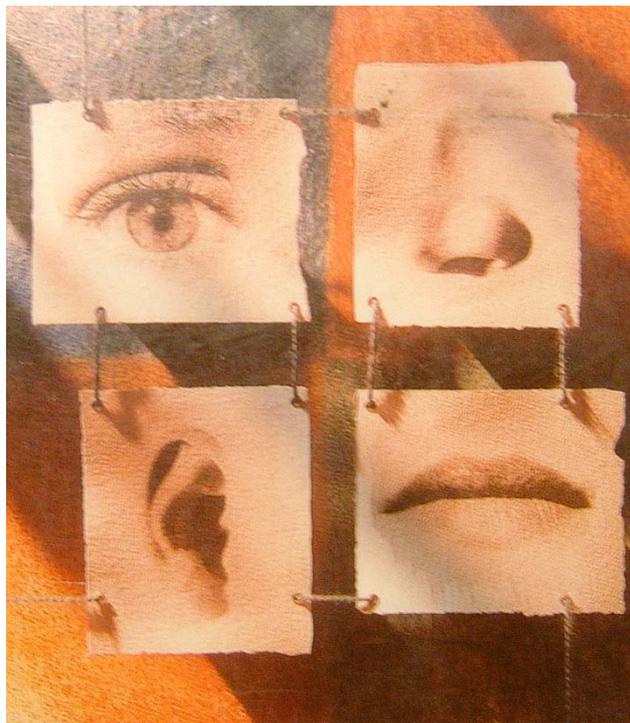


Ecole d'Enseignement et de Promotion sociale de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Cadre en soins de santé.

La profession d'un personnel invisible en Belgique et en France



Présenté par : Napiorkowska Joanna
En vue de l'obtention du diplôme
de cadre en soins de santé

Année scolaire : 2008-2009

Préface avant-propos

La dernière étape de notre parcours à l'Institut d'Enseignement de Promotion Sociale de la Communauté Française est l'élaboration d'un travail de fin d'étude. La rédaction de ce travail ne peut se faire sans l'aide des nombreuses personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de cet ambitieux projet. Il est difficile de trouver les mots justes afin de les remercier de leur précieuse aide.

Tout d'abord, je tiens à adresser mes remerciements à deux professeurs : Mr Vantomme et Mr Florin qui m'ont préparée pendant trois ans à la réalisation de cette recherche.

Mes remerciements vont également aux nombreuses personnes dont j'ai croisé la route et que, chacune à leur façon, m'ont aidée à devenir cadre notamment mes beaux frères et belles-sœurs.

Enfin, mes pensées s'envolent vers ma famille, mes amis et collègues. Plus spécialement à mon époux, qui m'a soutenu et bien sûr mes deux enfants supportant les moments de doutes. Leurs encouragements m'ont permis d'accomplir cette recherche.

Table des matières

<u>I. INTRODUCTION GÉNÉRALE</u>	1
<u>II. L'AIDE- SOIGNANT</u>	8
<u>III. LE MODELE DE LA PROFESSION</u>	13
<u>IV. L'APLICATION DU MODELE DE LA PROFESSION</u>	
<u>A L'AIDE-SOIGNANT</u>	17
1. La profession = Déclaration	18
1. a. Les origines de la profession soignant.....	18
1. b. La création de la profession soignant.....	21
1. c. Le choix de la profession aide-soignant.....	25
2. La profession = Emploi	27
2. a. L'emploi des hommes et des femmes.....	27
2. b. La profession de santé non médicale importante.....	30
2. b.1. La situation en France	
2. b.2. La population d'aides-soignants difficilement estimable en Belgique	
2. c. La féminisation de la profession.....	43
2. d. La durée du travail de l'aide-soignant.....	47
2. e. Le salaire de l'aide-soignant.....	49
3. La profession=Métier	55
3. a. La formation en France et en Belgique.....	56
3. b. Le métier.....	70
3. b.1.Le métier en France	
3. b.2.Le métier en Belgique	
4. La profession = Fonction	81
4. a. La position professionnelle des aides-soignants à l'hôpital.....	81
4. b. La place des organisations professionnelles d'un personnel invisible.....	88
<u>V. CONCLUSIONS</u>	93
1. Les conclusions générales	94
2. Les perspectives	98
<u>VI. ANNEXES</u>	
<u>VII. BIBLIOGRAPHIE</u>	

I. INTRODUCTION GÉNÉRALE

« Pour celui qui porte des lunettes – objet qui pourtant, selon la distance, lui est proche au point de lui tomber sur le nez, – cet outil est, au sein du monde ambiant, plus éloigné de lui que le tableau accroché au mur opposé. La proximité de cet objet est si grande qu'à l'ordinaire, il passe inaperçu. »¹

A dix-huit ans, nous avons entamé des études dans le but de devenir infirmière. Grâce à l'obtention du diplôme, nous avons pu exercer notre métier en milieu hospitalier durant des années. Dans ce lieu, nous avons pu rencontrer et croiser d'autres professions. Néanmoins, certaines personnes sont particulièrement proches de notre activité et nous aident dans la prise en charge de la personne malade. Les aides-soignants travaillent avec les infirmières, les médecins, les kinésithérapeutes, les paramédicaux, les éducateurs, ... pour dispenser les soins. Ensemble, nous faisons partie de l'équipe pluridisciplinaire pour répondre aux besoins des patients, des personnes âgées. Dans les maisons de repos, à domicile ou à l'hôpital, les aides-soignants assistent les infirmières dans l'exécution d'une série de tâches grâce à leurs sens bien développés comme nous pouvons apercevoir sur la couverture².

Le fait d'avoir des origines étrangères a influencé notre choix de découvrir une profession différente mais proche de la nôtre. Les questions à propos des aides-soignants sont rapidement établies : Qui sont-ils ? Quelle est leur identité ? Quelle est leur formation ? Quelle fonction ont-ils ? Quelle est leur place dans la structure de soin ?

De plus, nous sommes étonnés de l'importance de leur activité vu le nombre de personnes qui travaillent dans cette profession. En France, selon l'INSEE³, les aides-soignants font partie des groupes les plus nombreux parmi les métiers de la santé : en 1995 ils sont plus de 200 000 effectuant leur travail en milieu hospitalier comme lieu principal d'activité.

¹ HEIDEGGER cité par Chenu, 1977, p. 111, cité par Dubar C., Tripier P « *Sociologie des professions* », Paris, Colin A. 1998, p 139.

² Photo reprise d'une œuvre d'art réalisé par un étudiant des beaux-arts de Mouscron.

³ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

Malgré leur nombre non négligeable, les aides-soignants font partie « *d'un personnel invisible* »⁴ comme la sociologue Arborio les nomme judicieusement dans son livre. Cet extrait semble être à la fois en contradiction et en complémentarité avec la citation de Heidegger car « *la proximité de cet objet est si grande qu'à l'ordinaire, il passe inaperçu* ». Nous travaillons avec les aides-soignants et nous connaissons peu leur identité. Leur nombre approche celui des infirmières et est en évolution constante. Les aides-soignants sont des individus « *qui par leur nature, leur taille, leur éloignement, échappent à la vue* »⁵ surtout en Belgique. Pourtant, ils occupent une place non négligeable dans le recueil de renseignements sur le patient, du fait du temps passé auprès de ceux-ci pour les soins quotidiens et ainsi apportent une aide efficace à des infirmières responsables de prise en charge du patient. Il nous semble donc intéressant de cerner les contours de cette catégorie de personnel et de connaître leur identité en milieu hospitalier et leur profession.

Pourquoi à l'hôpital ? Tout d'abord, nous travaillons dans ce milieu depuis des années. Ensuite, c'est un lieu où il y a plusieurs logiques qui se construisent et se développent. Les enjeux économiques dans ce milieu sont considérables, mais ils sont aussi sociaux. Actuellement l'hôpital devient le grand promoteur « *de production du travail de soins* »⁶ où différentes professions exercent leur métier. L'activité à l'hôpital s'effectue sur des êtres humains qui sont pris en charge par des professionnels distincts. Leur travail prend des formes différentes et plus ou moins valorisantes selon les niveaux de formation. Le milieu hospitalier offre d'une part : un travail dans ses aspects les plus techniques et innovateurs qui valorise, motive, suscite des vocations comme la profession médicale, de l'autre il demande aussi un besoin en personnel moins qualifié et une organisation de travail en conséquence.

Nous, le personnel infirmier de l'hôpital et le cadre devons aussi nous adapter, connaître les nouvelles techniques, travailler plus, vite, mieux et produire des soins de qualité à moindre coût par une organisation efficace. Cependant, la profession d'infirmière présente déjà une lourdeur physique et psychologique de charge du travail avec des moyens très limités. Nous connaissons un manque d'effectif et une absence de reconnaissance professionnelle et sociale, ceci est décrit par de nombreux articles et évoqué par les organisations professionnelles. Pour nous assister et répondre aux manquements du personnel pour les activités de la vie quotidienne, l'Etat belge a prévu des aides financières et humaines : les soignants. Pendant des

⁴ Arborio A. « *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital* » Paris, Athropos, 2001, p 1.

⁵ « *Le petit Larousse illustré* », Paris, Larousse, 2003, p 559.

