistante en soins hospitaliers – spécialité psychiatrie, a été délivré pour la dernière fois à l'issue de l'année scolaire 1994-1995. Il ne sera donc plus possible d'obtenir ce titre à l'avenir. Ce titre était délivré aux élèves ayant réussi avec fruit la 2ème année de l'EPSC, section 'nursing' (15 à 20 % des étudiants inscrits dans la filière EPSC ne poursuivaient pas leurs études au-delà de la deuxième année de formation ; sans obtenir la qualification d'infirmière, ils étaient autorisés à pratiquer en tant que PAI).

2.4.3.2. Formation d'infirmière graduée spécialisée

Dans le cadre du Décret des Hautes Ecoles, le Gouvernement de la Communauté française peut créer de nouvelles études sur avis du Conseil général (art. 21). A l'issue du cycle unique de trois ans, les études supérieures de type court peuvent conduire à l'obtention d'un diplôme de spécialisation. Ce diplôme est délivré, à partir de l'année académique 1996-97, au terme d'une année d'études. Y ont accès :

- les étudiants porteurs d'un des diplômes de l'enseignement supérieur de type court délivrés par une Haute Ecole, dont la liste est fixée dans le règlement des études de la Haute Ecole à laquelle ils souhaitent s'inscrire ;

- les étudiants porteurs d'un diplôme universitaire ou de niveau universitaire belge ou d'un diplôme d'enseignement supérieur délivré par la Communauté germanophone ou par la Communauté flamande, dont la liste de correspondance est fixée par le Gouvernement après avis du Conseil général ;
- ont également accès aux études de spécialisation de type court pouvant aboutir à un diplôme de spécialisation, les étudiants porteurs d'un diplôme reconnu équivalent en application de la loi du 19 mars 1971 relative à l'équivalence des diplômes et certificats d'études étrangers.

Huit spécialisations sont ouvertes :

- Infirmière graduée en pédiatrie : l'année de spécialisation en pédiatrie a pour but de former des infirmières capables de concevoir, organiser, évaluer des soins spécifiques aux enfants de tous âges (depuis la prématurité jusqu'à l'adolescence) dans tous les domaines (tant à l'hôpital qu'en dehors de celui-ci).

- Infirmière graduée en santé mentale et psychiatrie : l'infirmière spécialisée en santé mentale et psychiatrie est capable de contribuer à la prévention des troubles mentaux, d'aider et de conseiller les individus, les familles et les groupes lors de l'apparition de problèmes mentaux ou de situations de crise ; elle travaille dans des services spécialisés en santé mentale, dans des services généraux (soins palliatifs, services de malades cancéreux, sidéens) ou dans des services psychiatriques.
- Infirmière graduée en santé communautaire (cette spécialisation remplace celle de 2 ans d'infirmière graduée sociale depuis 1995) : Cette année de spécialisation prépare l'infirmière à mieux répondre aux besoins de santé fondamentaux en s'inscrivant dans une politique de soins de santé primaires. L'IG en santé communautaire peut travailler dans trois secteurs : la prévention primaire (ONE, centres PMS, service de médecine du travail,…), la prévention secondaire et tertiaire (services de santé mentale, de consultation pour maladies sociales, maisons médicales,…) et finalement, les services sociaux et médico-sociaux des hôpitaux généraux, psychiatriques et des institutions pour personnes âgées, les services sociaux d'aide à la jeunesse, des CPAS,…).
- Infirmière graduée en soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU) : l'IG spécialisée en SIAMU est amenée à prendre en charge les patients menacés dans leurs fonctions vitales quelle que soit l'étiologie de l'affection aiguë. Ses débouchés sont nombreux et portent sur le milieu intra- ou extra-hospitalier, les services de soins intensifs polyvalents, cardiaques, pédiatriques et dans les centres de brûlés.
- Infirmière graduée en salle d'opération (cette formation existe depuis 1997) : l'infirmière de salle d'opération prend en charge le patient durant la période péri-opératoire, c'est-à-dire qu'elle assure le confort et veille à la sécurité physique et psychologique du patient ; elle assure aussi des soins techniques en contrôlant l'hygiène et l'asepsie. Au terme de sa formation (qui peut être étalée sur 2 ans), elle est susceptible d'exercer dans toutes les disciplines chirurgicales et en salle de réveil.

- Infirmière graduée en imagerie médicale et radiothérapie : l'augmentation des procédés d'investigation, la complexité des examens, de la surveillance des patients examinés, de la manipulation des appareils, l'importance accrue des prestations de l'art infirmier accompagnant ces examens, réclament la présence permanente d'une infirmière graduée, spécialisée dans ce domaine. L'expansion de ce secteur garantit l'emploi des IG qui auront suivi une telle formation.
- Infirmière graduée en oncologie (cette formation existe depuis 1998) : cette professionnelle sera formée spécifiquement à dispenser des soins infirmiers auprès de personnes présentant un cancer et à réaliser l'accompagnement de leurs proches. Elle peut exercer sa profession en milieu hospitalier, dans les unités de soins générales ou spécialisées, en milieu extra-hospitalier ou à domicile.
- Infirmière graduée spécialisée en gériatrie - psychogériatrie[25] : ces PAI seront aptes, après leur formation, à participer de façon pertinente et active à la promotion et au développement de la qualité de vie des personnes âgées. Les débouchés offerts sont nombreux tant en milieu hospitalier qu'en milieu extra-hospitalier dans les institutions d'hébergement des personnes âgées ; la formation donne également accès à la profession de directrice d'établissement pour personnes âgées.

Ces formations sont sanctionnées par un diplôme légalement reconnu par le Ministère de l'Enseignement, de la Recherche et de la Formation et le Ministère de la Santé Publique.

Soulignons également qu'en dehors de ces spécialisations, l'infirmière graduée peut poursuivre des études :

- soit en enseignement supérieur de promotion sociale et de type court,
- soit en enseignement universitaire (voir paragraphe 2.4.3.6.),
- soit en post graduats (cours de médecine tropicale),
- soit pour obtenir le certificat d'aptitude pédagogique,
- soit au niveau des classes moyennes pour obtenir le certificat de gestionnaire des maisons de repos.

2.4.3.3. L'enseignement supérieur de promotion sociale et de type court

Formations proposées :

1. Formations de cadre

- Diplôme de cadre paramédical hospitalier (donne accès à la 1ère licence en sciences hospitalières à l'UCL pour les titulaires du diplôme de graduée)
- Diplôme de cadre paramédical extra-hospitalier

[25] Cette spécialisation s'adresse non seulement aux infirmier(e)s mais également aux kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, diététiciens, audiologues, assistants sociaux, assistants et licenciés en psychologie, intéressés à approfondir en équipe pluridisciplinaire les compétences de gériatrie et psychogériatrie.

2. Spécialisations diverses (en dehors des 8 spécialisations permettant l'octroi du diplôme d'infirmière spécialisée) :

    - Soins à domicile
    - Gestion des ressources humaines et management
    - Méthodologie de recherche en soins infirmiers
    - Soins palliatifs
    - Néphrologie
    - Stomathérapie
    - Stérilisation du matériel médico-chirurgical
    - Algologie
    - Informatique appliquée aux soins infirmiers
    - Endoscopie
    - Diabétologie
    - Promotion de la santé dans les populations socialement défavorisées et/ou multiraciales

3. Infirmière de référence clinique (1 an). Cette formation a pour buts d'amener l'infirmière à :

    - développer une expertise dans des situations complexes de soins infirmiers ;
    - mener une réflexion critique basée sur des référents conceptuels et méthodologiques;
    - s'intégrer dans des démarches et projets visant l'amélioration de la qualité des soins infirmiers ;
    - collaborer au processus de formation continue de l'institution ;
    - devenir agent de changement en suscitant la collaboration des acteurs d'un projet ;
    - participer à la recherche clinique.

4. Le diplôme d'aptitude pédagogique

2.4.3.4. La formation complémentaire en hygiène hospitalière

Cette formation, régie par l'AR du 07 novembre 1988, permet de préparer les infirmières (assistantes de direction ou cadres intermédiaires) à occuper la fonction clinique d'infirmière en hygiène hospitalière en tant que personne de référence pour l'institution. Elle permet aussi de préparer les infirmières professeurs à assurer dans leurs écoles la fonction de personne de référence dans le domaine de l'hygiène hospitalière.

Cette formation est accessible aux infirmières graduées qui détiennent déjà le diplôme de cadre ou la licence en sciences hospitalières.

2.4.3.5. La formation d'accoucheuse ou de sage-femme

Avant l'introduction de l'AGCF du 21 avril 1994, la formation d'accoucheuse était réglementée par les Arrêtés Royaux du 17 août 1957, du 9 juillet 1960 et du 12 mars 1963. Deux orientations distinctes ont pu être suivies : « l'accoucheuse » obtient ce titre après avoir suivi 1 année de formation spécifique après les deux premières années de formation d'infirmière graduée (2 + 1), alors que « l'infirmière accoucheuse » est le titre consécutif au suivi d'une année de spécialisation entreprise après l'obtention du diplôme d'infirmière graduée hospitalière (3 + 1).

Depuis septembre 1993, le Conseil Supérieur de l'Enseignement Supérieur Paramédical a obtenu du ministère de l'Enseignement supérieur une réforme des études d'infirmière graduée. Ce nouvel Arrêté remplace, tout en les abrogeant, les Arrêtés Royaux d'août 1957. La mise en application de cette réforme des études a eu lieu en septembre 1993 pour la formation d'infirmière graduée. Pour les années de spécialisation, la réforme est appliquée depuis l'année académique 1996-1997.

Selon cette réforme, et afin de mieux répondre aux exigences de formation prévues par les Communautés Européennes et permettre la libre circulation des accoucheuses, la structure et l'organisation de la grille horaire des études d'accoucheuse a fondamentalement changé depuis septembre 1993. Après une année commune avec les infirmières graduées, les futures accoucheuses ont, dès la 2ème année, un enseignement orienté et ensuite une 3ème et 4ème années spécifiques[26]. Cette révision de la formation permet aux futures professionnelles de répondre à la description de fonction de l'accoucheuse définie par l'OMS : 'Une sage-femme est une personne qualifiée pour pratiquer des accouchements. Elle a reçu une formation lui permettant de donner les soins et les conseils nécessaires à la mère pendant la grossesse, le travail et la période puerpérale, de procéder sous sa propre responsabilité aux accouchements normaux et de prendre soin des nouveau-nés. Elle doit être à tout moment capable de reconnaître les signes qui dénotent une anomalie ou un risque d'anomalie nécessitant l'intervention d'un médecin, ainsi que de prendre les mesures d'urgence qui s'imposent si elle ne peut obtenir un secours médical. Qu'elle exerce dans un hôpital, dans un centre de santé ou au domicile des intéressées, elle a un rôle important à jouer dans l'éducation sanitaire de la famille et de la collectivité. Dans certains pays, ces attributions s'étendent au domaine de la gynécologie, de la planification de la famille et de la protection infantile'. L'accoucheuse est une professionnelle relevant d'une des branches de l'art de guérir.

[26] La 2ème année accoucheuse ne se différencie que très légèrement de la 2ème année d'infirmière graduée en incluant 3 cours ayant trait aux soins obstétricaux (eutocie) et à la physiologie de la grossesse accompagnés d'un complément d'enseignement clinique orienté.

2.4.3.6. L'enseignement universitaire

L'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française détermine les passerelles entre les diplômés d'une Haute Ecole et un 2ème cycle universitaire.

> ***Passerelle de catégorie 1*** (licence en criminologie, licence en sciences biomédicales). L'accès à la première année du 2ème cycle est subordonné à la réussite préalable d'une année de formation préparatoire dont le contenu est établi par la faculté concernée en fonction du parcours antérieur de l'étudiant.
>
> ***Passerelle de catégorie 2*** (licence en sciences du travail, licence en sciences de la famille et de la sexualité, licence en sciences de la santé publique). L'accès à la première année du 2ème cycle est subordonné à la réussite d'un examen d'admission et l'ajout éventuel de l'un ou l'autre cours supplémentaire en licence avec un maximum de 150 heures.
>
> ***Passerelle de catégorie 3***. L'accès direct à la 1ère année du 2ème cycle universitaire moyennant l'ajout éventuel d'un complément de cours d'au maximum 150 heures.

Il est prévu que les études d'infirmière et d'accoucheuse réussies permettent d'accéder directement ou indirectement à une première année du 2ème cycle universitaire. La licence en sciences de la santé publique est la plus suivie par les infirmières. Cette licence peut être suivie d'une agrégation de l'enseignement secondaire supérieur (spécifique pour les soins infirmiers) et donne accès au doctorat en sciences de la santé publique.

2.4.4. Commentaires sur l'évolution de la formation en soins infirmiers

2.4.4.1. La réforme du graduat infirmier

La réforme de l'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers centre les 3 années d'études sur l'acquisition d'un profil général. L'évolution des connaissances médicales et infirmières impose aux professionnels d'aujourd'hui l'acquisition de compétences professionnelles particulières dans un domaine d'activités par voie de formation complémentaire et continuée. Cette réforme du graduat en soins infirmiers a permis, notamment, d'assimiler la charge de travail de l'étudiant à celui des autres étudiants de l'enseignement supérieur.

Néanmoins, cette réforme interpelle les Directions de Département Infirmier des divers secteurs de santé, en raison de la réduction du nombre d'heures d'enseignement clinique nécessitant un encadrement des nouveaux engagés plus important et par conséquent entraînant une augmentation de la charge de travail pour les équipes.

2.4.4.2. Le maintien des 2 filières de formation : l'avis du CNAI

A l'heure actuelle, la profession est toujours confrontée à la problématique du profil unique de l'infirmière. Le CNAI maintient son avis datant de 1996 visant l'organisation de la formation d'infirmière, en 3 ans ETP dans l'Enseignement Supérieur ou équivalent dans l'Enseignement de Promotion Sociale, et la transformation de la finalité infirmière du 4ème degré de l'Enseignement Secondaire Professionnel pour former une aide qualifiée de l'infirmière. Cet avis, largement approuvé par l'ensemble de la profession lors des tables rondes du secteur organisées par le Ministre Colla en 1997, présentait les arguments suivants :

> La formation de base en soins infirmiers, capable de rencontrer les compétences attendues par l'évolution des soins infirmiers dans tous les secteurs de travail est, sans conteste la formation de base d'infirmière graduée, organisée en 3 ans ETP ou équivalent dans l'enseignement supérieur ou dans l'enseignement de promotion sociale (voir à ce propos les recommandations de l'OMS, des organes consultatifs de l'UE et du CNAI).
>
> Les spécialisations doivent nécessairement être postérieures au graduat (selon les recommandations de l'OMS, des organes consultatifs de l'UE et du CNAI).
>
> La formation d'infirmière brevetée ne répond que partiellement aux compétences attendues par l'évolution des soins infirmiers, et ce, dans tous les secteurs d'activités. Bien que les mobiles politiques et sociaux du maintien de cette filière de formation soient compréhensibles, il serait souhaitable :
>
> - d'une part, d'assurer le maintien des droits acquis pour les infirmières brevetées, et
> - d'autre part, qu'une différenciation nette soit faite au niveau du profil de compétences à déterminer par les autorités fédérales et communautaires. La définition du profil des futurs diplômés du 4ème degré de l'enseignement secondaire professionnel est encore à déterminer.
>
> A cet effet, une modification de l'A.R. n° 78 s'impose et vise à la création de 3 titres professionnels: le titre professionnel d'infirmière graduée, le titre professionnel d'infirmière brevetée et le titre professionnel d'assistante en soins hospitaliers.
>
> Une 3ème année de formation pour les assistantes en soins hospitaliers formées jusqu'en 1994 et 1995 doit donc être organisée comme cela se fait déjà dans le cadre de l'enseignement de promotion sociale.
>
> Les passerelles proposées pour les infirmières brevetées répondent effectivement à une nécessité, dans la mesure où la valorisation du graduat est garantie.

Cette formation complémentaire doit nécessairement être adaptée à une pédagogie d'adultes, être compatible avec une vie professionnelle mais doit aussi garantir l'atteinte du profil de compétences de l'infirmière graduée et enfin être finalisée par une épreuve d'intégration. Cependant, il semble important de limiter dans le temps les passerelles accessibles aux infirmières brevetées.

En ce qui concerne la passerelle pour les infirmières brevetées disposant de, au moins 10 ans d'expérience professionnelle, le plan pluriannuel pour le secteur de la santé[27] (mars 2000) prévoit que des mesures transitoires seront mises sur pied pour une durée limitée. La Communauté flamande, quant à elle, n'a pas introduit de mesures transitoires.

En Communauté française, beaucoup d'infirmières brevetées n'ont pas obtenu leur certificat d'enseignement secondaire supérieur et en conséquence, ne peuvent accéder au graduat infirmier. La législation devrait donc être modifiée dans les deux Communautés.

Les conditions de passerelle entre la formation d'infirmière graduée et d'accoucheuse doivent être officialisées pour permettre aux praticiens qui le souhaitent l'obtention des deux titres. Faute de quoi, au vu de la modification des programmes de formation d'accoucheuse, le CNAI souhaite une modification de l'A.R. n° 78 pour exclure leur assimilation au praticien de l'art infirmier pour l'exercice de l'art infirmier (étant donné le constat de 'pénurie', les autorités compétentes ont retardé cette mesure pour les accoucheuses diplômées jusqu'en 2005).

Toutefois, l'avis présenté par le CNAI sur l'organisation d'une filière unique de formation n'a pas été retenu par le Ministre Colla. Le maintien des 2 filières de formation est confirmé par la loi du 10 août 2001.

2.4.4.3. La modification de la liste des Titres et Qualifications Professionnels Particuliers

Au niveau fédéral en 1994, sur proposition du Ministre de la Santé publique, l'AR du 18.01.94 présente une liste de titres professionnels et deux listes de qualifications professionnelles. Quelles sont-elles ?

1. La liste des titres professionnels particuliers (TPP)
   a) La liste des TTP pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier ou d'infirmière graduée s'établit comme suit :
      - infirmier ou infirmière graduée en pédiatrie ;
      - infirmier ou infirmière graduée en santé mentale ;

[27] Ce plan pluriannuel prévoit 11 mesures en faveur du personnel du secteur de la santé dont l'harmonisation et la révision des barèmes, la réduction du temps de travail et la fin de carrière, l'accompagnement des débutants et des personnes qui reprennent leur carrière, le projet de formation de 600 PAI et la problématique du maintien des deux formations permettant d'accéder à la profession infirmière.

- infirmier ou infirmière graduée en santé publique ;
- infirmier ou infirmière graduée en gériatrie ;
- infirmier ou infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence.

b) La liste des TPP pour les titulaires du brevet ou du titre d'infirmier ou d'infirmière s'établit comme suit :

- infirmier ou infirmière en santé mentale.

2. La liste des qualifications professionnelles particulières pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée et les titulaires du brevet ou du titre d'infirmier ou d'infirmière, s'établit comme suit :

a) En relation avec le mode d'activité professionnelle :

- infirmier ou infirmière en oncologie ;
- infirmier ou infirmière en imagerie médicale ;
- infirmier ou infirmière en soins palliatifs ;
- infirmier ou infirmière en endoscopie ;
- infirmier ou infirmière en hémodialyse ;
- infirmier ou infirmière en radiothérapie ;
- infirmier ou infirmière chargé(e) de l'éducation à la santé du patient.

b) en relation avec la gestion d'une équipe infirmière :

- infirmier ou infirmière en chef adjoint ;
- infirmier ou infirmière en chef.

3. La liste des qualifications professionnelles particulières pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en relation avec la gestion du département infirmier s'établit comme suit :

- infirmier ou infirmière chef de service ;
- infirmier ou infirmière chargé(e) de la formation permanente ;
- infirmier ou infirmière directeur du département infirmier ;
- infirmier ou infirmière en hygiène hospitalière ;
- infirmier ou infirmière en assurance de la qualité des soins.

Le but avoué de cette législation est d'essayer de fédérer l'accès à la profession. Cet A.R. a une implication relativement importante pour la formation.

En s'attribuant le droit de formuler des exigences pour l'accès à des fonctions spécialisées sur base des titres professionnels, le Ministre de la Santé publique peut donc agréer et financer la procédure et l'obtention de titres professionnels particuliers et ce, en dehors de ce que peuvent faire les ministres de l'Education des Communautés.

Avant même d'aller plus loin, une première difficulté à laquelle nous avons tous été confrontés sans jamais obtenir ni trouver la moindre réponse, est de connaître la définition et par là même, la différence entre un « titre » et une « qualification ».[28]

Dès que la liste des titres et qualifications professionnels particuliers est établie, il faut encore spécifier les critères minimaux auxquels les infirmières doivent répondre pour se prévaloir d'un titre ou d'une qualification, ainsi que la procédure à suivre pour obtenir l'agrément. A ce jour, seuls les critères d'agrément du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en Soins Intensifs et d'Urgence ont fait l'objet d'un Arrêté Ministériel du 16 avril 1996 qui a été modifié par un Arrêté Ministériel du 17 juin 1998 (M.B. du 31 juillet 1998) (Annexe 2.4.1.1.).

L'examen comparatif de la liste des TPP accessibles aux infirmières graduées et des titres proposés dans la réforme de l'enseignement supérieur (Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994) relève des différences de terminologie :

- infirmière graduée en santé mentale = infirmière graduée spécialisée en santé mentale et psychiatrie ;

infirmière graduée en santé publique = infirmière graduée spécialisée en santé communautaire.

Le plan pluriannuel pour le secteur de la santé envisage à l'avenir une modification de la liste des titres et qualifications professionnelles particuliers dont peuvent se prévaloir les infirmières. La notion de *titre professionnel particulier* sera supprimée et il ne sera plus fait usage que de la notion de *qualification professionnelle particulière*. L'obtention d'une qualification professionnelle particulière sera réservée aux infirmières graduées (les infirmières brevetées pourront l'obtenir moyennant la réussite de la passerelle). Toute infirmière pourra obtenir une qualification professionnelle particulière pour autant qu'elle ait 5 ans d'expérience professionnelle et qu'elle ait suivi une formation complémentaire.

Cette formation complémentaire peut être suivie, soit sous la forme d'une année complémentaire de spécialisation, soit dans le cadre de l'enseignement de promotion sociale.

Concrètement, cela signifie que chaque infirmière pourra obtenir une qualification professionnelle particulière. Des mesures transitoires sont actuellement en cours d'élaboration, dispositions en vertu desquelles les infirmières brevetées actuellement au travail pourraient temporairement et moyennant le respect de certaines conditions, obtenir une qualification professionnelle particulière.

La liste actuelle des qualifications professionnelles particulières sera maintenue mais ne sera pas provisoirement élargie.

---

[28] MANISE C. *Titres et Qualifications*, Info-Nursing, N° 42, juin 1994, Editions Association Catholique du Nursing, Bruxelles, 36 p.

Le titre professionnel particulier « soins intensifs et d'urgence » sera maintenu à titre provisoire en faveur des titulaires actuels de ce titre professionnel particulier jusqu'au renouvellement de leur reconnaissance. Lors de ce renouvellement, les infirmières concernées se verront octroyer une qualification professionnelle particulière « soins intensifs et aide médicale urgente ». Les infirmières qui sont reconnues actuellement pour ce titre conservent leur reconnaissance sans exiger au préalable une expérience professionnelle effective sur le terrain dans ce domaine.

La liste des qualifications professionnelles particulières est rédigée comme suit :

1. Expertise dans les soins cliniques
   - Pédiatrie ;
   - Santé mentale ;
   - Santé communautaire ;
   - Gériatrie ;
   - Soins intensifs et aide médicale urgente ;
   - Oncologie ;
   - Imagerie médicale ;
   - Bloc opératoire ;
   - Soins palliatifs ;
   - Endoscopie ;
   - Néphrologie ;
   - Radiothérapie.

2. Expertise en gestion, qualité et recherche en soins infirmiers
   - Gestion d'une équipe infirmière ;
   - Gestion d'un service infirmier ;
   - Gestion d'un département infirmier ;
   - Contrôle de la qualité des soins ;
   - Hygiène hospitalière ;
   - Informatisation des soins infirmiers.

3. Expertise pédagogique en soins infirmiers
   - Education pour la santé
   - Education permanente.

La plupart des formations complémentaires ont pour objectif l'amélioration de la qualité des soins. En conséquence, il serait logique que les infirmières pouvant se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière puissent bénéficier d'une place privilégiée dans les secteurs concernés et d'une adaptation des barèmes en guise de valorisation d'une formation complémentaire par une rémunération adéquate. D'autre part, on peut aisément imaginer que les normes d'agrément exigeront une qualification pour une partie du service concerné. Ce que l'on ne peut prévoir actuellement, c'est la proportion de personnel spécialisé qui sera exigée.

Or, l'expérience des normes en soins intensifs et d'urgence prouve que même si un maximum de personnel spécialisé était souhaitable dans les domaines concernés, de nombreuses difficultés se poseront pour atteindre cet objectif et ce, pour 2 raisons :

Première raison :

Le secteur des soins de santé est confronté, de façon récurrente, à un problème de recrutement de personnel infirmier. Cette difficulté engendre l'engagement d'infirmières brevetées dans certains secteurs d'activité, idéalement réservés aux infirmières graduées (ex. les soins intensifs et l'aide médicale urgente), voire même d'un personnel auxiliaire non qualifié. Si la situation du personnel non qualifié semblait être réglée dans le cadre de l'Arrêté d'exécution de l'article 54 bis, il n'en est toujours rien pour le personnel soignant engagé actuellement. A cet effet, des Arrêtés d'exécution devront compléter la loi portant des mesures diverses en matière de santé.

Si la spécialisation est nécessaire, et devient même un gage de qualité, les difficultés de recrutement actuelles, les délais nécessaires pour y faire face, ainsi que la rigidité des financements y relatifs, inquiètent le monde infirmier. De plus, l'absence de cohérence dans les contenus et la séquence de la promulgation de divers Arrêtés Ministériels et Royaux est interpellante. A titre d'exemple, nous citerons l'A.M. fixant les conditions auxquelles doivent répondre les services de néonatologie intensive (NIC), la fonction de soins néonatals locaux (N*) (Arrêtés Royaux du 20 août 1996 parus au M.B. le 1er octobre 1996).

Ces arrêtés prévoient que les infirmières pédiatriques ou les accoucheuses devront être porteuses de la qualification professionnelle d'infirmière en néonatologie ou d'accoucheuse en néonatologie. Or cette qualification en néonatologie n'est pas reprise dans la liste des titres et qualifications actuelle, ni dans la future liste de qualifications professionnelles particulières.

Deuxième raison :

La modification de la « *liste des titres et qualifications professionnelles particuliers »* dont peuvent se prévaloir les infirmières en « *liste de qualifications professionnelles particulières* » et les exigences d'expérience professionnelle supplémentaire pour la reconnaissance des compétences particulières inquiètent le monde infirmier.

Malgré les dispositions de la loi du 10 août 2001, le CNAI insiste pour retenir le terme « *titre* » en lieu et place de celui de « *qualification* » afin de désigner ces compétences professionnelles acquises par une formation complémentaire. Sa demande s'appuie sur plusieurs arguments.

- Sémantiquement, selon « Le Larousse », le *titre* définit « une charge ou une fonction », alors que la *qualification* est une appréciation, sur une grille hiérarchique, de la valeur professionnelle d'un travailleur suivant sa formation, son expérience et ses responsabilités. Le *titre* sanctionne un cursus de formation et est définitif, alors que la *qualification* est fonction de l'expérience professionnelle et peut être remise en question.

- Le terme *titre* est utilisé pour toutes les autres professions de santé (médecins comme paramédicaux). Il est donc impératif qu'il soit également utilisé pour les infirmières afin d'éviter toute discrimination.
- Il est essentiel, tant pour assurer la qualité des soins, que pour valoriser l'image professionnelle et le plan de carrière, de promouvoir la formation continue des infirmières. Un des incitants à poursuivre une formation est, sans conteste, le *titre* auquel elle donne droit. Dans ce processus, couronner les efforts consentis, qui sont souvent importants, par une finalité à connotation minimaliste, serait particulièrement décourageant.
- Dans la ligne de la campagne publicitaire qui est lancée pour lutter contre la pénurie d'infirmières, il est plus que jamais important de contribuer à la promotion de l'image de la profession et de son plan de carrière. Or, l'utilisation, dans les faits, d'une terminologie spécifique et indubitablement perçue comme réductrice, serait certainement contradictoire et risquerait de réduire à rien les effets d'un tel investissement.

2.4.5. Art infirmier et conditions d'exercice de la profession

L'Arrêté Royal n° 78 du 10/11/1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux Commissions Médicales Provinciales, modifié par la loi du 21/12/1974 :

reconnaît l'art infirmier à côté de l'art de guérir et des professions paramédicales ;

permet d'affirmer le titre d'infirmière, protégé depuis 1946, définissant les conditions de qualification donnant accès à l'exercice de la profession ;

circonscrit le champ d'activités des infirmières et donc leurs compétences et leurs responsabilités ;

définit les organes de représentativité de la profession :

- le Conseil National de l'Art Infirmier (CNAI)
- la Commission Technique de l'art infirmier (CTAI)

renforce la représentation infirmière dans les organes de concertation et de surveillance :

- le Conseil National des Professions Paramédicales (CNPP)
- les Commissions Médicales provinciales

prévoit un ensemble de mesures disciplinaires.

Cette loi a été complétée par la suite par l'A.R. du 18 juin 1990 fixant la liste des prestations techniques et des actes confiés par un médecin à un praticien de l'art infirmier[29].

- Ces divers Arrêtés complètent la liste des prestations techniques de l'art infirmier et des actes médicaux confiés.

L'A.R. n° 78 a ensuite été modifié par la loi du 10 août 2001, parue au M.B. le 1er septembre 2001, portant des mesures diverses en matière de santé. Cette loi prévoit notamment les éléments suivants :

L'intitulé de l'A.R. n° 78 est modifié et remplacé par l'A.R. n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ;

La modification de l'accès à la profession d'accoucheuse qui est subordonnée à deux conditions :

- avoir été agréé en tant que porteur du titre professionnel d'accoucheuse délivré par le Ministre de la Santé Publique ;
- avoir fait viser et enregistrer son diplôme à la Commission Médicale Provinciale compétente ;

Le porteur du titre professionnel d'accoucheuse qui a obtenu son diplôme avant le 1er octobre 2005 peut exercer de plein droit l'art infirmier sous les mêmes conditions que les porteurs du titre professionnel de praticien infirmier gradué ;

Le porteur du titre professionnel d'accoucheuse peut exercer, de plein droit, l'art infirmier dans les domaines de l'art obstétrical, du traitement de la fertilité et de la néonatologie ;

L'accès à la profession infirmière est subordonné à deux conditions :

- avoir été agréé en tant que porteur d'un titre professionnel par le Ministre de la Santé Publique ou en ayant suivi une formation prévue dans l'Arrêté ou équivalente pour les ressortissants étrangers et,
- avoir fait viser et enregistrer son diplôme ou brevet à la Commission Médicale Provinciale compétente.

La définition de l'art infirmier est modifiée. Nous retrouvons dans cette définition les changements suivants :

- la description de la fonction interdépendante de l'infirmière, c'est-à-dire la définition du rôle de collaboration au diagnostic et au traitement par l'observation et la transmission de ses observations ainsi que l'exécution des prestations techniques et des actes médicaux confiés ;

---

[29] modifié par la suite par l'A.R. du 4 septembre 1990 (M.B. du 13/09/1990) ; l'A.R. du 25 septembre 1991 (M.B. du 21/02/1992) ; l'annulation par le Conseil d'Etat n° 44 (M.B. du 26/11/1993) ; l'A.R. du 27 décembre 1994 (M.B. du 26/10/1995) ; l'A.R. du 6 juin 1997 (M.B. du 22/08/1997)

- la fonction spécifique de l'infirmière, c'est-à-dire la définition du champ de compétences distinct du précédent visant à une prise en charge globale d'une personne ou d'un groupe, qu'il soit sain ou malade, afin de l'aider à y trouver une présence, afin de promouvoir, maintenir et/ou retrouver la santé ou l'aider dans sa fin de vie.
- Certains éléments ont toutefois été précisés :
  - établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;
  - définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;
  - informer et conseiller le patient et sa famille ;
  - accompagner lors du processus de deuil ;
  - les prestations techniques qui ne requièrent pas de prescription médicale et celles pour lesquelles elle est nécessaire.
- Un élément a été ajouté : Les prestations de soins infirmiers sont consignées dans un dossier infirmier.

L'évolution des effectifs d'étudiants en soins infirmiers et de professionnels en activité est analysée dans la seconde partie de l'ouvrage.

2.5. Les soignants [19]

2.5.1. Situation jusqu'en 2001

Avant la parution de la loi du 10 août 2001[20], le titre de « soignant » n'avait fait l'objet d'aucune définition légale. L'AR n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales, et aux commissions médicales était quasi muet à propos des soignants. Leur existence était cependant reconnue par l'article 54 bis de l'AR n°58 (article 19 de la loi du 20/12/74 définissant l'exercice de l'art infirmier) au titre de « personnes ne satisfaisant pas aux conditions de qualification prévues à l'art. 21 quater ». L'article 54 bis prévoyait alors que les personnes qui ne satisfaisaient pas aux conditions de qualification prévues à l'article 21 quater (à savoir être infirmière graduée, infirmière brevetée, hospitalière ou accoucheuse), mais qui, à la date du 1er janvier 1975, avaient été occupées pendant au moins 3 ans dans un établissement de soins ou un cabinet médical ou dentaire, pouvaient continuer les mêmes activités dans les mêmes conditions que les praticiens de l'art infirmier effectuant ces prestations.

Elles sont tenues de se faire connaître à la commission médicale compétente dans les délais fixés par le Roi ; à cette occasion, elles font connaître les activités pour lesquelles elles invoquent le bénéfice des droits acquis.

La raison d'être de l'insertion de l'article 54 bis est justifiée comme suit par B. Stinglhamber . En 1974, 75 % de l'équipe de soins étaient du personnel « non qualifié » au terme de la loi. L'Union Générale des Infirmières de Belgique, soucieuse, non de sanctionner le présent mais surtout de sauvegarder l'avenir, et soucieuse du respect des droits acquis, généralement involontairement, par les auxiliaires en place, a négocié le moyen de les protéger sans pour autant admettre que cette situation se reproduise[21].

Cependant, ce n'est que près de 20 ans plus tard que l'Arrêté d'exécution de l'article 54 bis paraît au Moniteur Belge (26 octobre 1993) modifiant la date de référence, et la fixant au 1er septembre 1990. Les demandes de reconnaissance devaient être introduites avant le 31 mars 1996. Plus de 19000 dossiers ont été introduits. Nous reviendrons dans la seconde partie de ce travail sur l'activité de ces soignants bénéficiaires du 54 bis (Partie II, chapitre 2.3.2.).

---

[19] Nous retiendrons ici sous le vocable « soignant », les membres du personnel qui ne sont ni médecin, ni accoucheuse, ni praticien de l'art infirmier, ni praticien d'une profession paramédicale visée à l'article 22 de l'AR n°78, mais qui assistent le personnel infirmier lors de l'administration des soins aux patients » (Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7-8-1987, section 7, art. 8, 7e al., ajout de la loi programme du 29-12-1990).

[20] Cfr § 2.5.8. Débats actuels et perspectives.

[21] STINGLHAMBER B., *Infirmière, Genèse et réalité d'une profession*. Editions De Boeck, 1994, 291 p.

Cette assimilation accordée comme mesure transitoire n'apporte toutefois aucun éclairage quant à la fonction de soignant. En conséquence, ni les Commissions Médicales Provinciales, ni le Centre de Traitement de l'Information du Ministère fédéral de la santé publique n'ont à connaître cette catégorie de personnel. Le titre de soignant apparaît toutefois dans les méandres des législations relatives aux institutions de soins (MRPA, hôpitaux, services d'aide à domicile).

2.5.2. Réglementation en MRPA

C'est dans le cadre de la législation fixant les conditions requises pour l'attribution des forfaits soins en MRPA que le titre de "soignant" a pour la première fois fait l'objet de conditions réglementaires précisant les missions dévolues au personnel soignant de ces institutions et les formations qui donnent accès à cette catégorie de personnel.

L'AM du 19 mai 1992 fixant l'intervention en MRPA (MB 26-05-1992) le fait en ces termes (art. 2 § 4) :

« Pour l'application des dispositions du présent Arrêté, on entend par personnel soignant les personnes qui assistent effectivement les praticiens de l'art infirmier dans la dispensation des soins, aident les pensionnaires dans les actes de la vie journalière, dans la préservation de l'autonomie et le maintien de la qualité d'habitat et de vie. Ces personnes doivent justifier au moins des qualifications de puéricultrice, d'aide familiale ou senior, d'aide sanitaire, d'éducateur ou d'aspirante en nursing ».

Cette définition a été jugée trop étroite, et nombreux sont ceux, surtout à Bruxelles et en Wallonie, qui voulaient y adjoindre les personnes ayant acquis une formation par une pratique de deux ans ETP. L'AM du 30 mars 1993 (MB 31-3-1993) a modifié l'Arrêté précédent en l'élargissant quelque peu. Les qualifications minimales retenues sont celles correspondant au moins à une fin d'études secondaires professionnelles (certificat de qualification : CQ6) ; à savoir, le brevet ou le diplôme de l'enseignement secondaire ou le certificat d'études de l'enseignement secondaire ou le certificat de qualification ou le certificat de l'enseignement secondaire de :

- auxiliaire familiale et sanitaire,
- puéricultrice,
- aspirante en nursing,
- aide familiale,
- assistant(e) en gériatrie,
- éducation,
- moniteur de collectivités,
- auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivités,
- ou aide polyvalente de collectivités.

Sont assimilées aux membres du personnel soignant, les personnes qui ont suivi avec fruit une formation reconnue par le Ministre communautaire compétent pour l'agrément des maisons de repos.

Les Ministres communautaires ont donc chacun publié la liste des formations qu'ils reconnaissent comme équivalentes. En Communauté française, la Ministre Présidente établit la liste des qualifications pouvant être assimilées aux membres du personnel soignant au sein des MRPA par la lettre circulaire du 29 juin 1993. La Région wallonne la reprend par AM du 28-10-1994 (MB du 9-2-1995). En Région bruxelloise, la COCOF a repris celle de la Communauté française (Arrêté du 23-12-1993, MB du 13-04-1994) tandis que la COCOM a fusionné les listes francophone et néerlandophone en une seule qui totalise les formations assimilées (Circulaire du 16-12-1993). Nous en reprenons ici la version en français (tableau 2.5.2.1.) ; les titres n'ayant pas d'équivalent en français sont maintenus en néerlandais. En Communauté germanophone, l'arrêté du Ministre-Président a été pris le 26 avril 1996 (MB 9-7-1997).

Tableau 2.5.2.1. Formations assimilées par les Ministres communautaires à celles du personnel soignant qualifié pour exercer en MRPA (1993)

FORMATION	ORGANISEE PAR	QUALIFICATION
Accoucheuse (diplôme <1957)	enseignement technique secondaire	diplôme
Aide senior	assimilé aide familial(e)	brevet, ou attestation de capacité
Assistant(e) en Psychologie	enseignement supérieur plein exercice	diplôme
Assistant(e) en soins hospitaliers [22]	enseignement secondaire et promotion sociale	attestation de réussite 1ère année
Assistant(e) social(e)	enseignement supérieur - plein exercice et promotion sociale	diplôme
Auxiliaire gériatrique	Forem Liège	certificat de formation professionnelle
Auxiliaire sanitaire polyvalente en collectivité pour personnes âgées	Cobeff et Orbem	attestation de réussite
Auxiliaire sociale	promotion sociale	diplôme
Educateur (Classe I)	enseignement supérieur plein exercice	diplôme
Educateur en gérontologie	promotion sociale	diplôme ou certificat
Educateur : secteur santé mentale	promotion sociale	diplôme ou certificat
Ergothérapeute	enseignement supérieur plein exercice	attestation de réussite 2ème année
Infirmier(e) gradué(e)	enseignement supérieur - plein exercice et promotion sociale	attestation de réussite 1ère année
Intervenant santé et grand âge	promotion sociale	diplôme ou certificat
Kinésithérapeute	enseignement supérieur plein exercice	attestation de réussite 2ème année
Logopède	universitaire ou enseignement supérieur - plein exercice	diplôme
"Begeleider-Animator voor bejaarden"	formation en travail social et pédagogique (Hasselt et Mol)	attestation de réussite (3 ans)

Source : Sesa, UCL.