⁶ Adam P., Herzlich C., « *Sociologie de la maladie et de la médecine* », Nathan, 1994, p 99.

années, leur statut était imprécis légalement ce qui a abouti à une multitude de formations avec des diplômes divers. Les soignants travaillent sous notre responsabilité sans comprendre leur identité, leurs difficultés, leurs fonctions, ce qui engendrent des ambiguïtés au sein des équipes soignantes. Nous avons travaillé avec l'aide-familiale, l'auxiliaire familiale et sanitaire, la puéricultrice, ASH⁷, 54 bis⁸ et..... . Ce personnel était nombreux. Selon une étude⁹, il représentait 11 467 soignants équivalent temps plein en 1997 dans les hôpitaux belges. Par contre, ils s'exprimaient peu sur leur métier. Ils prennent peu la parole dans les institutions, dans les médias pour témoigner de leur métier. Cependant en termes d'emploi selon les données de l'INAMI¹⁰, les soignants représentaient 44.189¹¹ postes de travail à domicile en 2002, dans les maisons de repos et en milieu hospitalier.

De plus, la pratique du terrain démontre que l'aide-soignant exécutait des actes infirmiers, en toute illégalité et en infraction avec la loi sur l'art infirmier et l'aide-soignant. L'absence de répartition claire des tâches a parfois généré de l'insatisfaction chez le personnel tant infirmier, qu'aide-soignant. Malgré la monographie de l'aide-soignant parue au moniteur belge le 1 septembre 2001 et qui précise la fonction du personnel soignant, le rapport de subordination entre ceux-ci et les infirmières s'avère souvent confus et compliqué.

En tant qu'infirmières en chef, nous sommes tenues de suivre l'arrêté royal du 13 juillet 2006, portant sur la fonction d'infirmière en chef. Cette loi évoque en partie que :

Art 6, & 1 « *l'infirmier en chef est responsable de l'organisation, de la coordination, du contrôle et de l'évaluation de l'activité infirmier au sein de son équipe* ».

Il est chargé en particulier aussi de:

« *La gestion du cadre personnel ainsi que de l'utilisation adéquate du personnel par la répartition du travail, la planification horaire et l'organisation des congés, de la gestion des*

⁷ Assistante en Soins Hospitaliers peut effectuer les prestations techniques des soins infirmiers sous le contrôle direct d'une infirmière graduée ou brevetée (M.B. 13/9/1990).

⁸ Aide-soignant 54 Bis : peut effectuer après accord de la Commission médicale du Hainaut des actes infirmiers sous la surveillance finale du Chef d'Unité.

⁹ Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M., Draelants H., « *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 soignant* », Bruxelles, 2003, p 90.

¹⁰ Institut National d'Assurance Maladie Invalidité.

¹¹ Ibidem, point 9, p 82.

membres de son équipe en vue de créer une ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective »¹².

Pour mieux répondre aux normes légales, l'infirmier en chef est responsable de l'application de ces règles par l'organisation réfléchie du travail dans le service. Pour y arriver la connaissance des lois sur son personnel s'impose, mais aussi par la recherche sur la profession. La législation concernant les infirmières que nous avons acquise et développée pendant la formation de base et en continu par des revues et des congrès. Par contre, les lois sur l'aide-soignant étaient souvent peu exploitées. Nous pouvons expliquer cette situation par le fait que jusqu'à la loi du 10 août 2001, l'aide-soignant n'avait fait l'objet d'aucune définition légale. En 1974, 75% d'une équipe de soins était du personnel « *non qualifié* » au terme d'une loi effectuant les actes infirmiers. Toutefois, leur existence était reconnue par l'article 19 de la loi du 20/12/1974 portant sur l'article 54 bis. Souvent, ce personnel ne suivait aucune formation mais par une présence d'au moins trois ans dans un même établissement de soins, il a su se faire reconnaître par la commission médicale et effectuer la même activité que l'infirmière. L'arrêté royal n° 78 de la loi sur les hôpitaux coordonné le 7/08/1987 précisait la formation des aides-soignants, la définition et les conditions d'exercer ses activités. La loi du 1/09/2001 déterminait enfin la liste des actes et des soins de base prodigués au patient. Cependant, il fallu attendre deux arrêtés royaux parus le 12/1/2006 portant sur les modalités d'enregistrement d'aide-soignant et sur les activités infirmières effectuées par l'aide-soignant et les conditions apportent plus d'éclaircissement dans cette profession. Cette réglementation nous paraît très importante et bien venue pour assurer la qualité des soins à prodiguer aux patients par un personnel qualifié, mais aussi pour obtenir la reconnaissance du métier et l'identité de l'aide-soignant en Belgique. En raison de cette loi récente, des changements organisationnels, humains, économiques et aussi la formation sont en train de se développer et de se préciser. La période transitoire pour les responsables et les infirmiers en chef des maisons de repos, à domicile et à l'hôpital amène et induit de nouvelles façons d'organiser les soins sur le terrain et le changement des mentalités. En France, cette étape est déjà franchie depuis 1949 ; année de la création du grade d'aide-soignant dans les hôpitaux publics. Leur fonction à travers des années a constamment évolué. Pour cette raison, nous proposons de découvrir l'aide-soignant en France et de le comparer avec la Belgique.

¹² Moniteur Belge, *Arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17 bis de la loi sur les hôpitaux, coordonné le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef*, p 42547.

La connaissance des textes légaux sur le statut d'aide-soignant et leurs actes nous semblent importants pour les infirmières et les cadres. Ils fournissent un cadre légal de fonctionnement pour un groupe professionnel. Cependant, se limiter à l'aspect législatif de l'aide soignant nous paraît fort réducteur pour connaître leur fonction au sein de l'équipe. Les origines de ce métier permettent de mieux comprendre le rôle des aides-soignants. L'hôpital, est un lieu où exercent différentes professions, et il nous paraît judicieux de distinguer la position d'aide-soignant dans cette structure. Vu le nombre non négligeable des aides-soignants, nous essayerons d'évoquer aussi leur impact au niveau de la société. Ainsi, l'ensemble de ces éléments nous permettra de connaître la profession d'aide-soignant et de comprendre leur fonctionnement au sein d'une équipe.

Notre recherche sur cette profession se déroula tout d'abord par une approche sur l'aide-soignant en évoquant la définition et sa considération légale. Ces deux notions sont importantes mais insuffisantes comme nous l'avons déjà remarqué pour appréhender cette profession. Pour nous aider dans notre démarche, nous nous sommes orientés vers les modèles approfondissant la notion de la profession. Il existe différents modèles dans les livres de sociologie. Nous en avons choisi un qui nous semble le mieux répondre à notre étude et qui rend les aides-soignants plus visibles. Ce concept sera présenté, développé et adapté à l'aide-soignant, mais il pourra aussi être appliqué à n'importe quelle profession. Sa structure simple ouvrant la porte aux dimensions inattendues nous permettra de façon rigoureuse de découvrir cette profession. L'interposition du modèle de la profession à l'aide-soignant nous amène vers la partie opérationnelle. Elle nous permettra de parcourir et de comparer deux pays : la France et la Belgique si proche au point vue géographique et si différents dans l'évolution de la profession d'aide-soignant.

Les limites de la recherche

Notre étude sur la profession d'aide-soignant a démontré certaines limites. La première porte sur la nature même de la recherche. La méthode sociologique nous a permis de découvrir largement la notion de la profession. En exploitant la législation des pays, les livres, les résultats d'enquête effectuées par les instituts de statistiques ou par les chercheurs, nous a permis de connaître et de comprendre la profession. Mais, l'analyse de données reste subjective concernant la Belgique, car elle ne dispose pas de données fiables concernant les aides-soignants leur statut étant longtemps resté inconnu et imprécis, d'où un problème d'efficacité et d'objectivité par rapport aux résultats et à leur interprétation.

La deuxième limite, concerne les outils d'accueil et de recueil des données. Le manque de temps nous a empêchés de poursuivre notre analyse sur la profession en partageant son existence au quotidien avec des aides-soignants. Les documents personnels des aides-soignants ne peuvent apporter que davantage de renseignements sur la profession et valider notre recherche. De plus, par notre présence sur le terrain, nous voulons découvrir si la législation concernant les aides-soignants de chaque pays est respectée, car nous émettons des doutes par rapport à la Belgique où la confusion des rôles entre les aides-soignants et les infirmières sur le terrain persiste encore malgré la monographie des aides-soignants et la liste des actes qui leurs sont autorisés. La législation étant récente, l'organisation des soins et les mentalités ont peu changé. Or, en France, nous avons pu percevoir une distinction entre le rôle des infirmières et les aides-soignants dans l'organisation des soins. Notre objectif serait de voir que ce système de soins français offre des avantages à la fois pour le patient, pour les aides-soignants, pour les infirmières et les autres professions. Ensuite de comparer ce système avec celui de la Belgique qui, malgré les apparences, présente aussi des avantages. Pour les cadres et les institutions responsables de l'organisation des soins et de la gestion du personnel, cette analyse présentera un volet important dans le management des unités de soins et du personnel, mais aussi dans les projets des institutions. En parallèle, nous pourrions découvrir comment les aides-soignants considèrent leur profession dans deux pays éloignés seulement de quelques kilomètres.

II. L'AIDE-SOIGNANT

La prise en charge d'un patient est un travail d'équipe et non le fait d'une personne isolée. Chacun a son rôle dans la chaîne des soins et chaque partie est indispensable. Pour y arriver, une meilleure connaissance de l'identité, de la fonction, des compétences spécifiques de la profession de l'aide-soignant s'impose. Nous allons tout d'abord essayer de comprendre la profession et l'identité des aides-soignants, car elle « *est le caractère fondamental de quelqu'un, d'un groupe qui fait son individualité, sa singularité, qui se différencie des autres et permet qu'il se reconnaisse comme tel* »,¹³ Notamment aujourd'hui, l'homme a besoin de savoir, ce qu'il est et où il va. Surtout que cette catégorie de personnel travaille à coté de nous pour dispenser les soins dans la même institution, le même service, la même chambre et sur le même patient.

Nous remarquons que la législation du pays impose des règles qui délimitent les groupes sociaux en déterminant leur définition, leur statut, la liste des actes effectués qui paraît indispensable dans le fonctionnement d'une société. En Belgique, il a fallu des années pour que la législation précise le statut d'aide-soignant et brise les confusions concernant cette profession. Depuis trop longtemps, le droit belge était imprécis et absent, donnant naissance à des confusions du rôle de l'aide-soignant dans l'équipe de soins, et une multitude de formations aboutissant à différents titres, sans pour autant connaître leur réel statut et leurs responsabilités.

Dans notre pays, il aura fallu la parution de trois lois pour définir le statut de l'aide-soignant. En premier lieu, la loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963 coordonnée le 7 août, prévoit pour l'agrément des hôpitaux que, pour chaque type de service, des normes soient établies fixant la condition minimale 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 d'une profession paramédicale visée à l'article 22 de l'Arrêté Royal n° 78, mais qui assistent le personnel infirmier lors de l'administration des soins aux patients »*¹⁴.

¹³ Vantome P. « *Affirmation de soi et Gestion des émotions* » Ecole de Cadre et Santé ,2003-2004, p 2.

¹⁴ La loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7/08/1987 section 7, art.8, 7^e al, ajout de la loi programme du 29/12/1990.

La seconde législation sur la monographie de l'aide-soignant¹⁵ a permis d'apporter une reconnaissance légale pour l'aide-soignant mais aussi, elle va donner la possibilité pour l'infirmière de déléguer, selon certaines conditions, certaines activités infirmières à l'aide-soignant comme c'est le cas en France. Grâce à cette loi que nous allons développer, la délégation se fera dorénavant dans un cadre légal, tant en ce qui concerne la nature des tâches que le mode de délégation.

Cette loi définit l'aide-soignant comme « *une personne spécifiquement formée pour assister 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* ».

Ensuite, « *L'aide-soignant se voit confier une série de tâches infirmières dans le contexte d'acte de la vie quotidienne et en dehors de ce contexte. Il s'agit plus précisément de soins de base prodigués au patient dont l'état général est stable (déterminés par l'infirmière)* »¹⁶

Les conditions d'exécution des actes sont bien précises :

Tout d'abord, l'arrêté fixe la liste des activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants. Celles-ci sont accomplies par l'aide-soignant à condition que l'infirmière les lui ait déléguées. Les gestes posés par l'aide-soignant relèvent bien évidemment de la compétence de l'infirmière. Par contre, il existe d'autres actes qui peuvent être effectués d'une façon autonome. La loi belge émet aussi les conditions dans lesquelles les actes peuvent être posés par les aides-soignants. Le travail d'aide-soignant doit être effectué au sein d'une équipe structurée, ce qui signifie que l'infirmière contrôle les activités des aides-soignants et garanti la continuité et la qualité des soins. Il donne lieu, lors d'une concertation commune au sujet des patients, à une évaluation, un plan de soins. L'aide-soignant doit bénéficier d'une formation permanente d'au moins 8 heures par an.

Ajoutons que l'aide-soignant doit faire rapport le jour même à l'infirmier. Il veillera que les soins et l'éducation à la santé ainsi que les activités logistiques qui lui sont délégués soient réalisés d'une manière correcte. Cependant, la présence physique d'un infirmier lors de l'exercice d'une activité n'est pas requise mais ce dernier doit être présent dans l'établissement et disponible pour donner les informations et le support à l'aide-soignant dans les plus brefs délais.

¹⁵ Moniteur Belge paru le 1/09/2001.

¹⁶ Ibidem

La dernière législation comprise dans les deux arrêtés royaux relatifs aux aides-soignants du 12 janvier 2006, a été publiée le 3 février de la même année. L'un traite de l'enregistrement comme aide-soignant, l'autre décrit les actes infirmiers qu'ils peuvent poser. L'arrêté royal portant sur l'enregistrement de l'aide-soignant permet à toute une série de personnes sur base de qualifications acquises, soit sur base d'expérience acquise ou sur les deux d'un enregistrement définitif. Cette loi prévoit également des mesures transitoires et donc d'un enregistrement provisoire permettant la possibilité de conversion du statut vers un enregistrement définitif. Les modalités et le contenu de cet enregistrement seront évoqués plus loin dans notre travail. Nous sommes contentes de l'apparition de cette loi qui, enfin, décrit clairement et reconnaît comme telle la fonction d'aide-soignant. Elle permet d'évoquer les responsabilités en leur donnant le numéro visa comme c'était déjà le cas pour les infirmières et les aides-soignants en France.

Pour mieux comprendre l'aboutissement de cette loi, nous avons choisi d'analyser la situation en France et ce, pour diverses raisons. D'abord, dans ce pays, les aides-soignants utilisent la même langue que nous et de plus, cette nation se situe à quelque pas de chez nous. La France a établi le grade d'aide-soignant déjà en 1949. Elle a créé ensuite le CAFAS¹⁷ en 1956 correspondant à une formation de 10 mois dont 40 heures de cours théoriques. En 1960, il est obligatoire pour exercer la profession d'aide-soignant. Au mois de janvier 1996, paraît une circulaire relative aux rôles et missions de l'aide-soignant. Le 12 août 1996, un décret abolit le CAFAS pour le Diplôme Professionnel des Aides-soignants (D.P.A.S).

Ainsi, l'Etat français définit l'aide-soignant comme suit :

« L'aide soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie »¹⁸.

Le rôle et les missions de l'aide-soignant seront développés plus loin dans notre travail.

¹⁷ Certificat d'aptitude à la fonction d'aide-soignant.

¹⁸ Articles 3 et 5 du décret n° 2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Toutefois, un groupe social d'aide-soignant ne se restreint pas aux quelques arrêtés royaux. Sans cette identification, l'aide-soignant ne peut pas exister en tant que tel mais il subsiste d'autres aspects de cette profession plus larges à distinguer. La profession ne se limite pas qu'au métier proprement dit comme nous pouvons le penser. Elle représente plusieurs dimensions aussi importantes à mettre en évidence comme la déclaration de la profession à travers ses origines, l'emploi des aides-soignants, le métier avec la formation de base et le travail effectué. La dernière, moins connue, est la fonction d'ensemble des individus de la même profession à l'hôpital et leurs moyens de se défendre, de faire valoir leurs droits et de promouvoir leur profession à travers différents moyens. Nous voudrions découvrir ces aspects et les comparer ensuite entre les deux pays.

III. LE MODELE DE LA PROFESSION

Le terme lui-même de la profession provient du latin *professio*, -onis qui signifie la déclaration. En français, il est utilisé tout d'abord dans le domaine religieux comme la profession de foi des moines pour affirmer publiquement sa foi religieuse. Ensuite, beaucoup plus tard dans les pays anglo-saxons où la législation distingue les professions et les occupations. En Angleterre, le mot « profession » signifie que les membres détiennent des droits bien spécifiques comme : ils peuvent s'associer à une organisation autonome et reconnue, empêcher d'exercer des activités aux non-affiliés et poursuivre les formations à la différence des occupations où les membres peuvent seulement se syndiquer. A l'époque, dans la sociologie française, il n'existe aucun terme qui corresponde vraiment au terme anglais « profession ».

La définition du terme « profession » en France, comporte selon le dictionnaire Larousse un « *ensemble de personnes qui exercent le même métier : réunion de leurs intérêts communs, qui exercent une activité régulière pour gagner sa vie* »¹⁹. Dans cette définition, nous constatons que la profession indique et se limite à l'ensemble des personnes qui ont le même « métier ». En plus, elle permet d'avoir une activité rémunérée grâce à laquelle la personne peut vivre. Cependant, cette description nous paraît assez simple et peu riche pour retracer la profession d'aide-soignant. En poursuivant notre recherche, nous avons relevé l'existence de différents modèles présentés par les sociologues pour définir plus profondément la profession. Au départ, la conception écrite aux Etats-Unis, dans un article de Flexner (1915) cité par Cogan (1953) nous a semblé intéressante à développer. La présentation des six traits qui seraient communs à toutes les professions correspondait, à priori, à notre recherche. Ce modèle américain explique que :

1. *Les professions traitent d'opérations intellectuelles associées à de grandes responsabilités individuelles.*
2. *Leurs matériaux de base sont tirés de la science et d'un savoir théorique...*
3. *qui comportent des applications pratiques et utiles ...*
4. *et sont transmissibles par un enseignement formalisé.*
5. *Les professions tendent à l'auto-organisation dans des associations ;*
6. *et les membres ont une motivation altruiste.*²⁰

¹⁹ « *Le petit Larousse illustré* », Paris, Larousse, 2003, p 827.

²⁰ Dubar C., Tripiet P., « *Sociologie des professions* », Paris, Colin A.1998, p 3.

La nomination des six parties qui composent la définition du métier permet davantage de comprendre la notion de profession d'aide-soignant comme un groupe social et la rend un peu plus visible.