L'AM du 30-3-1993 (MB 31-3-1993) ajoute une disposition (art 2. § 4bis) selon laquelle, les personnes qui étaient en fonction le 26 mai 1992 sont assimilées également :

« si elles avaient alors 5 ans d'ancienneté (dans une MR) et étaient âgées d'au moins 45 ans et sont toujours en fonction dans la même MR le 31-03-1993 ;

si elles ne satisfont pas à ces conditions, mais qu'elles s'inscrivent à un recyclage reconnu par le Ministre compétent et le suivent avec fruit avant le 31 octobre 1996. Les pièces justificatives doivent être transmises à l'INAMI avant le 30 juin 1993 ».

[22] Par assimilation, il faut considérer que l'attestation de réussite d'une première année d'études menant au brevet donne accès au travail comme soignant.

Chaque Communauté doit donc fixer les conditions à remplir pour le recyclage et veiller à son organisation. La COCOM a pris le 23 décembre 1993 un arrêté déterminant les conditions d'agrément des centres qui l'organiseront et en a fixé le programme le 14 juillet 1994. La COCOF a fait de même le 8 juillet 1994. La formation comprendra au minimum 220 heures de cours théoriques et 80 heures de stage dans deux MR autres que celle où travaille le candidat. Les thèmes à aborder sont énumérés sous trois chapitres :

- Environnement socio-légal, éthique et physique de la personne âgée en institution.
- Assistance aux activités de la vie quotidienne pour les personnes âgées en institution.
- Initiation aux techniques de communication et au travail en équipe.

L'art. 4 § 2 de l'AM du 30 mars 1993 prévoit l'enregistrement des soignants :

« Le personnel soignant visé à l'art. 2 § 4 et 4bis de l'AM du 19 mai 1992 précité, se verra attribuer par le service des soins de santé de l'INAMI un numéro d'enregistrement, à condition qu'il puisse justifier les qualifications fixées au même article ou produire les pièces justificatives nécessaires ».

2.5.3. En hôpital

La *Loi sur les hôpitaux* prévoit pour l'agrément des hôpitaux que, pour chaque type de service, des normes soient établies fixant les conditions minimales en matière de personnel médical, paramédical et soignant. Cette dernière catégorie a vu sa fonction définie sans que, pour autant, les conditions d'engagement nécessaires pour y accéder soient fixées:

« Il faut entendre par personnel soignant, les membres du personnel qui ne sont ni médecin, ni accoucheuse, ni praticien de l'art infirmier, ni praticien d'une profession paramédicale visée à l'article 22 de l'AR n°78, mais qui assistent le personnel infirmier lors de l'administration des soins aux patients » (Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7-8-1987, section 7, art. 8, 7e al., ajout de la loi programme du 29-12-1990).

L'AR du 23 octobre 1964 *portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre* précise en annexe III, 2° que : « Le nombre de personnes affectées au soignage des malades doit répondre aux conditions spéciales fixées pour les différents services ». Le terme « soignage », néologisme inventé pour l'occasion, n'est pas non plus défini.

Les normes particulières applicables à chaque service s'expriment à ce sujet de manière très variée[23] :

« personnel infirmier et soignant qualifié en fonction des besoins infirmiers et de soins » (index M) ;

« personnel qualifié, de préférence spécialisé (infirmière pédiatrique) assisté d'un nombre suffisant de personnel auxiliaire pour assurer le soignage efficace » (index E) ;

« le service disposera pendant la journée d'un(e) infirmier(e) et d'un(e) garde-malade par groupe de vingt malades » (index P neuro-psychiatrie) ;

« l'effectif du personnel à même d'assurer la présence continue sera par 20 malades, en cas d'hospitalisation de jour et de nuit, de 2 équipes de 6 personnes dont 1 infirmier ; parmi les autres membres de l'équipe, 3 seront en possession d'un diplôme d'infirmier, d'ergothérapeute, d'éducateur ou d'assistant en psychologie ou d'un brevet hospitalier, les deux autres auront un brevet d'auxiliaire familial et sanitaire ou une formation

[23] Nous invitons le lecteur à se référer au paragraphe II.3.1.1. qui présente de façon exhaustive la révision actualisée des normes hospitalières

adaptée aux besoins du service » (index K, neuro-psychiatrie infantile, normes similaires pour l'index A et T : adultes) ;

« l'hospitalisation doit être assurée par du personnel infirmier diplômé assisté par un nombre suffisant d'auxiliaires de soins » (index G) ;

« par lit occupé, il faut prévoir un minimum de 0,6 membre du personnel soignant et auxiliaire, dont au moins les 3/4 doivent être du personnel qualifié (infirmier gradué, infirmier breveté, hospitalier) » (index D, C en hôpital universitaire) ;

« par lit occupé, il faut prévoir un minimum de 0,6 membre du personnel soignant et infirmier, dont au moins les 2/3 doivent être du personnel qualifié (sage-femme, infirmier gradué, infirmier breveté, hospitalier) et 1/3 de puéricultrices » (index M en hôpital universitaire).

2.5.4. Dans les soins et l'aide à domicile

Les services de soins et d'aide à domicile ont été créés par l'AR du 20 juillet 1947. L'encouragement de leur activité familiale a fait l'objet de l'AR du 27 décembre 1950. Ultérieurement, cette activité familiale et sociale a été organisée sous forme de services d'aide aux familles et aux personnes âgées[24]. Jusqu'à un passé récent, ces derniers présentaient leur activité en termes de services familiaux et sociaux et le terme de soignant était évité en parlant de personnel requis. La Communauté française a revu cette législation dans le même sens[25]. Le personnel concerné comporte des aides familiales et des aides seniors. Ils sont définis comme suit :

- les aides familiales et les aides seniors qui ont suivi un programme de formation fixé par l'Exécutif (+ assimilés);
- les aides familiales issues d'une école professionnelle secondaire supérieure, finalité aide familiale et sanitaire ou puéricultrice ou aspirante en nursing (certificat ou brevet et certificat de qualification CQ6).

Pour coordonner l'activité de ces services d'aide avec les services de soins à domicile, des centres de coordination ont été créés en Communauté française par le décret du 19 juin 1989 (dénommé « décret Picqué »). Plus récemment, une nouvelle tendance se fait jour visant à intégrer, de différentes manières, soins et services familiaux ou sociaux.

[24] 16 octobre 1975 - Arrêté Royal réglant pour la Région wallonne l'agréation des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi des subventions à ces services (MB 10-12-1975).

[25] 30 mars 1983 - Arrêté de la Communauté française, remplacé par l'arrêté du 10 décembre 1988.

La nouvelle nomenclature des soins infirmiers, entrée en vigueur le 1er juin 1997, exclut le remboursement de certaines toilettes si bien que ces soins sont effectués par des soignants dans le cadre de l'aide. Les services de soins à domicile étudient également la possibilité de confier à des aides soignantes certains soins donnés à des personnes dépendantes nécessitant plusieurs séances par jour, la première visite étant assurée par le PAI qui signe l'attestation de soins.

Presque à la même date, le 24 juillet 1997, un arrêté de la Communauté flamande renouvelait la législation concernant les services d'aide[26]. Il inclut les soins personnels parmi les services rendus. Parmi les tâches énumérées en annexe dans la liste non limitative de soins personnels, on trouve par exemple la toilette, les soins d'hygiène, des soins limités et élémentaires comme la prévention d'escarres, aider à manger et à boire, les soins d'incontinence. Le prestataire de ces soins est désigné par le terme de « verzorgende ». Ce personnel est régi par le statut de l'aide à domicile qui est joint en annexe. Il doit être titulaire d'un certificat d'immatriculation délivré par l'administration. Pour l'obtenir, il doit avoir terminé avec fruit l'enseignement supérieur technique ou professionnel (orientation pédagogique ou soins) et être porteur d'un certificat d'aptitude délivré par un centre de formation agréé.

2.5.5. Dans le secteur psychiatrique (en ce compris les hôpitaux psychiatriques)

Le personnel soignant varie selon les indices de lits et comprend, notamment :

- des ergothérapeutes,
- des éducateurs,
- des assistants en psychologie,
- des auxiliaires familiales et sanitaires,
- des personnes disposant d'une formation adaptée au service,
- des personnes possédant un diplôme de licencié ou un diplôme de l'enseignement supérieur non universitaire à orientation paramédicale, sociale, pédagogique ou artistique (psychologie, criminologie, éducation physique, ergothérapie, kinésithérapie ou diplôme d'éducateur, d'instituteur ou de régent),
- des assistants sociaux.

[26] 24 juillet 1997 - Arrêté du Gouvernement flamand réglant l'agrément et le subventionnement des services d'aide aux familles et aux personnes âgées (MB du 29-11-1997)

2.5.6. Le soignant, cet inconnu !

De cette énumération, qui n'est pas exhaustive pour le secteur hospitalier et doit être complétée en ce qui concerne les institutions médico-pédagogiques et médico-sociales, il ressort les constatations suivantes :

- la fonction de soignant n'a fait l'objet d'aucune définition légale précise ;
- le contenu de la fonction et la qualification requise pour appartenir à cette catégorie de personnel n'ont été précisés que pour les institutions d'hébergement pour personnes âgées, dans le cadre de la législation en matière d'assurance-maladie ;
- même dans ce dernier cas, le contenu de la formation ne correspond pas toujours aux besoins de la fonction ;
- dans le secteur hospitalier, la terminologie employée est floue et ambiguë. Ainsi les normes d'organisation des services parlent tantôt de :
  - personnel infirmier, soignant et autre,
  - personnel qualifié (infirmiers et hospitaliers) en l'opposant au personnel soignant auxiliaire,
  - personnel soignant et infirmier,
  - personnel soignant et auxiliaire,
  - personnel à même d'assurer une présence continue.

Le terme « qualifié » est lui-même ambigu : « personnel qualifié » désigne les seuls infirmiers et accoucheuses parmi le personnel soignant et infirmier des hôpitaux universitaires tandis que le « soignant qualifié » est celui qui est reconnu comme tel pour répondre aux besoins en soins des services.

L'ambiguïté est entretenue par le fait que le néerlandais dispose de deux termes différents *verplegend* et *verzorgend* dont les contenus semblent exclusifs alors qu'en français l'art infirmier (*verplegend*) est une manière d'exercer une fonction soignante (verzorgend). La création du néologisme « soignage » viserait donc à exprimer une catégorie de soins qui se distingue de l'exercice de l'art infirmier et est accessible aux soignants. Cette conceptualisation est polarisée sur la nature des besoins en soins, les uns requérant une compétence infirmière, les autres une formation moins poussée.

On remarquera que les textes les plus récents (index G, p. ex.) introduisent la notion d'auxiliaire. On aurait ainsi un personnel infirmier capable d'actes délégués par le médecin et d'actes autonomes alors que le soignant travaillerait comme son auxiliaire (ce qui n'exclut pas qu'il porte la responsabilité de ses actes).

Cette ambiguïté de la terminologie aboutit à des classifications différentes. Les statistiques de personnel occupé dans les hôpitaux, publiées jusqu'en 1991 par le **Ministère fédéral de la Santé Publique** distinguent en effet:

- Personnel infirmier A1 - *Verpleegkundigen A1* : Infirmiers gradués et accoucheuses
- Personnel infirmier A2 - *Verpleegkundigen A2* : Infirmiers brevetés, ASH et puéricultrices en maternité

- Personnel soignant - *Verzorgend personneel* : Il s'agit de l'ensemble du personnel chargé de donner des soins (*met verzorgende taak*), qu'il soit titulaire ou non d'un diplôme d'un niveau inférieur aux diplômes précités (A1 et A2).

Cette classification comporte quelques anomalies :

- les brevets et certificats désignés comme A2 sont en fait de niveau secondaire,
- les ASH et puéricultrices en maternité semblent assimilées à des infirmiers.

Soulignons que ces catégories correspondent à des barèmes de rémunération et non à des fonctions distinctes.

On constate néanmoins que le personnel soignant est opposé au personnel infirmier et que, d'autre part, la notion de qualification distingue les soignants en « qualifiés » et « non-qualifiés » suivant qu'ils disposent ou non d'un diplôme ou certificat qualifiant.

Par contre, **la Région wallonne** a adopté pour ses statistiques une toute autre catégorisation basée sur la terminologie utilisée pour définir les normes en hôpital universitaire. Les PAI (gradués, brevetés et ASH) sont désignés comme « personnel qualifié » alors que tous les autres professionnels, y compris les puéricultrices en maternité, sont considérés comme « non qualifiés ». Cette terminologie est cohérente avec les dispositions de l'AR n°78 qui présente les titres requis pour l'exercice de l'art infirmier. On remarquera toutefois qu'il n'est pas question ici de « soignant qualifié ou non ». La qualification est considérée par rapport à l'art infirmier. Une des conséquences est le passage des puéricultrices en maternité dans une catégorie considérée comme non qualifiée.

D'autre part, les statistiques de **chômage** utilisent le terme de soignant pour désigner une catégorie de personnes qui déclarent avoir travaillé dans une fonction soignante ou qui souhaitent trouver un emploi de soignant. Cette information est floue, car nous savons que le contenu du concept se modifie suivant le secteur de travail ; de plus, elle peut désigner une simple intention, un souhait dont la réalisation est soumise au fait de suivre une formation.

2.5.7. Les formations de personnel soignant

Les formations donnant aujourd'hui accès à des fonctions soignantes relèvent de différents niveaux d'enseignement (tableau annexe 2.5.7.1.) "selon le principe qui peut le plus, peut le moins", diverses formations de l'enseignement supérieur sont mentionnées comme qualifiantes. Ce ne sont pas des formations spécifiques de soignant au sens où nous l'entendons dans cette étude.

Rappelons que le niveau exigé pour la reconnaissance en MRPA est celui obtenu au terme de l'enseignement secondaire supérieur (CQ6). Les formations se donnent dans l'enseignement technique ou dans l'enseignement professionnel. Elles relèvent de l'enseignement ordinaire de plein exercice ou de la promotion sociale. Depuis 1957, l'enseignement technique secondaire supérieur (3e degré depuis le décret de la Communauté française du 5 août 1995 réformant l'enseignement secondaire) assure une formation d'aspirante en nursing afin de favoriser le recrutement d'étudiants pour les sections supérieures d'études en soins infirmiers. Dans l'enseignement professionnel secondaire supérieur (aujourd'hui 3e degré), sont formées des puéricultrices (brevet jusqu'en 1986, certificat depuis 1987) et des assistantes familiales et sanitaires.

Depuis 1990, la formation d'auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivité est organisée par les établissements de promotion sociale. Elle donne accès à la profession d'assistante familiale (AM du 13 juin 1990 de la CFB) et a progressivement remplacé celle qui était dispensée par les centres agréés pour former des aides familiales (AR du 19 juillet 1960). Le certificat délivré est de niveau CQ6.

2.5.8. Débats actuels et perspectives

La définition de la fonction soignante ou du soignant qualifié non-infirmier doit tenir compte de quatre dimensions différentes :

- les tâches assurées par le soignant,
- la formation professionnelle,
- le niveau de responsabilité : « personne donnant des soins sous la supervision de... », désignée aussi comme « aidant » ou « auxiliaire »,
- le secteur sanitaire dans lequel il exerce.

Jusqu'à présent, aucun effort réel de définition n'a été réalisé. Seul l'INAMI a dressé une liste des qualifications pour lesquelles un agrément pouvait être obtenu en MRPA. Toutefois, ce travail n'a pas pu tenir compte des besoins propres des résidents et l'on trouve ainsi comme soignants qualifiés pour le secteur des personnes âgées : les puéricultrices (dont la formation est orientée vers les enfants) et les éducateurs.

Quant à l'emploi du terme « qualifié » associé à soignant, il importe de préciser que le terme ne situe pas ici la fonction soignante par rapport à la fonction infirmière mais qu'il introduit, à l'intérieur de la fonction soignante exercée en tant qu'auxiliaire, une classification en fonction de la formation requise.

Les normes actuelles s'apparentent à des exigences minimales pour que l'institution puisse être financée ; elles ne garantissent pas l'adéquation entre la formation reçue, la demande des employeurs et les besoins des résidents. La complexité du système est accentuée par le fait que des institutions nouvelles se créent pour répondre à des besoins nouveaux et que d'autres se modifient. De plus, les soins et l'aide se professionnalisent et requièrent des niveaux de formation et de compétence plus élevés pour atteindre des objectifs de qualité.

Le décret de la Communauté française du 27 avril 1994, créant le Conseil Général de Concertation pour l'enseignement secondaire, lui a imparti, entre autres tâches, celle de définir des profils de qualification décrivant les compétences attendues et les activités exercées par des travailleurs accomplis, tels qu'ils se trouvent dans l'entreprise, et des profils de formation, c'est-à-dire « l'ensemble des compétences à acquérir en vue de la délivrance du certificat de qualification à la fin de l'enseignement secondaire ». Une commission consultative a été instituée pour chacune des orientations du secondaire et notamment pour celle des « services aux personnes ».

Le document de travail résultant de la Table Ronde 'Infirmier' des 22 et 23 octobre 1997 et publié par le Ministre de la Santé Publique énonce, au sujet des soignants, plusieurs propositions qui deviennent ainsi des orientations politiques :

- Le groupe professionnel « soignants » pourrait être inclus dans l'AR n° 78.
- Le Ministère de la Santé publique organiserait alors un système d'agrément en tant que soignant.

- La formation, théorique et pratique devrait prendre 2 ans, à un niveau d'enseignement à déterminer avec les Communautés.
- La fonction de « Soignant » aurait trait à des actes axés sur le confort du patient, sur l'hygiène et sur les tâches qui appuient la fonction infirmière.
- Les soignants travailleraient dans les établissements de soins sous la responsabilité de l'infirmier compétent. En soins à domicile, ils peuvent intervenir après décision d'un coordonnateur des soins infirmiers et dans le cadre d'un plan de soins ciblé sur le patient.

La loi du 10 août 2001 (MB du 1er septembre 01) portant des mesures en soins de santé introduit cette nouvelle catégorie professionnelle.

Cette loi précise en son Titre III, articles 21 *quinquiesdecies* et 21*sexiesdecies* §§ 1 et 2 :

« Nul ne peut exercer la profession d'aide soignant sans avoir été enregistré au sein des services du gouvernement, conformément aux modalités fixées par le Roi. ».

« On entend par aide soignant, une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous leur contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmière dans une équipe structurée. Le Roi détermine, après avis du Conseil National de l'Art Infirmier et la Commission Technique de l'Art Infirmier, les activités mentionnées à l'article 21quinquies § 1er, a) et b), que l'aide soignant peut réaliser, et fixe les modalités d'exécution de ces activités afférentes à la fonction d'aide soignant, conformément au § 1er.».

Il est inséré dans le même Arrêté Royal, un article 21*septiesdecies*, rédigé comme suit :

« Les certificats, brevets ou diplômes des personnes visées à l'article 21quindecies, doivent être visés préalablement par la Commission Médicale prévue à l'article 36, et qui est compétente en raison du lieu où elles comptent s'établir. Avant l'octroi du visa, la Commission d'agrément du Conseil national de l'art infirmier vérifie s'il est répondu aux modalités d'enregistrement en tant qu'aide soignant visées à l'article 21quinquiesdecies, conformément aux modalités fixées par le Roi, après avis du Conseil national de l'art infirmier ».

L'Association francophone d'institutions de santé (AFIS)[27] souligne que les intentions du pouvoir politique ne sont pas de déqualifier la profession infirmière en étendant les tâches pouvant relever d'aides soignants, mais de recentrer l'activité infirmière sur des activités qui relèvent spécifiquement des compétences infirmières. L'AFIS précise que, si la délégation de tâches infirmières au personnel aide soignant s'avère nécessaire, elle doit s'effectuer dans un cadre réglementaire définissant la nature des tâches à déléguer et le mode de délégation.

[27] AFIS, Réflexion sur les modifications de l'arrêté n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'Art Infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, note rédigée à l'attention de Directions de Départements Infirmiers, septembre 2001, 10 p.

2.6. Les Kinésithérapeutes

2.6.1 Kinésithérapie et kinésithérapeutes

La formation des kinésithérapeutes est assurée dans l'enseignement supérieur de plein exercice (4 ans depuis 1995) ou dans l'enseignement universitaire ((2 années de candidature et 2 années de licence). L'exercice de la profession est réglementé par l'art 21 bis de l'AR N°78 tel que modifié par la Loi du 6.04.1995.

Nul ne peut porter le titre de kinésithérapeute, ni exercer la kinésithérapie, s'il n'est titulaire d'un agrément délivré par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Les interventions qui ne peuvent être pratiquées de manière habituelle que par les diplômés agréés font l'objet d'une énumération exhaustive[28].

Les personnes agréées en vertu du **§** 1er ne peuvent exercer la kinésithérapie qu'à l'égard des patients qui leur sont envoyés sur la base d'une prescription faite par un médecin. Cette prescription doit revêtir la forme d'un écrit. Elle indique le diagnostic ou les éléments de diagnostic établis par le médecin, la ou les prestations demandées par celui-ci ainsi que le nombre maximum de séances de traitement à effectuer par le kinésithérapeute.

Les kinésithérapeutes partagent cependant certaines responsabilités relevant de l'art de guérir et de ce fait, ils ne sont plus considérés comme faisant partie des paramédicaux. Avec l'accord du médecin qui lui réfère un patient, le kinésithérapeute peut accomplir d'autres prestations que celles prescrites ou s'abstenir de réaliser les prestations prescrites. A la demande du médecin qui effectue l'envoi, il est tenu de lui communiquer un rapport sur la réalisation du traitement et les résultats obtenus.

Pour que leurs patients puissent bénéficier du remboursement de l'assurance maladie, les kinésithérapeutes doivent également se faire reconnaître par L'INAMI (AR du 20.10.1992, MB du 10.11.1992).

---

[28] Des interventions systématiques destinées à remédier à des troubles fonctionnels de nature musculo-squelettique, neurophysiologique, respiratoire, cardiovasculaire et psychomotrice par l'application d'une des formes de thérapie suivantes, : mobilisation, massothérapie, stimuli physiques non-invasifs (courant électrique, rayons, ultrasons,...),

- des examens et des bilans de motricité,
- la conception et la mise au point des traitements prévus ci-dessus,
- la gymnastique prénatale et postnatale.

En conséquence, on trouve parmi les kinésithérapeutes :

- des diplômés agréés qui exercent effectivement la kinésithérapie et sont reconnus comme tels par l'INAMI,
- des diplômés qui, bien que agréés, ne pratiquent pas comme tels mais sont actifs dans des activités connexes,
- des diplômés non agréés qui exercent diverses activités ayant ou non un lien avec leur formation,
- des diplômés inactifs.

En application de l'AR N°78, art. 35*octies*, l'AR du 2.10.1997 a étendu aux kinésithérapeutes la compétence de la Commission de planification de l'offre médicale.

2.6.2. Les flux de diplômés

Le développement au cours de la période 1971-1998 est spectaculaire pour la licence, tandis que l'on observe une quasi-stabilité en graduat.

Tableau 2.6.2.1. Evolution des diplômes de licence et de graduat en kinésithérapie : 1971-2000

Diplômés	**Licenciés**			**Gradués**			**Total**		
en ↓	Néerlan-dophones	Franco-phones	2 régime	Néerlan-dophones	Franco-phones	2 régimes	Néerlan-dophones	Franco-phones	2 régimes
1971	33	55	88	343	413	756	376	468	844
1976	113	81	194	378	283	661	491	364	855
1981	109	129	238	443	353	796	552	482	1034
1986	150	156	306	327	338	665	477	494	971
1991	148	102	250	341	392	733	489	494	983
1994	154	110	264	*	420	*	*	530	*
1995	165	112	277	*	641	*	*	753	*
1996 (a)	194	122	316	*		*	*		*
1997	190	127	317	*	481	*	*	608	*
1998	205	141	346	*		*	*		*
1999	205	141	346						
2000	222	147	369						

Source : BSU in Info-Santé (UCL-VUB) et statistiques de l'Enseignement des Communautés
(a) Passage du graduat en 3 ans à un enseignement étalé sur 4 ans

Les licenciés, qui ne représentaient que quelque 12% des diplômés en 1971 en CFGB, en constituent 20% en 1997. La croissance totale du nombre des diplômés, qui s'élève à 16% entre 1971 et 1991, est due aux licenciés. Il y a donc une augmentation certaine de la qualification, sanctionnée également par l'allongement récent des études de graduat

La proportion de diplômés de nationalité étrangère n'a cessé d'augmenter dans le régime francophone. Une enquête réalisée par le SESA en 2001[29] nous a permis de déceler une proportion de 55% d'étudiants étrangers inscrits en graduat et n'ayant pas de domicile ou un domicile temporaire en Belgique[30]. Dans ce cas, leur implantation en Belgique est peu probable. Sur base du même échantillon, ce score représente une augmentation de 10% par rapport à la population étudiante de l'année précédente. Parmi les diplômés, la proportion d'étrangers diplômés en kinésithérapie est de l'ordre d'un tiers parmi les gradués et d'un quart parmi les licenciés.

Le public belge de la licence est plus féminin en Flandre (65% de femmes diplômées en 2000) qu'en régime francophone où le taux de féminisation est plus bas (55% en 2000).

Tableau 2.6.2.2. Evolution des diplômes de licenciés en kinésithérapie selon la nationalité, le régime linguistique et le sexe : 1991-2000

		Belges et étrangers			**Belges**			***% Belges parmi les francophones***
Année du diplôme	**Régime → Sexe ↓**	**Néerlando-phone**	**Franco-phone**	**2 Régimes**	**Néerlan-dophone**	**Franco-phone**	**2 Régimes**	
1995	Masculin	42	44	86	41	36	77	*81,8*
	Féminin	112	66	178	108	61	169	*92,4*
	Sans distinction	154	110	264	149	97	246	*88,2*
1996	Masculin	51	57	108	49	50	99	*87,7*
	Féminin	114	55	169	111	44	155	*80,0*
	Sans distinction	165	112	277	160	94	254	*83,9*
1997	Masculin	62	30	90	62	29	91	*96,6*
	Féminin	58	23	81	57	22	79	*95,6*
	Sans distinction	120	53	173	119	51	170	*96,2*
1998	Masculin	67	63	130	65	53	118	*84,1*
	Féminin	123	74	197	121	50	171	*67,5*
	Sans distinction	190	137	327	186	103	289	*75,2*
1999	Masculin	69	67	136	69	55	124	*82,1*
	Féminin	136	74	210	132	60	192	*81,1*
	Sans distinction	205	141	346	201	115	316	*81,6*
2000	Masculin	82	66	148	66	49	115	*74,2*
	Féminin	140	81	221	139	61	200	*75,3*
	Sans distinction	222	147	369	205	110	315	*74,8*

[29] Enquête sur la population scolaire et diplômée en kinésithérapie de 1997 à 2000-01, SESA, 2001. L'enquête a rassemblé des données couvrant environ 20% des établissements délivrant le titre de kinésithérapeute.

[30] L'étude de P.RABAU sur les inscriptions dans les HE de kinésithérapie mentionne également 53% de francophones parmi les étudiants inscrits en Communauté française en 2001-2002.

L'évolution récente des inscriptions en première année d'étude révèle toutefois une hausse importante au cours des années 1999 et 2000 tant dans les hautes écoles qu'à l'université. Une baisse est intervenue en 2001 (12.5% dans le régime néerlandophone et 2.8% dans le francophone). La diminution a été plus forte dans les universités flamandes (-17.8%) que dans les francophones (-10.6%) ; et de même dans les hautes écoles (-8.1% contre –0.2%)

Tableau 2.6.2.3. Inscriptions en première année d'étude de kinésithérapie selon le régime linguistique et le niveau d'étude : 1998-2001

Communauté flamande	**1998-99**	**1999-00**	**2000-01**	**2001-02**	**Évolution 2000-01**
Univ. flamandes	235	358	432	355	-17.8%
H.E flamandes	407	514	517	475	-8.1%
Total Cté fl.	642	872	949	830	-12.5%
Communauté française					
Univ francophones	250	387	416	372	-10.6%
H.E. francophones	1102	1073	1244	1242	-0.2%
Total Cté fr.	1352	1420	1660	1614	-2.8%
Dont Etudiants français				53%	
TOTAL PAYS	**1994**	**2292**	**2609**	**2454**	**-5.9%**

2.6.3. Evolution des effectifs de Kinésithérapeutes

Les effectifs de kinésithérapeutes ont plus que quadruplé en 25 ans ainsi qu'en témoigne le fichier tenu par l'INAMI, qui est jusqu'ici le seul fichier permettant de déterminer le nombre de diplômés potentiellement en exercice. L'inscription dans ce fichier n'implique cependant pas que le diplômé soit effectivement un praticien. Ils sont répertoriés en tant que « agréés ». L'augmentation du nombre d'agréés est considérable ces dernières années : plus de 40% en 10 ans.

Tableau 2.6.3.1. Evolution du nombre de kinésithérapeutes agréés selon la qualification : 1973-1999

Année	Gradués en Kinésithérapie	Licenciés en kinésithérapie	Licenciés en éd. physique	Autres Kinési-thérapeutes	**Total**	*Indice de croissance*
1973	5.716	639	*	120	**6.475**	*100,0*
1974	6.038	710	*	106	**6.854**	*105,9*
1975	6.713	917	*	104	**7.734**	*119,4*
1976	7.438	1.047	*	103	**8.588**	*132,6*
1977	8.070	1.102	116	98	**9.386**	*145,0*
1978	8.700	1.338	110	96	**10.244**	*158,2*
1979	9.297	1.569	109	96	**11.071**	*171,0*
1980	8.740	1.488	67	73	**10.368**	*160,1*
1981	8.579	1.588	52	48	**10.267**	*158,6*
1982	9.464	1.836	51	47	**11.398**	*176,0*
1983	10.217	2.090	51	44	**12.402**	*191,5*
1984	11.003	2.363	52	44	**13.462**	*207,9*
1985	11.730	2.644	52	43	**14.469**	*223,5*
1986	12.403	2.932	53	43	**15.431**	*238,3*
1987	13.041	3.213	52	43	**16.349**	*252,5,*
1988	13.653	3.451	53	42	**17.199**	*265,5*
1989	14.323	3.691	53	41	**18.108**	*279,7*
1990	14.994	3.939	54	41	**19.028**	*293,9*
1991	15.612	4.198	54	41	**19.905**	*307,4*
1992	16.154	4.422	51	40	**20.667**	*319,2*
1993	16.792	4.633	50	39	**21.514**	*332,3*
1994	17472	4878	50	36	**22436**	*346,5*
1995	18111	5149	50	37	**23347**	*360,5*
1996	18809	5436	49	37	**24331**	*375,7*
1997	18749	5460	45	32	**24286**	*375,0*
1998	19252	5683	43	31	**25009**	*386,2*
1999	20011	5968	43	28	**26050**	*396,2*

Source : INAMI (in INFO-SANTE, UCL-VUB, appui SSTC)

2.6.4. Structure par âge, sexe et régime linguistique des kinésithérapeutes en 1997

Sur base du fichier INAMI, la répartition par âge, sexe et régime linguistique des kinésithérapeutes agréés, qu'ils soient ou non reconnus comme dispensateurs de soins, a été calculée par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement.

Tableau 2.6.4.1. Répartition des kinésithérapeutes agréés selon le régime linguistique : 25.04.1997

Régime linguistique	Nombre	Pourcentage
Francophone	10.713	*44 %*
Néerlandophone	13.596	*56 %*
Total	**24.309**	***100 %***

Source : INAMI ; calculs : MSP.

Tableau 2.6.4.2. Répartition du nombre de kinésithérapeutes par région

	Ensemble des kinésithérapeutes		Kinésithérapeutes prestataires de soins		Kinésithérapeutes non reconnus comme prestataires de soins	
Régions	Nombre	Densité*	Nombre	Densité*	Nombre	Densité*
Wallonie	9093	27.23	6376	19.1	27.17	8.14
Flandre	14286	24.05	9741	16.4	4545	7.65
Bruxelles	2628	27.39	1754	18.3	874	9.11
Pays	**26007**	**25.4**	**17871**	**17.5**	**8136**	**7.95**

Source : INAMI ; calculs : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement

- Nombre de kinésithérapeutes pour 10.000 habitants.

La densité de kinésithérapeutes actifs comme prestataires de soins est la plus haute à Bruxelles (19.1) qui est suivi de près par la Wallonie (18.3) tandis que la Flandre se situe à un niveau plus bas (17.5).

Tableau 2.6.4.3. Répartition des kinésithérapeutes francophones selon l'âge et le sexe : 25.04.1997

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
<20	0	2	**2**
20 - 24	272	568	**840**
25 - 29	992	1.545	**2.537**
30 - 34	973	1.456	**2.429**
35 - 39	996	1.252	**2.248**
40 - 44	465	620	**1.085**
45 - 49	354	460	**814**
50 - 54	191	206	**396**
55 - 59	86	86	**172**
60 - 64	52	40	**93**
65 - 69	26	23	**48**
70 - 74	13	10	**24**
> 75	11	14	**25**
Total	**4.430**	**6.283**	**10.713**

Source : INAMI, calculs MSP

Le taux de féminisation des effectifs francophones (licenciés + gradués) a augmenté au cours du temps si bien que les classes d'âge jeunes sont les plus féminisées ; en moyenne, il atteint 59%. En licence, nous le pourcentage de jeunes filles est moins élevé (52% au cours des années récentes, (cfr tableau 2.6.2.2). La féminisation est donc plus importante en graduat.

La structure d'âge est jeune, l'âge médian se situant à 33 ans. Au-delà de 59 ans, on compte à peine 200 kinésithérapeutes agréés.

2.6.5. La demande

La demande de kinésithérapeutes dans les différents secteurs qui les occupent sera approchée par l'emploi des professionnels et leur niveau d'activité. Dans un premier temps, les données en provenance du recensement de 1991 seront utilisées ; ensuite les données de l'INAMI nous renseigneront sur les kinésithérapeutes et sur leur activité de soins. Les effectifs ont bien sûr fortement augmenté depuis 1991 comme en témoignent l'importance des promotions qui viennent d'être analysées. Les pourcentages d'activité alors observés constituent par contre une référence qu'il est intéressant de considérer sans toutefois pouvoir être assuré qu'ils se sont maintenus. En tant que dispensateurs de soins, les profils établis par l'INAMI établissent annuellement l'importance de leur activité de soins.

2.6.5.1. Le recensement de 1991

Lors du recensement de 1991, 16.494 personnes déclarent travailler comme kinésithérapeutes. On notera que ce dénombrement est inférieur de 3.411 unités aux effectifs recensés à cette date par l'INAMI. Le nombre de ceux qui sont actifs en Flandre est particulièrement élevé. Leur pourcentage (60%) est supérieur à celui qui est calculé sur base des données INAMI de 1997.

Bruxelles	1.914	*11,6%*
Wallonie	4.626	*28,0%*
Flandre	9.954	*60,3%*

Parmi eux, 86,5 % travaillent temps plein et 23,5% à temps partiel. Le travail à temps partiel est plus fréquent chez les femmes (35%) que chez les hommes (7%).

Un temps plein moyen comporte 46 heures de travail par semaine et un temps partiel 21 heures. La durée du temps plein est plus importante chez les hommes (51,1 heures) que chez les femmes (42,3 heures). De ce point de vue, on ne note pas de différence significative entre régions.

Tableau 2.6.5.1.1. Emploi des kinésithérapeutes selon le secteur d'activité en Wallonie et à Bruxelles en 1991

	Nombre	**Pourcentage**	**% sans les mal définis**
Cabinet	3.266	*56,1%*	*60,1%*
Hôpital	1.108	*19,0%*	*20,4%*
Autres services de santé	702	*12,1%*	*12,9%*
Enseignement	197	*3,4%*	*3,6%*
Administration et services	93	*1,6%*	*1,7%*
Commerce	46	*0,8%*	*0,8%*
Divers	18	*0,3%*	*0,3%*
Mal définis	387	*6,7%*	-
Total	**5.817**	***100,0%***	***100,0%***

Source : recensement 1991, dépouillement UCL, SESA

Ce dépouillement concerne les individus qui ont déclaré exercer la profession de kinésithérapeute en profession principale. Ils concernent donc pour la plupart (93%) des emplois dans le secteur de la santé. L'enseignement, où ils dispensent notamment le cours d'éducation physique, représente moins de 4%. Il n'a pas été possible de déterminer avec précision sur base du diplôme, le nombre de kinésithérapeutes qui travaillent dans des secteurs ou ils « n'exercent pas la profession de kinésithérapie ».

2.6.5.2. Les kinésithérapeutes dispensateurs de soins

Depuis 1992, les kinésithérapeutes qui effectuent des prestations de kinésithérapie remboursées par l'INAMI doivent se faire reconnaître comme tels par l'INAMI, quel que soit le lieu de prestations (hôpital, MRS, MRPA, centre agréé de rééducation, polyclinique, cabinet). S'ils disposent d'un cabinet satisfaisant aux normes fonctionnelles prévues, ils reçoivent une reconnaissance de type B ; dans les autres cas, la reconnaissance est de type A.

Leur activité fait l'objet de statistiques établissant leur profil par prestataire de soins.

En 1998, l'INAMI dénombre ainsi :

- 12.818 gradués reconnus en B et 291 en A,
- 3.660 licenciés reconnus en B et 90 en A,
- 16.478, au total, disposent de la reconnaissance de type B. et 381 du type A, 374 sont mentionnés sans reconnaissance.

En 1999, le nombre de kinésithérapeutes prestataires de soins atteint le chiffre de 17.871, soit une densité de 17.5 par 10.000 habitants.

En comparant cette donnée au relevé, effectué également par l'INAMI, du nombre de kinésithérapeutes agréés en 1999 (26.007), on constate que quelque 8.000 dispensateurs agréés ne font pas partie des effectifs de prestataires de soins. Faut-il en conclure qu'ils travaillent dans d'autres secteurs d'activité ou qu'ils sont inactifs ?

2.6.5.3. Niveau d'activité et chômage

Les kinésithérapeutes sont rarement au chômage. En 1999, le nombre de chômeurs complets indemnisés s'élève à 52 à Bruxelles, 114 en Wallonie et 146 en Flandre[31]. Les demandeurs d'emploi au 30 juin 1999 sont 190 en Wallonie.

En juin 2001, les CCI sont au nombre de 126 en Wallonie, soit un effectif assez stable composé de 75% de femmes et pour moitié de jeunes ayant moins de 25 ans.

Comme ces statistiques tiennent compte du diplôme ou du dernier métier exercé, on pourrait en déduire que la plupart des diplômés qui ne sont pas dispensateurs de soins ont un emploi dans d'autres secteurs et/ou ne sont pas demandeurs d'emploi.

Les montants remboursés par l'INAMI aux kinésithérapeutes donnent une vue importante, bien que incomplète, de leur activité. Ils ne concernent que les remboursements à l'acte de leurs prestations, excluant donc le financement de postes dans un Centre de revalidation, dans un service hospitalier psychiatrique ou en MRS ; celui-ci est inclus dans le prix de journée hospitalier ou dans le forfait soins MRS.

[31] RVA : traitement HIVA.