Cependant, en France la signification du terme « profession » a eu du mal à se préciser. Le terme lui-même possède des significations différentes aux Etats-Unis et en France. Ce modèle parle tout d'abord de « la profession de foi », ensuite « la profession » comme une branche professionnelle par exemple mécanique ou chimie qui ne correspond pas tout à fait à la profession de l'aide-soignant. Le sociologue Flexner explique dans son modèle que le travail social non médical en dehors des médecins et des avocats est considéré comme une « semi-profession » ou « une occupation en voie de professionnalisation »²¹. Seulement, les deux métiers cités réunissent les six traits de la profession avec un savoir pratique, une formation longue et théorique, des associations et de l'altruisme. Nous ne nous sommes pas contentés de cette considération et nous nous sommes orientés vers les travaux des sociologues français.

Depuis 1990, des thèses, des ouvrages, des articles, des colloques sociologiques se sont propagés. Ainsi, les professeurs de sociologie Claude Dubar et Pierre Tripier présentent le terme « profession »,²² au travers de quatre sens = quatre points de vues qui correspondent le mieux à notre recherche.

<p>PROFESSION = DECLARATION Vocation professionnelle (Sens 1)</p>	<p>PROFESSION = EMPLOI Classification professionnelle (Sens 2)</p>
<p>PROFESSION = METIER Spécialisation professionnelle (Sens 3)</p>	<p>PROFESSION = FONCTION Position professionnelle (Sens 4)</p>

²¹ Dubar C., Tripier P., op.cit., p 3.

²² Ibidem, p 4.

Ce modèle nous semble répondre le mieux à notre recherche par sa simplicité de la représentation de la profession, permettant une adaptation rigoureuse à l'aide-soignant. Ce concept facilite aussi la comparaison entre deux pays comme la France et la Belgique. De plus, les quatre éléments de la profession du modèle ouvrent des possibilités de recherche dans différentes dimensions que la référence américaine n'a pas pu mettre en évidence.

Le premier sens parle de la profession comme **une déclaration** où la vocation professionnelle influence le choix de la profession.

Le second est porté sur **l'emploi** permettant à l'individu d'effectuer un travail qui lui permet de vivre grâce à un revenu.

Le troisième sens est plus théorique et parle de la profession comme d'**un métier**.

Le dernier, le plus récent qui fait la différence avec le modèle américain correspond à la profession : **fonction**, qui précise la position professionnelle de l'individu dans son entreprise et l'ensemble des aides-soignants comme un groupe social.

Nous allons développer ces quatre points de vue davantage dans la partie opérationnelle et présenter les sens donnés à la profession sachant qu'ils peuvent correspondre à d'autres professions. Nous allons mettre en évidence des nouvelles significations qui sont apparues suite à l'évolution de la société d'aujourd'hui. Nous pensons qu'à travers l'application du modèle, nous allons découvrir l'identité de l'aide-soignant et rendre plus visible sa profession en France et en Belgique.

IV. APPLICATION DU MODELE DE LA PROFESSION **A L'AIDE-SOIGNANT**

PROFESSION = DECLARATION Vocation professionnelle (Sens 1)	PROFESSION = EMPLOI Classification professionnelle (Sens 2)
PROFESSION = METIER Spécialisation professionnelle (Sens 3)	PROFESSION = FONCTION Position professionnelle (Sens 4)

1. LA PROFESSION = DECLARATION

Vocation professionnelle

1. a. Les origines de la profession soignant.

Nous allons commencer par le premier sens donné de la profession qui est la déclaration. Les auteurs Claude Dubar et Pierre Tripier évoquent que la profession est définie comme « *une action de déclarer hautement ses opinions ou ses croyances* »²³. Mais au départ, la signification d'origine latine « *profession* » présente depuis l'année 1155 dans l'expression « *profession de foi* »²⁴ attribue plutôt un sens religieux d'affirmer publiquement sa foi comme par exemple de prononcer ses vœux chez les Bénédictins. Ensuite, par extension, il évoluera vers : dévoiler ses opinions, ses idées souvent politiqua-idéologiques.

Les mutations du monde, de la société, des cultures et des civilisations sont des facteurs d'amélioration et de développement de la prise en charge des maladies et des malades. L'évolution et les progrès de la médecine ainsi que l'influence de la religion engendrent inévitablement la naissance et la formation de personnel compétent.

²³ Dubar C., Tripier P., op.cit., p 4.

²⁴ Ibidem, p 4.

Déjà, dans l’Egypte ancienne, l’hygiène individuelle, alimentaire, corporelle et sexuelle était bien codifiée et largement répandue. L’hygiène collective contribuait à réduire la mortalité durant les périodes de guerre ou de famine ainsi que pendant l’exécution des grands travaux qui mobilisaient beaucoup d’ouvriers.

Parallèlement, le christianisme apporte une évolution du nursing qui signifie l’origine du mot « *to nurse* »²⁵ en français : nourrir et par extension, reconforter, soulager, protéger. Le nursing est donc « *une activité humaine qui naît d’un sentiment par lequel l’homme est poussé à venir en aide à ses semblables*²⁶ ». Notamment, Paula (347-404), veuve très riche, quitta son travail à l’hôpital de Rome pour la Palestine où elle fonda quatre monastères et bâtit un hôpital pour les pauvres. On disait d’elle « *qu’elle reconfortait les malades et les soignait humblement, les gâtait, elle avait un talent spécial pour arranger les coussins* »²⁷. Dans la même conviction, Fabiola, convertie à la religion par un esclave, vendit tous ses biens et fit de sa propre maison un hôpital pour les pauvres. Ensuite, St. Basile, Evêque de Césarée, en 370 fonda un hôpital. Les monastères se multiplient en Europe hébergeant les malades, les infirmes, les vieillards et les indigents. Plus tard, au Moyen-âge, l’hospitalisation se fait dans les lazarets (destinés à isoler la léproserie), l’Hôtel Dieu (pour les malades, vieillards, voyageurs) et les petites Fondations = donations d’un lieu particulier.

Ce sont les religieuses qui assuraient à la fois les fonctions administratives, soignantes et spirituelles auprès des malades dans les Hôtels Dieu. Leur dévouement religieux, permettait tant d’assurer les « soins » de base décrits dans le règlement de l’hôpital d’Angers au XVII^e siècle. Il s’agissait « *le matin, faire les lits, donner les médecines, faire déjeuner les plus malades et servir les autres ; le soir donner les lavements, vider les pots, raccommo-der un peu les lits, changer de draps à ceux qui seront gâtés* »²⁸. Ce penchant ou aptitude spécial pour ce type de vie nous amène vers la notion de vocation et en même temps vers la profession d’aide-soignant.

Cependant, la précision de la profession est présentée dans « le modèle catholique des corps d’états » cité par deux sociologues Claude Dubar et Pierre Tripier dans leur livre intitulé « *Sociologie des professions comme un serment et une ordination* »²⁹. Il s’agit de la profession de foi des religieux de croire en une seule et Sainte Eglise Catholique qui représente un seul

²⁵ Vermaut P., « Histoire de la profession » Tournai, Institut Jeanne d’Arc, 1982, p 2.

²⁶ Ibidem, p 2.

²⁷ Ibidem, p 2.

²⁸ Arborio A, op.cit., p 21.

corps mystique dont la « *tête est le Christ* ». Le corps est représenté par différents membres qui ont les croyances communes avec des rites et des pratiques identiques et qui représentent de la même manière le monde sacré. Nous pouvons donc dire que les religieux constituent une sorte de profession, car il existe plusieurs organes à l'intérieur du corps ce qui abouti aux nombreuses fonctions qui ne sont pas équivalentes mais hiérarchisées et solidaires comme à présent à l'hôpital.

Les sœurs, en accueillant les veufs et les enfants abandonnés et en échange de la nourriture et de l'hébergement, vont bénéficier d'une aide gratuite et nombreuse. Pour cette raison, les laïcs vont assister de plus en plus aux tâches de nature domestiques. Ils aident les malades dans les besoins d'hygiène et de confort qui sont octroyées actuellement aux aides-soignants.

Parallèlement à l'évolution religieuse, la période du XI jusqu'au XIII siècle donne naissance aux corporations en France. Le « *modèle des corps d'Etat* » si bien résumé par Adalbéron de Laon, début du XI siècle décrit que : « *ici-bas, les uns prient, d'autres combattent, d'autres encore travaillent* »³⁰. C'est ainsi que dans le pays, les uns sont destinés au service de Dieu, les autres à conserver l'état par les armes et d'autres encore à le nourrir et le maintenir par l'exercice de la paix. Nous apercevons l'apparition d'organisations en trois parties avec des professions distantes : la première est destinée à la prière, la seconde à la guerre et la dernière au travail essentiellement agricole ce qui ressemble au fonctionnement de l'hôpital actuellement. Parallèlement, les villes se déploient et nous rencontrons le développement du commerce et de l'artisanat, et ainsi « *les groupements de métiers* ». A Paris, dans le dernier quart du XII siècle à l'école Cathédrale de Notre Dame, des théologiens, des juristes et des prédicateurs, autour de Pierre le Chantre fournissent l'autorité de base : « *le travailleur mérite salaire* ». Cette notion va avoir son importance dans la nécessité d'avoir une profession. L'aspect de vocation religieuse décline face à l'exigence de travailler pour pouvoir exister et être reconnu dans la société d'aujourd'hui. Le privilège d'avoir un métier était réservé seulement aux hommes.

²⁹ Dubar C., Tripier P., op.cit., p 15.

³⁰ Dubar C., Tripier P., op.cit., p 18.

1. b. La création de la profession soignant.

La période du XVIII et XIXème siècle est marquée par le développement de la médecine avec les nombreuses découvertes faites par Mr. Harvey (la circulation du sang), Mr. Malpighi (les vaisseaux capillaires du sang et du rein), Mr Wirsung (le pancréas), Mr De Graaf (maturation d'ovule) , Mr Laennec (inventeur de stéthoscope), Mr Röntgen(les rayons X), Mr Guerin (lie l'infection de la plaie à l'air atmosphérique), Mr Pasteur (la microbiologie). Surtout Mr Semmelweiss a mis en évidence l'hygiène des mains dans la prévention de la fièvre palpébrale en maternité. Cette époque donne naissance aussi à différents progrès sociaux. Mr Pinel lutte contre le traitement cruel infligé aux malades mentaux. Par contre, Mr John Howard réforme les prisons en écoles de réadaptation. Cependant, les conditions d'hygiène sont déplorables avec la croissance d'épidémies, la mortalité infantile s'élève à 99 % dans les hospices. Il devient une nécessité de laïcisation de nombreux ordres soignants. St. Vincent de Paul, hormis le fait qu'il ait réformé les hôpitaux, a créé l'école d'infirmières religieuses au XVII siècle. Il fut le premier à comprendre l'importance de la formation théorique ce qui a permis de développer la profession. Un siècle plus tard, nous retrouvons la liste des tâches attribuées aux infirmières :

« Les devoirs domestiques des infirmières sont d'allumer le matin les feux dans les salles et de les entretenir pendant le jour : de porter et distribuer les portions de vivres, les tisanes et les bouillons aux malades, d'accompagner les médecins et chirurgiens pendant les pansements ; d'enlever après, bandes, compresses et autres saletés ; balayer les salles et entretenir la propreté dans l'hôpital, (...), vider les pots de chambre et les chaises percées ; de sécher et changer le linge des malades ; d'empêcher le bruit et les querelles de tout ce qui pourrait troubler leur sommeil ;(...) de transporter les morts et de les ensevelir ; d'allumer les lampes le soir, de visiter les malades et de veiller continuellement sur eux, de leurs donner tous les secours que leur état exige et de les traiter avec douceur et charité »³¹.

Quelle magnifique, complète et précise description des tâches du personnel soignant ! Mais, nous pouvons apercevoir que, déjà au XVIII siècle existait l'énumération des actes effectués par les infirmières qui sont actuellement délégués en grande partie aux aides-soignants. La reproduction des actes dans sa profondeur a peu changé à travers les siècles. D'un côté, le travail effectué présente en partie un caractère ingrat, de l'autre, il devient indispensable au fonctionnement de l'hôpital. Par contre, la forme des gestes se développe

³¹ Arborio A., op.cit., p 20.

davantage au fil du temps en suivant les progrès de la médecine. Les tâches domestiques sont de plus en plus définies par des normes et les médecins vont s'imposer davantage.

Le recrutement des laïcs se faisait dans les couches sociales les plus défavorisées. Ce qui porte à conséquence d'avoir du personnel sans éducation, utilisant un langage indécent, dans un état d'ivrognerie, le vol de nourriture et d'objets personnels était réel et fréquent. Pour cette raison, les soignants étaient décrits comme « *le dernier échelon des êtres privés de sens moral* », mais aussi « *de serviteur taré et indigne* ».

Par la relation directe avec le patient, l'infirmier se distingue des autres personnes chargées de l'entretien des locaux. A l'époque, cette différence amplifie davantage une mauvaise opinion faite de leur travail. Le rapport rédigé à l'époque dénonce que les soignants « *remplissent auprès des malades le service le plus direct et le plus intime* ». Ce personnel était : « *des femmes âgées, les plus grossières, comme de tout la présomption de l'ignorance, souvent même sujettes à des vices, dont l'ivrognerie était l'un des plus fréquent et le plus dangereux* »³².

Les progrès de la médecine entraînent le développement des principes d'hygiène. La découverte par Louis Pasteur des maladies infectieuses, comme leurs préventions par l'asepsie et leurs prophylaxies par l'immunisation font progresser non pas seulement la chirurgie et la médecine, mais aussi le travail du personnel soignant. Les médecins exigent de former eux-mêmes le personnel dans les hôpitaux. Dans ces établissements, les normes d'hygiène de l'entretien du corps apparaissent, ainsi que la gestion des sécrétions corporelles et le port des vêtements adaptés. Parallèlement, des règles morales vont s'imposer. Il s'agit de la limitation de consommation du tabac, le jeu et l'obligation d'assister aux activités religieuses. A la fin du XIX siècle, la désinfection des locaux, des instruments, des pansements devient indispensable et valable jusqu'à aujourd'hui. Les conditions de travail du personnel changent également, le port d'une tenue spécifique, l'interdiction de porter des bijoux et de se maquiller. La propreté personnelle exigée conditionne la formation du personnel laïque compétent.

La création de la profession soignant trouve ses origines aussi dans la guerre de Crimée de 1854 -1856. Florence Nightingale avec ses 38 nurses à l'hôpital militaire de Scutari développe l'hygiène et l'ordre, l'habileté technique, le sens de la discipline et la haute valeur morale.

³² Arborio A., op.cit., p 21.

Deux ans plus tard, elle ouvre la première l'école d'infirmière de St Thomas avec un programme d'études étalé sur 3 ans, des stages et des diplômes.

En France, l'Assistance Publique organise en 1878, les premiers cours d'infirmière destinés aux personnes laïques. La formation permet d'obtenir le grade de surveillante. Au préalable, les candidats doivent suivre des cours d'école primaire pour une mise à niveau. Le décret de 1922 apporte une précision sur le programme de formation mais aussi sur le titre d'infirmière diplômée de l'Etat Français. A cette époque, il est impossible de différencier le personnel « *servant* » du « *soignant* », résultant d'une pénurie du personnel.

En Belgique, en 1880, César de Paepe propose la création d'une école d'infirmière et infirmière laïque. Mais, il fallut attendre 1887 pour en voir la réalisation, grâce au docteur Docquier et à son épouse qui organisèrent des cours hebdomadaires. En 1922, fut fondée l'école Jeanne d'Arc.

La période entre les deux guerres va apporter de la distinction. Les Hospices Civils de Lyon en 1926 créent un nouveau personnel : l'assistante hospitalière qui correspond au servant en poste, laquelle bénéficie de la formation de 1^{ère} année d'infirmière.

Au cours des siècles, le métier d'aide-soignant apparaît, se développe et se précise parallèlement à celui des infirmières. Le besoin d'avoir un personnel formé devient une nécessité en parallèle avec l'évolution de la médecine. Selon Anne Marie Arborio dans son ouvrage sur les aides-soignants, celle-ci explique la coïncidence des découvertes de Pasteur et la naissance de l'infirmière, moderne, laïque, formée aux ordres du médecin. La découverte de Pasteur, qui insiste sur l'importance de l'hygiène, la propreté et l'asepsie joue un rôle déclenchant dans la formation du personnel et aussi dans l'organisation de soins dans les hôpitaux. Les exigences de la désinfection des locaux, des instruments et des pansements, le port des vêtements distinctifs, la proscription des bijoux et du maquillage avec une propreté personnelle obligatoire ont encore droit de validité de nos jours et entraînent inévitablement le besoin de personnel laïc performant aux découvertes médicales. Pour cette raison, l'Etat français ordonne la création du grade d'aide-soignant au sein de l'hôpital public en 1949.

Ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale que les femmes s'affirment et l'état du pays leur permet l'accès à l'enseignement. Grâce à l'éducation et à la formation, de nombreuses femmes trouvent un emploi dans les diverses professions permettant de toucher un

salaire. L'année 1956 amène l'arrêté sur le CAFAS³³. Ensuite en 1982, l'Etat français apporte des précisions sur la fonction d'aide-soignant, le stage obligatoire extrahospitalier et en psychiatrie, les 350 heures d'enseignement théorique et pratique. Quatorze ans plus tard, la formation passe à 1435 heures. En 1996, la circulaire du 19 janvier présente le texte relatif au rôle et à la mission des aides-soignants. Le décret du 12 août de la même année, transforme le CAFAS en diplôme professionnel d'aide-soignant (D.P.A.S).

La création de la profession se déroula sur plusieurs siècles. Cependant, en Belgique, cette évolution était lente. Il n'y a pas si longtemps, la responsable du nursing et fondatrice de l'hôpital catholique du Refuge à Mouscron était une sœur religieuse et ses confrères travaillaient dans les services. Il existe aussi des maisons de repos qui sont dirigées par des religieuses. L'évolution de la législation et l'application des normes ainsi que la diminution du nombre des sœurs a conduit au départ des plus anciennes de la clinique laissant la place au personnel formé. Par contre, les exigences d'hygiène, la propreté, le lavage des mains, la tenue adaptée et une certaine morale (savoir être) persistent et sont toujours d'actualité de nos jours. Malgré l'évolution de la médecine et de la société, les bases d'hygiène sont de plus en plus importantes. Le nombre des infections nosocomiales augmente et les maladies transmises par les mains du personnel soignant et médical aussi. Les techniques médicales progressent d'un côté et de l'autre le manque d'hygiène du patient et du personnel met en péril la vie de la personne soignée. Ce qui augmente la durée d'hospitalisation, ainsi que les coûts. D'où la nécessité de l'importance d'avoir un personnel bien formé et bien suivi par les infirmières en chef en mettant l'accent sur l'hygiène dans les évaluations du personnel.