Tableau 2.6.5.3.1. Distribution de l'activité des kinésithérapeutes faisant l'objet d'un remboursement à l'acte par l'INAMI en 1998 : montants et nombre d'actes

Montant	% de prestataires	Nombre d'actes	% de prestataires*
1 – 249.999 BEF	*19,63*	1 - 999 actes	*24,65*
250.000 – 499.999 BEF	*14,19*	1.000 – 1.999 actes	*21,05*
500.000 – 749.999 BEF	*14,67*	2.000 – 2.999 actes	*20,44*
750.000 – 999.999 BEF	*14,38*	3.000 – 3.999 actes	*15,55*
1.000.000 – 1.249.999 BEF	*11,95*	4.000 – 4.999 actes	*9,02*
1.250.000 – 1.499.999 BEF	*9,37*	5.000 – 5.999 actes	*5,19*
1.500.000 – 1.749.999 BEF	*6,03*	6.000 – 6.999 actes	*2,34*
1.750.000 – 1.999.999 BEF	*4,20*	7.000 – 7.999 actes	*1,12*
2.000.000 – 2.249.999 BEF	*2,59*	8.000 – 8.999 actes	*0,35*
2.250.000 – 2.499.999 BEF	*1,54*	9.000 – 9.999 actes	*0,17*
2.500.000 – 2.749.999 BEF	*0,77*	>= 10.000 actes	*0,12*
>= 2.750.000 BEF	*0,68*		

Source INAMI in Info Santé

** Le nombre de prestataires concernés en 1998 est de 17.233 kinésithérapeutes.*

Une proportion importante de kinésithérapeutes ne disposent que de remboursements assez faibles ou n'effectuent qu'un petit nombre d'actes attestés. . Les praticiens combinent fréquemment une activité financée à l'acte avec une activité dont le financement est assuré par une enveloppe globale (service psychiatrique, MRS, convention spéciale INAMI). On se souviendra également de ce que les remboursements de l'INAMI ne couvrent qu'une partie de la prestation. Un ticket modérateur plus ou moins important suivant les cas est supporté par le patient.

Une tendance récente se fait jour dans le secteur hospitalier (hors services psychiatriques) d'engager les kinésithérapeutes sous statut d'indépendant en leur demandant de laisser à l'hôpital une partie de leurs honoraires en dédommagement des frais liés à leur pratique. Cette situation très désavantageuse pour les professionnels est vivement dénoncée et combattue par l'AKB[32]. Celle-ci avance également que cette pratique risque de compromettre la qualité des soins.

[32] AKB : Association des Kinésithérapeutes de Belgique

Tableau 2.6.5.3.2. Montant des dépenses de l'INAMI pour les prestations des kinésithérapeutes faisant l'objet d'un remboursement à l'acte selon le type de prestations : 1992-1998

	Tous confondus	Hôpital	Cabinet	Maison de repos	Domicile du patient	Centre de rééducation ambulatoire	Centre de rééducation hospitalière
1992	10.665.965.260	1.097.030.992	4.735.232.835	1.007.491.056	3.757.312.567	42.270.713	26.627.097
1993	11.726.513.747	1.117.898.347	5.340.257.853	1.048.630.722	4.151.582.751	45.611.310	22.532.764
1994	11.841.556.414	1.093.874.647	5.436.850.439	1.105.255.090	4.142.442.558	41.698.158	21.435.522
1995	12.584.801.169	1.154.883.857	5.844.513.117	1.197.617.037	4.321.659.444	41.995.487	24.132.227
1996	13.432.374.040	1.245.952.875	6.305.966.532	1.290.477.874	4.549.555.627	22.512.399	17.908.733
1997	13.309.530.154	1.176.646.341	6.273.190.564	1.303.980.632	4.526.550.552	17.838.553	11.323.512
1998	14.809.856.054	1.241.834.191	7.216.395.734	1.371.138.459	4.954.281.335	18.525.757	7.680.578
%1998	*100%*	*8,4%*	*48,7*	*9,3%*	*33,5*	*0,0*	*0,0*
indice croissance	139	113	152	136	132	43	29

source INAMI in Info-Santé

L'évolution de la structure des dépenses de 1992 à 1998 selon le type de prestations illustre la croissance globale des sommes consacrées au remboursement de la kinésithérapie (39%). Pour les 6 premiers mois de 1999, les dépenses étaient à nouveau en progression de 4.3% par rapport à 1998. Cette ventilation permet aussi de constater un différentiel important entre les soins à l'hôpital (+13%) et les soins au cabinet (+52%) ou à domicile (+32%) et en MRPA (+36%). Ils témoignent de la restructuration des services de santé vers le domicile ou les maisons de repos, tandis que le secteur hospitalier voyait le nombre d'admissions augmenter malgré la diminution du nombre de lits grâce à une durée de séjour moyenne plus courte . En 1998, l'activité en cabinet et au domicile du patient absorbe 82% de l'activité en kinésithérapie.

2.6.6. Les perspectives

La densité de kinésithérapeutes a atteint un niveau très élevé : le plus élevé en Europe[33]. Les dépenses consacrées à ce secteur des soins ont augmenté également dans des proportions importantes. Les perspectives de développement en raison du vieillissement de la population et du travail de réadaptation restent toutefois importantes. Elles se concrétisent d'ailleurs suite à la décision prise lors du protocole d'accord du 9 juin 1997 concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées : 25.000 places en MRPA doivent être converties en MRS entre 1997 et 2002.

[33] DESPIEGELAERE D., GIJSEL P.H., MAES R., *Hervorming opleiding kinesitherapie : een analyse van de kinesitherapie*, anno 1998, AKB, Zaventem, p 4.

La législation MRS prévoyant un kiné ou ergothérapeute ou logopède par 30 lits MRS alors qu'ils ne sont pas financés par le forfait soins en MRPA, on peut s'attendre à l'engagement de quelque 300 kinésithérapeutes pour les quelque 10.000 places obtenant le statut de MRS en CFGB. Les patients souffrant d'affections chroniques verront s'accroître leurs possibilités de bénéficier de kinésithérapie. Mentionnons aussi les possibilités qui sont offertes aux kinésithérapeutes de suivre un curriculum leur permettant d'obtenir le diplôme d'infirmier gradué.

A juste titre, l'Assurance maladie refuse de financer des prestations de confort et les responsables de la Santé publique estiment que, les besoins de santé étant couverts, on ne peut accepter un accroissement ultérieur des effectifs de kinésithérapeutes dispensateurs de soins. La commission de programmation a donc proposé un quota de nouveaux diplômés pouvant obtenir le titre de kinésithérapeute. Le nombre global de kinésithérapeutes qui, après avoir obtenu le diplôme visé à l'article 21bis, § 2, de l'A.R. N°78, auront accès à l'agrément les autorisant à exercer leur profession ne pourra être supérieur à 450 (A.R. du 3-5-1999). D'abord prévue pour 2003-2005, l'application de la mesure a été reportée à 2005-2007 par l'A.R. du 23-11-2000. La répartition selon les communautés linguistiques est de 270 en Communauté flamande et 180 en Communauté française.

Les conséquences de ce contingentement pour l'offre de travail en kinésithérapie ont été étudiées par A Van Ouytsel et A. Somer[34]. Le modèle qu'ils ont élaboré se centre sur l'évolution de la « force de travail », laquelle ne dépend pas seulement du nombre de diplômés mais de l'activité en tant que prestataire de soins, de la durée du travail, en temps plein ou partiel. Ces paramètres évoluent en fonction de l'âge mais aussi à travers le temps en raison de la tendance à diminuer la durée du travail. Les résultats obtenus par ce modèle sont présentés au tableau 2.6.5.4.1, compte tenu du quota de 450 nouveaux diplômés agréés. Celui-ci est supposé intervenir à partir de 2000 et se poursuivre ensuite.

Tableau 2.6.6.1. Projection de la force de travail des kinésithérapeutes de 2000 à 2020, avec un influx annuel de 450 diplômés nouveaux

Population globale	**2000**	**2005**	**2010**	**2015**	**2020**
Nombre d'individus	26.007	27.861	29.125	30.371	31.173
Indice force de travail	1.00	1.01	0.99	0.94	0.87
Prestataires de soins					
Nombre d'individus	17.678	19.678	21.540	23.139	24.381
Indice force de travail	1.00	1.05	1.07	1.05	1.01

Source : Van Ouytsel, Somer, MSP, p.36.

Il résulte de cette projection que la force de travail des prestataires de soins devrait d'abord croître de 7% en 10 ans pour décroître ensuite et se retrouver au niveau de départ après la décennie suivante.

[34] A. VAN OUYTSEL, A. SOMER, *Etude statistique et planification de l'offre en kinésithérapie*, MSP, Direction de l'art de guérir, Bruxelles, 2002, 48 p.

Il semble donc peu probable que le contingentement prévu pour les années 2005 et suivantes puisse être maintenu longtemps face au vieillissement de la population cliente dont les besoins devraient croître plus rapidement que l'offre disponible selon la présente hypothèse

Aucune mesure n'a encore été prise pour mettre en place un éventuel contingentement des étudiants entreprenant les études de kinésithérapie, ni en Communauté française, ni en Communauté flamande[35], ni à l'université, ni dans les hautes écoles. Par conséquent, il est impératif que ceux qui entreprennent ces études soient clairement informés des possibilités qui leur seront offertes lorsqu'ils obtiendront leur diplôme.

Les conséquences de cette mesure sont très différentes de celles concernant les médecins. Ceux-ci, une fois diplômés, portent le titre de médecin et ils pourraient exercer leur art à condition d'être inscrits à l'Ordre et à la Commission médicale provinciale, même si leurs prestations n'ont pas accès au remboursement INAMI. Le diplômé en kinésithérapie, par contre, ne peut porter le titre de kinésithérapeute et effectuer les prestations qui en relèvent que s'il a été agréé par le Ministre de la Santé publique. S'il n'entre pas dans le quota, il n'a aucun accès légal à la pratique de la kinésithérapie, même sans couverture de l'assurance maladie, ni en Belgique ni à l'étranger. Ceci vaut également pour les diplômés de nationalité étrangère. Le quota vise en effet le nombre de nouveaux kinésithérapeutes admis annuellement par l'assurance maladie.

Il est évident que l'on manque d'information concernant la manière dont les diplômés utilisent leurs compétences. S'il se vérifie, comme l'indiquent les statistiques du chômage, que les kinésithérapeutes sont rarement inoccupés, il serait intéressant de savoir ce qu'ils font lorsqu'ils ne sont pas dispensateurs de soins. Les sports et l'éducation physique, tant à l'école que dans les clubs d'amateurs ou de professionnels, les centres de « fitness », l'industrie et le commerce du matériel de sport emploient évidemment leurs compétences, mais est-il possible qu'ils offrent plus de 7.000 emplois en Belgique ?

[35] La Communauté flamande a cependant limité le nombre d'écoles !

2.7. Les Paramédicaux

Les données quantitatives relatives aux formations de paramédicaux en CFGB présentent de nombreuses lacunes. Elles sont parfois inexistantes et, lorsqu'elles existent, elles n'ont pas toujours pu être obtenues. C'est le cas en particulier des dernières promotions de diplômés des hautes écoles en Communauté française. Quant aux effectifs de professionnels actifs dans chaque profession, le degré d'information varie en fonction du degré d'organisation des associations professionnelles compétentes. Concernant l'emploi dans les différents secteurs où ils travaillent, le chapitre 1.3. de la première partie a fait état des données disponibles à leur sujet.

2.7.1. Assistants pharmaceutico-techniques

Les assistants pharmaceutico-techniques font l'objet d'un titre professionnel paramédical défini par l'AR. du 05.02.1997 (MB. 02.07.97). Les professionnels étaient au nombre de 2828 recensés en 1991. 86% étaient des femmes dont 15% ont moins de 20 ans et 10% plus de 50 ans. 50% exercent leur activité à temps partiel. Une forte majorité (84%) ne possède pas de diplôme alors que 10% seraient détenteurs d'un titre universitaire. A noter également que cette profession semble s'exercer également souvent de manière accessoire avec un statut d'aidant. Le paysage de ces professionnels s'est sans doute considérablement modifié depuis la reconnaissance du titre. La formation a évolué, l'emploi tarde peut-être à suivre cette professionnalisation. L'absence de données statistiques ne nous permet pas que ces quelques hypothèses sur l'évolution de l'emploi dans la profession.

2.7.2. Bandagistes, orthésistes, prothésistes

Le profession de bandagiste – orthésiste – prothésiste est paramédicale et régie par l'AR. du 06.03.1997 (MB.16.05.1997). Notre sélection du Recensement de 1991 n'en comportait que quelques centaines en activité. Ce chiffre nous a été confirmé par l'Union professionnelle qui nous a confié sa préoccupation quant au manque d'organisation de la profession. Bien que paramédicale, cette profession s'exerce principalement sur le plan commercial. La formation y est très peu uniformisée, la Flandre semble à cet égard plus organisée. En CFGB, le métier s'apprend sur le tas, la seule formation professionnelle est assurée par le biais des centres de formation permanente des Classes Moyennes.

2.7.3. Diététiciens

Le titre de diététicien est régi par l'AR. du 19.02.97 (MB. 04.06.97) de la législation des professions paramédicales. En 1991, 93% des professionnels en activité étaient des femmes. La structure d'âge affichait 28% de moins de 30 ans, 44% de 30 à 40 ans et 14% de 40 à 50 ans. Seuls 2% avaient plus de 50 ans. Les ¾ des diététiciens travaillaient en hôpital et seuls 5% exerçaient une activité principale indépendante. 5% travaillaient dans les crèches et maisons de repos et 6% dans les CPAS. La formation est organisée au niveau du graduat dans l'enseignement de plein exercice et dans l'enseignement de promotion sociale.

Le nombre d'inscrits a augmenté de près de 30% tandis que le nombre de diplômés est en régression. Des données statistiques permettant de cerner l'emploi dans la profession ne nous ont pas été communiquées.

2.7.4. Les Ergothérapeutes ♦

2.7.4.1. La profession

Originaire des pays anglo-saxons, le métier a fait son apparition il y a une quarantaine d'années[1] en Belgique. La première école aurait commencé à fonctionner en 1956. Très longtemps, la pratique de l'ergothérapie a été considérée comme accessoire, support de la kinésithérapie. Malgré les apparences, elle a peu de points communs avec cette discipline. L'ergothérapeute travaille beaucoup dans les secteurs de la santé mentale et de la gériatrie où, par contre, la kinésithérapie n'est pas trop présente. A l'origine, seuls les médecins spécialistes en réadaptation pouvaient prescrire des prestations.

Méconnue du grand public voire des autres professionnels de la santé, il a fallu attendre 1996 pour la voir acquérir une spécificité propre parmi les professions paramédicales. Pour se faire une idée correcte de la réalité professionnelle des ergothérapeutes, on peut esquisser la définition suivante[2] :

« L'ergothérapeute est le paramédical qui accompagne les personnes qui présentent un dysfonctionnement physique, psychique et / ou social en vue de leur permettre d'acquérir, de recouvrer et / ou de conserver un fonctionnement optimal dans leur vie personnelle, leurs occupations professionnelles ou la sphère de leurs loisirs par l'utilisation d'activités concrètes s'y rapportant et tenant compte de leurs potentialités et des contraintes de leurs environnement ».

♦ Ce chapitre a été rédigé grâce à l'aimable collaboration de Philippe MEEUS.

[1] La Communauté Française enregistre les cinq premiers praticiens diplômés en 1962.

[2] In F. GILTAY, *Travailler avec les enfants*, SIEP, réed.1998

Cette définition est proposée par la Fédération Nationale Belge des Ergothérapeutes. Elle met l'accent sur l'accompagnement précisant ainsi le rôle moteur du patient qui n'est dès lors pas l'objet des soins mais le sujet de sa propre rééducation.

Pour remplir ses objectifs de réadaptation, l'ergothérapeute travaille en étroite collaboration avec des intervenants médicaux et paramédicaux mais aussi avec l'entourage de la personne traitée. L'ergothérapeute agit sur l'environnement du patient qu'il soit physique ou humain.

La profession d'ergothérapeute est une profession paramédicale au sens de l'article 22bis de l'A.R. 78 relatif à l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales. A ce titre, ils détiennent un numéro d'agrément auprès du MSP.

La pratique de l'ergothérapie est régie par l'A.R. du 08 juillet 1996[3] qui en définit précisément les qualifications requises et fixe les prestations techniques. Grâce à cette définition, le professionnel a maintenant la possibilité de trouver sa place dans le champ des prestations paramédicales. Tout traitement ergothérapeutique (dans le cadre de cet arrêté) doit être entrepris sur prescription médicale et effectué sous la direction d'un médecin, au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Les actes ne sont pas repris dans la nomenclature INAMI et ne donnent donc pas lieu à des remboursements.

Le titre d'ergothérapeute est un titre de niveau supérieur non universitaire, paramédical de type court. Des formations en post-graduat sont régulièrement accessibles aux diplômés tandis que des formations universitaires sont également ouvertes. Parmi celles-ci une licence en ergothérapie était également accessible aux porteurs d'un titre de licencié en kinésithérapie[4]. Elle a été abandonnée il y a 5 ans, ce qui ne va pas sans créer un vide. Outre l'obligation déterminée pour toutes les professions visées par l'A.R. 78, l'exercice de la profession passe, selon l'avis unanime des professionnels, impérativement par une formation continue.

[3] A.R. relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations techniques, 8 juillet 1996 (MB 04.09.96)

[4] Cette licence fut peu fréquentée. Il y aurait eu seulement 8 diplômés entre 1981et 1995.

2.7.4.2. Les candidats à la profession et le flux des diplômés

Tableau 2.7.4.2.1. Evolution de la population scolaire et des diplômés en ergothérapie

Année	Population scolaire	Diplômés
1991	123	47
1992	153	42
1993	179	44
1994	220	43
1995	296	50
1996	*	88
1997	*	103
1998	*	110
1999	1.103	*

* : données manquantes

Sources : Communauté Française, annuaires statistiques des établissements d'enseignement des élèves et diplômes pour les chiffres de population scolaire de1991 à 1999

& Communauté Française, Direction de la Formation des Personnels de santé pour les chiffres de diplômés et inscriptions en 1999.

Le titre peut également s'acquérir via les épreuves du Jury Central. Deux épreuves sont organisées par an. En 1997, deux inscriptions ont été enregistrées pour les deux sessions mais n'ont pas été sanctionnées par la délivrance d'un titre [5].

L'évolution de la population scolaire est étonnante. Il y aurait donc une « sur-représentation » des étudiants inscrits par rapport au nombre de professionnels.

Ce phénomène peut s'expliquer par un afflux d'étudiants français depuis environ 3 ans. Victimes d'un numerus clausus en France ceux-ci se dirigent vers les écoles belges. Certaines écoles des arrondissements de Bruxelles, Tournai, Liège et Charleroi le nombre d'étudiants étrangers frôlent ou dépassent les 50%. La situation est différente dans la partie flamande du pays : les Pays-Bas ont opté pour une formation universitaire.

[5] Communauté Française, Service des Jurys.

2.7.4.3. L'offre en 1991

Tableau 2.7.4.3.1. Distribution des ergothérapeutes en 1991, selon l'âge et la région du domicile

	Régions		
Age ↓	**Bruxelles**	**Flandre**	**Wallonie**
20-24	12	229	33
25-29	48	571	124
30-34	45	509	85
35-39	36	298	81
40-44	18	90	63
45-49	4	26	14
50-54	1	9	4
55-59	0	9	3
60-64	0	0	2
Total	**164**	**1.741**	**409**

Les diplômés en ergothérapie sont actuellement évalués à 12.000 en Belgique.

Le nombre d'ergothérapeutes en fonction en Région Flamande en 1991 (75%) est plus important que dans la partie francophone du pays. Il s'agit ici des ergothérapeutes qui détiennent le titre et qui déclarent exercer strictement la profession. A noter que des ergothérapeutes flamands sont engagés sous statut d'éducateurs. Cette constatation se confirme lorsqu'on examine le lieu de travail des mêmes individus.

Tableau 2.7.4.3.2. Distribution des ergothérapeutes pratiquant en 1991 selon le lieu de travail

Lieu de travail	**Pourcentage**
Inconnu, non défini	*1,1 %*
Région Bruxelles-Capitale	*9,9 %*
Région flamande	*72 %*
Région wallonne	*14,9 %*
Etranger	*2 %*
TOTAL	***99,9%***

Un autre facteur de confirmation peut également être trouvé dans l'évolution du taux d'attraction[6] des études en Communauté Flamande : 0.2 en 1985-86 contre 0.7 dix ans plus tard (1.2 pour les femmes et seulement 0.2 pour les hommes)[7]. L'évolution de ce taux confirme non seulement la progression de l'intérêt de la profession mais aussi particulièrement, sa progression en Flandre.

L'ergothérapie est une profession féminine à concurrence de 84%. La durée hebdomadaire de travail se répartit à concurrence de 42% de temps partiel contre 58% travaillant à temps plein. Parmi les professionnels exerçant à temps partiel, environ la moitié d'entre eux travaillent à 50% tandis que 35% travaillent à 3/4 temps.

La profession s'exerce sous statut salarié. Il n'y a en effet pas ou peu de pratique ergothérapeutique à domicile.

L'activité des ergothérapeutes

Les derniers chiffres qui nous ont été communiqués[8] font état la répartition sectorielle suivante :

Tableau 2.7.4.3.3. Distribution sectorielle des ergothérapeutes en activité en 1991

Secteur d'activité	Pourcentage d'individus actifs
Gériatrie	*33%*
Psychiatrie	*18%*
Instituts pour Handicapés mentaux	*17 %*
Instituts pour Handicapés physiques	*12 %*
Pédiatrie	*8%*
Enseignement	*5%*
Soins à domicile	*3%*
Ateliers protégés	*1.3%*
Non défini	*2.7%*
TOTAL	***100%***

[6] Nombre d'inscrits en 1ère année rapporté au nombre de jeunes ayant atteint l'âge de 18 ans.

[7] DESCHAMPS, M., PACOLET, J., *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010*, HIVA, 1998.

[8] Chiffres datant de 1991.

2.7.4.4. Le chômage des ergothérapeutes

Tableau 2.7.4.4.1. Evolution du nombre de professionnels ergothérapeutes CCI ; situation au 31/12, sauf pour 1999

1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	sept-99
43	45	44	60	56	39	73	73	61

Source : RVA, Traitements HIVA

Tableau 2.7.4.4.2. Evolution du nombre de professionnels ergothérapeutes CCI par classe d'âge en région bruxelloise : 1991-1999; moyennes trimestrielles

	1991	**1992**	**1993**	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**sept-99**
20-24 ans	0	1	2	1	2	2	2	3	4
25-29	3	1	2	3	4	2	2	5	3
30-34	4	4	4	6	5	6	4	3	2
35-39	3	3	2	4	3	1	2	2	3
40-44	0	0	1	0	2	4	3	3	2
45-49	0	0	1	0	0	0	1	2	1
50-54	0	0	0	0	0	0	0	0	1
55-59	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60 et +	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	**10**	**9**	**12**	**14**	**16**	**15**	**14**	**18**	**16**

Source : Orbem, Traitement SESA

Nous disposons de peu de données à propos de cette profession quelque peu méconnue et dont l'exercice est considéré comme récent. Une association professionnelle[9] a été créée en 1973 dans la partie francophone du pays.

Le travail des ergothérapeutes en institutions a été souligné lors d'une récente enquête visant à évaluer le temps consacré aux prestations de soins et services dans le domaine des soins de santé et du bien-être[10]. Cette étude a permis de mettre en exergue combien les missions assumées par les ergothérapeutes étaient appréciées dans les équipes soignantes pluridisciplinaires.

Gageons que sa reconnaissance légale conjuguée au succès des interventions des professionnels traceront la route d'une pratique plus répandue.

[9] Association professionnelle des Ergothérapeutes.

[10] K.MENDONCK, H. MEULEMANS, COLL. J.DEJOURNY, M. DESCHAMPS, F. FECHER, G. HEDEBOUW, M. HUBIN, X. LEROY, D. MIGNOT, E. SAMOY, N. VAN LANDEGEM, *Le temps des soins*, VUBPress, 2000.

2.7.5. Les logopèdes

2.7.5.1. La profession

En Belgique, l'exercice de la profession de « logopède » est régie par l'A.R du 20.10.1994 [11]. Il est complété par l'AR du 03.05.99 élargissant la compétence de la Commission de planification-offre médiale à la profession paramédicale de logopède.

Dénommée « orthophonie » en France, cette spécialité paramédicale contribue à l'éducation ou la rééducation du langage écrit ou oral. L'action du professionnel peut se situer à trois niveaux : le dépistage, la prévention ou le traitement des déficiences. La pratique la logopédie s'est particulièrement diversifiée au fil du temps, notamment grâce à la multiplicité des rééducation ainsi qu'à la création d'outils rééducatifs divers. Les 2/3 de la clientèle des professionnels sont composés d'enfants. Tandis que la rééducation des adultes concerne la parole, la mémoire, l'écriture, le calcul, etc.

2.7.5.2. L'offre en 1991

En 1991, 3.390 individus étaient recensés comme logopèdes, soit qu'ils en exerçaient la profession, soit qu'ils en possédaient le titre, soit les deux critères atteints. La distribution par classes d'âge quinquennales était la suivante :

Tableau 2.7.5.2.1. Distribution des individus exerçant la profession de logopède par classe d'âge en 1991

Classe d'âge	Nombre	Pourcentage
20-24 ans	414	*12.2%*
25-29 ans	815	*24.0%*
30-34 ans	816	*24.1%*
35-39 ans	678	*20.0%*
40-44 ans	487	*14.4%*
45-49 ans	128	*3.8%*
50-54 ans	34	*1.0%*
55-59 ans	15	*0.4%*
60-64 ans	3	*0.1%*
Total	**3.390**	***100.0%***

Source : INS, Recensement 91, calculs SESA

[11] (MB. 06.12.94)

Les caractéristiques de la profession font état d'une profession jeune; 60% de la population a moins de 35 ans. Elle est essentiellement féminine, à concurrence de 91%.

La répartition régionale s'établit en fonction du lieu de domicile et du lieu de travail.

Tableau 2.7.5.2.2. Répartition des logopèdes en fonction de leur lieu de domicile en 1991

Lieu de domicile	Nombre	Pourcentage
Flandre	1.825	*53.8%*
Wallonie	1.277	*37.7%*
Bruxelles	288	*8.5%*
Total	**3.390**	***100.0%***

Source : INS, Recensement 91, calculs SESA

Tableau 2.7.5.2.3. Répartition des logopèdes en fonction de leur lieu de travail en 1991

Lieu de travail	Nombre	Pourcentage
Flandre	1.659	*48.9%*
Wallonie	1.146	*33.8%*
Bruxelles	435	*12.8%*
A l'étranger	46	*1.4%*
Sans objet, non défini	104	*3.1%*
Total	**3.390**	***100.0%***

Source : INS, Recensement 91, calculs SESA

Cette comparaison permet de montrer que l'emploi à Bruxelles est le fait de navetteurs.

Notons que plus de 95% des professionnels exercent leur activité de logopède à titre principal.

Parmi ceux-ci, 81% possèdent le diplôme de logopédie de niveau graduat tandis que 6% seraient licenciés. Si l'on examine la population détentrice d'un deuxième diplôme, on constate qu'environ 4% des gradués ont poursuivi la licence tandis que rares (1%) sont les professionnels qui acquièrent le titre à la suite d'un autre diplôme déjà obtenu. Les détenteurs d'une formation reconnue au titre de "troisième diplôme" regroupent moins d'1% des professionnels.

Le statut professionnel indique une prédominance de l'emploi salarié à titre principal (environ trois-quarts des emplois), tandis que l'emploi dans le secteur public dépasse celui du secteur privé.

Tableau 2.7.5.2.4. Statut professionnel des logopèdes en 1991

Statut professionnel		**Nombre**	**Pourcentage**
Indépendants		831	*24.6%*
Employés	secteur public	1.441	*42.6%*
	Secteur privé	1.063	*31.4%*
Ouvriers	secteur public	10	*0.3%*
	Secteur privé	11	*0.3%*
Aidants, autres, non définis		34	*0.8%*
Total		**3.390**	***100.0%***

Source : INS, Recensement 91, calculs SESA

A noter que si on élargit l'observation à l'exercice de la profession à tire accessoire, on constate une augmentation de l'emploi indépendant; celui-ci atteint 13% (activités principales et activités complémentaires confondues).

En 1991, le chômage dans la profession est marginal (environ 6%).

La plupart des logopèdes travaille en un lieu fixe distinct du domicile. Un peu moins d'un quart d'entre eux déclare exercer à domicile, mais il est impossible de déterminer ici s'il s'agit d'un exercice de la profession à titre principal ou à titre accessoire.

Le temps partiel est très largement répandu : environ 45% des professionnels. Cette valeur est toutefois à nuancer. En effet, le temps partiel peut être l'apanage de la profession exercée à titre accessoire. De plus, l'individu cumulant plusieurs missions partielles ne couvrant pas un temps plein peut être répertorié parmi les travailleurs à temps partiel.

Tableau 2.7.5.2.5. Répartition des logopèdes selon l'ampleur du travail en 1991

Ampleur du travail	**Nombre**	**Pourcentage**
Temps plein	1.849	*54.7%*
Temps partiel	1.516	*44.8%*
Non défini	25	*0.5%*
Total	**3.390**	***100.0%***

Source : INS, Recensement 91, calculs SESA

Complétons l'information de l'importance du temps partiel dans l'exercice de la profession par l'examen de la durée du travail hebdomadaire.

Tableau 2.7.5.2.6. Durée de travail hebdomadaire des individus exerçant une activité de logopède

Durée de travail	Temps plein	Temps partiel
De 1 à 10 heures	-	*11.1 %*
De 11 à 20 heures	-	*66.7 %*
De 21 à 30 heures	-	*22.2 %*
De 31 à 35 heures	-	*29.2 %*
De 36 à 40 heures	*45.8 %*	-
De 41 à 45 heures	*8.3 %*	-
De 46 à 50 heures	*8.3 %*	-
De 51 à 60 heures	*8.3 %*	-

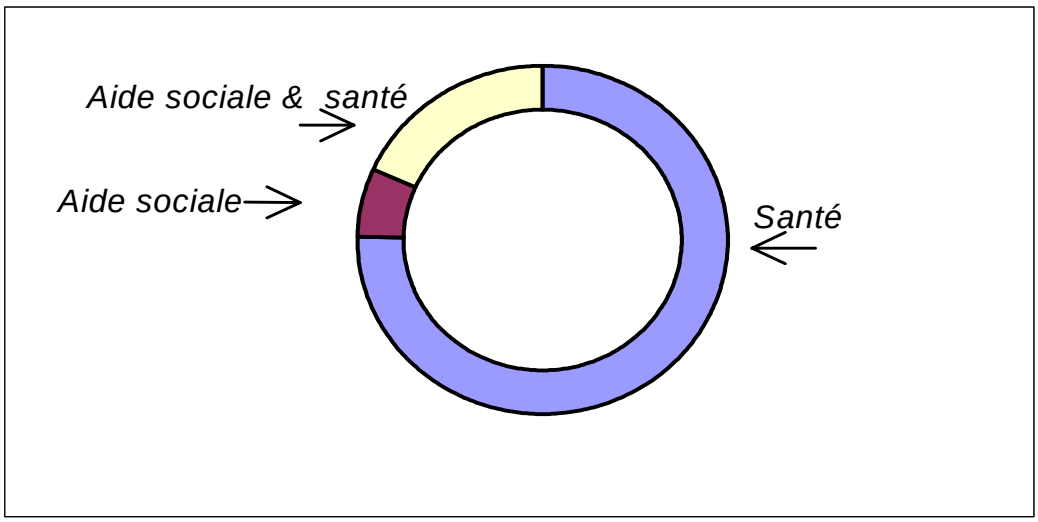
Source : INS, calculs SESA

Plus de 60 % des professionnels exercent à temps partiel

L'activité des professionnels se répartit comme suit :

Secteur de la santé	Hôpitaux Maisons médicales Praticiens en cabinet	*75%*
Secteur de l'aide sociale	CPAS Mutuelles Crèches et garderies d'enfants Centres PMS Centres de jours pour handicapés	*6.4%*
Secteur de l'aide sociale et de la santé	Services sociaux sans hébergement Hébergement pour personnes âgées Personnes handicapées Personnes sans ressources	*18.4%*

Figure 2.7.5.2.1. Distribution des activités des professionnels logopèdes



Source : INS, Recensement 91, calculs SESA

Si on étend la sélection des secteurs d'activité à l'enseignement, on constate que près de 30% des professionnels de la logopédie travaillent dans ce secteur.

2.7.5.3. Le flux des diplômés

La formation des logopèdes est organisée à deux niveaux : l'enseignement supérieur non universitaire (3 années) et l'enseignement universitaire. Des formations complémentaires reconnues existent mais sont rares et centrées sur les déficiences sensorielles ou la dyslexie – dysorthographie. La psychomotricité est également une spécialisation mais s'adresse plus largement aux divers professionnels œuvrant dans les orientations

psychopédagogique, paramédicale ou sociale. Reprise comme une spécialité professionnelle à part entière, notre sélection de professionnels établies sur base du Recensement du la population en 1991 exclut ceux qui se sont déclarés « psychomotricien ». Par contre, plusieurs logopèdes peuvent détenir ce titre complémentaire.

Tableau 2.7.5.3.1. Evolution du nombre d'inscrits et de diplômés gradués en logopédie

1990		1991		1992		1993		1994	
Inscrits	Diplômés	Inscrits	Diplômés	Inscrits	Diplômés	Inscrits	Diplômés	Inscrits	Diplômés
535	177	558	128	598	129	693	125	820	127

1995		1996		1997		1998		1999	
Inscrits	Diplômés	Inscrits	Diplômés	Inscrits	Diplômés	Inscrits	Diplômés	Inscrits	Diplômés
886	148	ND	173	ND	212	ND	162	1.269	

ND : Chiffre non disponible

Source [12] Annuaire statistique, Communauté française de Belgique, Ministère de l'éducation, de la recherche et de la formation – Idem, Direction de la Formation et des Personnels de Santé.

Pour compléter cette série, il faut ajouter que le titre de logopède pour s'acquérir via les épreuves du Jury Central. Deux sessions sont organisées par an. En 1997, 3 candidats ont été diplômés pour 6 inscriptions. En 1998, seul un candidat a été diplômé pour 3 inscrits tandis qu'aucun candidat ne s'est présenté pour les deux sessions de 1999 [13].

Il est intéressant de comptabiliser les étudiants s'inscrivant en 1ère année de la discipline et de rapporter cette donnée au nombre d'individus résidents belges ayant atteint l'âge de 18 ans afin de pouvoir calculer un taux d'attraction des études. Les données disponibles nous permettent de constater une hausse du taux d'attraction : 0.89 pour 1990 et 1.7 pour 1995. A titre d'information, le taux d'attractivité des études en Communauté Flamande est de 0.3 tandis qu'il a connu une forte augmentation chez les femmes au cours de l'année scolaire 1996-1997 (0.5) [14].

2.7.5.4. La demande

Peu d'information sont diffusées à propos du métier proprement dit et de ses conditions d'exercice. Le paysage professionnel des logopèdes semble s'être considérablement modifié au cours de la décennie.

[12] Les statistiques des licenciés en CFGB ne sont pas disponibles. Les diplômés francophones sont inclus dans la catégorie "sciences psychologiques et pédagogiques", tandis que les diplômés néerlandophones sont repris dans la catégorie " medische wetenschappen - sociale geneeskunde". Les données de la Communauté Flamande ne nous ont pas été communiquées.

[13] Chiffres communiqués par la Communauté Française de Belgique, Service des Jurys.

[14] In DESCHAMPS M., PACOLET J. : *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010; Deel 4 : Werken in de zorgsector - synthese en vooruitblik tot 2010*, HIVA/KUL, 1999.

En 1998, La Belgique francophone compte environ 4.000 logopèdes diplômés pour environ 3.000 en Flandres [15]. La densité de professionnels serait une des plus importantes en Europe ; soit en moyenne 1 professionnel pour 1.420 habitants. Il y aurait donc saturation du marché dans ce domaine.

La féminisation de la profession se confirme. L'Union Professionnelle des Logopèdes Francophones ne dénombre que 5% de logopèdes masculins.

La précarité du marché de l'emploi se traduit par une précarité contractuelle des emplois salariés et contraint ; le plus souvent le professionnel à exercer une activité complémentaire, soit à titre principal soit à titre accessoire. Les emplois salariés sont localisés dans l'enseignement, les hôpitaux, les centres de santé mentale, les centres psycho-médico-sociaux et d'orientation professionnelle, les centres de rééducation fonctionnelle, etc. Qu'il travaille sous statut indépendant ou statut salarié, le logopède exerce un métier situé au confluent de plusieurs disciplines, ce qui implique une définition de son cadre d'intervention liée au contexte dans lequel il travaille.

2.7.5.5. Le chômage

Tableau 2.7.5.5.1. Evolution du nombre de chômeurs complet indemnisé par classes d'âge en Région bruxelloise

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
< 25 ans	3	5	3	4	2	4	3	4	2
25-29 ans	9	7	10	8	9	8	7	9	6
30-34 ans	4	8	8	6	10	8	7	6	5
35-39 ans	4	6	5	7	8	6	3	1	2
40-44 ans	2	1	1	1	3	5	4	3	1
45-49 ans	0	0	0	0	1	0	0	0	1
50 ans et +	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Total	**22**	**27**	**27**	**26**	**33**	**32**	**24**	**24**	**18**

Source: ORBEM, Observatoire Bruxellois du marché du travail et des qualifications, Moyenne trimestrielle, calculs SESA.

L'évolution du nombre de chômeurs complets indemnisés en Région Bruxelloise ne confirme pas l'impression de précarité évoquée ci-dessus. Celle-ci n'est pas non plus démontrée par les statistiques du FOREM, qui il est vrai, ne font pas état de données professionnelles désagrégées.

L'inactivité dans la profession ne relève pas non plus de critères permettant de les classer parmi les fonctions critiques difficiles à pourvoir[16].

---

[15] Ces chiffres nous ont été aimablement communiqués par le Service d'information sur les études et professions.- Reproduction autorisée.

[16] UPEDI, *Les entreprises et le recrutement en Belgique*, étude réalisée par le HIVA-KUL, 1996-97 et 98.

Tableau 2.7.5.5.2. Evolution du nombre de logopèdes gradués chômeurs complets indemnisés par région (1991-1999)

	Bruxelles	Wallonie	Flandre
1991	23	145	30
1992	22	160	27
1993	25	175	31
1994	26	166	71
1995	32	152	40
1996	29	155	44
1997	20	154	51
1998	18	146	39
1999	23	166	43

Source: RVA - Traitements HIVA, situation au 31/12 (exc. 1999)

2.7.6. Technologues de laboratoire médical

La profession de technologue de laboratoire médicale est reconnue au titre de profession paramédicale et régie par l'A.R. du 2 juin 1993 (MB 10.07.93). L'A.R. du 03.12.99 (MB 30.12.99), quant à lui, est relatif à l'agrément des technologues de laboratoire appelés « personnel auxiliaire qualifié ». Malgré cette base légale, la profession est difficilement abordable sur le plan statistique en vertu du regroupement qui est toujours opéré avec les autres professionnels travaillant également en laboratoire. Il est donc quasiment impossible d'isoler la profession en la chiffrant. Au chapitre 2, point 2.6 et au chapitre 4, point 2.6, nous nous sommes efforcés de décrire le secteur et l'emploi des laboratoires d'analyse. Nous avons montré combien l'emploi avait subi des modifications ces dernières années en raison de des changements survenus dans le paysage des laboratoires eux-mêmes. Ces données présentent toutefois le désavantage de classer l'ensemble du personnel de laboratoire en fonction du niveau de diplôme et non en fonction de la profession exercée. Seul le nombre de personnes « chargées des analyses » donne une idée du nombre de technologues de laboratoire, exerçant en laboratoire de biologie clinique. Il serait exhaustif de présenter ici ces données qui ne nous apporteraient pas beaucoup plus d'informations sur l'exercice de la profession. Nous nous limiterons donc à constater la diminution du nombre des petits laboratoires (c'est-à-dire ceux qui emploient entre 1 et 10 laborantins) et la stabilisation du nombre des plus grandes entités. L'Association Belge des Technologues de Laboratoire qui nous a prêté son concours pour le commentaire de ces maigres informations se trouve démunie quant à l'estimation de l'emploi dans la profession.