³³ Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-soignant.

1. c. Le choix de la profession aide-soignant.

En majorité, les femmes s'orientent vers les métiers dits « *féminins* ». Les qualités innées chez la femme, comme la souplesse, l'agilité des doigts, la patience, le dévouement et la capacité d'écoute, l'aide aux autres, protéger les plus faibles fonctionnent comme la source du savoir être et savoir faire. Ces éléments orientent la personne vers une telle profession, ce que confirme l'enquête faite auprès de 300 aides-soignants sur le désir de reconnaissance de la profession par Pascal Macrez en 2000 et publiée en mars 2001 sous le titre « Quand les aides-soignants témoignent ! ».

Tableau 1

Comment en êtes-vous venu à la profession d'aide-soignant ?	
Par vocation du soin	67 %
Par hasard ou par opportunité	22 %
Pour une autre raison	5 %
Après des études d'infirmière interrompues	4 %
Pour avoir un emploi stable	2 %

Grand nombre des personnes interrogées sur le choix de la profession ont répondu par vocation. Cependant, le terme vocation est lui-même vaste et imprécis. Les différentes significations étaient évoquées comme la relation et le contact, aussi aider les autres et donner du bien être, les soins techniques. Il s'avère que principalement l'approche relationnelle attire les personnes vers cette profession ce que présente le tableau n°2.

Tableau 2

Qu'appréciez-vous le plus dans cette profession ?	
La relation et le contact avec les patients	235 réponses
Aider les autres et donner du bien-être	52 réponses
Les soins techniques	19 réponses
Autres réponses moins souvent énoncées (enrichissement personnel, travail non routinier, actes de prévention et d'éducation)	

(Tableau exprimé en « nombre de réponses » en raison du choix multiple possible)³⁴

Par contre, la charité et aider les autres ne constituent pas des éléments importants dans le choix du métier. L'aspect technique de soins encore moins. Pourtant, le choix du métier peut, selon l'enquête, se faire par hasard ou par opportunité dans 22% des cas, ce qui paraît non négligeable.

Or, l'aspect relationnel et le contact paraissent importants dans le choix du métier des aides-soignants et deviennent aussi une source inestimable de renseignements sur le patient pour autant qu'ils soient professionnels. L'infirmier en chef a un rôle à jouer en guidant et formant les aides-soignants pour qu'ils puissent avoir une approche professionnelle avec le patient dans le but d'obtenir des informations satisfaisantes. Ces renseignements doivent être transmis oralement aux infirmières et par écrit dans le dossier infirmier. Les informations adaptées et le langage professionnel permettent davantage d'assurer la continuité des soins, mais aussi d'améliorer la qualité pour mieux soigner le patient. L'infirmier en chef par sa fonction est garant des relations professionnelles de son personnel.

Le choix de cette profession permet aux femmes d'exister et de vivre grâce à un revenu. La notion de rémunération nous amène au deuxième sens de la profession = emploi.

³⁴ Pascal Macrez en 2000 et publiée en mars 2001 sous le titre « Quand les aides-soignants témoignent ! ».

PROFESSION = DECLARATION Vocation professionnelle (Sens 1)	PROFESSION = EMPLOI Classification professionnelle (Sens 2)
PROFESSION = METIER Spécialisation professionnelle (Sens 3)	PROFESSION = FONCTION Position professionnelle (Sens 4)

2. LA PROFESSION = EMPLOI

Classification professionnelle

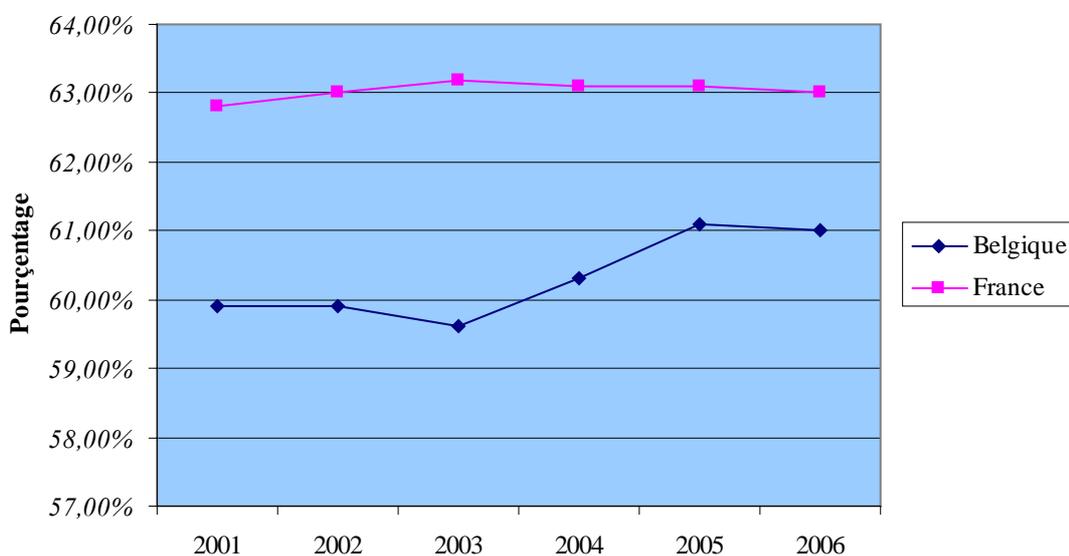
2. a. L'emploi des hommes et des femmes.

La perception du métier comme un emploi nous a conduits à la profession de quelqu'un qui possède une activité rémunérée. N'importe quel travail effectué : indépendant, salarié, libéral, la profession est, en un sens, « *ce qui apporte la subsistance grâce à un revenu économique* »³⁵. Si nous parlons d'un avocat, d'un employé, d'un ouvrier ou de la femme de ménage, la profession est représentée à condition qu'ils aient un emploi et un revenu issu de leur travail. Leurs activités permettent de « *gagner leur vie* »³⁶ et de vivre grâce à un revenu et par conséquent, être reconnu. Le chômeur est considéré « *sans profession* » car chercher du travail n'est pas un emploi. Par contre, il peut se considérer par la dernière profession exercée. La situation est semblable pour « *la mère de famille* », elle n'est pas reconnue comme profession car elle effectue un travail gratuit. Mais, pour pouvoir acheter une habitation, du mobilier, une voiture, préparer la pension et assurer la subsistance d'une famille, il est indispensable de plus en plus, de travailler à deux ce que démontre le tableau 3 du taux d'emploi des femmes et des hommes de 15 à 64 ans selon INSEE.

Tableau 3

Taux d'emploi chez les hommes et femmes de 15 à 64 ans - Comparaison Union Européenne (2001-2006)						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Belgique	59,9 %	59,9 %	59,6 %	60,3 %	61,1 %	61,0 %
France	62,8 %	63,0 %	63,2 %	63,1 %	63,1 %	63,0 %

Taux d'emploi chez les hommes et femmes de 15 à 64 ans - comparaison Union européenne (2001-2006)



Source INSEE.

En France et en Belgique, plus de la moitié de la population travaille. La France dépasse légèrement la Belgique avec 63% en 2006. Ces personnes sont sollicités à chercher un emploi et par cette démarche d'avoir une profession.

³⁵ Dubar C., Tripier P., op.cit., p 4.

³⁶ Ibidem, p 4.

Tableau 4

Actifs occupés selon le secteur d'activité en 2006					
					en 2006, en milliers
	Femmes	Hommes	Ensemble	Part des femmes en %	% de la population féminine occupée
Agriculture, sylviculture et pêche	259	670	929	27,9	2,2
Industries agricoles	231	380	611	37,8	2,0
Industries des biens de consommation	310	358	668	46,4	2,7
Industrie automobile	53	250	303	17,5	0,5
Industries des biens d'équipement	163	676	839	19,4	1,4
Industries des biens intermédiaires	328	1.019	1.347	24,4	2,8
Energie	54	217	271	19,9	0,5
Construction	157	1.475	1.632	9,6	1,3
Commerce et réparations	1.523	1.797	3.320	45,9	13,0
Transports	243	802	1.045	23,3	2,1
Activités financières	464	330	794	58,4	4,0
Activités immobilières	192	165	357	53,8	1,6
Services aux entreprises	1.338	1.943	3.281	40,8	11,4
Services aux particuliers	1.343	850	2.193	61,2	11,5
Education, santé, action sociale	3.637	1.191	4.828	75,3	31,1
Administrations	1.396	1.329	2.725	51,2	11,9
Total	11.707	13.467	25.174	46,5	100,0

Note : Résultats en moyenne annuelle

Champ : France métropolitaine, actifs occupés de 15 ans ou plus.

Source : Insee, enquêtes emploi du 1er au 4ème trimestre 2006.

Selon une autre étude faite par INSEE en 2006 sur la population active en France métropolitaine de 15 ans et plus, elle représente 25 174 000 individus. Parmi les différents secteurs d'activité : l'éducation, la santé et l'action sociale indique regroupent le plus grand nombre de personnes : 4 828 000. Dans ce secteur, nous pouvons y trouver les aides-soignants à coté des infirmières, des enseignants, des médecins, des assistantes sociales.... Leur nombre est important en termes d'emplois.

2. b. La profession de santé non médicale importante.

2. b. 1. La situation en France.

L'évolution de la médecine et l'importance de l'hygiène, la propreté et l'asepsie ont conduit au besoin d'avoir du personnel formé, performant et la conception du grade d'aide-soignant en France en 1949 comme nous l'avons déjà expliqué dans le chapitre précédent. En parallèle, cette nomination a permis la création de nombreux emplois et leurs chiffres augmentent sans cesse. Selon la recherche faite par l'INSEE en France et publiée en mars 2000 par le journal Etudes et Résultats de Drees (Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques), numéro 54, les aides-soignants constituent l'une des professions de santé non médicale la plus importante (voir annexe A : tableau 1). Ils se situent en deuxième place après les infirmières et devant les agents de service hospitalier (A.S.H.). Ils contribuent aux soins des personnes ayant des besoins liés à leur entretien ou à d'éventuelles pertes d'autonomie. Ils exercent aussi cette activité en collaboration et sous la responsabilité d'un infirmier. L'effectif des aides-soignants est de 330 000 en 1999, ils augmentent de 53% depuis 1983 (215 000). La progression était plus rapide que celle des infirmiers (+ 38%), mais ces dernières restent selon le nombre définitif plus importants. Les aides-soignants évoluent surtout entre 1984 et 1986 ainsi que 1993 et 1997. Malgré le nombre d'aides-soignants admis en formation a pourtant diminué au cours des dernières années selon le journal de l'INSEE. La progression du nombre des aides-soignants peut avoir un impact sur la profession d'infirmières. Le nombre d'infirmières augmente fortement dans les années 1990-1993 et 1997-1999 mais pourra rester stationnaire dans les années à venir en raison du coût du personnel hospitalier. Pour le moment, les aides-soignants sont en évolution constante sauf pour la période de 1999.

Ce phénomène de progression du nombre des aides-soignants, nous pouvons l'expliquer par le développement du secteur social qui emploie désormais près de trois aides-soignants sur dix. Leur présence s'est accrue dans ce secteur de 10,3% en 1983 à 23,8% en 1999. (voir annexe A : tableau 2).

En 1999, les aides-soignants représentent 33% des effectifs de ces trois professions : les infirmières, les aides-soignants et agents de service hospitalier contre 28% en 1983 dans le secteur santé et social. Il est à noter que 40,5% des emplois sont nés dans le secteur social (34% en 1983)

La structure de l'emploi des aides-soignants s'est sensiblement déformée au cours des quinze dernières années. Une majorité d'entre eux travaillent dans le secteur de la santé et plus particulièrement à l'hôpital, mais la part de leurs emplois dans le secteur social n'a cessé d'augmenter (12,5% en 1983, 29,2% en 1999). Nous pensons que cette augmentation est due au développement du nombre d'établissements sociaux, en majorité privés.

En conséquence, dans le secteur social, les aides-soignants sont 43,8% à travailler dans des établissements privés contre seulement 29,2% en 1983. En contrepartie, dans le secteur de la santé, un quart continue à exercer dans le privé.

En 1999, 60% des aides-soignants travaillent encore dans un hôpital et 13% exercent dans un centre d'accueil pour personnes âgées. (voir annexe A : tableau 3) Ces données confirment que les aides-soignants sont nombreux et plus de la moitié travaillent dans le secteur hospitalier. L'hôpital, selon Philippe et Adam Claudine, est considéré comme «*lieu de production de travail de soins*»³⁷. Parmi les différents métiers que nous rencontrons dans ce lieu, seuls les représentants des infirmières et les médecins qui effectuent leur travail sur le patient participent aux décisions et à la gestion de l'hôpital. Par contre, les aides-soignants et agents hospitaliers sont assimilés aux infirmières. Nous pensons que la représentation des aides-soignants peut apporter un avis supplémentaire et différent des infirmières sur la problématique de l'hôpital. L'idée est de faire participer les aides-soignants aux projets d'institution hospitalière nous paraît judicieuse. Leur contribution ne pourra qu'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients.

2. b. 2. La population d'aides-soignants difficilement estimable en Belgique.

En Belgique, la situation des aides-soignants est complexe et difficile à retrouver. Malheureusement, nous ne possédons pas de données satisfaisantes et valables pour pouvoir la comparer avec la France. Le groupe social d'aide-soignant a fait l'objet d'études approfondies mais la notion d'aide-soignant était peu précise. Cette difficulté est confirmée par l'étude menée par le SESA³⁸. Dans ce rapport³⁹, les chercheurs mettent en évidence le manque de données précises sur l'ensemble des soignants qualifiés. L'unique source récente disponible est

³⁷ Adam PH. , Herzlich C. « *Sociologie de la maladie et de la médecine* », Nathan, 1994, p 99.

³⁸ Le Centre d'Etude socio-économique de la Santé, service de recherche d'enseignement et de service de l'Université Catholique de Louvain.

³⁹ Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M., Draelants H., op.cit., Tome 2, p 78.

le fichier enregistrant les soignants qui se sont fait reconnaître comme tels auprès de l'INAMI. Comme cet enregistrement n'était pas obligatoire, cette source est approximative. Les autres données sont sectorielles et ne reprennent pas des individus distincts l'un de l'autre.

La même constatation apparaît aussi dans le rapport du tome 1 : Soins et santé et aide sociale : « *Le soignant, cet inconnu* »⁴⁰ ! Cette phrase résume bien la situation bien confuse des aides-soignants en Belgique. Le manque de données précises sur la population d'aide-soignant est dû à différentes causes que nous allons parcourir pour mieux comprendre la situation des aides-soignants en Belgique jusqu'à la législation 2006.

La définition légale et la terminologie de la fonction d'aide-soignant imprécise jusqu'à 2001.

Tout d'abord, la fonction de soignant ne faisait l'objet d'aucune définition légale précise pour avoir des données fiables. Ensuite, le contenu de la fonction et de la qualification requise pour appartenir à cette catégorie de personnel n'a été déterminé que pour les institutions d'hébergement pour les personnes âgées dans le cadre de la législation en matière d'assurance-maladie. En plus, même dans ce dernier cas, le contenu de la formation ne correspondait pas toujours aux besoins de la fonction.

Dans le secteur hospitalier, la terminologie employée était vague et ambiguë. Les normes d'organisation des services parlaient 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.

Pour mieux retrouver les aides-soignants, les auteurs d'ouvrage « *Soins santé et aide sociale* » essayaient d'approfondir la notion de « *qualifié* ». Mais, le terme « *qualifié* » était lui-même imprécis. Le « *personnel qualifié* » désignait les seuls infirmiers et accoucheuses parmi le personnel soignant et infirmier des hôpitaux universitaires. Par contre, le « *soignant qualifié* » représentait une personne qui était reconnue comme telle pour répondre aux besoins en soins des services.

⁴⁰ Ibidem, Tome 1, p 182.

De plus, l'ambiguïté était entretenue davantage par le fait que le néerlandais disposait de deux termes différents : *verplegend* et *verzorgend* dont les contenus semblaient exclusifs alors qu'en français l'art infirmier (*verplegend*) est une manière d'exercer une fonction soignante (*verzorgend*).

Pour pallier cette imprécision, l'Etat belge, par l'arrêté royal en 1964, a créé le néologisme « *soignage* ». Ce terme visait à exprimer une catégorie de soins qui se distingue de l'exercice de l'art infirmier et qui est accessible aux soignants. Cette conceptualisation était polarisée sur la nature des besoins en soins, les uns requérant une compétence infirmière, les autres une formation moins poussée. Au dehors de cette législation, les textes sur index G font apparaître la notion d'auxiliaire. Ainsi, il existait un personnel infirmier : capable d'actes délégués par le médecin et d'actes autonomes alors que le soignant travaillait comme son auxiliaire (ce qui n'excluait pas qu'il portait la responsabilité de ses actes). La répartition des fonctions était bien tentée. Cependant, elle ne s'est concrétisée qu'après des années.

La classification du personnel soignant par le Ministère Fédéral de la Santé Publique.

Cette ambiguïté de la terminologie a aboutit à des classifications différentes. Les statistiques du 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.
- *Verzorgend personeel* : 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 du niveau inférieur aux diplômes précités (A1 et A2).⁴¹

Cette classification comporte à son tour quelques anomalies. Tout d'abord, les brevets et certificats désignés comme A2 sont en fait de niveau secondaire. Ensuite, les ASH et puéricultrices en maternité semblent assimilées à des infirmiers. En plus, ces catégories correspondent plutôt à des barèmes de rémunération. Les catégories établies ne tenaient pas compte des fonctions distinctes. Nous pouvons constater néanmoins que le personnel soignant était opposé au personnel infirmier et la notion de qualification distingue les soignants en

⁴¹ Leroy X.,Hubin M.,Stordeur S.,Salhi M.,Draelants H., op.cit., Tome 1, p 190.

« *qualifiés* » et « *non qualifiés* » selon qu'ils disposent ou non d'un diplôme ou certificat qualifiant.

La catégorisation des aides-soignants selon la région Wallonne.

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 PAI⁴² 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. Toutefois, nous avons remarqué qu'il n'est pas question ici de « *soignant qualifié ou non* ». La qualification était considérée par rapport à l'art infirmier.

La législation sur les hôpitaux.