Une dizaine d'établissements répartis en CFBG délivrent un titre de « gradué en biologie médicale » L'évolution des inscrits et des diplômés est la suivante :

Tableau 2.7.6.1. Evolution du nombre d'inscrits et de diplômés en CFGB dans la section de biologie médicale – 1991-1996

1991-92	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96
273 inscrits	278 inscrits	441 inscrits	544 inscrits	597 inscrits
34 diplômés	59 diplômés	69 diplômés	99 diplômés	*

Source: Annuaires Statistiques de la Communauté Française

Les secteurs d'emploi de ces gradués sont les services publics (administrations fédérales, locales et régionales), le secteur hospitalier, les autres secteurs secteurs de la santé et l'industrie chimique.

2.7.7. Technologues en imagerie médicale

Les données des technologues en imagerie médicale ne nous ont pas été communiquées. Le statut institué par l'A.R. du 07.06.1997 a vraisemblablement considérablement modifié la physionomie de l'emploi dans le secteur. Il a, en tout cas, engendré l'ouverture de sessions de formation organisées dans le cadre de l'enseignement de la Communauté française. En ce qui concerne l'emploi en 1991, notons que 57% des personnes occupées dans la profession étaient des femmes. 68% des professionnels travaillent à temps plein (et 11% à mi-temps). Leur emploi est localisé à plus de 80% en Wallonie et à Bruxelles. Les professionnels sont jeunes : 16% ont moins de 30 ans et près de 60% ont moins de 40 ans. La profession est caractérisée par près de ¾ de personnes non diplômées. Seules 20% sont en possession d'un titre de l'enseignement supérieur (niveau graduat) et 4%, d'un titre universitaire. Il y a fort à parier que la profession a subi, depuis 1997, d'importantes modifications, non encore chiffrées jusqu'ici.

2.7.8. Autres professions paramédicales : ambulanciers, audiciens, orthoptistes, podologues

La profession d'**ambulancier** est paramédicale mais son texte légal demeure au stade de la discussion. Ce vide juridique actuel ne permet pas notamment d'établir les conditions d'exercice de la profession.

Ils étaient moins de 600 à exercer la profession en 1991 à titre principal, la distribution d'âge est très étendue.

Classe d'âge	**Pourcentage**
25-29 ans	*12 %*
30-34 ans	*16.5%*
35-39 ans	*19.8%*
40-44 ans	*17.9%*
45-49 ans	*13.5%*
50-54 ans	*8.2%*
55-59 ans	*4.3%*
> 60 ans	*1.2%*
Total	***100.0%***

La profession est masculine à concurrence de 74%. Seuls 15% travaillent à temps partiel. Plus de moitié de l'emploi se situe dans le secteur public. 88% des professionnels en 1991 déclarent être non diplômés. Les données réactualisées ne nous ont pas été communiquées. Pourtant la profession fait régulièrement parler d'elle. Une certaine confusion existe d'ailleurs entre les « Services 100 » et les Services indépendants. Les premiers mixant le transport de malades et les services d'urgence, les seconds ne disposant pas d'agrément des prestations (nomenclature INAMI). La formation est très mal organisée même si des formations spécifiques de niveaux divers existent.

Les **audiciens** font l'objet d'une profession paramédicale dont le texte légal est encore au stade de la discussion. Aucunes données statistiques capables de cerner la profession ne nous est parvenue. En 1991, 75% des professionnels travaillaient dans le secteur des hôpitaux, 6.5% dans le secteur des CPAS, 4.7% exerçaient une activité indépendante et 5.3% dans les PMS. 47% d'entre eux avaient moins de 35 ans et seulement 1.5% plus de 50 ans. La profession est féminine à concurrence de 93%. 80% des professionnels en activité en 1991 sont des gradués (13.8% d'entre eux présentent une qualification non définie). Le nombre de diplômés croit d'environ 9 unités par année tandis que les inscriptions ont quasi doublé entre 1990 et 1995.

Par définition, l'**orthoptiste** est une personne qui, n'ayant pas le titre de docteur en médecine exécute habituellement des actes de rééducation oculomotrice, hors de la présence du médecins. L'ancienne dénomination d'aide orthoptiste a été supprimée en 1972 (Source : Dictionnaire de la Médecins, Ed. Flammarion, Réédition 1994).

Le titre d'orthoptiste est défini par l'A.R. du 24.11.97 (MB. 24.12.97). Ce titre professionnel n'existait pas en 1991 et la profession ne figurait pas dans la nomenclature INS, ce qui rend impossible toute évaluation de la profession à cette époque. Par ailleurs, aucune donnée ne semble disponible à l'heure actuelle.

Les podologues sont eux aussi reconnues comme paramédicaux sans que leur titre soit encore consacré légalement. Ils étaient une petite centaine en activité en 1991. Près de 80% de femmes exercent le métier. Une majorité de professionnels sont diplômés de l'enseignement secondaire supérieur et 20% seulement gradués en soins esthétiques. La distribution de l'âge est très étendue, s'échelonnant entre 30 et 65 ans. 65% exercent leur activité principale sous statut d'indépendant.

Note complémentaire : Les techniciens biomédicaux

Vu la complexité croissante des technologies hospitalières, au fil du temps, la nécessité s'est fait sentir d'une gestion spécifique de l'ensemble des équipements utilisant ces technologies. Un nouveau métier est dès lors apparu, celui des **techniciens et ingénieurs biomédicaux** (parfois appelés plus simplement les biotechniciens). Information et formation des équipes hospitalières, encadrement et conseil des professionnels, maintenance du matériel représentent les multiples facettes du métier dont les contours se sont précisés depuis une dizaine d'années. L'emploi des techniciens biomédicaux est situé pour une moitié dans les structures hospitalières et pour l'autre moitié dans les sociétés qui commercialisent les équipements. Les deux terrains ont leur spécificité propre. De l'avis des professionnels, l'hôpital présente une mission très riche, proche des équipes de soins pluridisciplinaires tandis que les missions des sociétés privées font appel, quant à elles, aux profils technico-commerciaux. Malgré cette place bien définie dans le champ des professions de la santé, les professionnels n'ont toutefois pas encore pu obtenir sa reconnaissance auprès du Ministère de la Santé Publique. Cette absence statutaire les rend vulnérables ouvrant la porte vers les discriminations de tous ordres ; statutaire, hiérarchique, barémique. Plus encore, le paradoxe est total lorsqu'on sait qu'une profession située à la pointe de la technologie n'est pas alimentée par des possibilités structurées de formation continue. A l'initiative de quelques protagonistes dynamiques, une organisation professionnelle a été créée en 1989 afin de « promouvoir et développer les multiples aspects des activités techniques biomédicales hospitalières » et surtout d'amener les différents opérateurs à se construire une réflexion qualitative autour de la profession. Active et épaulée par des collaborations pédagogiques, techniques et médicales, l'association professionnelle a concrétisé sa réflexion par la création d'une formation de gradué en électronique médicale, organisée dans le cadre de l'enseignement de la Communauté Française. Une quatrième année de spécialisation est aujourd'hui opérationnelle. Au rythme actuel d'une quinzaine de diplômés par an, on compte aujourd'hui un peu plus de 200 professionnels qualifiés. A ceux-ci s'ajoute bon nombre de diplômés de l'enseignement secondaire supérieur qui ont acquis une formation sur le tas. Faute de reconnaissance légale de titre, la Flandre propose aux professionnels une formation une formation complémentaire faisant suite à un CESS. Ce qui frappe surtout, c'est le dynamisme des professionnels à garantir un service de qualité pour ériger les bases d'une profession dont la nécessité n'est plus à démontrer alors que sa reconnaissance officielle tarde à se manifester.

2.8. Les travailleurs sociaux : assistants sociaux et éducateurs[17]

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 loi[18] 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 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 SPECIALISE[19], 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 et de promotion sociale, soit un autre diplôme de l'enseignement supérieur à orientation pédagogique ou sociale (assistant social, régent, assistant en psychologie…)[20]. Les deux catégories suivantes, EDUCATEUR 2 A et 2 B, sont réservées aux titulaires d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur.

---

[17] Nous présentons ici succinctement les professions développées dans le rapport consacré spécifiquement aux travailleurs sociaux, janvier 2002

[18] Le titre était protégé par le Ministère de la Justice.

[19] 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'EDUCATEUR-ACCOMPAGNATEUR SPECIALISE. 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).

[20] La nature des formations et diplômes donnant accès à la fonction d'éducateur spécialisé variant d'un secteur (et d'une région) à l'autre, nous n'en donnons pas le détail ici. Nous y reviendrons dans les chapitres suivants.

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[21]. 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) 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, soit à peu près tout le 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 SOCIOCULTUREL[22]. Arrivé 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.

La professionnalisation (dans le sens d'une sortie du bénévolat et d'une reconnaissance officielle des animateurs formés et salariés) a gagné progressivement différents secteurs (DE COOREBYTER, 1996 : 35 et suivantes) : 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 et par leur contenu. Il n'existe pas de titre reconnu ni toujours de profil de compétences ou d'accès à la profession[23] mais bien, dans certains cas, des épreuves de sélection des candidats (le plus souvent dans les centre publics). Par ailleurs, de nombreux animateurs sont engagés dans des contrats PRC[24]. 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

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

[22] Cette qualification renvoie au secteur d'activité, qui comporte 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 (la CP 329), a été mise en place en 1996. Elle regroupe 13 sous-secteurs où se retrouvent à peu près 1.000 associations occupant 12.000 travailleurs. Cf. NOEL, *La longue marche vers une commission paritaire 1977-1996*, CESEP, 1996.

[23] 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 ».

[24] Programme de résorption du chômage.

fonctions, existent en Belgique francophone. Il s'agit notamment de CONSEILLER SOCIAL, d'EDUCATEUR VIE ASSOCIATIVE, de MONITEUR - EDUCATEUR, d'EDUCATEUR EN SANTE MENTALE, d'ASSISTANT EN PSYCHOLOGIE, etc.

Enfin, de nouvelles dénominations apparaissent, comme celle de COUNSELOR évoquée dans la note de la Ministre ALVOET (2001) relative à la politique relative aux soins de santé mentale. Cette appellation, désignant un type d'accompagnement psychosocial dans le secteur de la santé, est à rapprocher de la notion de COACHING utilisé parfois dans le champ de l'éducation spécialisée. Elles sont toutes deux significatives d'une individualisation et d'une conception coopérative[25] de la relation aidant-aidé dans l'aide aux personnes, ainsi que d'un *empowerment* des personnes aidées.

Les dénominations 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 indéterminées, complexes et mouvantes, comme le soulignent ION et TRICART (1998 : 6) 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 peut 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 (DE BACKER, 2000 : 82), des animateurs travaillent comme éducateurs ou inversement, etc. La seule exception est la fonction d'assistant social qui ne peut être 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 ouvert[26] – 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.

[25] On aura remarqué le préfixe co- dans les deux appellations.

[26] 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 décloisonnement 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.

Tous ces éléments invitent à ne pas nous en tenir, comme nous l'avions 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 ADAPT (DE COOREBYTER, WAUTIER, 1998), 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 dégageaient 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, droit des jeunes...), *en milieu résidentiel ou dans un cadre territorial.*

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...).

On peut donc, comme le fait AUTES (1999 : 64), croiser les trois dénominations classiques du travail social avec les trois *lieux* principaux[27] 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 secteur[28]. C'est entre autre pour faciliter cette mobilité des travailleurs sociaux, en termes de compétences transversales et de reconnaissance barémique, qu'une 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.

Pour la présentation détaillée des données disponibles concernant les effectifs d'étudiants, assistants sociaux et éducateurs, ainsi que des professionnels en activité, on voudra bien se reporter à la troisième partie de cet ouvrage.

---

[27] 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.

[28] 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 (DE BACKER B, DE COOREBYTER V, 1998 : 135).

2.9. L'aide familial ou aide senior

Le statut de l'aide familial a été défini : en Région wallonne, par l'Arrêté du Gouvernement wallon 16-7-98 (MB du 08-09-1998); dans la Région de Bruxelles Capitale, pour la COCOF par l'Arrêté du Collège de la COCOF du 27 avril 2000 (MB du 18-07-2000 annexe I); pour la COCOM, par l'Arrêté du Collège réuni du 1er août 1975 (MB du 12-12-1993); en Communauté germanophone, par le décrêt du 26 juin 1986.

2.9.1. Définition

L'aide familial ou l'aide senior est un professionnel à caractère polyvalent.
Il assiste et seconde les bénéficiaires dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne, en prévenant notamment des dangers qui menacent le bénéficiaire ou son entourage. Il collabore avec tous les acteurs médico-sociaux entourant le bénéficiaire. Son travail est supervisé par le travailleur social.

2.9.2. Fonction de l'aide familial ou aide senior

L'aide familial ou aide senior est intégré dans le travail social. Il est engagé par un service agréé d'aide à domicile et travaille sous la responsabilité et le contrôle de celui-ci. Sa mission s'exerce en étroite collaboration avec la famille et/ou l'entourage. Il peut contribuer à une insertion dans la vie sociale et joue un rôle important de prévention.

L'aide familial ou senior intervient :

- sur le plan individuel : vis à vis de la personne aidée ;
- sur le plan collectif : vis à vis de la famille et de l'environnement de la personne ;
- sur le plan préventif : par son rôle éducatif, par son observation, sa capacité de repérer et de signaler les situations à risques ;
- sur le plan curatif : par son rôle éducatif, sanitaire, d'aide relationnelle et sociale à la vie journalière.

La demande d'aide peut avoir une fonction d'appui, d'allégement et/ou de substitution. Elle est temporaire. Dans le cadre d'une prise en charge globale, la demande d'aide couvre notamment quatre domaines. Ceux-ci peuvent être distingués l'un de l'autre mais ne sont par toujours séparables. Ils sont fréquemment accomplis simultanément. Il s'agit notamment :

- de l'aide ménagère (courses; préparation et distribution des repas ; lessive et repassage ; raccommodage ; entretien courant du logement des pièces occupées ; aide aux déplacements à l'extérieur).
- du soutien psychosocial général (écoute attentive ; observation et compréhension de problèmes psychosociaux tels que le processus de deuil, la solitude, la dépression, le stress, les problèmes pédagogiques ; identification des difficultés ; accompagnement lors des démarches administratives ; orientation vers des services et des organismes spécialisés ; accompagnement dans le cadre des soins palliatifs).
- du soutien pédagogique et socio-éducatif général (soins apportés aux enfants et à leur éducation ; conseils d'hygiène de vie ; problèmes de mobilité, de réadaptation fonctionnelle, d'adhésion au traitement).
- des soins personnels : (aide à la locomotion et aux déplacements ; assistance dans l'habillage et le déshabillage ; soins hygiéniques ; entretien hygiénique et disposition de la chambre à coucher et du lit ; aide pour manger et boire ; aide pour aller aux toilettes ; assistance dans la mise et l'enlèvement de prothèses, bas à varices, bouillottes ou vessies à glace).

Le personnel de support : Agents de formation (non exhaustif)

Aide à la personne : Aide ménagère	Centre de formation et d'insertion prof. ID 53 avec le soutien du fonds social européen + Orbem + CF	8 mois à horaire complet Alternance stage / formation		18 à 24 ans sans emploi ne pas posséder de diplôme > A4
Garde à domicile	FASD (Fédération d'aide et soins à domicile en collaboration avec la promotion sociale (organe de formation) avec le soutien du fonds social européen. Projet NOW Service subventionné par la Région de Bruxelles-Capitale	5 mois 500 P dont 200 P de stage + 10 périodes d'épreuve intégrée Certificat de garde à domicile uniquement reconnu dans le cadre d'un emploi PTP	Certificat de garde à domicile spécifique à l'enseignement secondaire inférieur de promotion sociale	18 ans Sélection sur base d'un niveau scolaire CFB 2 ans de chômage ou de minimex
Assistant en logistique	Enseignement de promotion sociale FOREM COBEFF – Mission locale de Forest	80 heures (96 périodes) 250 heures de cours et 250 heures de stage	Certificat Titre donnant exclusivement accès à un emploi dans le secteur hospitalier	Diplôme de l'enseignement secondaire supérieur Certificat de l'enseignement secondaire inférieur
Agents d'entretien hospitalier	COBEFF	7 mois	Qualification spécifique donnant exclusivement accès à un emploi dans le cadre du Plan Rosetta	Aucune qualification préalable requise

2.10.1. L'aide ménager

L'Arrêté du Collège de la COCOF relatif à l'agrément et à l'octroi des subventions aux services d'aide à domicile (27 avril 2000 – publication au MB le 18-07-2000) est le seul qui définisse avec précision la fonction de l'aide ménager. Les autres législations mentionnent seulement l'aide ménagère en tant que tâche à réaliser par les services d'aide aux familles et aux personnes âgées.

2.10.1.1. Définition

L'aide ménager a pour mission d'assurer l'entretien courant des pièces occupées du logement chez le bénéficiaire et d'effectuer des tâches ponctuelles avec l'accord du responsable d'équipe. Il travaille en concertation avec ses collègues et le bénéficiaire. Il prévient le service de toute évolution qu'il constate chez le bénéficiaire.

2.10.1.2. Fonction de l'aide ménager

L'aide ménager exerce sa fonction au sein d'un service d'aide à domicile sous la responsabilité d'un responsable d'équipe. Il est appelé à intervenir dans les familles, auprès des personnes âgées, malades ou handicapées en difficulté pour assurer l'entretien courant des pièces occupées du logement.

L'aide ménager est intégré dans le travail social. Il est engagé par un service d'aide à domicile et travaille sous la responsabilité et le contrôle de celui-ci. Sa mission s'exerce en étroite collaboration avec la famille et/ou l'entourage. L'aide ménager est à l'écoute du bénéficiaire et il transmet ses observations au responsable de l'équipe. L'aide ménager doit avoir l'accord du responsable de l'équipe pour prendre des initiatives particulières. Un contrat avec le bénéficiaire et le responsable de l'équipe précise l'ensemble des tâches nécessaires pour répondre aux besoins du bénéficiaire, en fonction des compétences professionnelles de l'aide ménager et des règles du service.
L'aide ménager ne peut répondre à toutes demandes du bénéficiaire. En particulier, il ne peut rien faire qui touche au corps du bénéficiaire (toilette, pédicure, etc.) ni qui concerne l'argent du bénéficiaire (démarches administratives, papiers, etc.). Le responsable d'équipe définit les priorités en concertation avec le bénéficiaire et l'aide ménager. Régulièrement, l'intervention est évaluée, revue et adaptée en fonction des besoins.

2.10.2. La garde à domicile

Dans sa Déclaration de Politique Régionale du 7 juin 1995, le Gouvernement wallon s'engageait à créer des emplois supplémentaires dans le double objectif de répondre à des besoins collectifs de société en créant des emplois dans le cadre d'un Programme de Transition Professionnelle (PTP). Quelques années plus tard, la Région de Bruxelles-Capitale emboîte le pas. Dans cette optique mais selon des modalités de fonctionnement différentes selon les Régions, des emplois de gardes (malades) à domicile sont créés.

Dans tous les cas, il s'agit de formules temporaires de mise à l'emploi (contrat de deux ans maximum) sans qu'il y ait une réelle reconnaissance du métier[19].

Le service de garde à domicile est orienté vers les personnes âgées, handicapées, malades ou en perte d'autonomie et dont l'état physique ou psychique empêche de rester seule pendant une période (momentanée ou non).

La garde à domicile a pour fonction de réaliser les tâches suivantes :

- assurer une surveillance et une présence à domicile en partenariat avec la famille et l'entourage proche du client ;
- maintenir le client dans des conditions optimales de sécurité et d'hygiène ;
- veiller au bien-être et au confort tant physique que moral du client ;
- effectuer en cas de nécessité, de petites prestations d'aide à la vie journalière ;
- accompagner, le cas échéant, le client lors d'une sortie ;
- veiller à la prise des médicaments conformément aux directives du médecin ;
- s'adapter au degré de dépendance du client tout en favorisant son autonomie.
- consigner et transmettre ses observations sur l'évolution physique et psychique de la personne gardée et assurer un relais des informations utiles au bon suivi des prestations auprès du service qui utilise ses services ;
- connaître et appliquer les procédures d'urgence.

La garde à domicile ne peut effectuer des actes sortant de sa fonction, que ce soit du travail ménager ou des soins médicaux ou paramédicaux.
Tant les personnes ayant effectué une formation pour accéder aux emplois PTT ainsi ouverts que les services qui les ont encadrés souhaiteraient que la fonction soit reconnue et subsidiée.

[19] Des contacts avec l'INAMI et la CCPQ sont pris en ce sens depuis peu.

2.10.3. L'assistant logistique

La qualification d'assistant en logistique vise l'accès à l'emploi de personnes répondant aux conditions définies par l'Arrêté Ministériel du 17 juin 1997 portant exécution de l'article 3 §8 du 5février portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand. Il s'agit de demandeurs d'emploi, détenteurs du CESI ou du CESS.

Les emplois d'assistants en logistique sont réservés aux demandeurs d'emploi qui ont suivi avec fruit un programme de formation spécifique.

Il existe actuellement en Belgique deux types de formation pour devenir assistant en logistique en unité de soins: celle de 80h et celle de 500h. La première est dispensée en Enseignement de Promotion Sociale, en Wallonie et à Bruxelles. La seconde n'existe, pour le moment, qu'à Bruxelles. Ce sont la COBEFF (Coordination bruxelloise pour l'emploi et la formation des femmes) et la Mission locale de Forest qui l'organisent, chapeautées par Bruxelles-Formation.

a) Formation en 80 heures

Pour accéder à la formation de 80h, un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur est nécessaire. Il s'agit, dans ce cas, d'une formation complémentaire pour les personnes ayant déjà un des titres de la catégorie aide-soignante, à savoir:

- auxiliaire familiale et sanitaire
- aide sociale
- assistant en gériatrie
- auxiliaire polyvalent des services à domicile et en collectivités ou aide polyvalente de collectivités
- éducateur, moniteur de collectivités
- puéricultrice, aspirante en nursing.

Cette formation est dispensée en Wallonie et à Bruxelles. Elle se présente comme suit: 96 périodes dont 64 périodes de cours et 32 périodes de stage en unité de soins. Elle se fait en fonction de la demande des hôpitaux. Un certificat de la section, délivré par l'Enseignement de Promotion Sociale et approuvé par le Ministère de la Communauté Française, constitue l'aboutissement de la formation.

b) Formation en 500 heures

A l'heure actuelle, cette formation ne se dispense qu'en Région bruxelloise. Il s'agit en réalité de 250h de cours et de 250h de stage réparties sur 4 mois. Seul le certificat d'enseignement secondaire inférieur est nécessaire pour accéder à cette formation, l'objectif principal étant de permettre à des personnes sans travail et sans expérience du monde hospitalier de retrouver un emploi.

Après une phase d'information permettant de jauger la motivation du candidat, le demandeur d'emploi signe un contrat de formation. La formation proprement dite commence par une première semaine de cours où l'on apprend à se familiariser avec l'environnement hospitalier. Vient ensuite une semaine de stage dans une unité de soins pendant laquelle le stagiaire est encadré par des assistants en logistique déjà en fonction (si possible). Après ces deux semaines, le responsable du stage, une personne de l'organisation hospitalière et le stagiaire lui-même procèdent à une évaluation. S'enchaînent ensuite 3 semaines de cours, 3 semaines de stage dans une unité de soins où le stagiaire travaille seul, puis, à nouveau 3 semaines de cours et 3 semaines de stage dans un autre secteur.

Les tâches assignées aux assistants en logistique en milieu hospitalier sont variées : accueil et accompagnement de patients lors de transferts, surveillance des repas, rangement, tâches administratives inhérentes au fonctionnement du service. Elles ne peuvent toutefois concerner les soins proprement dits au patient. L'assistant en logistique est affecté à une unité en soutien et sous la responsabilité du personnel infirmier.

2.10.4. L'agent d'entretien hospitalier

Les agents d'entretien hospitalier sont spécifiquement formés aux techniques d'entretien des surfaces hospitalières et ne peuvent d'ailleurs exercer leur emploi qu'en milieu hospitalier. Un module de formation spécialement conçu, d'une durée de 7 mois permet aux candidats peu scolarisés d'acquérir une formation spécifique. Leur engagement est réalisé dans le cadre du plan Rosetta.

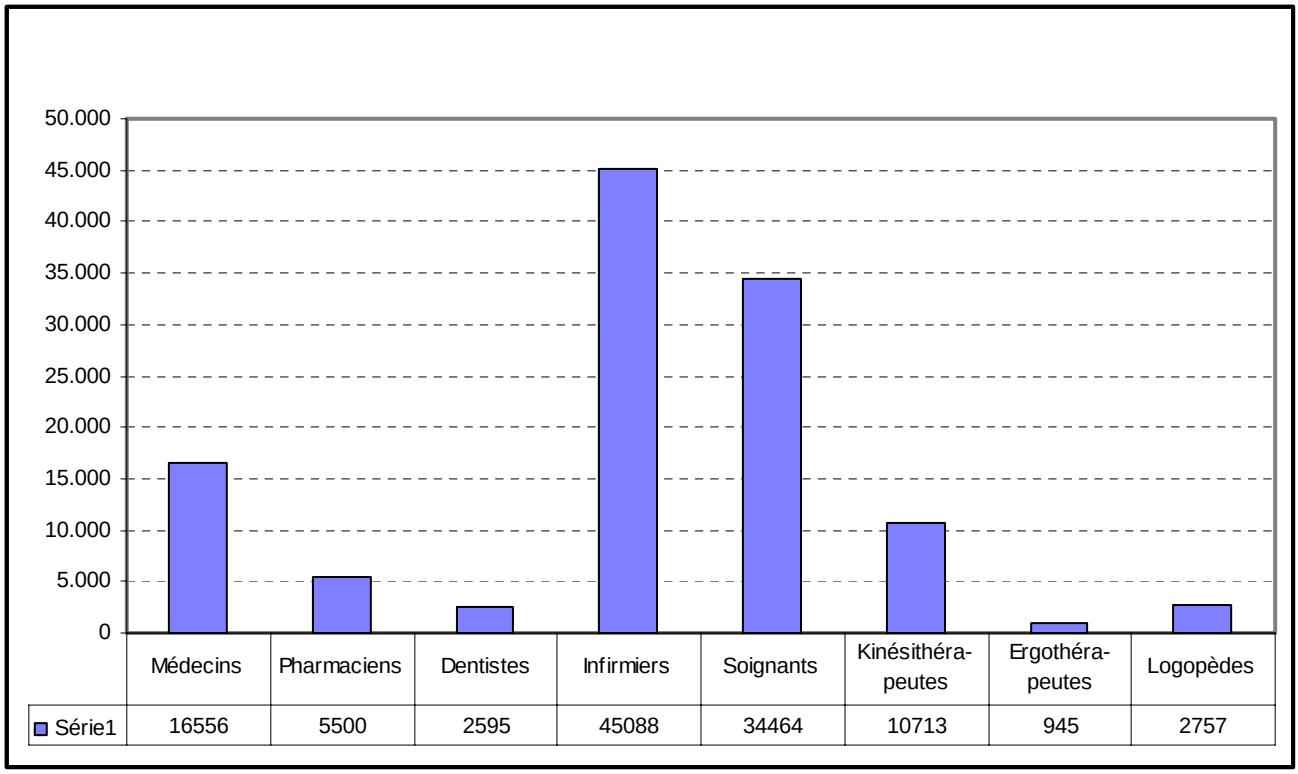
Actuellement, la demande d'agents d'entretien hospitalier est élevée, à tel point que les modules de formation sont organisés à la requête des institutions hospitalières. Le public formé, environ 15 personnes par an, est essentiellement féminin. A l'issue de la formation, une prolongation est possible afin d'obtenir la délivrance du titre d'aide ménager(e) à domicile.

2.11. Synthèse

On aura pu constater que plus le niveau du diplôme ou du certificat s'abaisse, plus il est difficile de dénombrer le nombre d'étudiants ou d'élèves qui entament, poursuivent et terminent une formation et qui, ensuite, l'exercent réellement.

Faute de données suffisantes, il ne nous a pas été possible d'effectuer une synthèse générale. Nous nous limiterons ainsi aux détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur, universitaire ou non, ou d'un brevet dans le domaine de la santé.

Figure 2.1.1.1. Détenteurs d'un diplôme dans le domaine de la santé: CFGB vers 2000



Ce sont ainsi quelque 118.618 docteurs, licenciés, gradués ou brevetés qui sont qualifiés pour un travail en santé en CFGB. C'est donc là un potentiel exceptionnel : 7% de la population active totale (occupée ou non).

CHAPITRE 3 : EVALUATION GLOBALE DE L'EMPLOI

Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons montré combien les secteurs étudiés étaient riches en qualifications diverses. Le chapitre 3 propose un survol de la structure régionale de l'emploi entre 1970 et 1999 et une description des principales caractéristiques de la population active.

Nous nous intéresserons ensuite à quelques données comme le taux d'occupation, l'inactivité, l'emploi féminin et le régime de travail. Nous étudierons ces différents indicateurs pour l'ensemble des secteurs d'activité pour les trois dernières décennies. Leur détail sera présenté pour l'exercice 1999, nous permettant de les comparer ensuite avec les tendances des champs de la santé et de l'action sociale.

Enfin, l'emploi salarié dans chaque secteur d'activité sera dépeint pour l'exercice 1998.

3.1. La population active et la structure de l'emploi

Les statistiques du Ministère de l'Emploi et du Travail permettent d'évaluer l'ampleur de la population active occupée, salariée et indépendante, employée dans les secteurs public et privé, et de la population active inoccupée, globalement et par région.

On observera ainsi l'évolution de celle-ci selon les Régions.

Comment le personnel occupé dans les secteurs de la santé et de l'action sociale se situe-t-il au sein de la population totale et de la population active en Belgique ?

La population active constitue l'offre de main-d'œuvre sur le marché du travail. Elle est définie comme la part de la population qui travaille ou qui est prête à travailler, indépendamment du fait qu'elle ait trouvé ou non du travail. Elle comprend toutes les personnes de plus de 15 ans qui, durant la période de référence (au 30 juin), vivent en Belgique, travaillent ou souhaitent travailler (chômeurs) et ne sont ni pensionnés ni prépensionnés.

Population totale = population active + inactifs

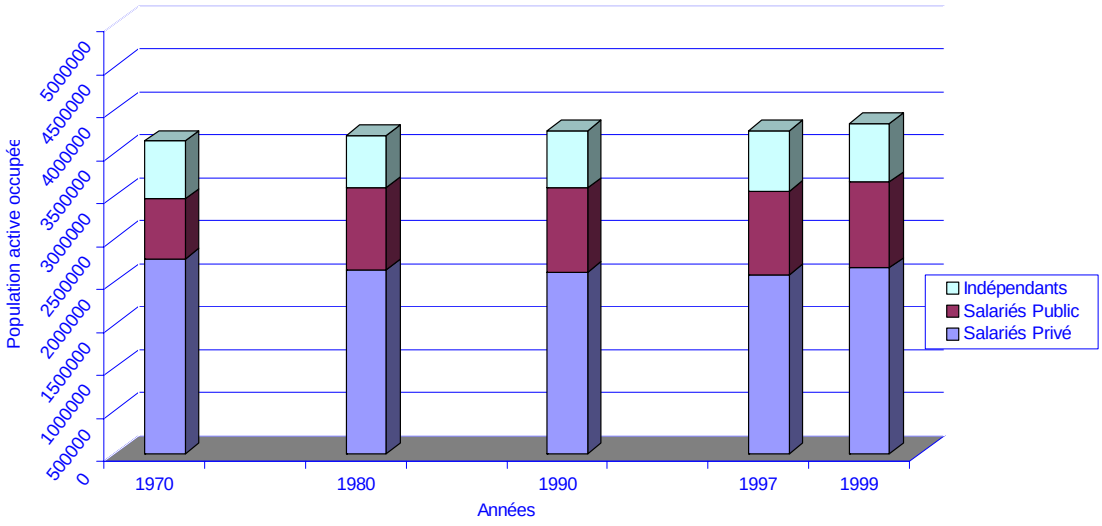
Population active = travailleurs occupés + chômeurs

Tableau 3.1.1. Structure de la population active en Belgique – Evolution 1970 – 1999

Structure de la population active	**1970**	**1980**	**1990**	**1999**
1. Population active occupée	**3.698.538**	**3.747.169**	**3.814.540**	**3.899.973**
A. Emploi intérieur	3.641.196	3.700.163	3.764.100	3.848.552
- Salariés	2.962.545	3.093.775	3.088.949	3.159.336
Secteur privé	2.266.277	2.145.288	2.117.712	2.164.188
Secteur public	696.268	948.487	971.237	995.148
Dont programmes de remise au travail	6.951	96.535	128.249	142.468
- Indépendants et aidants	678.651	606.388	675.151	688.216
B. Emploi frontalier	57.342	47.006	50.440	52.421
- Frontaliers entrants	7.324	11.552	13.014	24.286
- Frontaliers sortants	64.666	58.558	63.454	76.707
2. Population active en chômage	**70.753**	**322.310**	**364.696**	**475.102**
- Chômeurs complets indemnisés	64.935	294.870	331.767	394.660
- Chômeurs inscrits obligatoires (inoccupés)	1.496	11.584	24.528	57.752
- Demandeurs d'emploi libres (inoccupés)	4.322	15.856	8.401	22.690
3. Population active totale (1+2)	**3.769.291**	**4.069.479**	**4.179.236**	**4.375.075**
4. Forces armées	**94.732**	**90.345**	**88.660**	**41.986**
- Militaires de carrière	54.407	61.638	52.747	41.986
- Miliciens	40.325	28.707	35.913	/
5. Population active civile (3-4)	**3.674.559**	**3.979.134**	**4.090.576**	**4.333.089**

Source : META, last update 02.2002, traitements SESA

Figure 3.1.1. Structure de la population active occupée dans le Royaume : 1970 - 1999



Source : META

NB: Seul l'emploi intérieur est pris en compte c'est-à-dire hors emploi frontalier (1,4% de la population active occupée)
L'emploi dans les forces armées n'est pas comptabilisé dans la population active occupée

Le tableau 3.1.1.et la figure 3.1.1. permettent de constater que la population active occupée a augmenté en 30 ans de quelque 200 000 unités. C'est le secteur public qui en a bénéficié alors que le secteur privé était en recul. La population active en chômage a, quant à elle, augmenté de 400 000 unités.

On remarque (tableau 3.1.2.) qu'en 1999, le chômage touche particulièrement Bruxelles (17,7 % de la population active totale) et la Wallonie (16,2 %) et beaucoup moins la Flandre (6,9 %).

Cette situation générale de l'emploi exerce sans nul doute une influence sur les champs de la santé et de l'action sociale.

Tableau 3.1.2. Structure de la population active par région. Evolution au 30.06.1999

Structure de la population active	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Extra - rég.	Pays
1. Population active occupée	**331.518**	**2.383.318**	**1.178.894**	**6.243**	**3.899.973**
A. Emploi intérieur	612.891	2.183.746	1.043.254	7.661	3.847.552
- Salariés	535.973	1.782.099	833.603	7.661	3.159.336
Secteur privé	334.852	1.317.969	510.596	771	2.164.188
Secteur public	201.121	464.130	323.007	6.890	995.148
Dont programmes de remise au travail	14.933	74.410	53.125		142.468
- Indépendants et aidants	76.918	401.647	209.651		688.216
B. Emploi frontalier (solde)	-281.373	199.572	135.640	-1.418	52.421
- Frontaliers entrants	339.250	71.261	52.685		24.286
- Frontaliers sortants	57.877	270.833	188.325		76.707
2. Population active en chômage	**71.145**	**176.282**	**227.675**		**475.102**
- Chômeurs complets indemnisés	55.430	144.912	194.318		394.660
- Chômeurs inscrits obligatoires (inoccupés)	11.386	20.759	25.607		57.752
- Demandeurs d'emploi libres (inoccupés)	4.329	10.611	7.750		22.690
3. Population active totale (1+2)	**402.663**	**2.559.600**	**1.406.569**	**6.243**	**4.375.075**
4. Forces armées	**7.308**	**19.191**	**12.475**	**3.012**	**41.986**

Source : META, last update 12.2001, traitements SESA

3.2. L'emploi intérieur

Les statistiques du Ministère de l'Emploi et du travail donnent également accès à l'analyse de la population en activité via la notion d'emploi intérieur.

Selon la définition du BIT, l'emploi intérieur reprend toutes les personnes âgées de 15 ans au minimum et qui ont travaillé au moins une heure au cours de la période de référence, soit comme salarié ou avec un contrat de travail dans le secteur privé ou dans le secteur public, soit comme non-salarié (indépendant ou aidant), dans une unité de production établie sur le territoire belge.

L'emploi intérieur représente la demande de travail telle qu'elle est exprimée par les entreprises qui exercent leurs activités sur le territoire national; c'est le lieu de travail qui est déterminant, contrairement à la population active où c'est le domicile du travailleur qui prime. Il est également important de noter que la statistique recense le nombre de personnes occupées et pas le volume de travail (en équivalents temps plein) au 30 juin.

L'évolution de l'emploi intérieur est exprimée pour le pays selon les secteurs d'activité repris dans la nomenclature NACE-BEL. Notre attention s'est portée en particulier sur l'emploi salarié dans les secteurs de la santé et de l'action sociale. Le tableau 3.2.1. ventile les activités salariées des secteurs. Les séries présentent les évolutions tous les 10 ans, la dernière série disponible correspondant à l'année 1999.

En 1999, 412 961 travailleurs (hommes et femmes) étaient recensés par le Ministère de l'Emploi et du Travail (META) dans les secteurs de la santé et de l'action sociale. L'emploi repris sous la section N « Santé et action sociale » représente près de 15% de l'emploi intérieur du secteur tertiaire, lequel occupe une part importante (73%) de l'emploi intérieur total. En près de 30 ans, l'emploi dans le secteur tertiaire a progressé de plus de 45%, passant de 52% du volume intérieur total en 1970 à 73% en 1999. En un an, soit entre 1998 et 1999, l'emploi en santé et action sociale a progressé d'un peu plus de 3%.

Tableau 3.2.1. Emploi intérieur total par secteur : Evolution 1970-1999 (au 30 juin) selon le statut des travailleurs (salariés, indépendants et aidants) (hommes + femmes, en chiffres absolus)

Secteurs d'activité NACE-BEL	1970	1980	1990	1998	1999
Secteur primaire	**177.001**	**115.656**	**100.013**	**85.736**	**85.390**
A. Agriculture, chasse et sylviculture				83.601	83.269
B. Pêche				2.135	2.121
Secteur secondaire	**1.535.306**	**1.269.673**	**1.056.065**	**956.398**	**954.807**
C. Industries extractives				4.517	4.415
D. Industrie				673.898	669.017
E. Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau				28.164	27.172
F. Construction				249.819	254.203
Secteur tertiaire	**1.928.889**	**2.314.834**	**2.608.022**	**2.757.122**	**2.807.355**
Part du secteur tertiaire/emploi intérieur total	*52,9*	*62,5*	*69,3*	*72,5*	*72,9*
G. Commerce de gros et de détail ; réparation de véhicules aut.				550.204	549.496
H. Hôtels et restaurants				118.915	117.889
I. Transports, entreposage et communications				251.116	255.933
J. Activités financières				129.948	128.344
K. Immobiliers, location et services aux entreprises				318.964	330.852
L. Administration publique				301.875	308.048
M. Education				307.124	308.700
N. Santé et action sociale				**400.483**	**412.961**
	Part de la Santé et action sociale/ Emploi intérieur Secteur tertiaire			***14,52%***	***14,70%***
O. Services collectifs, sociaux et personnels				157.484	164.867
P. Services domestiques				93.616	94.939
Z. Activités mal définies				127.393	135.326
EMPLOI INTERIEUR TOTAL	**3.641.196**	**3.700.163**	**3.764.100**	**3.799.256**	**3.847.552**

Source : META, last update 12.2001,Traitements SESA

La part des régions dans l'emploi intérieur total de la division "Santé et action sociale" est la suivante :

- Bruxelles : 13,1%
- Flandre : 55,4%
- Wallonie : 31,4%

Elle illustre l'importance de la Région bruxelloise, véritable bassin de l'emploi pour les travailleurs des champs de la santé et de l'action sociale.

3.3. Les caractéristiques de l'emploi

Le but principal de l'Enquête sur les forces de travail menée depuis 1983[1] par l'INS est de fournir des données descriptives sur les catégories de la population en âge de travailler.

La population active occupée comprend les travailleurs ayant un emploi salarié ou non, à la manière dont ils sont définis par le BIT[2]. La population active inoccupée reprend les chômeurs et les étudiants âgés de plus de 15 ans. Un chômeur est défini comme une personne sans travail, disponible pour travailler et à la recherche d'un emploi. Un étudiant est défini comme une personne âgée de 15 ans au moins qui n'est plus tenue par une obligation scolaire. La population non active comprend les enfants (0 à 15 ans), les retraités pour autant qu'ils n'exercent pas la moindre activité rémunérée, les travailleurs bénévoles ou les personnes faisant le choix de n'être pas économiquement actifs.[3]

Tableau 3.3.1 Répartition de la population active (occupée et inoccupée) et de la population non active en Belgique selon le sexe – Année 1999 - Tous secteurs d'activité confondus

TOTAL	8.408.608	*dont*	Pop.active occupée	Pop. Active inoccupée		Pop. Non active	
	100%		48%	13%		39%	
				Chômeurs	Etudiants	Non actifs	Non actifs
						15-64 ans	65 & +
	100%		*48%*	*4%*	*9%*	*19%*	*20%*
Hommes	4.069.957		2.321.478	179.446	380.875	517.830	670.328
Femmes	4.338.651		1.685.590	195.775	379.969	1.077.550	999.767
		TOTAUX	4.007.068	375.221	760.844	1.595.380	1.670.095

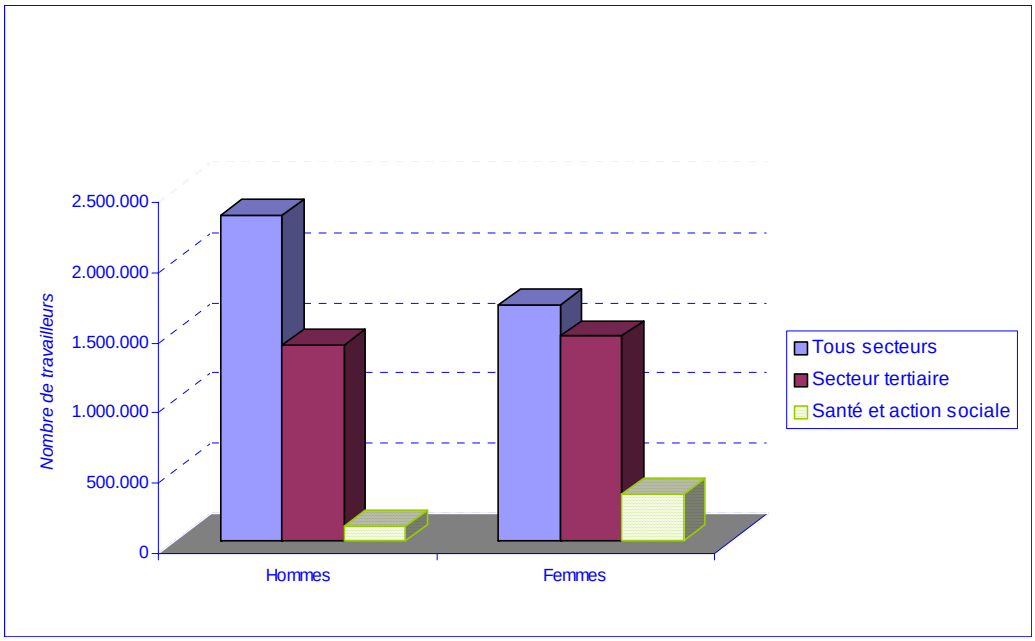
Source : INS, Enquête sur les Forces de travail, 1999

[1] L'enquête sur les Forces de travail consiste en un sondage auprès des ménages. Elle fut menée à un moment précis de l'année entre 1983 et 1998 et est devenue continue en janvier 1999.

[2] Définition identique à celle reprise dans le point 3.2 ci-dessus.

[3] La consultation de sources divergentes donne parfois des écarts de données au départ d'une même notion.

Figure 3.3.1. Part de la population ayant un emploi (occupée) dans le secteur de la santé et de l'action sociale par rapport à l'emploi global (population occupée tous secteurs d'activité confondus) - Année 1999



Source : INS, Enquête sur les Forces de travail, 1999

L'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale représente 15.7% de l'emploi du secteur tertiaire et 11.2% de l'emploi total (tous secteurs d'activité cofondus). La proportion de femmes dans la population active est d'environ 42%. Son importance augmente dans le secteur tertiaire (51.1%). Trois quart des travailleurs du secteur « santé et action sociale » sont des femmes. En ce qui concerne les disparités régionales, on note une activité moindre des femmes en Région de Bruxelles-Capitale dans le secteur de la santé et de l'action sociale par rapport à la Région wallonne (+6%) et la Région flamande (+4%).

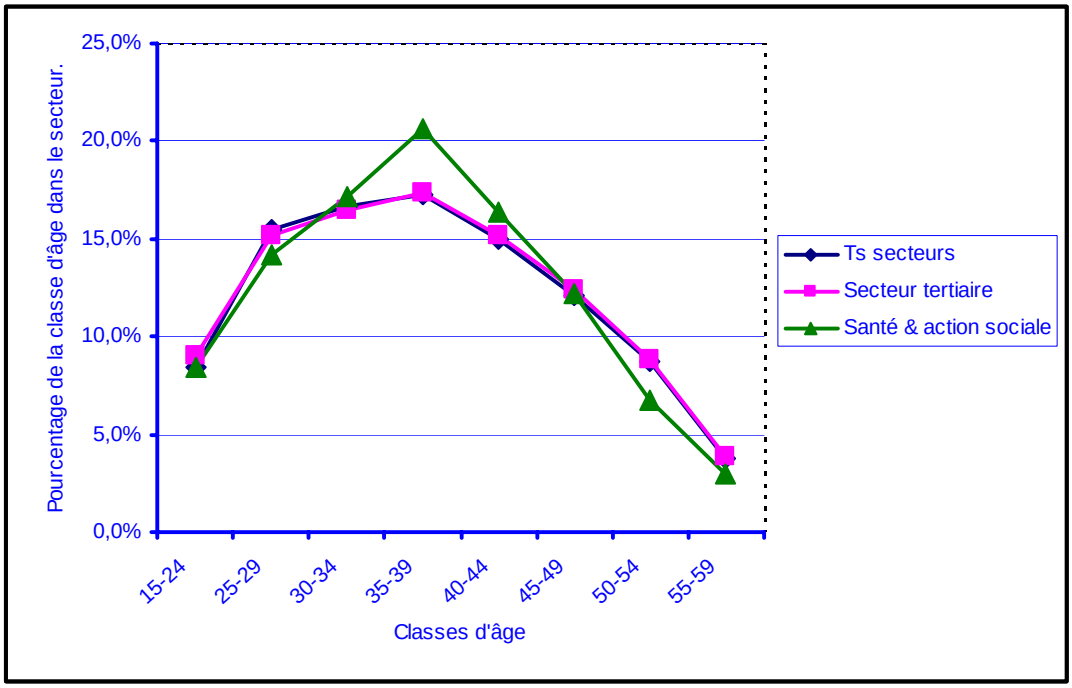
Le secteur de la santé et de l'action sociale bénéficie d'une structure d'âge un peu plus jeune que les autres secteurs d'activité. En effet, plus de 60% des femmes en activité dans le secteur ont moins de 40 ans contre environ 58% dans le secteur tertiaire ou dans les autres secteurs, toutes activités confondues. Cette différence provient de l'attrait croissant du secteur de la santé sur les populations scolaires en fonction de l'évolution de la demande.

Tableau 3.3.2. Comparaison des distributions d'âge des femmes occupées dans le secteur Santé et AS et des femmes occupées dans le secteur tertiaire et dans les autres secteurs d'activité - Pays - 1999

	Ts secteurs	Secteur tertiaire	*Santé & action sociale*
15-24 ans	**8,4%**	9,0%	*8,4%*
25-29 ans	**15,5%**	15,2%	*14,2%*
30-34 ans	**16,7%**	16,5%	*17,2%*
35-39 ans	**17,3%**	17,4%	*20,6%*
40-44 ans	**15,0%**	15,2%	*16,4%*
45-49 ans	**12,1%**	12,4%	*12,2%*
50-54 ans	**8,7%**	8,8%	*6,7%*
55-59 ans	**3,8%**	3,9%	*3,0%*
Age inconnu	**2,5%**	1,6%	*1,3%*
TOTAL	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Source : INS, Enquête sur les Forces de travail, 1999

Figure 3.3.2. Comparaison des distributions d'âge selon les secteurs d'activité Femmes - Belgique – 1999



Source : INS, Enquête sur les Forces de travail, 1999

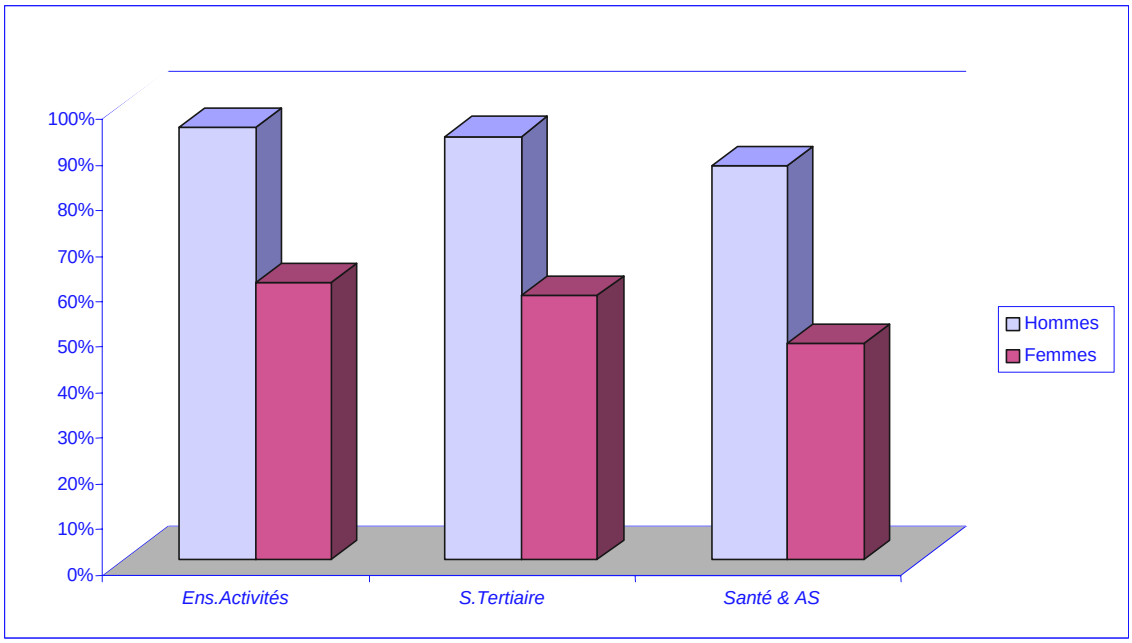
Dans le secteur de la santé et de l'action sociale, moins d'une femme sur deux (47.6%) travaille à temps plein. Le temps plein est moins répandu que dans le secteur tertiaire (58.2%). Pour l'ensemble des secteurs d'activité, 61% des femmes travaillent à temps plein. La proportion de femmes exerçant leur activité à temps partiel est pareille en Flandre et en Wallonie où le temps partiel des femmes est de loin moins répandu qu'à Bruxelles. Le temps partiel est beaucoup moins répandu chez les hommes du secteur « santé et action sociale ». 13.4% d'entre eux adoptent cette formule. C'est un peu moins de trois fois plus que le temps partiel masculin, tous secteurs d'activité confondus.

Tableau 3.3.3 Régime de travail par sexe - Comparaison entre l'ensemble des secteurs d'activité, le secteur tertiaire et le secteur de la santé et de l'action sociale

		Ensemble des activités		**Secteur tertiaire**		**Secteur Santé et A.S.**	
		CA	*%*	CA	*%*	CA	*%*
Hommes	Tps partiel	95.100	*5,0%*	76.460	*6,9%*	10.284	*13,4%*
	Tps plein	1.807.079	*95,0%*	1.037.806	*93,1%*	66.513	*86,6%*
		1.902.179	*100,0%*	**1.114.266**	*100,0%*	**76.797**	*100,0%*
Femmes	Tps partiel	552.108	*39,1%*	512.334	*41,8%*	156.726	*52,4%*
	Tps plein	859.420	*60,9%*	713.202	*58,2%*	142.099	*47,6%*
		1.411.528	*100,0%*	**1.225.536**	*100,0%*	**298.825**	*100,0%*

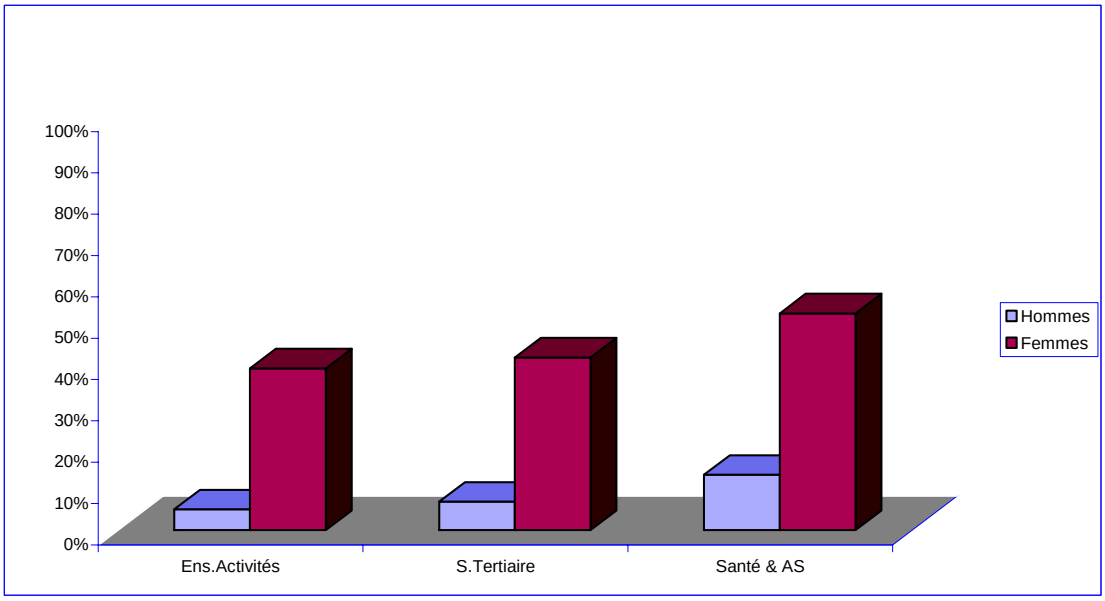
Source : INS, Enquête sur les Forces de travail, 1999

Figure 3.3.3. Comparaison du régime de travail à temps plein selon le sexe et le secteur d'activité - Année 1999



Source : INS, Enquête sur les Forces de travail, 1999

Figure 3.3.4. Comparaison des régimes de travail à temps partiel selon le sexe et le secteur d'activité - Année 1999



Source : INS, Enquête sur les Forces de travail, 1999

3.4. L'emploi par champ d'activité

Une autre source, les statistiques centralisées[4] de l'ONSS, nous donne un accès à l'évaluation de l'emploi salarié. Il faut entendre ici par « champ de la santé », les services curatifs avec ou sans hébergement et les autres activités pour la santé humaine. Le champ de l'action sociale regroupe, quant à lui, les orphelinats, crèches et garderies d'enfants, institutions pour enfants en difficultés, institutions pour handicapés, entreprises de travail adapté, maisons de repos pour personnes âgées et autres activités. Sont donc exclus les emplois relevant des administrations publiques (CPAS, services collectifs, etc.).

Tableau 3.4.1. Répartition des emplois en santé et action sociale en Belgique : 1998

	Nombre de salariés	**ETP**
Santé	152.467	114.801
Action sociale	172.316	122.374
TOTAL	**324 783**	**237 175**

Source : ONSS

En faisant abstraction de l'administration, la santé et l'action sociale représenteraient respectivement 19.6% et 21.9% des salariés du non marchand, tel qu'il a été évalué par l'étude publiée par la Fondation Roi Baudouin. [5]

Sur le plan international, la Belgique souffre la comparaison en se plaçant en troisième position de l'emploi rémunéré dans le secteur « non profit[6] ». En effet, celui-ci y représenterait 10.5% de l'emploi total non agricole, derrière les Pays-Bas (12.4%) et l'Irlande (11.5%). Des pays comme les USA, le Royaume Uni et la France atteignent respectivement 7.8%, 6.2% et 4.9%.

3.4.1. Le champ de la santé[7]

Les services de santé pèsent d'un poids important dans le non marchand en Belgique.

La classification NACE-BEL distingue trois types d'activités :

- les activités hospitalières reprennent les soins dispensés en hôpital et en centres d'hébergement médicalisés ;

[4] Pour l'ONSS, les statistiques centralisées se rapportent aux employeurs à la différence des statistiques décentralisées se rapportant aux établissements (plusieurs établissements pouvant se rapporter au même employeur).

[5] Source : Fondation Roi Baudouin, *Le secteur non marchand en Belgique*, aperçu socio-économique, rapport de synthèse, 2001.

[6] Le secteur non profit est défini ici comme le secteur non marchand.

[7] Source : Fondation Roi Baudouin, Idem.

- les services curatifs sans hébergement comprennent les activités médicales et paramédicales en dehors des hospitalisations (activités des médecins, dentistes [y compris pratique en cabinet], centres de jour et polycliniques, soins à domicile, soins paramédicaux tels que kinésithérapie, logopédie, etc.) ;
- les autres activités liées à la santé humaine comme les laboratoires d'analyse, le transport des malades, la fourniture et le stockage des produits organiques (ex : sang).

Tableau 3.4.1.1. Emplois salariés en santé en 1998, selon les régions et statuts public/privé (personnes physiques et ETP)

		Privé (ASBL)		Public		Total	
Catégorie	**Région**	**Salariés**	**ETP**	**Salariés**	**ETP**	**Salariés**	**ETP**
1. Activités hospitalières							
	Bruxelles	10753	7930	11412	9654	22165	17583
	Flandre	45265	32548	27253	21722	72518	54270
	Wallonie	20535	14766	21346	17477	41881	32243
2. Services curatifs sans hébergement							
21 Pratique médicale et dentaire	Bruxelles	828	551	145	122	974	673
	Flandre	4218	2806	96	77	4313	2883
	Wallonie	1768	1178	244	198	2012	1375
22 Activités paramédicales	Bruxelles	894	587	151	114	1045	701
	Flandre	4560	2993	209	130	4769	3123
	Wallonie	1898	1246	205	161	2103	1407
3. Autres activités pour la santé humaine							
	Bruxelles	47	36	30	26	77	63
	Flandre	225	172			225	172
	Wallonie	172	132	213	175	385	307
Soins de santé : Total							
	Bruxelles	**12522**	**9104**	**11738**	**9916**	**24261**	**19020**
	Flandre	**54268**	**38519**	**27558**	**21929**	**81825**	**60448**
	Wallonie	**24373**	**17322**	**22008**	**18011**	**46381**	**35332**
	Total	**91 163**	**64945**	**61 304**	**49856**	**152467**	**114800**
	CFGB	**34766**	**24878**	**31751**	**26241**	**66518**	**51119**

Source : Centre d'économie sociale, Ulg

La part du secteur privé dans l'emploi est d'environ 60% contre 40% pour le secteur public. Le volume d'emploi le plus important se situe dans les hôpitaux.

3.4.2. Le champ de l'action sociale[8]

Les activités relevant de l'action sociale sont regroupées en 4 rubriques :

- l'aide à la jeunesse : accueil résidentiel ou non des jeunes et de la petite enfance ;
- l'aide aux personnes handicapées : accueil et hébergement pour mineurs adultes handicapés physiques et mentaux ;
- l'aide aux personnes âgées : accueil et hébergement des personnes âgées en MR [9];
- les autres activités de l'action sociale : accueil pour adultes en difficulté, aide à domicile, centres de services sociaux et de planning familial, activités (hors accueil) ONE, services d'intégration pour immigrés[10].

Les salariés de l'action sociale se répartissent pour 70% dans le secteur privé et 30% dans le secteur public. C'est dans le secteur des MR que l'emploi public est le plus développé, totalisant près de la moitié des effectifs.

Les effectifs en Flandre représentent 62% du pays, ce qui donne à cette région un rapport nombre d'emplois dans le champ d'activité par nombre d'habitants un peu plus élevé que dans les autres régions.

[8] Source : Fondation Roi Baudouin, *Idem.*

[9] Les MRS sont reprises dans le secteur de la santé

[10] Y compris activités d'assurance libre et complémentaire organisées par les mutuelles.

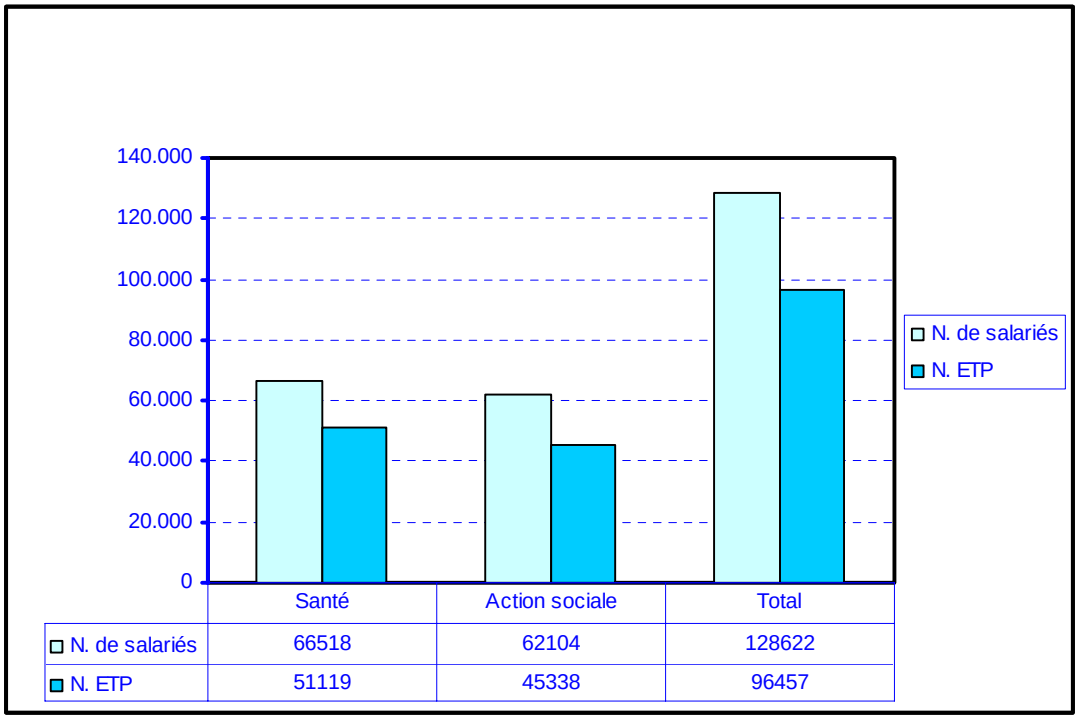
Tableau 3.4.2.1. Emplois salariés en action sociale en 1998, selon les régions et statuts public/privé (personnes physiques et ETP)

		Privé (ASBL)		Public		Total	
Catégorie	**Région**	**Salariés**	**ETP**	**Salariés**	**ETP**	**Salariés**	**ETP**
1. Institutions pour enfants							
1.1 Orphelinats, instituts pour enfants en difficultés	Bruxelles	1017	740	93	85	1110	826
	Flandre	3957	2887	131	109	4088	2997
	Wallonie	3067	2238	262	215	3329	2453
1.2. Crèches et garderies	Bruxelles	671	419	958	816	1629	1235
	Flandre	2642	1650	1317	849	3959	2500
	Wallonie	2048	1279	1574	1108	3622	2387
2. Institutions pour handicapés							
2.1. Instituts pour mineurs	Bruxelles	856	618	0	0	856	618
	Flandre	7897	5687	163	118	8060	5805
	Wallonie	3571	2575	1062	894	4633	3469
2.2. Instituts pour adultes	Bruxelles	915	644	25	24	940	668
	Flandre	8416	5925	455	348	8871	6273
	Wallonie	3815	2686	338	263	4153	2949
2.3. Ateliers protégés	Bruxelles	1717	1376			1717	1376
	Flandre	15788	12650	9	7	15797	12657
	Wallonie	7157	5735	373	331	7530	6066
3. Maison de repos pour personnes âgées							
	Bruxelles	1264	771	2505	2098	3769	2869
	Flandre	19520	11909	14044	9939	33564	21847
	Wallonie	5491	3350	6704	5073	12195	8423
4. Autres activités d'action sociale							
4.1. Assurances sociales	Bruxelles	10	8	111	99	121	107
	Flandre	41	32	268	240	308	272
	Wallonie	16	13	431	385	447	398
4.2. Autres activités sociales	Bruxelles	4667	3072	1089	988	5757	4060
	Flandre	19639	12927	11976	8602	31615	21529
	Wallonie	7813	5142	5186	4290	12999	9433
Action sociale : Total	Bruxelles	11117	7648	4781	4110	15899	11759
	Flandre	77900	53667	28363	20212	106262	73880
	Wallonie	32978	23018	15930	12559	48908	35578
	Pays	**121995**	**84333**	**49074**	**36881**	**171069**	**121217**
	CFGB	**42205**	**29366**	**19898**	**15970**	**62104**	**45338**

Source : Centre d'économie sociale, Ulg.

3.4.3. Santé et action sociale

Les données présentées ci-dessus nous ont permis une évaluation globale de l'emploi dans les champs de la santé et de l'action sociale en CFGB.



	Santé	Action sociale	Total
N. de salariés	66518	62104	128622
N. ETP	51119	45338	96457

Source : Centre d'économie sociale, Ulg

Les champs de la santé et de l'action sociale totalisent ainsi plus de 125.000 salariés effectuant près de 100.000 ETP. Cela représente quelque 12% de la population active occupée salariée de la CFGB : 6,2% en santé et 5,6% en action sociale.

3.5. Les emplois Maribel

Trouvant son origine légale dans la loi du 22 décembre 1995 sur le plan pluriannuel, le « Maribel social » est régi par l'AR du 5 février 1997[11], qui a fait l'objet de six modifications depuis sa création. Il prévoit des réductions de cotisations patronales de sécurité sociale, pour autant que celles-ci soient converties en embauches nettes supplémentaires dans les institutions privées ou publiques des secteurs de la santé, de l'action sociale et du socioculturel.

L'objectif du plan Maribel social s'exprime donc en termes d'emplois des secteurs salariés marchand et non marchand, ce dernier représentant environ 12.5%. Sur le fond, les intentions d'une telle « entreprise » consistent à diminuer la charge de travail et améliorer les services rendus aux bénéficiaires par une augmentation des effectifs. A l'exception des assistants logistiques à l'hôpital, les fonctions visées sont celles des infirmiers, soignants, éducateurs, puéricultrices, aides familiales, animateur, psychologue mais aussi celles du personnel administratif ou d'entretien.

A la différence de la panoplie des mesures du type CST, TCT, mise à l'emploi, etc, instaurées depuis une vingtaine d'années dans le secteur non marchand, les embauches supplémentaires du Maribel social ne sont pas liées au statut des personnes. Leur contrat de travail ne diffère d'ailleurs pas de celui des autres membres du personnel.

[11] Références au MB : AR du 6 juillet 1997 ; MB du 12 juillet 1997
AR du 16 avril 1998 ; MB du 24 avril 1998
AR du 10 août 1998 ; MB du 27 août 1998
AR du 1er décembre 1998 ; MB du 16 janvier 1999
AR du 3 mai 1999 ; MB du 9 juin 1999
AR du 3 septembre 2000 ; MB du 13 octobre 2000.

Tableau 3.5.1 Récapitulatif des postes de travail Maribel social créés par secteur

Emplois réalisés		
		Etp
HOPITAUX PRIVES		
Bruxelles		442,29
Flandre		1371,32
Wallonie		634,87
Belgique		2448,48
HOPITAUX PUBLICS		
Bruxelles		129,2
Flandre		1093,37
Wallonie		948,64
Belgique		2171,21
MR/MRS		
Bruxelles		68
Flandre		843
Wallonie		190,5
Belgique		1101,5
SOINS A DOMICILE		
Bruxelles		12
Flandre		173
Wallonie		44
Belgique		229
CENTRES DE REVALIDATION		
Bruxelles		12
Flandre		67,6
Wallonie		11,5
Belgique		91,1
MILIEUX ACCUEIL D'ENFANTS		
Bruxelles		22,5
Flandre		91
Wallonie		44,25
Belgique		157,75
ETS ET SERVICES DE SANTE		
Bruxelles		54
Flandre		118,5
Wallonie		36
Belgique		208,5
ETS ET SERVICES DE SANTE BICOMMUNAUTAIRES		
Bruxelles		69,5
Belgique		69,5

Tableau 3.5.1 (Suite) Récapitulatif des postes de travail Maribel social créés par secteur

MAISONS D'EDUCATION ET D'HEBERGEMENT - MARIBEL	
Bruxelles	96
Flandre	788
Wallonie	433,25
Belgique	1317,25
AIDES FAMILIALES	
Bruxelles	27,71
Flandre	non déterminé
Wallonie	201,29
Belgique	229

Source : Ministère de l'Emploi et du Travail, Cellule Maribel Social,
Situation au 16/10/2001 transmise en 04/2002

Nous ne nous étendrons pas ici sur les questions d'organisation, de procédure et de récupération qui sous-tendent le fonctionnement pratique du Maribel social.

Les tableaux 352 à 355 donnent un aperçu des emplois Maribel créés au cours des 3 ou 4 premières phases de son organisation dans le secteur privé.

A l'hôpital, la création des postes de PAI atteint près de 40% des emplois ainsi créés mais les personnels administratif, technique et logistique embauchés dans ce cadre sont non négligeables. Dans le secteur des MR/MRS, le personnel soignant (diplômé ou non) et le personnel paramédical, les animateurs, assistants sociaux, éducateurs, etc. se partagent 75% des postes. On constate logiquement que les emplois Maribel dans le secteur des SIAD ont été réservés aux PAI tandis que les établissement et services de santé attribuent plus de 60% de ces postes aux personnel paramédical, kinésithérapeutes, psychologues, éducateurs et assistants sociaux.

Tableau 3.5.2. Emplois Maribel social réalisés dans le secteur des hôpitaux privés par catégories de fonction - Evaluation au 31.12.2001

	Etp	P.P.
PAI	904,86	986
P. Soignant	170,38	228
P. Paramédical	135,1	162
Administration	374,83	437
P. Technique	364,31	436
P. Logistique	259,31	317
Divers	37,95	42
Non déterminé	81,28	94
TOTAL	2328,02	2702

Source : FSHP, 12.2001

Tableau 3.5.3. Emplois Maribel social réalisés dans le secteur des MR/MRS privées par catégories de fonction - Evaluation au 15.04.2002

	Etp	P.P.
PAI	17,5	36
P. Soignant	154	285
P. Paramédical	134	94
Administration	3,5	7
P. Technique	62,55	121
P. Logistique	6	12
Non déterminé	0	0
TOTAL	377,55	555

Source : Afosoc, 04.2002
Note : MR/MRS, Réseau privé commercial et non commercial, Wallonie et Bruxelles

Tableau 3.5.4.Emplois Maribel social réalisés dans le secteur des SAD - par catégories de fonction R. de Bxls-Capitale et R. Wallonne Evaluation au 15.04.2002

	Etp	P.P.
PAI	39,9	80
P. Soignant	2,5	5
P. Paramédical	1	2
Administration	16,5	32
P. Technique	0	0
P. Logistique	0	0
Non déterminé	0	0
TOTAL	59,9	119

Source : Afosoc, 04.2002

Tableau 3.5.5. Emplois Maribel social réalisés dans les établissements et services de santé bicommunautaires par catégories de fonction Evaluation au 15.04.2002

	Etp	P.P.
PAI	3	5
P. Soignant		
P. Paramédical	55,75	61
Administration	19,3	24
P. Technique	11,1	15
P. Logistique		
Non déterminé		
TOTAL	89,15	105

Source : Afosoc, 04.2002

Conclusion

Les soins de santé et l'action sociale sont deux secteurs du « non marchand » en plein développement. Chacun des chapitres de ce premier tome de la présente recherche en témoigne à sa manière.

L'étude des différents secteurs d'activité, qui a fait l'objet du premier chapitre, nous a montré que chacun d'eux, tant dans son fonctionnement et son utilisation par la population que par le personnel qu'il occupe, a connu une augmentation constante et parfois considérable.

Dans le chapitre 2, nous avons montré combien les secteurs étudiés étaient riches en professions et qualifications diverses, des plus qualifiées aux plus humbles mais toutes nécessaires pour assurer les missions qu'assurent ces services pour la santé et le bien-être de la population. Chacune d'elles a été présentée et, chaque fois que cela a été possible , la formation, les flux de diplômés et les effectifs de professionnels ont été dénombrés et leur croissance mise en évidence.

Le chapitre 3 a proposé un survol de la structure régionale de l'emploi entre 1970 et 1999 et une description des principales caractéristiques de la population active. L'enquête sur les forces de travail du Ministère de l'Emploi et du Travail nous a ainsi appris qu'en une seule année, de 1998 à 1999, l'emploi du secteur « Santé et action sociale » avait augmenté de 3%. En CFGB, les champs de la santé et de l'action sociale totalisent plus de 125.000 salariés effectuant près de 100.000 ETP. Cela représente quelque 12% de la population active occupée et salariée de la CFGB : 6,2% en santé et 5,6% en action sociale. A ces emplois salariés, il y a lieu également de joindre le travail en tant qu'indépendant de nombreux professionnels de la santé.

L'ensemble de ces champs d'activité se sont développés dans notre pays dans une dynamique originale pour satisfaire les besoins et attentes de la population. Les associations, l'Etat et le marché y ont chacun leur place, ainsi que J-L Laville et M. Nyssens l'ont bien mis en évidence pour les services sociaux. On peut penser que ce caractère original a contribué à leur succès dans notre pays et espérer que l'OMC (Organisation mondiale du Commerce) et l'AGCS (Accord Général sur le Commerce des Services) n'imposent pas à nos services sociaux et de santé un modèle ultra libéral venu de l'étranger.

Les évolutions tant démographique que culturelle et technologique laissent présager pour l'avenir une continuation, voire parfois une accélération de la demande adressée à ces secteurs dans notre société. Les jeunes en quête d'un projet d'avenir, les responsables de l'enseignement, les partenaires sociaux et les politiques ont tout intérêt à bien en tenir compte.

Le tome 2 de ce travail s'efforcera d'envisager cet avenir selon divers scénarios, en particulier pour les infirmiers et soignants.

Bibliographie

AIDE À DOMICILE EN MILIEU RURAL, *L'aide à domicile : un défi permanent*, Ed. Luc Pire, 2001, 87 p.

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

ANSAY P., GOLDSCHMIDT A., *Dictionnaire des solidarités*, Petite Bibliothèque de la citoyenneté, Co-éd. Chronique sociale, Lyon et EVO, Bruxelles

BIETLOT M, DEMAREST S., TAFFOREAU J., VAN OYEN H., *La santé en Belgique, ses communautés et ses régions, résultats de l'enquête de santé par interview*, MSP, 1997

BORCHGRAEVE, B., *Une réforme de l'enseignement en soins infirmiers, pour qui, pourquoi, comment?*, Info-Nursing n°29, mars 1993, Eds. Association Catholique du Nursing, Bruxelles, 58 p.

CHAMPAGNE A.M., DARDENNE S., *Les formations infirmières organisées en Communauté française de Belgique, in : Mémento de l'art infirmier*, Ed. Kluwer, partie II, Chap. 1, pp. 129-159.

CHAPELLIER, J.-L., *Approche du métier de l'aide familiale*, Université de Mons-Hainaut, 1998

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE, *Les maisons médicales ; un axe de la politique de soins de santé primaires de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale*, 5ème éditition, 2001-2002.

COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE, *Les services de santé mentale*, 2ème édition, *2001*.

COM-RUELLE L., MIDY F., ULMANN P. *La profession infirmière en mutation*. Eléments de réflexion à partir d'exemples européens, *CREDES*, n°1318, Octobre 2000, 153 p.

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DE LA RÉGION WALLONNE, *Rapport sur la situation économique et sociale de la Wallonie* (2000), CESRW, 2001

DARDENNE S., *Evolution historique de l'art infirmier et formation au sein du système éducatif de la Communauté française*, Kluwer Editorial, 1999, pp.151-178.

DE LANNOY, et all., *Brussel in de jaren negentig en na 2000 : een demografische doorlichting* - Steunpunt Demografie, VUB, Working paper, 1999.

DELIEGE D., LEROY X., LECLERCQ A., *Offre en soins de santé*, in : *Aspects socio-économiques des soins de santé en Belgique, Vademecum*, Bruxelles, IBES, 1998, pp-69-141.

DENOLF L., DENYS J., SIMOENS P., *Les entreprises et le recrutement en Belgique en 1998*, KUL, Hiva, Louvain, 1999

FESAD, *L'aide à domicile, ses caractéristiques et les conditions de son nécessaire développement*, Jambes, 2000

FONDATION ROI BAUDOUIN, *Le secteur non marchand en Belgique, aperçu socio-économique, rapport de synthèse, ,* 2001

HANS S., *Les enjeux des titres et qualifications professionnels particuliers*, in Mémento de l'art infirmier, Edition Kluwer, 1999, 428 p.

HEDEBOUW, G., PACOLET, J., SPINNEWIJN, H., WINTERS, S., *De thuiszorg in Vlaanderen*, Hiva, KUL.

LAVILLE, JL. NYSSENS , M., (Sous la direction de), *Les services sociaux, entre associations, Etat et marché, L'aide aux personnes âgées*, chap.2, GILLAIN, B., NYSSENS, M., *Belgique : l'histoire d'un partenariat associatif-public*, Ed. La Découverte/M.A.U.S.S./C.R.I.D.A., Paris, 2001, pp. 47 à 65.

LEROY X., HUBIN M.., *Le temps consacré aux soins en maison de repos*, SESA, rapport de recherche FSE - SSTC - FSHP. 1999, 88 p.

LEROY X., HUBIN M., *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, rapport de recherche FSE - SSTC - FSHP. 1999, 90 p.

LEROY X., J DEFOURNY, M. DESCHAMPS, F. FECHER, G. HEDEBOUW, M. HUBIN, D. MIGNOT, K. MENDONCK, H. MEULEMANS, E. SAMOY, N. VAN LANDEGHEM, *Le temps consacré aux soins : Une analyse de la prestation de services et de soins dans le domaine des soins de santé et du bien-êtrel*, IISA, rapport de synthèse de la recherche FSE - SSTC - FSHP., 1999, 95 p.

LEROY X., LECLERCQ A, LORANT V, *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique : projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010.* Tome.1 Travail infirmier et praticiens de l'art infirmier, Bruxelles, SESA, 1998, 258 p.

LEROY X., LECLERCQ A. *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, Bruxelles, SESA, 1998, 170p.

LEROY X., PACOLET J., LECLERCQ A., DESCHAMPS M., LORANT V., GOS E., *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, Bruxelles, SESA/HIVA, 1998, 225 p.

LEROY X., PACOLET J., LECLERCQ A., DESCHAMPS M., GOS E. & LANOYE H., *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, Bruxelles/Leuven, SESA/HIVA, 1998, 155 p.

LEROY X., LECLERCQ A., *Le marché du travail infirmier et soignant: quelles perspectives* ? Revue Wallonie, juin 2000 , N°63, pp.48-57.

LORANT V. ET PETRELLA F., *L'évaluation des politiques sociales : une application à l'accueil de l'enfance,* Analyses et Prévision, septembre 2000, 85-103.

MANISE C., *Titres et Qualifications,* Info-Nursing, N° 42, juin 1994, Editions Association Catholique du Nursing, Bruxelles, 36 p.

MASSART A-C., *L'hospitalisation de jour,* Département Recherches et Développement, Mutualité Chrétienne, juin 2000.

MERTENS S., ADAM S., DEFOURNY 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 inter universitaire 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

MEUNIER B., *Le management du non-marchand,* Economica, Col. Economie contemporaine, 1992.

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE, *Commission d'agrément des centres de coordination de soins et services à domicile, Approche d'une évaluation globale des centres de coordination en Région wallonne,* 1998

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, ADMINISTRATION DES SOINS DE SANTE, *Défis et perspectives pour les hôpitaux dans le cadre des soins de santé intégrés,* 1.09.2001

MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES, INSTITUT NATIONAL DE STATISTISTIQUES, *Statistiques sociales, Enquête sur les forces de travail*, année 1999

MINISTERE DES AFFAIRES ECONOMIQUES, INSTITUT NATIONAL DE STATISTISTIQUES, *Statistiques sociales, Enquête sur les forces de travail*, année 1998

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DES PENSIONS, MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, *Note de politique générale, La psyché : le cadet de mes soucis ? Soins de santé mentale : les voies de la participation et de la concertation*, Bruxelles, mars 2001.

MUTUALITES SOCIALISTES, Direction Générale Etudes, Développement et Information, *Etude 99-2000*

ORBEM, *Analyse des fonctions critiques en Région de Bruxelles Capitale en 2000,* décembre 2001

PEERS J., *Les soins de santé en Belgique : défis et opportunités*, 1999

REGION DE BRUXELLES CAPITALE, *Tableau de bord de la Santé, Observatoire de la santé de Bruxelles-Capitale*, 2001.

STINGLHAMBER B., *Infirmière, Genèse et réalité d'une profession,* Editions De Boeck, 1991, 291 p.

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.

VANHEERSWYNGHELS A., *Les politiques de l'emploi en Belgique*, Dossier du CRISP n° 53, 2001

VAN OUYTSEL A, SOMER A., *Etude statistique et planification de l'offre en kinésithérapie, MSP, Direction de l'art de guérir,* Bruxelles, 2002, 48 p.

WAUTIER D., *La mise en oeuvre du plan Maribel social dans le secteur privé,* in « Non marchand » n°4 1999.

WIRTSCHAFTS - UND SOZIALRAT DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT BELGIENS, *Der pflegesektor in der Deutschsprachigne Gemeinschaft : Angebot und Nachfrage auf dem arbeitsmarkt* - Bestandsaufnahme und zukünftiger bedarf, juin 2001.

ANNEXES

Tableau Annexe 1.2.1.2.1. Evolution du nombre de lits dans les hôpitaux en Belgique selon qu'ils sont généraux ou psychiatriques - 1979-1999

Années	**1.1.79**	**1.1.80**	**1.1.81**	**1.1.82**	**1.1.83**	**1.1.84**	**1.1.85**
Hôpitaux généraux	65.014	66.743	68.254	69.834	69.388	69.418	68.792
Hôpitaux psychiatriques	24.637	24.506	24.182	22.852	22.744	22.220	21.810
Total	**89.651**	**91.249**	**92.436**	**92.686**	**92.132**	**91.638**	**90.602**

Années	**1.1.86**	**1.1.87**	**1.1.88**	**1.1.89**	**1.1.90**	**1.1.91**	**1.1.92**
Hôpitaux généraux	68.508	67.341	62.071	61.454	61.178	60.200	59.929
Hôpitaux psychiatriques	21.185	21.213	21.019	20.720	19.371	19.146	18.077
Total	**89.693**	**88.554**	**83.090**	**82.174**	**80.549**	**79.346**	**78.006**

Années	**1.1.93**	**1.1.94**	**1.1.95**	**1.1.96**	**1.1.97**	**1.1.98**	**1.1.99**
Hôpitaux généraux	59.840	59.972	58.283	57.683	57.433	56.941	56.553
Hôpitaux psychiatriques	17.883	17.209	17.077	16.773	16.683	16.665	16.590
Total	**77.723**	**77.181**	**75.360**	**74.456**	**74.116**	**73.606**	**73.143**

Source : MSP. Annuaire Statistiques des Hôpitaux

Tableau Annexe 1.2.1.2.2. Evolution du nombre de lits dans l'ensemble des hôpitaux en Belgique selon la Région - 1979-1999

Chiffres absolus

Années	**1.1.79**	**1.1.80**	**1.1.81**	**1.1.82**	**1.1.83**	**1.1.84**	**1.1.85**
Wallonie	26498	27400	28139	28348	28500	28320	27887
Flandre	53817	54087	54185	54012	53302	52775	52308
Bruxelles	9336	9762	10112	10326	10330	10543	10407
Belgique	**89651**	**91249**	**92436**	**92686**	**92132**	**91638**	**90602**

Années	**1.1.86**	**1.1.87**	**1.1.88**	**1.1.89**	**1.1.90**	**1.1.91**	**1.1.92**
Wallonie	27493	27115	25641	25533	25184	24350	24072
Flandre	51622	51157	47571	46923	45728	45472	44552
Bruxelles	10578	10282	9878	9718	9637	9524	9382
Belgique	**89693**	**88554**	**83090**	**82174**	**80549**	**79346**	**78006**

Années	**1.1.93**	**1.1.94**	**1.1.95**	**1.1.96**	**1.1.97**	**1.1.98**	**1.1.99**
Wallonie	23885	23614	23107	22688	22682	22372	22285
Flandre	44426	44185	43052	42689	42304	42147	41685
Bruxelles	9412	9382	9201	9079	9130	9087	9173
Belgique	**77723**	**77181**	**75360**	**74456**	**74116**	**73606**	**73143**

(Indice 100 = 1979)

Années	**1.1.79**	**1.1.80**	**1.1.81**	**1.1.82**	**1.1.83**	**1.1.84**	**1.1.85**
Wallonie	100	103	106	107	108	107	105
Flandre	100	101	101	100	99	98	97
Bruxelles	100	105	108	111	111	113	111
Belgique	100	102	103	103	103	102	101

Années	**1.1.86**	**1.1.87**	**1.1.88**	**1.1.89**	**1.1.90**	**1.1.91**	**1.1.92**
Wallonie	104	102	97	96	95	92	91
Flandre	96	95	88	87	85	84	83
Bruxelles	113	110	106	104	103	102	100
Belgique	100	99	93	92	90	89	87

Années	**1.1.93**	**1.1.94**	**1.1.95**	**1.1.96**	**1.1.97**	**1.1.98**	**1.1.99**
Wallonie	90	89	87	86	86	84	84
Flandre	83	82	80	79	79	78	77
Bruxelles	101	100	99	97	98	97	98
Belgique	87	86	84	83	83	82	82

Tableau annexe 1.2.1.3.1. Nombre d'admissions dans les hôpitaux belges, par groupe d'âge et selon l'origine du patient - Evolution 1993-1997

Tableau 4. 1

		Nombre d'admissions				**Indices d'évolution des admissions**			
		<15 ans	**15-60 ans**	**>60 ans**	**TOTAL**	**<15 ans**	**15-60 ans**	**>60 ans**	**TOTAL**
1993	Wallonie	82761	305874	218853	607488	100	100	100	100
	Flandre	115437	489234	361246	965917	100	100	100	100
	Bruxelles	23768	81740	64299	169807	100	100	100	100
	Belgique	221966	876848	644398	**1743212**	100	100	100	100
	CFGB	102488	373718	272221	748428	100	100	100	100
1994	Wallonie	81502	306507	222919	610928	98	100	102	101
	Flandre	113154	482902	369203	965259	98	99	102	100
	Bruxelles	23103	81005	64201	168309	97	99	100	99
	Belgique	217759	870414	656323	**1744496**	98	99	102	100
	CFGB	100677	373741	276206	750624	98	100	101	100
1995	Wallonie	78470	306409	227850	612729	95	100	104	101
	Flandre	109589	484709	377069	971367	95	99	104	101
	Bruxelles	22288	80460	65078	167826	94	98	101	99
	Belgique	210347	871578	669997	**1751922**	95	99	104	100
	CFGB	96969	373191	281865	752025	95	100	104	100
1996	Wallonie	75009	307476	234925	617410	91	101	107	102
	Flandre	109805	488637	399153	997595	95	100	110	103
	Bruxelles	20722	80804	67074	168600	87	99	104	99
	Belgique	205536	876917	701152	**1783605**	93	100	109	102
	CFGB	92208	374543	290596	757348	90	100	107	101
1997	Wallonie	71407	296174	231111	598692	86	97	106	99
	Flandre	109774	483301	398839	991914	95	99	110	103
	Bruxelles	21416	79537	63798	164751	90	97	99	97
	Belgique	202597	859012	693748	**1755357**	91	98	108	101
	CFGB	89182	362190	284063	735435	87	97	104	98

Source : MSP Annuaire Statistiques des Hôpitaux, origine des patients hospitalisés, exercice 1997, Tableau 4 : Tous les hôpitaux.

Tableau Annexe 1.2.1.3.2. Evolution des taux d'admission dans les hôpitaux belges par groupe d'âge et région selon l'origine du patient - Evolution 1993-1997

		Taux d'hospitalisation				Indices d'évolution des taux			
		<15 ans	**15-60 ans**	**>60 ans**	**TOTAL**	**<15 ans**	**15-60 ans**	**>60 ans**	**TOTAL**
1993	Wallonie	13,38%	15,24%	32,80%	18,45%	100	100	100	100
	Flandre	11,06%	13,40%	32,00%	16,58%	100	100	100	100
	Bruxelles	14,25%	14,17%	31,13%	17,87%	100	100	100	100
	Belgique	12,13%	14,06%	32,17%	**17,31%**	100	100	100	100
	CFGB	13,54%	15,03%	32,46%	18,33%	100	100	100	100
1994	Wallonie	13,12%	15,25%	33,11%	18,49%	98	100	101	100
	Flandre	10,85%	13,21%	32,15%	16,51%	98	99	100	100
	Bruxelles	13,88%	14,04%	31,25%	17,73%	97	99	100	99
	Belgique	11,89%	13,94%	32,37%	**17,27%**	98	99	101	100
	CFGB	13,26%	15,02%	32,73%	18,34%	98	100	101	100
1995	Wallonie	12,62%	15,22%	33,61%	18,50%	94	100	102	100
	Flandre	10,56%	13,24%	32,30%	16,56%	95	99	101	100
	Bruxelles	13,34%	13,85%	31,95%	17,64%	94	98	103	99
	Belgique	11,51%	13,93%	32,70%	**17,29%**	95	99	102	100
	CFGB	12,75%	14,96%	33,28%	18,33%	94	100	103	100
1996	Wallonie	12,11%	2,89%	34,50%	18,63%	91	19	105	101
	Flandre	10,65%	13,34%	33,69%	16,96%	96	100	105	102
	Bruxelles	12,46%	6,97%	33,26%	17,78%	87	49	107	100
	Belgique	11,31%	7,12%	33,91%	**17,58%**	93	51	105	102
	CFGB	12,17%	3,22%	34,25%	18,47%	90	21	106	101
1997	Wallonie	11,53%	14,67%	33,87%	18,03%	86	96	103	98
	Flandre	10,71%	13,16%	33,22%	16,82%	97	98	104	101
	Bruxelles	12,84%	13,63%	31,87%	17,33%	90	96	102	97
	Belgique	11,19%	13,69%	33,30%	**17,26%**	92	97	104	100
	CFGB	11,77%	14,47%	33,48%	17,89%	87	96	103	98

Source : MSP

Tableau Annexe 1.2.1.3.3. Evolution du nombre d'admissions dans les hôpitaux belges par type d'hôpital et région où se situe l'hôpital : 1984-1997

Nombres d'admissions

Hôpitaux généraux

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	731.617	772.877	802.462	883.675	905.394	915.477	921.632	945.377	942.770
Wallonie	466.423	487.981	502.240	544.317	546.617	550.522	552.573	556.184	548.151
Bruxelles	218.462	233.797	237.322	251.999	242.441	250.435	247.750	248.104	229.110
Pays	1.416.502	1.494.655	1.542.024	1.679.991	1.694.452	1.716.434	1.721.955	1.749.665	1.720.031

Hôpitaux psychiatriques

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	18.090	19.783	20.583	24.246	25.266	27.996	28.519	30.714	31.248
Wallonie	9.232	10.612	10.317	14.277	14.130	14.510	16.766	17.399	15.337
Bruxelles	3.144	3.209	4.037	3.717	3.465	3.083	3.602	3.821	3.920
Pays	30.466	33.604	34.937	42.240	42.861	45.589	48.887	51.934	50.505

Tous les hôpitaux

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	749.707	792.660	823.045	909.223	930.660	943.473	950.151	976.091	974.018
Wallonie	475.655	498.593	512.557	559.199	560.747	565.032	569.339	573.583	563.488
Bruxelles	221.606	237.006	241.359	253.809	245.906	253.518	251.352	251.925	233.030
Pays	1.446.968	1.528.259	1.576.961	1.722.231	1.737.313	1.762.023	1.770.842	1.801.599	1.770.536

Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001

Indices de croissance (1984=100)

Hôpitaux généraux

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	100	106	110	121	124	125	126	129	129
Wallonie	100	105	108	117	117	118	118	119	118
Bruxelles	100	107	109	115	111	115	113	114	105
Pays	100	106	109	119	120	121	122	124	121

Hôpitaux psychiatriques

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	100	109	114	134	140	155	158	170	173
Wallonie	100	115	112	155	153	157	182	188	166
Bruxelles	100	102	128	118	110	98	115	122	125
Pays	100	110	115	139	141	150	160	170	166

Tous les hôpitaux

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	100	106	110	121	124	126	127	130	130
Wallonie	100	105	108	118	118	119	120	121	118
Bruxelles	100	107	109	115	111	114	113	114	105
Pays	100	106	109	119	120	122	122	125	122

Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001 et calculs SESA./UCL

Tableau Annexe 1.2.1.3.4. Evolution du nombre d'admissions dans les hôpitaux belges par type d'hôpital et région où habite le patient : 1984-1997

Nombres d'admissions

Hôpitaux généraux

	1984	1986	1988	1990	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	753.287	792.530	826.127	902.459	927.600	938.221	943.408	967.420	961.236
Wallonie	497.142	524.825	542.595	584.895	588.436	593.344	596.296	600.208	583.411
Bruxelles	156.781	166.245	159.921	163.193	160.422	166.464	164.164	164.901	161.002
Pays	1.407.210	1.483.600	1.528.643	1.650.547	1.676.458	1.698.029	1.703.868	1.732.529	1.705.649

Hôpitaux psychiatriques

	1984	1986	1988	1990	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	17.663	19.219	20.129	21.935	24.965	27.696	27.959	30.175	30.678
Wallonie	9.207	10.636	10.330	11.583	13.936	14.124	16.434	17.202	15.281
Bruxelles	3.402	3.563	4.285	3.962	3.579	3.343	3.662	3.699	3.749
Pays	30.272	33.418	34.744	37.480	42.480	45.163	48.055	51.076	49.708

Tous les hôpitaux

	1984	1986	1988	1990	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	770.950	811.749	846.256	932.879	952.565	965.917	971.367	997.595	991.914
Wallonie	506.349	535.461	552.925	601.513	602.372	607.468	612.730	617.410	598.692
Bruxelles	160.183	169.808	164.206	170.179	164.001	169.807	167.826	168.600	164.751
Pays	1.437.482	1.517.018	1.563.387	1.704.571	1.718.938	1.743.192	1.751.923	1.783.605	1.755.357

Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001

Indices de croissance (1984=100)

Hôpitaux généraux

	1984	1986	1988	1990	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	100	105	110	120	123	125	125	128	128
Wallonie	100	106	109	118	118	119	120	121	117
Bruxelles	100	106	102	104	102	106	105	105	103
Pays	100	105	109	117	119	121	121	123	121

Hôpitaux psychiatriques

	1984	1986	1988	1990	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	100	109	114	124	141	157	158	171	174
Wallonie	100	116	112	126	151	153	178	187	166
Bruxelles	100	105	126	116	105	98	108	109	110
Pays	100	110	115	124	140	149	159	169	164

Tous les hôpitaux

	1984	1986	1988	1990	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	100	105	110	121	124	125	126	129	129
Wallonie	100	106	109	119	119	120	121	122	118
Bruxelles	100	106	103	106	102	106	105	105	103
Pays	100	106	109	119	120	121	122	124	122

Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001 et calculs SESA/UCL

Annexe 1.2.1.4.0. Liste des index des services hospitaliers

A	Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement
A1	Hospitalisation de jour en service A
A2	Hospitalisation de nuit en service A
C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
D	Service de diagnostic et de traitement médical
E	Service de pédiatrie
G	Service exclusivement gériatrique
H*	Service d'hospitalisation mixte C+D
K	Service de neuropsychiatrique infantile
K1	Hospitalisation de jour en service K
K2	Hospitalisation de nuit en service K
L	Service des maladies contagieuses
M	Maternité
NIC	Service de soins néonatals intensifs
S1	Service spécialisé en affections cardiopulmonaires
S2	Service spécialisé en affections locomotrices
S3	Service spécialisé en affections neurologiques
S4	Service spécialisé en soins palliatifs
S5	Service spécialisé en maladies chroniques
S6	Service spécialisé en psycho-gériatrie
T	Service neuropsychiatrique de traitement
T1	Hospitalisation de jour en service T
T2	Hospitalisation de nuit en service T
Vp	Psychogériatrie (habituellement agréé sous l'index T)

Source : Annuaire statistique des hôpitaux, partie 2.

Tableau Annexe 1.2.1.4.1. Nombre de lits dans les hôpitaux généraux en Belgique par Région 1979-1999

	1.1.79	1.1.80	1.1.81	1.1.82	1.1.83	1.1.84	1.1.85	1.1.86	1.1.87	1.1.88	1.1.89
Bruxelles	8401	8841	9175	9379	9336	9534	9398	9559	9383	8949	8639
Flandre	36640	37316	37564	38383	38043	37814	37597	37313	36909	33367	33147
Wallonie	19973	20586	21515	22072	22009	22070	21797	21636	21049	19755	19668
Belgique	65014	66743	68254	69834	69388	69418	68792	68508	67341	62071	61454

	1.1.90	1.1.91	1.1.92	1.1.93	1.1.94	1.1.95	1.1.96	1.1.97	1.1.98	1.1.99
Bruxelles	**8558**	8445	8273	8303	8273	8092	7970	8021	7978	8064
Flandre	**33068**	32638	32614	32528	32814	31783	31724	31389	31162	30775
Wallonie	**19552**	19117	19042	19009	18885	18408	17989	18023	17801	17714
Belgique	**61178**	60200	59929	59840	59972	58283	57683	57433	56941	56553

Source : MSP

Tableau Annexe 1.2.1.4.2. Indices d'évolution du nombre de lits dans les hôpitaux généraux en Belgique par Région 1979-1999

	1.1.79	1.1.80	1.1.81	1.1.82	1.1.83	1.1.84	1.1.85	1.1.86	1.1.87	1.1.88	1.1.89
Bruxelles	100	105	109	112	111	113	112	114	112	107	103
Flandre	100	102	103	105	104	103	103	102	101	91	90
Wallonie	100	103	108	111	110	110	109	108	105	99	98
Belgique	100	103	105	107	107	107	106	105	104	95	95

	1.1.90	1.1.91	1.1.92	1.1.93	1.1.94	1.1.95	1.1.96	1.1.97	1.1.98	1.1.99
Bruxelles	102	101	98	99	98	96	95	95	95	96
Flandre	90	89	89	89	90	87	87	86	85	84
Wallonie	98	96	95	95	95	92	90	90	89	89
Belgique	94	93	92	92	92	90	89	88	88	87

Source : MSP

Tableau Annexe 1.2.1.4.3. Nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux par région: 1982-1998

Région	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Bruxelles	2715992	2730131	2768248	2766579	2793713	2776318
Flandre	11464911	11301180	11217465	11199163	11149141	10894136
Wallonie	6694622	6603994	6537125	6527902	6473181	6207038
Belgique	**20.875.525**	**20.635.305**	**20.522.838**	**20.493.644**	**20.416.035**	**19.877.492**

Région	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Bruxelles	2683533	2653266	2571669	2564455	2513720	2482833
Flandre	10350515	10124099	10145078	10180836	10014795	9887636
Wallonie	6035165	5934608	5758173	5753491	5651955	5595013
Belgique	**19.069.213**	**18.711973**	**18.474.920**	**18.498.782**	**18.180.470**	**17.965.482**

Région	1994	1995	1996	1997	1998
Bruxelles	2407407	2398261	2366342	2348645	2358357
Flandre	9644827	9466874	9407928	9179145	9218041
Wallonie	5459608	5342927	5224374	5017844	5114369
Belgique	**17.511.842**	**17.208.062**	**16.998.644**	**16.545.634**	**16.690.767**

Tableau Annexe 1.2.1.4.4. Evolution du taux d'admission dans les hôpitaux généraux, par région où habite le patient : 1984-1997

Taux

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	133	140	146	155	160	164	166	166	171
Wallonie	155	164	169	179	183	183	186	186	187
Bruxelles	160	170	163	162	170	164	167	167	168
Pays	143	150	155	164	169	170	173	173	176

Indices

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	100	105	110	117	121	123	125	125	128
Wallonie	100	106	109	115	118	118	120	120	121
Bruxelles	100	106	102	102	106	102	105	105	105
Pays	100	105	109	115	118	119	121	121	123

Source : MSP, Administration des soins de santé, 2001 et calculs SESA .

Tableau Annexe 1.2.1.4.5. Taux d'admission en hôpital général selon la région d'origine du patient 1984-1998

	1.1.84	**1.1.85**	**1.1.86**	**1.1.87**	**1.1.88**	**1.1.89**	**1.1.90**	**1.1.91**
Wallonie	162	166	171	171	176	178	182	189
Flandre	142	145	150	152	155	157	164	170
Bruxelles	233	240	249	265	260	265	266	276
Belgique	**158**	**161**	**166**	**169**	**172**	**174**	**180**	**187**

	1.1.92	**1.1.93**	**1.1.94**	**1.1.95**	**1.1.96**	**1.1.97**	**1.1.98**
Wallonie	193	196	195	195	195	186	191
Flandre	175	176	177	178	180	180	183
Bruxelles	279	279	277	276	280	283	276
Belgique	**191**	**193**	**193**	**193**	**195**	**192**	**195**

Tableau Annexe 1.2.1.5.1. Evolution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques selon les régions: 1979-1999

	1.1.79	**1.1.80**	**1.1.81**	**1.1.82**	**1.1.83**	**1.1.84**	**1.1.85**
Wallonie	6525	6814	6624	6276	6491	6250	6090
Flandre	17177	16771	16621	15629	15259	14961	14711
Bruxelles	935	921	937	947	994	1009	1009
Belgique	**24637**	**24506**	**24182**	**22852**	**22744**	**22220**	**21810**

	1.1.86	**1.1.87**	**1.1.88**	**1.1.89**	**1.1.90**	**1.1.91**	**1.1.92**
Wallonie	5857	6066	5886	5865	5632	5233	5030
Flandre	14309	14248	14204	13776	12660	12834	11938
Bruxelles	1019	899	929	1079	1079	1079	1109
Belgique	**21185**	**21213**	**21019**	**20720**	**19371**	**19146**	**18077**

	1.1.93	**1.1.94**	**1.1.95**	**1.1.96**	**1.1.97**	**1.1.98**	**1.1.99**
Wallonie	4876	4729	4699	4699	4659	4571	4571
Flandre	11898	11371	11269	10965	10915	10985	10910
Bruxelles	1109	1109	1109	1109	1109	1109	1109
Belgique	**17883**	**17209**	**17077**	**16773**	**16683**	**16665**	**16590**

Tableau Annexe 1.2.1.5.2. Indices d'évolution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques selon les régions: 1979-1999

	1.1.79	**1.1.80**	**1.1.81**	**1.1.82**	**1.1.83**	**1.1.84**	**1.1.85**	**1.1.86**	**1.1.87**	**1.1.88**	**1.1.89**
Wallonie	100	104	102	96	99	96	93	90	93	90	90
Flandre	100	98	97	91	89	87	86	83	83	83	80
Bruxelles	100	99	100	101	106	108	108	109	96	99	115
Belgique	**100**	**99**	**98**	**93**	**92**	**90**	**89**	**86**	**86**	**85**	**84**

	1.1.90	**1.1.91**	**1.1.92**	**1.1.93**	**1.1.94**	**1.1.95**	**1.1.96**	**1.1.97**	**1.1.98**	**1.1.99**
Wallonie	86	80	77	75	72	72	72	71	70	70
Flandre	74	75	69	69	66	66	64	64	64	64
Bruxelles	115	115	119	119	119	119	119	119	119	119
Belgique	**79**	**78**	**73**	**73**	**70**	**69**	**68**	**68**	**68**	**67**

Tableau Annexe 1.2.1.5.3. Taux d'admission dans les hôpitaux psychiatriques belges, par région où habite le patient : 1984 - 1998

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	3,1	3,4	3,6	3,9	4,2	4,4	4,9	4,9	5,3
Wallonie	2,9	3,3	3,2	3,6	4,4	4,3	5,1	5,1	5,4
Bruxelles	3,5	3,6	4,4	4,0	4,1	3,7	3,7	3,7	3,8
Pays	3,1	3,4	3,5	3,8	4,3	4,3	4,9	4,9	5,2

Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Origine des patients hospitalisés

Tableau Annexe 1.2.1.5.4. Indices d'évolution du taux d'admission dans les hôpitaux psychiatriques par région où habite le patient : 1984 - 1998

	1984	1986	1988	1991	1992	1993	1995	1996	1997
Flandre	100	109	114	124	135	141	158	158	171
Wallonie	100	116	112	126	154	151	178	178	187
Bruxelles	100	105	126	116	117	105	108	108	109
Pays	100	110	115	124	139	140	159	159	169

Source : MSP, Annuaire statistique des hôpitaux, Origine des patients hospitalisés

Tableau Annexe 1.2.2.1.1. Evolution du nombre de places existant en MRPA et MRS par Région : 1984-2001

	1984	1989	1994	30.07.1997	1.01.1999	30.11.2001
Bruxelles					*Programme*	*Programme*
MRPA	n.c.*	n.c.	n.c.	12.777	11.518	10868[E]
MRS en MRPA	n.c.	n.c.	n.c.	1069	-	-
MRPA y compris MRS en MRPA	8.808	9.164	10.053	13.846	-	n.c.
MRS hors MRPA	n.c.	n.c.	n.c.	992	-	-
MRS total	**288**	**1.305**	**1.780**	**2.061**	**3.320**	**5.029[E]**
MRS & MRPA	**-**	**-**	**-**	**14.838**	**14.838**	**15.897**
Wallonie						
MRPA	n.c.	n.c.	n.c.	39.911	36.685	32.911
MRS en MRPA	n.c.	n.c.	n.c.	3972	n.c.	n.c.
MRPA y compris MRS en MRPA	24.114	32.506	40.275	43.883	n.c.	n.c.
MRS hors MRPA	n.c.	n.c.	n.c.	1200	n.c.	n.c.
MRS total	**235**	**3.794**	**5.049**	**5.172**	**8.398**	**13.129[E]**
MRS & MRPA	**-**	**-**	**-**	**45.083**	**45.083**	**46.040**
Communauté germanophone						
MRPA	n.c.	n.c.	n.c.	501	440	350[E]
MRS EN MRPA	-	-	-	155	n.c.	n.c.
MRPA y compris MRS en MRPA	-	-	-	656	n.c.	n.c.
MRS hors MRPA	-	-	-	0	n.c.	n.c.
MRS total	**-**	**-**	**-**	**155**	**216**	**306[E]**
MRS & MRPA	**-**	**-**	**-**	**656**	**656**	**656**
Flandre						
MRPA	n.c.	n.c.	n.c.	46.967	41243	35.395[E]
MRS en MRPA	n.c.	n.c.	n.c.	7.870	n.c.	n.c.
MRPA y compris MRS en MRPA	42.512	47.694	50.783	54.837	n.c.	n.c.
MRS hors MRPA	n.c.	n.c.	n.c.	4598	n.c.	n.c.
MRS total	**1.263**	**10.206**	**12.126**	**12.468**	**18.192**	**26.662[E]**
MRS & MRPA	**-**	**-**	**-**	**59.435**	**59.435**	**62.057**

Sources : Situation 1984-1994: Decoster. Stevens & Bauwens. *Evaluatie ziekenhuisprogrammatie, deel III : Behoeften aan gezondheidsvoorzieningen voor bejaarden,* Bestuur van de Verzorgingsinstellingen, .1994. p. 208.
Pour 1997 : Protocole d'accord. Lits existants sans les accords de principe et lits en portefeuille ;

*n.c.: non communiqué.
*E : Estimé selon le programme MRS.

- 01/01/1999 : Chiffres selon Avenant au Protocole d'accord.
- 30/11/2001 : Document de travail INAMI

Tableau Annexe 1.2.2.2.1. Nombre de places MRPA et MRS en Wallonie et à Bruxelles selon leur statut et l'importance de l'institution : 1998

Wallonie	**- 25 lits**	**25 – 49 lits**	**50 - 99 lits**	**100 lits +**	**Total lits**
Privé					
MRPA	3.521	9.623	11.788	8.154	33.086
MRS (hors MRPA)		53	60	0	113
MRS en MRPA			273	1438	1711
Total	**3.521**	**9.676**	**12.121**	**9.592**	**34.910**
Public					
MRPA	142	1.263	3.821	5.944	11.170
MRS (hors MRPA)		221	278	120	619
MRS en MRPA*		30	329	2.495	2.854
Total	**142**	**1.514**	**4.428**	**8.559**	**14.643**
Total					
MRPA	3.663	10.886	15.609	14.098	44.256
MRS (hors MRPA)	0	274	338	120	732
MRS en MRPA*****	0	30	602	3.933	4.565
TOTAL	**3.663**	**11.190**	**16.549**	**18.151**	**49.553**
Nombre d'institutions	209	313	243	120	885

Bruxelles	**- 25 lits**	**25 – 49 lits**	**50 - 99 lits**	**100 lits +**	**Total lits**
Privé					
MRPA	1.228	1984	4.342	4.129	11.683
MRS (hors MRPA)			110	150	260
MRS en MRPA			70	499	569
Total	**1.228**	**1.984**	**4.522**	**4.778**	**12.512**
Public					
MRPA			419	2066	2485
MRS (hors MRPA)		30	168		198
MRS en MRPA			91	1.008	1.099
Total	**0**	**30**	**678**	**3074**	**3782**
Total					
MRPA	1.228	1.984	4.761	6.195	14.168
MRS (hors MRPA)	0	30	278	150	458
MRS en MRPA	0	0	161	1.507	1.668
TOTAL	**1.228**	**2.014**	**5.200**	**7.852**	**16.294**
Nombre d'institutions	68	58	74	51	251

Tableau Annexe 1.2.2.2.1. (suite). Nombre de places MRPA et MRS en Wallonie et à Bruxelles selon leur statut et l'importance de l'institution : 1998

Wallonie & Bruxelles	**- 25 lits**	**25 - 49 lits**	**50 - 99 lits**	**100 lits +**	**Total lits**
Privé					
MRPA	4.749	11.607	16.130	12.283	44.769
MRS (hors MRPA)		53	170	150	373
MRS en MRPA			343	1937	2280
Total	**4.749**	**11.660**	**16.643**	**14.370**	**47.422**
Public					
MRPA	142	1263	4240	8010	13655
MRS (hors MRPA)	-	251	446	120	817
MRS en MRPA*		30	906	10.245	11.151
Total	**142**	**1.563**	**5.081**	**11.514**	**18.300**
Total					
MRPA	4.891	12.870	20.370	20.293	58.424
MRS (hors MRPA)	-	304	616	270	1190
MRS en MRPA*	-	30	763	5440	6233
TOTAL	**4.891**	**13.204**	**21.749**	**26.003**	**65.847**
Nombre d'institutions	277	371	317	171	1136

Source : Dépouillement spécial SESA

*Y compris 30 places en statut mixte Public - Privé.

Tableau Annexe 1.2.2.3.1. Evolution du nombre annuel de forfaits journaliers en MRS et MRPA par catégorie de dépendance : Belgique 1991-1999

MRPA &MRS	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Niveau 0	4 122 782	8 333 213	8 285 014	8 029 154	8 010 448	8 011 622	7 912 102	8 216 450	8 154 189
Niveau A	2 664 520	6 188 385	6 204 812	6 181 860	6 436 045	6 804 624	6 962 220	6 863 365	6 461 922
Niveau B	2 325 153	5 279 036	5 596 990	6 057 984	6 868 125	7 243 965	7 385 578	7 737 336	8 006 523
Niveau B*	0	300 248	911 599	581 184	117 727	51 757	73 293	65 184	34 425
Niveau C	5 056 954	9 552 068	9 516 750	8 282 890	3 175 230	4 653 810	4 354 649	4 411 809	4 416 576
Niveau C*	0	0	0	1 106 062	4 258 389	3 594 497	4 183 068	4 054 919	3 675 323
Niveau Cd	0	0	0	962 682	4 275 644	4 277 137	4 398 844	5 078 629	6 211 881
MR non agréées	19 072	61442	65 976	47 739	22 271	474 703	34 812	26 961	26 134
Niveau indéfini	14 677 955	229 047	8 024	2 553	0	0	0	0	0
TOTAL	**28 866 436**	**29 943 439**	**30 589 165**	**31 252 108**	**33 163 879**	**35 112 115**	**35 304 566**	**36 454 653**	**36 990 971**

MRPA	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Niveau 0	4 100 808	8 316 097	8 283 584	8 029 154	8 010 448	8 011 622	7 912 102	8 216 450	8 154 189
Niveau A	2 573 845	6 116 199	6 202 219	6 181 860	6 436 045	6 804 624	6 962 220	6 863 365	6 461 922
Niveau B	1 929 522	4 077 075	4 372 481	4 995 084	5 889 587	6 236 171	6 386 659	6 577 850	6 523 789
Niveau B*	-	300 248	911 599	581 184	117 727	51 757	73 293	65 184	34 425
Niveau C	2 602 069	4 833 694	4 595 039	4 065 085	1 773 882	3 174 053	2 942 073	2 839 916	2 538 313
Niveau C*	-	-	-	1 106 062	4 258 389	3 594 497	4 183 068	4 054 919	3 675 323
MR non agréées	19 072	61 442	65 976	47 739	22 271	474 703	34 812	26 961	26 134
Niveau indéfini	11 790 341	216 948	6 497	1 286	-	-	-	-	-
Sans distinction	23 015 657	23 921 703	24 437 395	25 007 454	26 508 349	28 347 427	28 494 227	28 644 645	27 416 094
M.R.S.	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Niveau 0	21 974	17 116	1 430	-	-	-	-	-	-
Niveau A	90 675	72 186	2 593	-	-	-	-	-	-
Niveau B	395 631	1 201 961	1 224 509	1 062 900	978 538	1 007 794	998 919	1 159 486	1 482 734
Niveau C	2 454 885	4 718 374	4 921 711	4 217 805	1 401 348	1 479 757	1 412 576	1 571 893	1 878 263
Niveau Cd	-	-	-	962 682	4 275 644	4 277 137	4 398 844	5 078 629	6 211 881
Niveau indéfini	2 887 614	12 099	1 527	1 267	-	-	-	-	-
Sans distinction	5 850 779	6 021 736	6 151 770	6 244 654	6 655 530	6 764 688	6 810 339	7 810 008	9 574 877

Source : INAMI, traitement par SESA, Info-Santé.

Tableau Annexe 1.2.2.4.1. Taux de résidents par rapport à la population selon le niveau de dépendance, région et âge - MRPA + MRS : 1995-1998-1999

Flandre		**0-59 ans**	**60-74 ans**	**75-79 ans**	**80-84 ans**	**85-89 ans**	**90-94 ans**	**95 +**	**Ts âges**	**60+**	**80+**
Niveau 0	1995	0,00	0,20	1,02	2,41	4,85	6,58	8,90	0,19	0,90	3,68
	1998	0,00	0,19	1,01	2,35	5,18	7,88	9,92	0,21	0,94	4,15
	1999	0,00	0,18	0,92	2,32	5,21	7,78	10,67	0,21	0,93	4,28
Niveau A	1995	0,00	0,12	0,71	1,80	4,24	6,50	8,21	0,15	0,71	3,12
	1998	0,00	0,12	0,67	1,69	3,92	7,38	8,67	0,16	0,71	3,29
	1999	0,00	0,12	0,66	1,72	3,81	6,85	8,71	0,15	0,69	3,31
Niveau B	1995	0,00	0,12	0,72	1,82	4,13	6,91	10,50	0,15	0,72	3,18
	1998	0,00	0,14	0,85	2,05	4,94	8,36	11,82	0,19	0,86	4,02
	1999	0,00	0,14	0,82	2,21	5,14	8,82	12,43	0,20	0,90	4,39
Niveau C	1995	0,00	0,21	1,41	3,66	8,46	15,94	29,96	0,32	1,50	6,81
	1998	0,01	0,25	1,62	4,05	10,08	19,19	33,64	0,39	1,79	8,61
	1999	0,01	0,26	1,62	4,41	10,40	19,88	34,93	0,42	1,87	9,37
Ts niveaux	1995	0,01	0,66	3,87	9,68	21,68	35,93	57,57	0,82	3,83	16,78
	1998	0,02	0,70	4,15	10,15	24,13	42,81	64,05	0,95	4,30	20,07
	1999	0,02	0,71	4,01	10,66	24,55	43,33	66,74	0,98	4,39	21,35
Wallonie		0-59 ans	60-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 +	Ts âges	60+	80+
Niveau 0	1995	0,01	0,49	1,99	4,13	7,40	8,85	11,71	0,35	1,56	5,73
	1998	0,01	0,40	1,61	3,31	6,40	8,47	10,01	0,30	1,35	5,13
	1999	0,02	0,40	1,60	3,41	6,76	9,29	11,02	0,32	1,41	5,55
Niveau A	1995	0,01	0,19	0,98	2,22	4,64	6,35	7,71	0,18	0,84	3,46
	1998	0,01	0,22	0,97	2,18	4,75	7,85	8,51	0,20	0,92	3,88
	1999	0,01	0,23	0,93	2,24	4,77	7,33	9,22	0,21	0,93	3,97
Niveau B	1995	0,01	0,23	1,05	2,51	5,60	8,46	11,38	0,22	4,37	17,71
	1998	0,01	0,25	1,17	2,59	5,73	9,85	11,86	0,25	1,12	4,74
	1999	0,01	0,26	1,25	2,95	6,45	10,37	13,28	0,28	1,24	5,42
Niveau C	1995	0,01	0,28	1,56	3,65	8,86	15,40	28,45	0,34	1,56	6,86
	1998	0,01	0,33	1,82	4,17	10,04	18,88	31,26	0,42	1,89	8,57
	1999	0,02	0,37	1,85	4,54	10,32	19,67	32,86	0,45	2,02	9,29
Ts niveaux	1995	0,03	1,19	5,59	12,51	26,50	39,04	59,35	1,09	4,97	20,25
	1998	0,05	1,20	5,57	12,24	26,91	45,05	61,65	1,17	5,29	22,31
	1999	0,05	1,26	5,63	13,14	28,30	46,66	66,38	1,25	5,59	24,23

Tableau Annexe 1.2.2.4.1. Taux de résidents par rapport à la population selon le niveau de dépendance, région et âge - MRPA + MRS : 1995-1998-1999 (suite)

Bruxelles		**0-59 ans**	**60-74 ans**	**75-79 ans**	**80-84 ans**	**85-89 ans**	**90-94 ans**	**95 +**	**Ts âges**	**60+**	**80+**
Niveau 0	1995	0,01	0,39	1,46	3,13	6,06	8,36	9,66	0,34	1,48	4,80
	1998	0,02	0,38	1,33	2,67	5,95	8,01	8,14	0,33	1,43	4,70
	1999	0,02	0,43	1,37	2,96	6,45	8,05	8,72	0,35	1,55	5,17
Niveau A	1995	0,01	0,20	0,78	1,87	3,86	6,30	9,82	0,21	0,92	3,20
	1998	0,01	0,21	0,85	1,85	4,04	5,93	8,14	0,22	0,97	3,37
	1999	0,01	0,24	0,82	2,04	4,13	6,46	8,21	0,23	1,04	3,66
Niveau B	1995	0,01	0,29	1,11	2,18	5,36	7,75	12,96	0,28	1,21	4,08
	1998	0,02	0,31	1,07	2,22	5,37	8,35	12,27	0,29	1,30	4,47
	1999	0,02	0,33	1,09	2,44	5,57	8,69	10,50	0,31	1,36	4,78
Niveau C	1995	0,01	0,29	1,47	3,61	8,30	16,18	29,77	0,44	1,94	7,17
	1998	0,01	0,36	1,83	3,65	9,36	18,55	30,42	0,51	2,30	8,54
	1999	0,01	0,38	1,84	4,03	9,39	18,40	31,23	0,53	2,39	9,05
Ts niveaux	1995	0,03	1,16	4,81	10,80	23,57	38,53	62,49	1,27	5,55	19,24
	1998	0,05	1,26	5,07	10,38	24,72	40,85	58,97	1,35	6,01	21,09
	1999	0,06	1,37	5,12	11,47	25,54	41,61	58,65	1,41	6,34	22,66
Pays		0-59 ans	60-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 +	Ts âges	60+	80+
Niveau 0	1995	0,01	0,32	1,39	3,04	5,81	7,54	9,88	0,26	1,18	4,47
	1998	0,01	0,27	1,25	2,69	5,66	8,08	9,66	0,25	1,12	4,53
	1999	0,01	0,27	1,20	2,74	5,84	8,28	10,47	0,26	1,14	4,79
Niveau A	1995	0,00	0,02	0,08	0,22	0,47	0,86	1,58	0,02	0,09	0,39
	1998	0,00	0,02	0,09	0,21	0,49	0,77	1,31	0,02	0,09	0,40
	1999	0,00	0,02	0,08	0,23	0,49	0,83	1,29	0,02	0,10	0,43
Niveau B	1995	0,00	0,03	0,12	0,25	0,66	1,05	2,09	0,03	0,12	0,49
	1998	0,00	0,03	0,11	0,25	0,65	1,09	1,97	0,03	0,12	0,53
	1999	0,00	0,03	0,11	0,27	0,67	1,12	1,65	0,03	0,13	0,56
Niveau C	1995	0,00	0,12	0,80	2,06	4,73	8,73	16,02	0,18	0,86	3,82
	1998	0,00	0,15	0,90	2,30	5,69	10,68	17,93	0,23	1,04	4,86
	1999	0,00	0,16	0,90	2,50	5,89	11,12	18,76	0,24	1,09	5,29
Ts niveaux	1995	0,02	0,88	4,54	10,72	23,45	37,31	58,68	0,95	4,38	18,19
	1998	0,03	0,91	4,73	10,84	25,08	43,25	62,50	1,06	4,78	20,90
	1999	0,03	0,94	4,67	11,55	25,85	44,15	65,35	1,11	4,96	22,42

Source Inami, in Info Santé.

Tableau Annexe 1.2.2.5.1. Résidents en MRPA et MRS selon le niveau de dépendance et région : 1995-1998-1999

M.R.P.A.		Niveau 0	Niveau A	Niveau B	Niveau C	Sans distinction
Flandre	1995	11257	8871	7716	9102	36946
	1998	12254	9191	9682	10392	41519
	1999	12214	9100	9760	9142	40216
Wallonie	1995	11503	6120	6550	7731	31904
	1998	10046	6790	7081	8887	32804
	1999	10506	6905	7505	8624	33540
Bruxelles	1995	3233	2010	2314	2733	10290
	1998	3098	2102	2306	2959	10465
	1999	3340	2225	2218	2654	10437
Belgique	1995	25993	17001	16580	19566	79140
	1998	25398	18083	19069	22238	84788
	1999	26060	18230	19483	20420	84193

M.R.S.		Niveau 0	Niveau A	Niveau B	Niveau C	Sans distinction
Flandre	1995			1316	9553	10869
	1998			1593	12799	14392
	1999			2144	15498	17642
Wallonie	1995			778	3505	4283
	1998			1238	5012	6250
	1999			1704	6269	7973
Bruxelles	1995			358	1444	1802
	1998			502	1880	2382
	1999			697	2358	3055
Belgique	1995			2452	14502	16954
	1998			3333	19691	23024
	1999			4545	24125	28670

MRPA + MRS		Niveau 0	Niveau A	Niveau B	Niveau C	Sans distinction
Flandre	1995	11257	8871	9032	18655	47815
	1998	12254	9191	11275	23191	55911
	1999	12214	9100	11904	24640	57858
Wallonie	1995	11503	6120	7328	11236	36187
	1998	10046	6790	8319	13899	39054
	1999	10506	6905	9209	14893	41513
Bruxelles	1995	3233	2010	2672	4177	12092
	1998	3098	2102	2808	4839	12847
	1999	3340	2225	2915	5012	13492
Belgique	1995	25993	17001	19032	34068	96094
	1998	25398	18083	22402	41929	107812
	1999	26060	18230	24028	44545	112863

Source : INAMI, traitement par SESA, Info-Santé.

Tableau Annexe 1.2.2.5.2. Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance : 1995-1998-1999

MRPA + MRS		Niveau 0	Niveau A	Niveau B	Niveau C	Sans distinction
Flandre	1995	23,5%	18,6%	18,9%	39,0%	100,0%
	1998	21,9%	16,4%	20,2%	41,5%	100,0%
	1999	21,1%	15,7%	20,6%	42,6%	100,0%
Wallonie	1995	31,8%	16,9%	20,3%	31,0%	100,0%
	1998	25,7%	17,4%	21,3%	35,6%	100,0%
	1999	25,3%	16,6%	22,2%	35,9%	100,0%
Bruxelles	1995	26,7%	16,6%	22,1%	34,5%	100,0%
	1998	24,1%	16,4%	21,9%	37,7%	100,0%
	1999	24,8%	16,5%	21,6%	37,1%	100,0%
Belgique	1995	27,0%	17,7%	19,8%	35,5%	100,0%
	1998	23,6%	16,8%	20,8%	38,9%	100,0%
	1999	23,1%	16,2%	21,3%	39,5%	100,0%

Source : INAMI, traitement par SESA, Info-Santé.

Tableau Annexe 1.2.2.5.3. Indices de croissance du nombre de résidents en MRPA et MRS selon la région et le niveau de dépendance : 1995-1999

MRPA	**Niveau 0**	**Niveau A**	**Niveau B**	**Niveau C**	**Sans distinction**
Flandre	108,50	102,58	126,49	100,44	108,85
Wallonie	91,33	112,83	114,58	111,55	105,13
Bruxelles	103,31	110,70	95,85	97,11	101,43
Belgique	100,26	107,23	117,51	104,36	106,38
MRS					
Flandre			162,92	162,23	162,31
Wallonie			219,02	178,86	186,15
Bruxelles			194,69	163,30	169,53
Belgique			185,36	166,36	169,10
MRPA + MRS					
Flandre	108,50	102,58	131,80	132,08	121,00
Wallonie	91,33	112,83	125,67	132,55	114,72
Bruxelles	92,59	99,21	97,77	107,54	100,00
Belgique	100,26	107,23	126,25	130,75	117,45

Source : INAMI, traitement par SESA, Info-Santé.

Tableau Annexe 1.2.2.5.4. Evolution de la répartition des résidents selon le niveau de dépendance : 1995-1999

MRPA + MRS	Niveau 0	Niveau A	Niveau B	Niveau C
Flandre	90	85	109	109
Wallonie	80	98	110	116
Bruxelles	93	99	98	108
Belgique	85	91	107	111

NB L'indice de croissance 1999 par rapport à 1995=100 est calculé sur les taux de résidents appartenant à chaque niveau

Tableau Annexe 1.2.2.6.1. Résidents en MRPA et MRS selon la catégorie de dépendance, la classe d'âge et la région : 1995-1998-1999

M.R.P.A.			0-59 ans	60-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	Ts âges
Niveau 0	Flandre	1995	144	1797	1361	3034	3143	1416	362	11257
		1998	164	1708	1832	2510	3614	1932	494	12254
		1999	143	1658	1866	2250	3725	2000	572	12214
	Wallonie	1995	377	2524	1539	2964	2726	1102	271	11503
		1998	379	1946	1784	1990	2494	1166	287	10046
		1999	398	1922	1950	1883	2684	1333	336	10506
	Bruxelles	1995	81	544	372	807	864	447	118	3233
		1998	125	496	452	559	884	460	122	3098
		1999	151	541	503	560	972	476	137	3340
	Belgique	1995	602	4865	3272	6805	6733	2964	752	25993
		1998	668	4150	4068	5059	6992	3558	903	25398
		1999	692	4121	4319	4693	7381	3809	1045	26060
Niveau A	Flandre	1995	100	1077	948	2266	2747	1399	334	8871
		1998	120	1071	1219	1806	2734	1809	432	9191
		1999	122	1035	1325	1665	2724	1762	467	9100
	Wallonie	1995	131	959	759	1595	1707	791	178	6120
		1998	176	1053	1073	1309	1854	1081	244	6790
		1999	213	1093	1137	1238	1891	1052	281	6905
	Bruxelles	1995	42	280	198	483	550	337	120	2010
		1998	81	279	290	388	601	341	122	2102
		1999	97	308	301	386	622	382	129	2225
	Belgique	1995	273	2316	1905	4344	5004	2533	626	17001
		1998	377	2403	2582	3503	5189	3231	798	18083
		1999	432	2436	2763	3289	5237	3196	877	18230
Niveau B	Flandre	1995	100	907	822	1935	2290	1284	378	7716
		1998	155	1065	1316	1895	2964	1767	520	9682
		1999	145	1032	1341	1782	3055	1853	552	9760
	Wallonie	1995	155	1033	725	1621	1852	932	232	6550
		1998	256	1020	1099	1348	1921	1151	286	7081
		1999	276	1034	1223	1336	2104	1208	324	7505
	Bruxelles	1995	75	358	245	492	663	347	134	2314
		1998	89	329	294	388	654	398	154	2306
		1999	96	315	299	360	639	386	123	2218
	Belgique	1995	330	2298	1792	4048	4805	2565	742	16580
		1998	500	2414	2709	3631	5539	3316	960	19069
		1999	517	2381	2863	3478	5798	3447	999	19483
Niveau C	Flandre	1995	86	825	898	2277	2707	1714	595	9102
		1998	121	945	1349	1889	3247	2109	732	10392

Tableau Annexe 1.2.2.6.1. Résidents en MRPA et MRS selon la catégorie de dépendance, la classe d'âge et la région : 1995-1998-1999

M.R.P.A.			0-59 ans	60-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	Ts âges
		1999	101	878	1258	1617	2799	1817	672	9142
	Wallonie	1995	108	955	805	1825	2331	1286	421	7731
		1998	205	974	1278	1629	2560	1688	553	8887
		1999	219	995	1336	1427	2423	1641	583	8624
	Bruxelles	1995	26	236	229	610	806	594	232	2733
		1998	33	275	384	479	848	676	264	2959
		1999	45	241	335	402	759	597	275	2654
	Belgique	1995	220	2016	1932	4712	5844	3597	1245	19566
		1998	359	2194	3011	3997	6655	4473	1549	22238
		1999	365	2114	2929	3446	5981	4055	1530	20420
Ts niveaux	Flandre	1995	430	4606	4029	9512	10887	5818	1664	36946
		1998	560	4789	5716	8100	12559	7617	2178	41519
		1999	511	4603	5790	7314	12303	7432	2263	40216
	Wallonie	1995	771	5471	3828	8005	8616	4107	1106	31904
		1998	1016	4993	5234	6276	8829	5086	1370	32804
		1999	1106	5044	5646	5884	9102	5234	1524	33540
	Bruxelles	1995	224	1418	1044	2392	2883	1721	608	10290
		1998	328	1379	1420	1814	2987	1875	662	10465
		1999	389	1405	1438	1708	2992	1841	664	10437
	Belgique	1995	1425	11495	8901	19909	22386	11657	3367	79140
		1998	1904	11161	12370	16190	24375	14578	4210	84788
		1999	2006	11052	12874	14906	24397	14507	4451	84193

Tableau Annexe 1.2.2.6.1. Résidents en MRPA et MRS selon la catégorie de dépendance, la classe d'âge et la région : 1995-1998-1999 (Suite)

M.R.S.			0-59 ans	60-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	Ts âges
Niveau B	Flandre	1995	19	167	140	354	384	203	49	1316
		1998	46	182	236	294	483	283	69	1593
		1999	46	267	314	366	621	416	114	2144
	Wallonie	1995	14	141	87	175	209	120	32	778
		1998	39	214	204	210	312	205	54	1238
		1999	44	245	303	294	456	281	81	1704
	Bruxelles	1995	10	47	37	71	101	67	25	358
		1998	28	71	70	77	144	82	30	502
		1999	22	101	100	103	201	128	42	697
	Belgique	1995	43	355	264	600	694	391	105	2452
		1998	113	467	510	581	939	570	153	3333
		1999	112	613	717	763	1278	825	237	4545
Niveau C	Flandre	1995	99	1026	985	2334	2769	1716	624	9553
		1998	169	1282	1585	2438	3786	2595	944	12799
		1999	191	1503	2007	2662	4639	3296	1200	15498
	Wallonie	1995	41	474	401	789	931	631	238	3505
		1998	132	644	745	881	1355	912	343	5012
		1999	196	794	922	1082	1674	1182	419	6269
	Bruxelles	1995	22	175	145	322	377	270	133	1444
		1998	39	191	240	285	543	390	192	1880
		1999	49	243	342	361	656	491	216	2358
	Belgique	1995	162	1675	1531	3445	4077	2618	994	14502
		1998	340	2117	2570	3604	5684	3897	1479	19691
		1999	436	2540	3271	4105	6969	4969	1835	24125
Ts niveaux	Flandre	1995	118	1193	1125	2688	3153	1917	675	10869
		1998	215	1464	1821	2732	4269	2878	1013	14392
		1999	237	1770	2321	3028	5260	3712	1314	17642
	Wallonie	1995	55	615	488	964	1140	753	268	4283
		1998	171	858	949	1091	1667	1117	397	6250
		1999	240	1039	1225	1376	2130	1463	500	7973
	Bruxelles	1995	32	222	182	393	478	337	158	1802
		1998	67	262	310	362	687	472	222	2382
		1999	71	344	442	464	857	619	258	3055
	Belgique	1995	205	2030	1795	4045	4771	3009	1099	16954
		1998	453	2584	3080	4185	6623	4467	1632	23024
		1999	548	3153	3988	4868	8247	5794	2072	28670

Tableau Annexe 1.2.2.6.1. Résidents en MRPA et MRS selon la catégorie de dépendance, la classe d'âge et la région : 1995, 1998, 1999 (Suite)

MRPA + MRS			0-59 ans	60-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	Ts âges
Niveau 0	Flandre	1995	144	1797	1361	3034	3143	1416	362	11257
		1998	164	1708	1832	2510	3614	1932	494	12254
		1999	143	1658	1866	2250	3725	2000	572	12214
	Wallonie	1995	377	2524	1539	2964	2726	1102	271	11503
		1998	379	1946	1784	1990	2494	1166	287	10046
		1999	398	1922	1950	1883	2684	1333	336	10506
	Bruxelles	1995	81	544	372	807	864	447	118	3233
		1998	125	496	452	559	884	460	122	3098
		1999	151	541	503	560	972	476	137	3340
	Belgique	1995	602	4865	3272	6805	6733	2964	752	25993
		1998	668	4150	4068	5059	6992	3558	903	25398
		1999	692	4121	4319	4693	7381	3809	1045	26060
Niveau A	Flandre	1995	100	1077	948	2266	2747	1399	334	8871
		1998	120	1071	1219	1806	2734	1809	432	9191
		1999	122	1035	1325	1665	2724	1762	467	9100
	Wallonie	1995	131	959	759	1595	1707	791	178	6120
		1998	176	1053	1073	1309	1854	1081	244	6790
		1999	213	1093	1137	1238	1891	1052	281	6905
	Bruxelles	1995	42	280	198	483	550	337	120	2010
		1998	81	279	290	388	601	341	122	2102
		1999	97	308	301	386	622	382	129	2225
	Belgique	1995	273	2316	1905	4344	5004	2533	626	17001
		1998	377	2403	2582	3503	5189	3231	798	18083
		1999	432	2436	2763	3289	5237	3196	877	18230
Niveau B	Flandre	1995	119	1074	962	2289	2674	1487	427	9032
		1998	201	1247	1552	2189	3447	2050	589	11275
		1999	191	1299	1655	2148	3676	2269	666	11904
	Wallonie	1995	169	1174	812	1796	2061	1053	263	7328
		1998	295	1234	1303	1558	2233	1356	340	8319
		1999	320	1279	1526	1630	2560	1489	405	9209
	Bruxelles	1995	85	405	282	563	764	414	159	2672
		1998	117	400	364	465	798	480	184	2808
		1999	118	416	399	463	840	514	165	2915
	Belgique	1995	373	2653	2056	4648	5499	2956	847	19032
		1998	613	2881	3219	4212	6478	3886	1113	22402
		1999	629	2994	3580	4241	7076	4272	1236	24028

Tableau Annexe 1.2.2.6.1. Résidents en MRPA et MRS selon la catégorie de dépendance, la classe d'âge et la région : 1995-1998-1999 (Suite)

MRPA + MRS			0-59 ans	60-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	Ts âges
Niveau C	Flandre	1995	185	1851	1883	4611	5476	3430	1219	18655
		1998	290	2227	2934	4327	7033	4704	1676	23191
		1999	292	2381	3265	4279	7438	5113	1872	24640
	Wallonie	1995	149	1429	1206	2614	3262	1917	659	11236
		1998	337	1618	2023	2510	3915	2600	896	13899
		1999	415	1789	2258	2509	4097	2823	1002	14893
	Bruxelles	1995	48	411	374	932	1183	864	365	4177
		1998	72	466	624	764	1391	1066	456	4839
		1999	94	484	677	763	1415	1088	491	5012
	Belgique	1995	382	3691	3463	8157	9921	6215	2239	34068
		1998	699	4311	5581	7601	12339	8370	3028	41929
		1999	801	4654	6200	7551	12950	9024	3365	44545
Ts niveaux	Flandre	1995	548	5799	5154	12200	14040	7736	2338	47815
		1998	775	6253	7537	10832	16828	10495	3191	55911
		1999	748	6373	8111	10342	17563	11144	3577	57858
	Wallonie	1995	826	6086	4316	8969	9756	4860	1374	36187
		1998	1187	5851	6183	7367	10496	6203	1767	39054
		1999	1346	6083	6871	7260	11232	6697	2024	41513
	Bruxelles	1995	256	1640	1226	2785	3361	2058	766	12092
		1998	395	1641	1730	2176	3674	2347	884	12847
		1999	460	1749	1880	2172	3849	2460	922	13492
	Belgique	1995	1630	13525	10696	23954	27157	14666	4466	96094
		1998	2357	13745	15450	20375	30998	19045	5842	107812
		1999	2554	14205	16862	19774	32644	20301	6523	112863

Source : INAMI, traitement par SESA, Info-Santé.

Tableau Annexe 1.2.2.6.2. Taux de résidents en MRPA et MRS par rapport à la population en fonction de l'âge, de la région et du niveau de dépendance : 1995-1998-1999

MRPA + MRS											
Flandre		**0-59 ans**	**60-74 ans**	**75-79 ans**	**80-84 ans**	**85-89 ans**	**90-94 ans**	**95 +**	**Ts âges**	**60+**	**80+**
Niveau 0	1995	0,00	0,20	1,02	2,41	4,85	6,58	8,90	0,19	0,90	3,68
	1998	0,00	0,19	1,01	2,35	5,18	7,88	9,92	0,21	0,94	4,15
	1999	0,00	0,18	0,92	2,32	5,21	7,78	10,67	0,21	0,93	4,28
Niveau A	1995	0,00	0,12	0,71	1,80	4,24	6,50	8,21	0,15	0,71	3,12
	1998	0,00	0,12	0,67	1,69	3,92	7,38	8,67	0,16	0,71	3,29
	1999	0,00	0,12	0,66	1,72	3,81	6,85	8,71	0,15	0,69	3,31
Niveau B	1995	0,00	0,12	0,72	1,82	4,13	6,91	10,50	0,15	0,72	3,18
	1998	0,00	0,14	0,85	2,05	4,94	8,36	11,82	0,19	0,86	4,02
	1999	0,00	0,14	0,82	2,21	5,14	8,82	12,43	0,20	0,90	4,39
Niveau C	1995	0,00	0,21	1,41	3,66	8,46	15,94	29,96	0,32	1,50	6,81
	1998	0,01	0,25	1,62	4,05	10,08	19,19	33,64	0,39	1,79	8,61
	1999	0,01	0,26	1,62	4,41	10,40	19,88	34,93	0,42	1,87	9,37
Ts niveaux	1995	0,01	0,66	3,87	9,68	21,68	35,93	57,57	0,82	3,83	16,78
	1998	0,02	0,70	4,15	10,15	24,13	42,81	64,05	0,95	4,30	20,07
	1999	0,02	0,71	4,01	10,66	24,55	43,33	66,74	0,98	4,39	21,35
Wallonie		**0-59 ans**	**60-74 ans**	**75-79 ans**	**80-84 ans**	**85-89 ans**	**90-94 ans**	**95 +**	**Ts âges**	**60+**	**80+**
Niveau 0	1995	0,01	0,49	1,99	4,13	7,40	8,85	11,71	0,35	1,56	5,73
	1998	0,01	0,40	1,61	3,31	6,40	8,47	10,01	0,30	1,35	5,13
	1999	0,02	0,40	1,60	3,41	6,76	9,29	11,02	0,32	1,41	5,55
Niveau A	1995	0,01	0,19	0,98	2,22	4,64	6,35	7,71	0,18	0,84	3,46
	1998	0,01	0,22	0,97	2,18	4,75	7,85	8,51	0,20	0,92	3,88
	1999	0,01	0,23	0,93	2,24	4,77	7,33	9,22	0,21	0,93	3,97
Niveau B	1995	0,01	0,23	1,05	2,51	5,60	8,46	11,38	0,22	4,37	17,71
	1998	0,01	0,25	1,17	2,59	5,73	9,85	11,86	0,25	1,12	4,74
	1999	0,01	0,26	1,25	2,95	6,45	10,37	13,28	0,28	1,24	5,42
Niveau C	1995	0,01	0,28	1,56	3,65	8,86	15,40	28,45	0,34	1,56	6,86
	1998	0,01	0,33	1,82	4,17	10,04	18,88	31,26	0,42	1,89	8,57
	1999	0,02	0,37	1,85	4,54	10,32	19,67	32,86	0,45	2,02	9,29
Ts niveaux	1995	0,03	1,19	5,59	12,51	26,50	39,04	59,35	1,09	4,97	20,25
	1998	0,05	1,20	5,57	12,24	26,91	45,05	61,65	1,17	5,29	22,31
	1999	0,05	1,26	5,63	13,14	28,30	46,66	66,38	1,25	5,59	24,23

Bruxelles		**0-59 ans**	**60-74 ans**	**75-79 ans**	**80-84 ans**	**85-89 ans**	**90-94 ans**	**95 +**	**Ts âges**	**60+**	**80+**

Tableau Annexe 1.2.2.6.2. Taux de résidents en MRPA et MRS par rapport à la population en fonction de l'âge, de la région et du niveau de dépendance : 1995-1998-1999

Niveau 0	1995	0,01	0,39	1,46	3,13	6,06	8,36	9,66	0,34	1,48	4,80
	1998	0,02	0,38	1,33	2,67	5,95	8,01	8,14	0,33	1,43	4,70
	1999	0,02	0,43	1,37	2,96	6,45	8,05	8,72	0,35	1,55	5,17
Niveau A	1995	0,01	0,20	0,78	1,87	3,86	6,30	9,82	0,21	0,92	3,20
	1998	0,01	0,21	0,85	1,85	4,04	5,93	8,14	0,22	0,97	3,37
	1999	0,01	0,24	0,82	2,04	4,13	6,46	8,21	0,23	1,04	3,66
Niveau B	1995	0,01	0,29	1,11	2,18	5,36	7,75	12,96	0,28	1,21	4,08
	1998	0,02	0,31	1,07	2,22	5,37	8,35	12,27	0,29	1,30	4,47
	1999	0,02	0,33	1,09	2,44	5,57	8,69	10,50	0,31	1,36	4,78
Niveau C	1995	0,01	0,29	1,47	3,61	8,30	16,18	29,77	0,44	1,94	7,17
	1998	0,01	0,36	1,83	3,65	9,36	18,55	30,42	0,51	2,30	8,54
	1999	0,01	0,38	1,84	4,03	9,39	18,40	31,23	0,53	2,39	9,05
Ts niveaux	1995	0,03	1,16	4,81	10,80	23,57	38,53	62,49	1,27	5,55	19,24
	1998	0,05	1,26	5,07	10,38	24,72	40,85	58,97	1,35	6,01	21,09
	1999	0,06	1,37	5,12	11,47	25,54	41,61	58,65	1,41	6,34	22,66
Belgique		**0-59 ans**	**60-74 ans**	**75-79 ans**	**80-84 ans**	**85-89 ans**	**90-94 ans**	**95 +**	**Ts âges**	**60+**	**80+**
Niveau 0	1995	0,01	0,32	1,39	3,04	5,81	7,54	9,88	0,26	1,18	4,47
	1998	0,01	0,27	1,25	2,69	5,66	8,08	9,66	0,25	1,12	4,53
	1999	0,01	0,27	1,20	2,74	5,84	8,28	10,47	0,26	1,14	4,79
Niveau A	1995	0,00	0,02	0,08	0,22	0,47	0,86	1,58	0,02	0,09	0,39
	1998	0,00	0,02	0,09	0,21	0,49	0,77	1,31	0,02	0,09	0,40
	1999	0,00	0,02	0,08	0,23	0,49	0,83	1,29	0,02	0,10	0,43
Niveau B	1995	0,00	0,03	0,12	0,25	0,66	1,05	2,09	0,03	0,12	0,49
	1998	0,00	0,03	0,11	0,25	0,65	1,09	1,97	0,03	0,12	0,53
	1999	0,00	0,03	0,11	0,27	0,67	1,12	1,65	0,03	0,13	0,56
Niveau C	1995	0,00	0,12	0,80	2,06	4,73	8,73	16,02	0,18	0,86	3,82
	1998	0,00	0,15	0,90	2,30	5,69	10,68	17,93	0,23	1,04	4,86
	1999	0,00	0,16	0,90	2,50	5,89	11,12	18,76	0,24	1,09	5,29
Ts niveaux	1995	0,02	0,88	4,54	10,72	23,45	37,31	58,68	0,95	4,38	18,19
	1998	0,03	0,91	4,73	10,84	25,08	43,25	62,50	1,06	4,78	20,90
	1999	0,03	0,94	4,67	11,55	25,85	44,15	65,35	1,11	4,96	22,42

Source : INAMI, traitement par SESA, Info-Santé.

Annexe 1.2.4.1.1. La Convention W 97

Divers changements sont intervenus dans la Convention W 97. Nous en ébaucherons ici les principaux.

- 01/05/97 : levée des mesures d'économie de - 3 %, imposée depuis le 01/01/1997

  entrée en vigueur de la nouvelle convention hormis l'indexation de 1 %.

  → augmentation de la valeur de la lettre W de 3,1 %)
- 01/06/97 : entrée en vigueur d'une nouvelle nomenclature avec l'obligation d'introduire des pseudo-codes en cas de forfait :
  - 01/06/97 au 31/09/97 : système simplifié
  - à partir du 01/10/97 : système détaillé
- 01/01/98 : Avenant à la Convention : W 97 bis
  - indexation de 1, 16 % à partir du 01/01/98
  - revalorisation de O, 3 % à partir du 01/01/98
  - revalorisation de 0,7 % à partir du 01/04/98 à condition que le calcul technique de l'objectif budgétaire des 10 premiers mois de 1997 conclue à une marge budgétaire suffisante en 1998

  → augmentation de la valeur de la lettre W de 1, 46 %
  - adaptation des montants pour les frais de déplacements
  - adaptation des indemnités prévues pour certaines infractions.
- 01/04/98 : Application de l'Avenant W 97 bis

  → revalorisation de la valeur de la lettre W de 0,7 %
- 01/07/98 : Revalorisation des forfaits C par une augmentation de +/- 8 %

  Suppression du remboursement des prestations de santé dans les résidences communes pour personnes âgées
- 01/01/99 : Deuxième avenant W 97 ter permettant une indexation des tarifs de 1,84%
- 01/07/99 : Revalorisation des forfaits C (+/- 6 %)
- 01/01/00 : Adaptation de la nomenclature : modification de l'échelle de Katz
  - les forfaits A sont accordés si : ou les toilettes ?
    - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4) et
    - dépendance pour se laver et **/ou** aller à la toilette (Score 3 ou 4)

- les forfaits B sont accordés si :
    - dépendance pour se déplacer **ou (supprimé et remplacé par) et** aller à la toilette
- les forfaits C sont accordés si :
    - dépendance pour se laver et s'habiller (scores 4)
    - dépendance pour se déplacer et aller à la toilette (scores 4)
    - dépendance pour incontinence pour les urines **ou selles** et pour manger (pour laquelle un des 2 scores obtient un score de 4 et l'autre un score de minimum 3)

Financement de l'ancienneté, à concurrence d'un budget de 90 millions, pour le personnel des services salariés ou statutaires.

- 16/05/2001 : lettre circulaire du Ministre des Affaires sociales imposant une révision de la nomenclature afin de maîtriser la croissance des dépenses du secteur. Cette révision est en cours actuellement.

  Cette note rappelle la volonté du Ministre d'assurer une offre de soins adéquate en ce y compris le développement des soins à domicile. Si le secteur se caractérise par une croissance des dépenses, cette croissance ne peut être imputée à l'augmentation du vieillissement de la population seule mais également à la diminution de la durée moyenne de séjour, le développement de l'hospitalisation de jour, l'augmentation des soins palliatifs à domicile et enfin l'augmentation de patients atteints d'affections chroniques.

Le Ministre demande une révision fondamentale de la nomenclature pour 2003.

La réforme de la nomenclature doit répondre aux conditions suivantes :

- assurer le maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie ;
- faire une distinction entre les soins de courte durée et les soins chroniques ; les soins simples et les soins complexes ; les soins techniques et les soins de soutien et éducatif de façon à pouvoir dissocier les soins aux personnes dépendantes en vue de les maintenir dans leur cadre de vie, la surveillance médicale après une hospitalisation, les soins palliatifs et les prestations techniques ponctuelles sur prescription médicale ;
- prendre en compte le diagnostic infirmier et la nature de l'affection ;
- se fonder sur le degré d'autonomie du patient et les besoins en soins infirmiers;
- établir les conditions organisationnelles pour certains types de soins (permanence, volume des soins, etc. .);
- encourager la collaboration multidisciplinaire ; et ce, en respectant les contraintes budgétaires auxquelles l'assurance soins de santé doit répondre.

- 01/10/2001 : introduction des soins infirmiers palliatifs à domicile :
    - On entend par *patient palliatif*, le patient auquel a été accordé l'intervention forfaitaire (actuellement de 483.39 €) pour les patients palliatifs à domicile.

- Les nouveaux honoraires forfaitaires et supplémentaires pour les patients palliatifs comprennent la *suppression du remboursement du ticket modérateur* (il n'y a pas d'intervention personnelle du patient) pour le patient, majorée d'un certain montant.
- Seules les *infirmier(e)s gradué(e)s ou assimilé(e)s, breveté(e)s et les accoucheuses* peuvent attester ces forfaits (tout comme les prestations techniques spécifiques).
- Le remboursement des soins infirmiers palliatifs à domicile est soumis à des *obligations supplémentaires* :
    - garantir une prise en charge permanente du patient ;
    - pouvoir faire appel à un praticien de l'art infirmier de référence qui a des connaissances en matière de soins palliatifs ;
    - compléter le dossier infirmier par les informations suivantes :
        - enregistrement des symptômes
        - échelle de douleur
        - contacts avec le famille et le patient
        - résultats des réunions de coordination ;
    - pour chaque forfait, mentionner le pseudo-code correspondant aux prestations effectuées pendant la journée de soins

- 01/12/01 : Avenant à la Convention W 97/quater

  →indexation des tarifs de 0,94 %

- 04/12/01 : Demande unilatérale du Gouvernement pour réaliser 28 millions d'économie sur le budget 2002 des soins infirmiers à domicile visant à ne plus pouvoir prétendre à un remboursement de toilettes pour les patients uniquement dépendants pour se laver (score de minimum 2 sur l'échelle de Katz).

Les membres de la Commission de Convention ont fait une contre-proposition, sans connaître l'impact budgétaire de ce type de mesures, à savoir :

> *Ramener le remboursement des toilettes 3 X par semaine à 2 X par semaine, sauf le WE si dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4).*

- 2001 : Un projet d'Arrêté Royal fixant l'intervention forfaitaire de l'INAMI pour les coûts spécifiques des services salariés ou statutaires de soins infirmiers à domicile est en voie de parution au Moniteur Belge. Cet Arrêté prévoit, notamment :

  les conditions pour être inscrits au Service des Soins de Santé de l'INAMI :

  L'intervention forfaitaire trimestrielle est accordée pour les coûts spécifiques d'une gestion assurée par un infirmier responsable, des services de soins infirmiers à domicile est de 11.774 € pour 14 ETP PAI, l'infirmier responsable n'étant pas compté dans ce nombre.

Pour pouvoir bénéficier des interventions forfaitaires, *deux conditions supplémentaires sont ajoutées* :

- par trimestre, l'infirmier responsable ne peut prester au-delà d'un certain nombre d'honoraires (2000 X W)
- par trimestre, l'activité moyenne journalière par ETP PAI se situe entre 14 et 23 prestations de base / jour

Des *données administratives* devront être fournies.

Des *sanctions financières* sont prévues en cas de non-respect des conditions d'allocation de l'intervention forfaitaire par l'INAMI voire l'extinction du droit aux interventions forfaitaires.

- Dès que les normes d'agrément seront d'application, les services devront, en plus, être agréés par le Ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions pour pouvoir bénéficier de l'intervention forfaitaire.

Annexe 1.2.4.1.2. Projet d'A.R. fixant les normes d'agrément des prestations à domicile et distinguant plusieurs niveaux de pratique

ROYAUME DE BELGIQUE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

Projet d'arrêté royal fixant les critères d'agrément des associations, des cabinets de groupes et des services de soins infirmiers à domicile.

Vu l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment l'article 35duodecies, inséré par la loi du 10 décembre 1997 et modifié par la loi du 14 avril 1998;

Vu la concertation avec le comité de concertation visé à l'article 35 duodecies de l'arrêté royal n° 78;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le ;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le ;

Sur la proposition de Notre Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Chapitre 1er. Dispositions générales

Article 1er. §1er. Pour l'application du présent arrêté, on entend par:

1° INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité;

2° prestations de soins infirmiers : des activités visées à l'article 21quinquies de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé;

3° continuité des soins: poursuite ininterrompue des prestations de soins infirmiers sur la base du plan de soins et des données de santé propres au patient;

4° permanence 24 heures sur 24 : la disponibilité en vue d'offrir, comformément à la prescription médicale, le bénéfice des soins infirmiers à toute personne qui en fait la demande;

5° permanence de pratique : la disponibilité professionnelle des prestataires d'une pratique envers le patientèle de la pratique;

6° praticien(ne)s d'une profession de santé : médecins généralistes, dentistes, pharmacien(e)s, kinésithérapeutes, infirmiers/-ières, aides-soignant(e)s, psychologues clinicien(e)s et praticien(e)s de professions paramédicales visées à l'article 22 de l'arrêté royal n°78 précité ;

7° praticien(e) de l'art infirmier à domicile : porteur du titre professionnel de praticien infirmier ou d'infirmier/-ière graduée et tout ceux qui…….d'exercer l'art infirmier visé à l'article 21quater, §1er, de l'arrêté royal n°78 précité qui exerce son métier dans les soins à domicile;

8° infirmier(-ière) de relais : praticien(ne) de l'art infirmier à domicile qui, dans le cadre de l'exercice régulier de sa profession a suivi une formation complémentaire d'au moins 40h dans un domaine spécifique des soins infirmiers à domicile et la complète par une formation continuée de 8h par an ;

9° registre de pratique : compte rendu chronologique, sous forme électronique ou non des activités de la pratique relatives à l' organisation, à la concertation, à la formation continue et à la qualité des soins;

10° Une personne journée : la durée de temps nécessaire pour réaliser un paquet de prestations équivalent à une durée d'une journée de travail complète d'au moins 8 heures d'un prestataire individuel;

11° pratique de soins infirmiers à domicile : une entité organisationnelle, au service des patients et à leur domicile, développant et gérant les soins infirmiers comme un ensemble fonctionnel, dispensé par un ou plusieurs praticiens de l'art infirmier à domicile, qui garantit la continuité des soins, rédige et conserve un dossier infirmier par patient et peut comporter une collaboration avec un ou plusieurs autres praticiens d'une profession de santé;

12° association: une collaboration structurelle et formalisée entre deux ou plusieurs pratiques de soins infirmiers à domicile;

13°cabinet de groupe: une pratique de soins infirmiers à domicile, constituée de deux ou plusieurs praticien(ne)s de l'art infirmier, qui assure une gestion commune et unique du dossier infirmier et dont l'organisation de travail est commune;

14° service de soins infirmiers à domicile: cabinet de groupe doté de la personnalité juridique ou ensemble de cabinets de groupe de soins infirmiers qui, ensemble, adoptent personnalité juridique, qui dispense des soins infirmiers à domicile et est composé exclusivement de personnel salarié ou statutaire.

Chapitre 2. Critères communs d'agrément pour les associations, les cabinets de groupe et les services de soins infirmiers à domicile.

Art. 2. Pour être et demeurer agréée, les associations, les cabinets de groupe et les services doivent:

1° organiser une permanence 24 heures sur 24;

2° offrir des soins infirmiers aux patients fortement dépendants en soins, identifiés comme tels à l'aide de l'instrument d'évaluation défini par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

3° pour les patients visés au point 2°, collaborer de manière structurée avec d'autres praticiens des professions de santé et avec l'établissement ou le service où le patient est soigné. Cette collaboration prend notamment la forme d'une concertation multidisciplinaire relative au patient telle que visée à l'article 34, 13° de la loi relative à l'assurance-maladie obligatoire soins de santé et indemnités, cette concertation débouchant sur un plan de soins qui documente au moins la chronologie et l'énumération des actes principaux qui la constituent;

4° disposer ou pouvoir faire appel à des infirmie(è)r(e)s de relais pour les soins de plaies, la chimiothérapie,, l'alimentation parentérale, les soins de stomies et les soins palliatifs; ces domaines peuvent être complétés par Nous après avis du Conseil National de l'Art infirmier;

5°, participer à une formation permanente qui, pour chaque infirmier/-ière, comporte au minimum:

a) 20 heures de formation par an et ;

b) 25 heures de formation par an, organisée dans le cadre du « peer review » infirmier;

6° organiser un système d'enregistrement des données, conformément aux modalités fixées par Nous. Le système visé doit permettre d'évaluer sur une base épidémiologique les besoins des patients et d'évaluer et d'améliorer l'organisation de la pratique et la qualité des soins;

7° par pratique, tenir à jour un registre de pratique;

8° constituer un dossier infirmier pour chaque patient, reprenant au minimum les éléments suivants:

a) l'identification du patient ainsi que les données sociales, familiales et sanitaires pertinentes qui le concernent;

b) la description des soins infirmiers prévus et exécutés spécifiés d'après le moment où elles ont été pratiquées, la fréquence ainsi que l'objectif infirmier visé;

c) l'évaluation du patient établie à l'aide des critères de dépendance déterminés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ;

d) la prescription médicale, si elle est légalement exigée et les données d'identification du médecin prescripteur;
l'identification des praticiens infirmiers ayant dispensé les soins;

e) en ce qui concerne les patients qui requièrent des soins lourds:

- le diagnostic infirmier en ce compris l'avis infirmier sur les différents problèmes infirmiers;

- les éventuelles complications ou observations pouvant contribuer au diagnostic médical,
- la réévaluation de l'état de santé du patient effectuée au moins par le praticien infirmier et de façon explicite tous les trois mois,
- les rapports intermédiaires de la concertation et, le cas échéant, le rapport final destiné au médecin généraliste et à l'établissement où le patient va être admis;

Chapitre 3. Critères particuliers pour l'agrément des associations.

Art. 3. Pour être et demeurer agréée, l'association doit:

1° répondre aux critères communs d'agrément tels que visés à l'article 2;

2° présenter un accord de collaboration écrit entre les pratiques concernées, qui définit au minimum les éléments suivants:

a) organisation de la permanence 24 heures sur 24 ;

b) organisation des procédures pour la prise en charge urgente des patients;

c) procédures de communication entre les pratiques concernées en vue d'assurer la continuité ;

d) modalités de partage, entre les pratiques, des données relatives aux soins infirmiers, notamment celles contenues dans le dossier infirmier;

e) engagement à offrir des soins infirmiers conformes aux normes et standards en vigueur dans notre pays sans aucune forme directe ou indirecte de discrimination ou de sélection préalable des patients;

3° désigner, en son sein, un praticien d'une profession de santé, pour la représenter et communiquer cette information aux Ministres qui ont respectivement la Santé publique et les Affaires sociales dans leurs attributions.

Chapitre 4. Critères particuliers pour l'agrément des cabinets de groupe dispensant des soins infirmiers à domicile.

Section 1. Cabinet de groupe.

Art. 4. Pour être et demeurer agréée, le cabinet de groupe doit:

1° répondre aux critères communs d'agrément tels que visés à l'article 2;

2° comporter au minimum trois infirmiers qui chacun exercent l'art infirmier à domicile pendant au moins cinq demi-jours par semaine en dehors des congés, qui travaillent exclusivement au sein du cabinet de groupe et en collaboration éventuellement avec d'autres praticiens de professions de santé;

3° offrir des soins infirmiers pendant les 14 demi-jours de la semaine;

4° gérer ensemble le dossier infirmier unique;

5° gérer de manière commune et globale les soins au patient;

6° organiser, au moins tous les 15 jours, et mentionner, dans le registre de pratique qui est accessible pour l'autorité d'agrément, une concertation relative aux patients et à l'organisation du travail;

7° noter, les procédures relatives à la permanence 24 heures sur 24, à la continuité des soins infirmiers, à la prise en charge urgente des patients et au partage des données de santé et ajouter à la demande d'agrément;

8° désigner, au sein du cabinet, un praticien d'une profession de santé, comme personne de contact et communiquer son identité lors de la demande d'agrément ;

9° utiliser un seul numéro de tiers-payant auprès de l'INAMI pour la facturation de tous les soins dispensés par le cabinet de groupe.

Section 2. Cabinet de groupe doté de la personnalité juridique.

Art. 5. Pour être et demeurer agréé, le cabinet de groupe doté de la personnalité juridique doit :

1° répondre aux critères d'agrément d'un cabinet de groupe tel que visé aux articles 2 et 4;

2° prendre la forme d'une association dotée de la personnalité juridique;

3° être composée d'au moins cinq praticiens infirmiers qui fournissent chacun des prestations infirmières au minimum cinq demi-jours par semaine et qui, ensemble, fournissent au moins 40 demi-personnes journées par semaine de prestations infirmières en dehors de la période des vacances, Aucun des prestataires de soins réguliers ne fournit des prestations infirmières en dehors de la pratique de groupe;

4° établir une double comptabilité distincte, contrôlable par les autorités compétentes en matière d'agrément des cabinets de groupe;

5° développer des programmes de soins en collaboration avec d'autres pratiques et services des soins infirmiers sur la base de la pratique infirmière basée sur la preuve, ou de tout autre preuve scientifique d'efficacité de ces programmes de soins;

6° désigner, en son sein, un praticien d'une profession de santé intervenant comme personne de contact et chargé de coordonner les aspects organisationnels des prestations de soins relatifs à la programmation, la continuité, la qualité et l'évaluation des soins infirmiers.

Chapitre 5. Critères particuliers pour l'agrément des services de soins infirmiers à domicile.

Art. 6. Pour être ou demeurer agréé, le service des soins infirmiers doit :

1° répondre aux critères d'agrément des cabinets de groupe dotés de la personnalité juridique tels que visés aux articles 5;

2° être composé exclusivement du personnel salarié ou statutaire, qui exercent leur métier exclusivement dans le cadre du service ;

3° confier la direction du service à un infirmier responsable de l'organisation du service, de la coordination, de la programmation, de la continuité, de la qualité et de l'évaluation des soins infirmiers, qui est également la personne de contact du service;

4° compter au moins 7 équivalents temps plein parmi les membres du personnel;

Chapitre 6. Dispositions finales.

Art. 8. Le Ministre de la Santé publique informe l'INAMI de l'octroi ou du retrait de l'agrément.

Art. 9. Le Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à ,

Par le Roi,

La Ministre de la Santé publique,

Annexe 1.3.1.1. Les normes de personnel applicables aux établissements de soins

Les normes applicables aux hôpitaux généraux, psychiatriques universitaires et non universitaires.[1]

Les normes universitaires sont complémentaires à celles des hôpitaux généraux.

Lorsque plusieurs normes sont d'application, la norme la plus exigeante s'applique aux hôpitaux universitaires Depuis le 1/01/99, les normes générales d'organisation applicables aux hôpitaux généraux sont également d'application pour les hôpitaux psychiatriques.

1.1. Normes générales[2]

Ces normes générales sont :

- la formation du chef du département infirmier et ses missions (article 17 bis de la Loi sur les hôpitaux inséré par la Loi-programme du 29 décembre 1990 et modifié par la Loi du 29 avril 1996) ;
- la formation, les missions et le nombre d'Infirmier chef de service (A.R. du 14 août 1987 + article 17 bis de la Loi sur les hôpitaux inséré par la Loi-programme du 29 décembre et modifié par la Loi du 29 avril 1996)
    - pour les hôpitaux psychiatriques de moins de 150 lits: au moins 1 ETP. (A.R. du 15 février 1999) ;
- la formation et le financement de l'infirmier en hygiène hospitalière (A.R. du 7 novembre 1988 complété par une CM du 20 mars 1991 et par 2 A.M. du 30 décembre 1998 fixant le calcul du nombre ETP/ indices de lits X nombre de lits et le financement)
- Une stratégie de perfectionnement prévoyant un programme accessible à chaque infirmier et le financement (A.R. du 14 août 1987 complété par l'A.M. du 20 mars 1991 et l'A.M. du 29 septembre 2000 prévoyant le financement à concurrence de 1.300.000 BEF d'un(e) infirmier(e) ETP chargé spécifiquement d'accompagner les débutants qui appartiennent à la catégorie du personnel infirmier, les personnes qui reprennent leur travail et qui appartiennent à la catégorie du personnel infirmier ainsi que les étudiants infirmiers et accoucheuses. Le personnel infirmier chargé spécifiquement d'accompagner les groupes cibles représente 1 ETP qui peut être divisé en 2 ou plusieurs temps partiels. Les conditions sont les suivantes : posséder un diplôme ou un titre d'infirmier gradué ; compter au moins 10 années d'ancienneté dans la fonction d'infirmier(e) gradué(e) dans une unité de soins ; avoir des qualités pédagogiques. Ces personnes relèvent de la responsabilité du chef du département infirmier.) ;

---

[1] Groupe permanent en soins infirmiers du Conseil Wallon des Etablissements de soins (C.W.E.S.), mise à jour selon les textes légaux publiés au 31 décembre 1999.

[2] Seules les modifications de normes enregistrées après le 01.01.1995 sont reprises sous ce point. Pour modifications antérieures, le lecteur se référera à Leclercq, … Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté Française

- La tenue du dossier infirmier et sa composition (A.R. du 14 août 1987 complété par l'A.R. du 18 juin 1990, par la Loi cadre du 25 janvier 1999 (attendre les arrêtés d'exécution) et par la Loi portant des mesures en matière de soins de santé du 10 août 2001) ;
- Les missions de l'équipe mobile, son recrutement, le plan d'attribution et le financement (A.R. du 15 février 1999 + 2000 complété par l'A.M. du 23 décembre 1999 + 2000) ;

1.2. Normes spécifiques par service[3]

1.2.1. Programmes de soins « pathologie cardiaque » (A.R. du 16 juin 1999)

- Programme de soins A :
  - Expertise et effectif : des infirmiers doivent être à disposition et en nombre suffisant, leur nombre et qualification pouvant êtres adaptés en fonction de la nature et de l'ampleur des problèmes des patients.
  - Soins intensifs : prévoir des infirmiers experts en nombre suffisant, présents 24 h/24, et dont l'effectif peut être adapté selon la nature et le volume des problèmes des patients.
- Programme de soins B :
  - Expertise et effectif : des infirmiers doivent être à disposition en nombre suffisant, leur nombre et qualification pouvant être adaptés en fonction de la nature et de l'ampleur des problèmes des patients. En outre 2 perfusionnistes[4] doivent être attachés à temps plein et à titre exclusif au programme.)
  - Salles d'Opération : par salle d'opération (2), il y a une équipe de 3 infirmier(e)s ayant une qualification professionnelle particulière et/ou expérience en chirurgie cardiaque.
- Programme de soins P :
  - Expertise et effectif : des infirmiers doivent être à disposition en nombre suffisant, leur nombre et qualification pouvant être adaptés en fonction de la nature et de l'ampleur des problèmes des patients.
- Programme de soins E :
  - Expertise et effectif : un technicien ayant acquis une qualification particulière en électrophysiologie doit être attaché à temps plein à l'hôpital.
- Programme de soins T :
  - Expertise et effectif : l'équipe médicale doit pouvoir recourir au soutien d'infirmiers, d'infirmiers sociaux témoignant d'un intérêt particulier pour l'accompagnement des problèmes spécifiques du patient transplanté et disposant d'une compétence particulière dans ce domaine ;

---

[3] Seules les modifications de normes depuis le 01.01.1996 seront reprises sous ce point.

[4] Remarque : la formation de perfusionniste n'existe pas en Belgique.

- leur nombre et qualification doivent être adaptés en fonction du type et de l'ampleur des problèmes des patients.

- Programme de soins C :
  - Expertise et effectif : l'équipe médicale doit pouvoir recourir au soutien d'infirmiers, d'infirmiers sociaux témoignant d'un intérêt particulier pour l'accompagnement des problèmes spécifiques de l'enfant et disposant d'une compétence particulière dans ce domaine, leur nombre et qualification doivent être adaptés en fonction du type et de l'ampleur des problèmes des patients.

1.2.2. Service des maladies infantiles (E) (A.R. du 14 août 1987 complété par l'A.R. du 29 avril 1999 et l'A.M. du 23 décembre 1999)

- Les soins sont confiés à du personnel qualifié. Au moins un infirmier pédiatrique doit être assisté d'un nombre suffisant d'auxiliaires, tant en ce qui concerne les soins proprement dit, que pour assurer aux mineurs hospitalisés âgés de moins de 5 ans , des activités ludiques et l'occupation des temps libres, ainsi qu'un soutien psycho-social pour ces mineurs et leur famille ou les représentants légaux.
- Pour l'organisation des activités ludiques et l'occupation des temps libres, l'hôpital doit disposer de personnel auxiliaire à concurrence de ½ ou 1 ETP selon que les services des maladies infantiles (index E) comptent jusqu'à 30 lits ou plus. Le personnel auxiliaire doit être porteur d'un brevet ou d'un diplôme de l'enseignement secondaire ou d'un CESS et doit pouvoir justifier avoir suivi avec fruit un programme de formation de 80 heures approuvé par le Ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions.
- Le soutien psycho-social des mineurs hospitalisés âgés de moins de 15 ans et de leur famille ou des représentants légaux est assuré, à concurrence de 1/2 ETP pour les services E jusqu'à 30 lits et de 1 ETP pour les services E de plus de 30 lits, par du personnel auxiliaire porteur d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (A1) au moins.
- Un protocole définissant les axes d'une prise en charge spécifique des enfants, tant en hospitalisation, qu'en ambulatoire doit être établi. Ce protocole traitera en particulier des mesures de concertation entre les infirmiers spécialisés en pédiatrie et les infirmiers des autres services (A.R. du 29 avril 1999)
- L'A.M. du 23 décembre 1999 fixe le financement.

1.2.3. Fonction de soins néonatals locaux (fonction N*) (A.R. du 20 août 1996)

- 1 infirmier en chef gradué en pédiatrie ou accoucheuse ayant une expérience particulière en néonatologie.
- Il/elle peut être simultanément accoucheuse en chef de la maternité ou infirmière en chef du service de pédiatrie)

- L'infirmier gradué ayant une expérience particulière en néonatologie est soit porteur de la qualification professionnelle particulière en néonatologie; soit aussi longtemps qu'aucune qualification professionnelle particulière ne fait l'objet d'aucune validation spécifique, notoirement connue auprès du CNAI, comme particulièrement expérimenté en soins néonatals, après avoir suivi un programme d'enseignement aussi bien théorique que pratique. La constatation de cette notoriété générale doit apparaître d'un avis du CNAI.
- L'accoucheuse ayant une expérience professionnelle en néonatologie est soit porteur (euse) de la qualification professionnelle en néonatologie soit, après avoir suivi un programme d'enseignement aussi bien théorique que pratique, aussi longtemps qu'aucune validation spécifique, notoirement connue auprès du Conseil National des accoucheuses, comme particulièrement expérimenté en soins néonatals.
- La constatation de cette notoriété générale doit apparaître d'un avis du Conseil National des Accoucheuses
- L'unité doit disposer d'au moins 6 ETP infirmiers gradués en pédiatrie ou accoucheuses, ayant une expérience particulière en néonatologie.
- Le financement est le même que le service n (A.M. du 2 août 1986 complété par l'A.M. du 24 décembre 1990)

1.2.4. Service pour la néonatologie intensive (NIC) (A.R. du 20 août 1996 complété par l'A.M. du 29 décembre 1997)

- 1 unité = 15 lits minimum.
- Par service : 1 infirmier en chef gradué, de préférence infirmier gradué pédiatrique ou accoucheuse ayant une expérience particulière en néonatologie.
- Au moins 1ETP agent administratif.
- Par lit NIC occupé : 2,5 ETP infirmiers gradués , de préférence infirmier gradué pédiatrique ou accoucheuses ETP dont 60 % au moins auront une expérience particulière en néonatologie.
- L'A.M. du 29 décembre 1997 porte sur le financement.

1.2.5. Fonction de soins périnatals régionaux (fonction P*) (A.R. du 20 août 1996 complété par l'A.M. du 29 décembre 1997)

- = service NIC + section MIC.
- Section MIC = 8 lits minimum.
- 2 ETP accoucheuses au moins sont présentes 24h/24 dans la section.
- 1 des 2 accoucheuses présentes en permanence doit avoir au moins une année d'expérience en matière de grossesses à haut risque.
- Recyclage continu relatif aux grossesses à haut risque à l'intention des accoucheuses.
- La section MIC est une section du service de maternité (index M) pour les grossesses à haut risque.

- La section MIC dispose de son propre staff d'accoucheuses.
- L'A.M. du 29 décembre 1997 porte sur le financement.

1.2.6. Les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (Sp)(A.R. du 15 juillet 1997 complété par l'A.M. du 23 décembre 1999)

- 20 lits minimum.
- 1 infirmier en chef.
- Permanence infirmière / unité de 20 lits minimum.
- Personnel soignant en nombre suffisant.
- L'A.M. du 23 décembre 1999 porte sur le financement.

1.2.7. Service Sp soins palliatifs (A.R. du 15 juillet 1997)

- 6 à 12 lits.
- 1, 25 infirmier/lit agréé y compris l'infirmier(e) en chef.
- 2/3 doivent être gradués et dont au moins 60 % sont porteurs de la qualification professionnelle particulière d'infirmier en soins palliatifs.
- Personnel soignant en nombre suffisant.

1.2.8. Fonction de soins palliatifs (A.R. du 15 juillet 1997 complété par l'A.M. du 29 décembre 1997)

- La fonction est assurée par une équipe pluridisciplinaire dont les membres sont issus du département médical, du département infirmier et des services paramédicaux de l'hôpital.
- Les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui assure la fonction ont reçu une formation spécifique en soins palliatifs.
- L'équipe pluridisciplinaire n'intervient pas directement dans le traitement et les soins proprement dits.
- L'équipe pluridisciplinaire est placée sous l'autorité conjointe du médecin en chef et du chef du département infirmier.
- L'équipe est chargée :

* d'instaurer une culture de soins palliatifs et de sensibiliser l'ensemble du personnel de l'hôpital à la nécessité de celle-ci;

* de formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'attention des praticiens de l'art de guérir, des praticiens de l'art infirmier et des membres des professions paramédicales de l'hôpital et de conseiller la direction de l'hôpital quant à la politique à mener en la matière;

* d'assurer de manière continue la formation du personnel de l'hôpital en matière de soins palliatifs ;

* de veiller à la continuité des soins lorsque le patient, en phase terminale, quitte l'hôpital pour rejoindre son domicile ou être admis en maison de repos ou en maison de repos et de soins.

- 1 psychologue et 1 assistant social/infirmier gradué social sont associés à l'équipe pluridisciplinaire.
- L'A.M. du 29 décembre 1997 porte sur le financement.

1.2.9. Service Sp cardio-pulmonaires (A.R. du 10 août 1998 modifiant l'A.R. du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre)

- Par unité de soins (par tranche de 30 lits occupés à 80 %) :
    - 1 infirmier en chef.
    - 8 infirmiers dont 5 gradués.
    - 7 membres du personnel soignant.
    - 1 ergothérapeute ou logopède ou membre d'une profession paramédicale.
    - Pouvoir faire appel à un diététicien.

1.2.10. Service Sp affections neurologiques (A.R. du 10 août 1998 modifiant l'A.R. du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquels les hôpitaux et leurs services doivent répondre)

- Par unité de soins (par tranche de 30 lits occupés à 80 %)
    - 1 infirmier en chef.
    - 8 infirmiers dont 5 gradués.
    - 6 membres du personnel soignant.
    - 2 ergothérapeutes ou logopèdes ou membres d'une profession paramédicale.
    - pouvoir faire appel à un psychologue.

1.2.11. Service Sp affections locomotrices (A.R. du 10 août 1998 modifiant l'A.R. du 23 octobre 1963 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux doivent répondre)

- Par unité de soins (par tranche de 30 lits occupés à 80 %) :
    - 1 infirmier(e) en chef.
    - 8 infirmier(e)s dont 5 gradué(e)s.
    - 6 membres du personnel soignant.
    - 2 ergothérapeutes ou 2 logopèdes ou membres d'une profession paramédicale.
    - pouvoir faire appel à un psychologue.

1.2.12. Index A (Unité fonctionnelle de 30 lits)

- par 30 malades
    - L'A.M. du 23 décembre 1999 porte sur le financement pour une occupation entre 80 et 100 % à partir du 1/1/1999.
    - soit 16/30 pour les hôpitaux psychiatriques

- soit 17/30 dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux

- hospitalisation de jour
  - L'A.M. du 23 décembre porte sur le financement pour une occupation entre 80 et 100 % à partir du 1/1/1999.
  - soit 10/30

- hospitalisation de nuit
  - L'A.M. du 23 décembre 1999 porte sur le financement pour une occupation entre 80 et 100 % à partir du 1/1/1999.
  - soit 11/30

1.2.13. Index T (unité fonctionnelle de 60 lits)

- Par 60 malades et pour l'hospitalisation de jour et de nuit
  - L'A.M. du 23 décembre 1999 porte sur le financement pour une occupation entre 80 et 100 % à partir du 1/1/1999.
  - Le calcul de base est de 20/60.
  - Afin de pouvoir calculer les extensions de personnels, le nombre de lits est divisé en lits T1 et lits T2.
  - 14/30 pour les patients neuro-psychiatriques dont la durée moyenne d'hospitalisation est inférieure à 1 an.
  - 12/30 pour les patients dont la durée d'hospitalisation dépasse 1 an.
  - 10/30 pour les patients qui séjournent de façon ininterrompue à l'hôpital psychiatrique depuis 13 ans au moins.

- hospitalisation de jour
  - L'A.M. du 23 décembre 1999 porte sur le financement pour une occupation entre 80 et 100 %, à partir du 1/1/1999.
  - 11.25/60

- hospitalisation de nuit
  - L'A.M. du 23 décembre 1999 porte sur le financement pour une occupation entre 80 et 100 % à partir du 1/1/1999.
  - 12.37/60

1.2.14. Unité fonctionnelle de 30 places Tf

- L'A.M. du 23 décembre 1999 porte sur le financement pour une occupation entre 80 et 100 % à partir du 1/1/1999.
- 20/60

1.2.15. Index K (unité fonctionnelle de 20 lits)

- hospitalisation jour et nuit

- L'A.M. du 15 juin 1999 porte sur le financement pour une occupation entre 70 et 100% à partir du 1/1/1999.
- 16/20.

- hospitalisation de jour
  - L'A.M. du 23 décembre 1999 porte sur le financement pour une occupation entre 70 et 100 % à partir du 1/1/1999.
  - 13/20.
- hospitalisation de nuit
  - L'A.M. du 15 juin 1999 porte sur le financement pour une occupation entre 70 et 100 %.
  - 13/20

1.2.16. Fonction de soins intensifs (A.R. du 27 avril 1998 complété par l'A.R. du 28 avril 1999, par l'A.R. du 2 juillet 1999)

- La fonction a une capacité minimale de 6 lits.
- L'infirmier en chef est porteur, soit du titre professionnel particulier d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence ou d'infirmier gradué justifiant d'au moins 5 ans d'expérience dans cette fonction à la date d'entrée en vigueur de l'A.R[5] (A.R. du 27 avril 1998)

  soit du titre professionnel d'infirmier breveté justifiant d'au moins 5 ans d'expérience dans cette fonction d'infirmier en chef à la date en vigueur du présente arrêté. (A.R. du 28 avril 1999)
- Cette expérience doit avoir été acquise, soit dans un service agréé de soins intensifs, soit dans un service de traitement intensif répondant à la description contenue dans l'annexe 3 de l'A.R. du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6 bis, de la Loi sur les hôpitaux, soit dans un service des urgences répondant à la description contenue dans l'annexe 1 de l'A.R. précité du 28 novembre 1986).
- La fonction dispose d'une équipe infirmière spécifique propre, qui permet d'assurer une permanence 24h/24 d'au moins 2 infirmiers, par tranche complète de six lits, dont un au moins est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence ou justifie d'au moins 5 ans d'expérience, à la date d'entrée en vigueur de l'Arrêté, dans un des services visés à l'article 17 alinéa 2.
- Par tranche complémentaire entamée de 6 lits, il convient d'adapter le nombre d'infirmier visé à l'alinéa précédent proportionnellement au nombre de lits.
- En outre, l'équipe infirmière doit être adaptée selon les activités de la fonction.
- La fonction doit pouvoir faire appel à un kinésithérapeute.

[5] Soit au 01.06.2000

- Le médecin chef de service, le cadre infirmier intermédiaire et l'infirmier en chef assure de manière conjointe, la formation permanente du personnel.
- Il y a lieu de procéder à un enregistrement systématique des données médicales et infirmières selon le modèle établi par le Ministre fédéral qui a la Santé Publique dans ses attributions. A ce jour, aucun modèle d'enregistrement n' a été établi par le MSP (A.R. du 27 avril 1998)

1.2.17. Fonction de première prise en charge des urgences (A.R. du 27 avril 1998 complété par l'A.M. du 29 décembre 1999).

- La zone d'accueil des ambulances est placée sous la surveillance d'un préposé.
- Le médecin est assisté d'un infirmier.
- L'A.M. du 29 décembre 1999 porte sur le financement.

1.2.18. Fonction soins urgents spécialisés (A.R. du 27 avril 1998, complété par l'A.R. du 28 avril 1999 et l'A.M. du 29 décembre 1999)

- L'infirmier en chef est porteur soit du titre professionnel particulier d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence, sauf s'il est infirmier gradué et peut justifier d'une expérience minimum de 5 ans dans cette fonction à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté. (A.R. du 27 avril 1998)

  soit du titre professionnel d'infirmier breveté justifiant d'au moins 5 ans d'expérience, dans cette fonction d'infirmier en chef à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté (A.R. du 28 avril 1999)
- Cette expérience doit avoir été acquise, soit dans un service agréé de soins intensifs, soit dans un service de traitement intensif répondant à la description contenue dans l'annexe 3 de l'A.R. du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6 bis, de la Loi sur les hôpitaux, soit dans un service des urgences répondant à la description contenue dans l'annexe 1 de l'A.R. précité du 28 novembre 1986).
- La fonction soins urgents spécialisés dispose d'une équipe infirmière spécifique propre, qui permet d'assurer une permanence 24 h/24 d'au moins 2 infirmiers dont un au moins est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence sauf s'il peut justifier en tant qu'infirmier gradué ou breveté d'au moins 5 ans d'expérience dans un des services visés à l'alinéa 2 au moment de la publication de l'Arrêté (19 juin 1998).
- L'équipe infirmière doit être adaptée en fonction des activités du service ; à cet égard, les mêmes exigences de qualification que celles visées à l'alinéa 1er sont d'application.
- Le personnel médical et infirmier de la fonction « soins urgent spécialisés » assure pour l'ensemble de l'hôpital la formation permanente en ce qui concerne les principes de base de la réanimation (A.R. du 27 avril modifié par l'A.R. du 26 mars 1999).

1.2.19. Fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) (A.R. du 27 avril 1998 complété par l'A.R. du 28 avril 1999)

- L'infirmier en chef qui assure la direction du personnel infirmier de la fonction doit être soit porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence ou doit être infirmier gradué justifiant, à la date de la publication de l'Arrêté (M.B. du 2 septembre 1998), une expérience minimum de 5 ans dans un des services visés à l'article 7, alinéa 2. (A.R. du 28 avril 1998).

  soit porteur du titre professionnel d'infirmier breveté justifiant d'au moins 5 ans d'expérience dans cette fonction d'infirmier en chef, à la date d'entrée en vigueur du présent Arrêté.(A.R. du 28 avril 1999)

- Cette expérience doit avoir été acquise, soit dans un service de traitement intensif répondant à la description contenue dans l'annexe 3 de l'A.R. du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6° bis, de la Loi sur les Hôpitaux, soit dans un service des urgences répondant à la description contenue dans l'annexe 1 de l'A.R. précité du 28 novembre 1986.

- L'A.M. du 29 décembre 1999 porte sur le financement.

- Sans préjudice des dispositions qui régissent la disponibilité du personnel infirmier de la fonction « soins urgents » spécialisés, la fonction SMUR doit assurer 24 h/24 une permanence infirmière propre, constituée d'au moins un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence sauf s'il peut justifier à la date de publication de l'Arrêté, une expérience minimale de 5 ans dans un des services visés à l'article 7 alinéa 2.

- Sans préjudice des dispositions qui régissent la disponibilité du corps médical et du personnel infirmier d'une fonction « soins urgents spécialisés », le personnel chargé d'exécuter les missions de la fonction SMUR fait partie du corps médical et du personnel infirmier d'une des fonctions « soins urgents spécialisés » visés à l'article 3, § 1er.

- Pour chaque intervention, l'équipe d'intervention médicale de la fonction SMUR comprend au moins un médecin et un infirmier répondant aux conditions visées respectivement aux articles 6 et 8, et utilise un véhicule équipé, comme visé aux articles 13 et 17.

- La fonction SMUR doit apporter la preuve du recyclage permanent de son personnel médical et infirmier conformément aux modalités définies par le Ministre.

- La fonction SMUR doit participer activement à la formation des secouristes-ambulanciers, visée à l'article 6 bis de la Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.

1.2.20. Fonction hospitalisation chirurgicale de jour (A.R. du 25 novembre 1997)

- Dispose d'un effectif propre à distinguer au sein de l'effectif de l'hôpital.
- Permanence d'au moins un infirmier gradué durant les heures d'ouverture.
- Lorsque la fonction admet plus de 800 patients par an, l'infirmier visé ci-dessus doit être attaché exclusivement et à temps plein à la fonction. La fonction doit disposer par tranche entamée de 800 patients d'un infirmier gradué complémentaire pouvant être utilisé en fonction de l'occupation réelle.
- Evaluation qualitative interne et externe de l'activité infirmière. Rapport annuel sur la qualité de l'activité infirmière.
- La fonction doit disposer d'un membre de personnel administratif durant les heures d'ouverture.
- Pour le quartier opératoire et la salle de réveil :

  * Pendant les heures d'ouverture de la fonction hospitalisation chirurgicale de jour », le quartier opératoire doit disposer en permanence de 2 infirmier(e)s gradué(e)s pour l'exercice des activités de cette fonction. Ces infirmier(e)s gradué(e)s sont attaché(e)s exclusivement à la salle d'opération si la fonction effectue plus de 800 interventions par an.
    - Si le quartier opératoire effectue plus de 1500 interventions par an, il doit disposer d'un infirmier supplémentaire par tranche de 750 interventions.
    - Le financement est effectué sur base de forfait par l'INAMI.

1.2.21. Service de dialyse (A.R. du 27 novembre 1996)

- Nombre d'infirmiers et de techniciens en rapport avec le nombre de dialyses effectuées annuellement dans le service.
- 1 ETP par 500 dialyses (y compris l'infirmier en chef)
- Au moins la moitié du personnel infirmier appartient à la catégorie des infirmiers gradués ou est titulaire de la qualification professionnelle particulière en hémodialyse ou encore, si cette qualification particulière n'est soumise à aucune ratification spécifique, possède un expérience particulière en ce qui concerne les techniques de dialyse.

Tableau annexe 1.3.1.1.6. Evolution du personnel infirmier et soignant à l'hôpital selon les régions, ETP : 1991-1999

Années	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Belgique	Communauté française
1991	30457	16473	7827	54757	22969
1992	30916	16828	7957	55701	23432
1993	31672	16924	8001	56596	23564
1994	31161	16904	8100	56165	23627
1995	31273	17243	8323	56840	24152
1996	31806	17003	8296	57104	23888
1997	32178	17376	8355	57909	24311
1998	33153	18663	8321	60136	25569
1999	33815	19162	8565	61542	26271

Source MSP : Administration des soins de santé - Comptabilité et Gestion des Hôpitaux
Calculs SESA/UCL

Tableau Annexe 1.3.2.2. Evolution du personnel de soins (en ETP) en MRPA et MRS, selon la catégorie et la région : 1993-1999

	Praticiens de l'art infirmier	Soignants	Kine/ergo/logo	Paramédicaux
1993				
Belgique	9.594	15.323	Voir Paraméd.	1.169
Région flamande	5.832	8.194	Voir Paraméd.	712
Région wallonne	2.761	5.356	Voir Paraméd.	303
Région bruxelloise	1.001	1.773	Voir Paraméd.	154
CFGB	3.592	6.828	Voir Paraméd	431
1994				
Belgique	10.395	15.816	Voir Paraméd.	1.294
Région flamande	6.337	8.419	Voir Paraméd.	762
Région wallonne	2.997	5.533	Voir Paraméd.	348
Région bruxelloise	1.061	1.864	Voir Paraméd.	184
CFGB	3.878	7.080		501
1995				
Belgique	10.971	16.218	Voir Paraméd.	1.356
Région flamande	6.652	8.723	Voir Paraméd.	798
Région wallonne	3.212	5.671	Voir Paraméd.	380
Région bruxelloise	1.107	1.824	Voir Paraméd.	178
CFGB	4.131	7.185		528
1996			**Kinésithérapeutes**	**Personnel rééducation**
Belgique	11.051	16.313	1.301	293
Région flamande	6.638	8.802	741	181
Région wallonne	3.279	5.687	374	79
Région bruxelloise	1.134	1.824	186	33
CFGB	4.220	7.201	528	106
1997				
Belgique	11.634	16.366	1.367	313
Région flamande	6.992	8.998	787	187
Région wallonne	3.456	5.565	388	88
Région bruxelloise	1.186	1.803	192	38
CFGB	4.440	7.061	547	120
1998				
Belgique	11.933	16.620	1.539	305
Région flamande	7.236	9.096	888	174
Région wallonne	3.528	5.712	452	93
Région bruxelloise	1.169	1.812	199	38
CFGB	4.498	7.216	617	125
1999				
Belgique	12.479	17.318	1.764	326
Région flamande	7.526	9.462	1.030	203
Région wallonne	3.736	5.987	520	94
Région bruxelloise	1.217	1.869	214	29
CFGB	4.746	7.538	698	118

Source : INAMI in Info Santé

Tableau Annexe 2.5.7.1. Formations donnant lieu à une reconnaissance comme personnel soignant [1]

Enseignement secondaire de plein exercice

FORMATION	ORGANISEE PAR	NIVEAU	QUALIFICATION	PREREQUIS
Auxiliaire familiale et sanitaire	Ens. Sec. Professionnel Plein exercice	3ème degré professionnel (5ème et 6ème année) Plus ou moins 500 P de stage (variable selon le réseau)	Certificat (CQ6) ▪ Reconnu dans l'exercice de la profession d'aide familiale dans les services d'aide aux familles et personnes âgées ▪ **Reconnu comme personnel soignant en MR** ▪ AM 30 mars 1993	Terminer avec fruit une 4ème année de l'enseignement secondaire ou équivalence AR du 29 juin 1984
Puéricultrice	Ens. Sec. Professionnel Plein exercice	3ème degré professionnel (5ème, 6ème et 7ème année), le CQ7 obtenu à l'issue de la 7ème professionnelle est <u>obligatoirement</u> lié au certificat d'enseignement secondaire supérieur homologué 1000 P de stage dont 400 obligatoires en 7ème année L'accès direct à la 7ème prof. B « Puéricultrice » est également autorisé aux titulaires du certificat d'enseignement secondaire supérieur homologué Aspirant en nursing (3ème degré T. Qual.)	▪ Certificat de qualification de 7ème prof. B (CQ7 + CESS) ▪ Reconnu comme personnel qualifié dans les milieux d'accueil de la petite enfance ▪ Reconnu comme éducatrice classe 2A pour les enfants de 0 à 6 ans ▪ **Reconnu comme personnel soignant en MR** AM 30 mars 1993	Terminer avec fruit une 4ème année de l'enseignement secondaire ou équivalence AR du 29 juin 1984

[1] L'Administration Générale de l'Enseignement et de la Recherche Scientifique (Ministère de la Communauté française) publie sur son site Internet les profils de formation, adoptés par la Commission communautaire des professions et des qualifications (p.ex. Auxiliaire familial/auxiliaire familial et sanitaire) ainsi que des profils de qualification (p.ex. puéricultrice et aide aux personnes)

Tableau Annexe 2.5.7.1. (Suite) Formations donnant lieu à une reconnaissance comme personnel soignant [2]

Aspirant en nursing	Plein exercice	3ème degré Technique de qualification 560 P de stage	CESS Reconnu comme personnel qualifié dans les milieux de la petite enfance, auprès d'enfants de plus de 18 mois **Reconnu comme personnel soignant en MR** AM 30 mars 1993	Terminer avec fruit une 4ème année de l'enseignement secondaire ou équivalence AR du 29 juin 1984
Agent d'éducation	Plein exercice	3ème degré technique de qualification Stage variable selon réseau d'enseignement	CESS + CQ6 **Reconnu comme personnel soignant en MR** AM 30 mars 1993	Terminer avec fruit une 4ème année de l'enseignement secondaire ou équivalence AR du 29 juin 1984
Infirmier hospitalier	Plein exercice	4ème degré professionnel réussite de la 1ère année	Attestation de réussite **Reconnu comme personnel soignant en MR** AM 30 mars 1993	Terminer avec fruit une 6ème année de l'enseignement secondaire ou équivalence AR du 29 juin 1984

Enseignement spécial

Aide polyvalente en collectivité	Plein exercice Enseignement spécial	5éme année enseignement spécial - forme 3	Certificat **Reconnu comme personnel soignant en MR -** AM 30 mars 1993	Terminer avec fruit la 6ème année de l'enseignement spécial forme 3

Enseignement de promotion sociale

Auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivité	Ens. Sup. de promotion sociale	1 560 périodes dont 600 P de stage	Certificat correspondant au CQ6 d'auxiliaire familiale et sanitaire **Reconnu comme personnel soignant en MR -** AM 30 mars 1993	CESI ou épreuve d'admission

[2] L'Administration Générale de l'Enseignement et de la Recherche Scientifique (Ministère de la Communauté française) publie sur son site Internet les profils de formation, adoptés par la Commission communautaire des professions et des qualifications (p.ex. Auxiliaire familial/auxiliaire familial et sanitaire) ainsi que des profils de qualification (p.ex. puéricultrice et aide aux personnes)

Autres agents de formation donnés à titre d'exemple (non exhaustif)

Aide familiale	Centre de service d'aide aux familles et aux personnes âgées (RW) + COCOF[3]	1070 périodes dont 570 P de stage	Attestation de capacité d'exercice de la fonction d'aide familiale	> 18 ans
Aide sanitaire en collectivité d'hébergement pour personnes âgées	COBEFF (Coordination Bruxelloise pour l'emploi des femmes peu qualifiées)	5 mois 400 h de formation dont 160 h de stage	Assimilé au personnel soignant en MR-MRS en Région bruxelloise	>18 ans Maîtrise du français parlé
Auxiliaire gériatrique	FOREM (Liège) partenariat AID ASBL dépend du MOC	9 mois	Certificat (reconnu AM 30 mars 1993)	

Source : Auquier Thérèse, Coordinatrice de l'Enseignement Secondaire Complémentaire, Fédération de l'Enseignement Secondaire Catholique

[3] Le 27 mai 1999, paraît le Décret relatif à l'agrément et au subventionnement des centres de formations d'aides familiaux, établi par l'Assemblée de la Commission communautaire française (publication au MB le 18.06.99). Ce décret précise que le centre doit avoir son siège social sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale et appartenir exclusivement à la Communauté française. Sur base de ce décret, 3 centres de formation d'aides familiaux sont agréés: CEFOR, Vivre Chez Soi, et le Centre de Formation de Services et d'Aide à Domicile

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., CATTAERT 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., CATTAERT 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., CATTAERT G. & COUDRON V. (2002), *Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. Deel 5. Synthese voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap 1995-2020,* HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

PACOLET J., VAN DE PUTTE I., MARCHAL A., CATTAERT 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. Synthese 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