La loi sur les hôpitaux prévoyait 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. Cependant, comme nous l'avons déjà présenté au début de notre travail, cette loi ne décrit pas précisément le soignant. En plus, l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant sur la 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* ». La notion « *soignage* », néologisme inventé pour l'occasion, n'a pas été défini et en conséquence, les normes particulières applicables à chaque service s'exprimaient à ce sujet de manière très variée :

- « *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 : neuropsychiatrie) ;

⁴² Praticienne d'art infirmière : graduées, brevetées et ASH (Assistante en soins hospitaliers).

- « *l'effectif du personnel à même d'assurer la présence continue sera pour 20 malades, en cas d'hospitalisation de jour et de nuit, de 2 équipes de 6 personnes dont l'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* » ;
- « *l'hospitalisation doit être assurée par du personnel infirmier diplômé assisté par un nombre suffisant d'auxiliaire 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).

Ces normes prévues pour les services paraissent fastidieuses à comprendre. Pourtant, elles expriment bien l'ambiguïté de la définition de l'aide-soignant pendant des années et les difficultés de déterminer cette profession. L'imprécision de la fonction d'aide-soignant et ses considérations multiples n'ont pas permis le développement de la profession comme c'est le cas en France. Bien au contraire, c'était la source de différentes considérations aboutissant à des confusions de rôles au sein de l'équipe ainsi que dans les formations avec différents titres à la clé. Il faut attendre le 1 septembre 2001 pour voir apparaître une loi au Moniteur Belge sur la monographie d'aide-soignant.

La considération des aides-soignants réalisée par le chômage.

D'autre part, les statistiques de chômage utilisaient 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 était 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. Ce qui confirme à nouveau le manque de données fiables et peu utilisables dans notre recherche.

La phase de régularisation des aides-soignants.

La Belgique a progressé dans la législation sur l'aide-soignant en élaborant la loi du 10 août 2001 que nous avons déjà présentée portant sur les mesures en soins de santé et l'introduction d'une nouvelle catégorie professionnelle.

Malheureusement, cette loi a permis la définition d'aide-soignant, mais elle ne précisait pas la profession. Seuls les résultats de l'application de l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement d'aide-soignant vont enfin nous procurer des données crédibles et exploitables sur la profession. Parallèlement, cette loi octroya à tous les aides-soignants un enregistrement définitif et donc une reconnaissance légale de la profession. Comme toutes les nouvelles lois, il est nécessaire de disposer d'une période de transition pour pouvoir appliquer la législation. La Belgique est au cœur de ce processus. Il est indispensable d'attendre que l'enregistrement soit terminé pour obtenir les données fiables comme en France.

En attendant, dans les hôpitaux généraux, l'enregistrement du RIM⁴³ a commencé en 1988. Les données RIM livrent 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 praticiens d'art infirmier effectuant les prestations qu'ils reçoivent. On les utilise dans le cadre du financement de la partie B2 du budget hospitalier⁴⁴. 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 aussi fournir un jour, une base sur l'évaluation du personnel hospitalier. Jusqu'ici, ces données n'ont pas été fournies au SES malgré leur demande. Egalement, les financements des hôpitaux évoluent sans cesse et le RIM est remplacé par RHM⁴⁵ depuis 2007. Leur encodage permettra entre autre de connaître l'activité de l'infirmière et celle des aides-soignants.

L'existence des aides-soignants dans les statistiques belges.

A l'heure actuelle, il faut se contenter des études SESA⁴⁶. Les dernières données officielles émanant du Ministère de la Santé Publique disponibles pour la Belgique datent de 1991. Sur le

⁴³ Résumé Infirmier Minimum.

⁴⁴ Sous partie de budgets des moyens financiers (B.M.F.) destinée au coût de personnel.

⁴⁵ Résumé Hospitalier Minimal.

⁴⁶ Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M., Draelants H., op.cit., Tome 1, p 75.

plan régional, plusieurs initiatives sont ensuite intervenues mais sans résultat. Il est important de souligner les relevés du personnel hospitalier effectués jusqu'en 1997 par la Région Wallonne. De plus, la répartition du personnel infirmier fait l'objet d'un projet d'étude dans les hôpitaux wallons mettant l'accent sur la qualification du personnel infirmier, soignant et paramédical. Néanmoins, une collecte des données statistiques et financières des hôpitaux était organisée par la section Comptabilité et Gestion des Hôpitaux du Ministère de la Santé Publique. La recherche organisée par le MSP était réalisée à des fins comptables. Des 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 de 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 MSP⁴⁷. Enfin, le SESA se base sur des estimations des exercices 1998 et 1999 en vue de l'évaluation future de l'activité hospitalière. Pour cette raison, les données présentées ci-dessous ne permettent pas une analyse chronologique, rigoureuse et comparable aux données françaises, ni de parler de la profession en Belgique.

Cependant, pour que nous puissions avoir un aperçu de la situation d'aide-soignant en Belgique, nous allons essayer d'exploiter des données disponibles. Il est utile de savoir que les statistiques de l'emploi hospitalier sont ventilées selon les critères suivants :

a) Personnes physiques occupées selon grade / fonction

- 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 paramédical ;
- Personnel médical.

⁴⁷ Ministère de la Santé Publique.

- b) ETP (payé)
- Même ventilation que pour les personnes physiques.
- c) Type de personnel
- Normal ;
 - 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
- 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 comme : services hospitaliers (maternité, soins intensifs, service de chirurgie, médecine, pédiatrie, gériatrie, spécialités et autres services) services médico-techniques, consultations et pharmacie, activités non hospitalières.

Tableau 5

Répartition des soignants reconnus par l'INAMI par région au 31-12-2000				
	Définitivement	Provisoirement	En attente	Total
Bruxelles	3555	527	8	4090
Wallonie	15856	1950	7	17813
Flandre	21665	619	2	22286
CFGB ⁴⁸	18806	2387	14	21207
Cté flamande	22270	709	3	22982
Pays	41076	3096	17	44189

Source INAMI⁴⁹

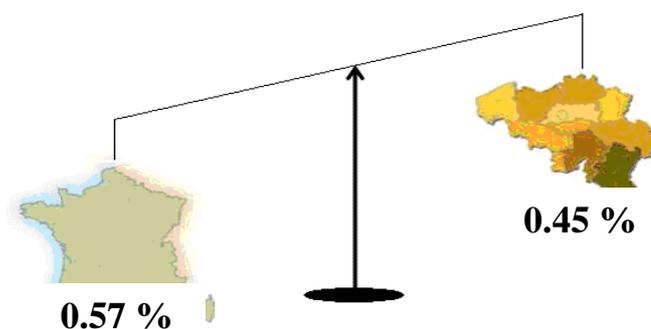
Malgré les recherches de données plus proches de la réalité, nous constatons que les critères énoncés ci-dessus ne sont toutefois pas toujours compatibles les uns avec les autres de

⁴⁸ Communauté française et germanophone de Belgique.

⁴⁹ Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M., Draelants H., op.cit., Tome 2, p 82.

sorte que les analyses croisées sont souvent irréalisables. Nous attendons avec impatience le résultat d'enregistrement des aides-soignants en Belgique qui n'est pas encore disponible pour le moment. Temporairement en Belgique, il existe 44189 aides-soignants reconnus par l'INAMI⁵⁰ pour une population de 10 263 000⁵¹. En France, sur 57 500 000 habitants⁵², il existe 330 000 aides-soignants ce qui représente 0,0057 aides soignants par habitant. Ce nombre est plus élevé à celui de la Belgique : 0,0045.

Ratio du nombre d'aides-soignants par habitant en France et en Belgique



De plus, parmi ceux qui ont demandé leur agrément, 93% l'ont obtenu définitivement, 7% peuvent exercer avec un agrément provisoire et moins de 0.1% sont en attente pour différentes raisons parmi lesquelles, l'existence d'une formation en cours. La comparaison des deux pays est à mettre sous réserve en raison des données belges incomplètes et la reconnaissance d'aide-soignant assez vaste par le biais de l'agrément.

Pour obtenir cet agrément, soit le candidat était en possession d'un certificat ou d'un titre (les certifiés), soit il avait exercé pendant au moins 5 ans dans une MRPA⁵³ ou MRS⁵⁴ avant le 26 mai 1992 et « *était âgé de 45 ans au moins* » (les assimilés), soit il ne satisfait pas totalement à ces dernières conditions et a suivi un recyclage (les recyclés). Les proportions d'assimilés et de recyclés en CFGB sont respectivement de 5 et 10%. Ils sont plus importants

⁵⁰ Institut National d'Assurance Maladie Invalidité..

⁵¹ « *Le petit Larousse illustré* », Paris, Larousse, 1994, p 1175.

⁵² Ibidem, p 1333.

⁵³ Maison de repos pour personnes âgées.

qu'en Communauté flamande (2 et 5%) où les soignants disposaient plus fréquemment de la formation requise. En un temps record, les recyclages ont été organisés et suivis, moyennant un effort considérable, tout particulièrement en Communauté Française et Germanophone de Belgique (CFGB), de la part des professionnels eux-mêmes mais aussi des institutions qui les employaient.

Nous pouvons remarquer l'évolution négative des chiffres 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%) (voir annexe B : tableau 1).

Tableau 6

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	14345	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	108330	108455	109446	109800	111822

Source: MSP. Administration des Soins de santé

Comptabilité et Gestion des Hôpitaux, calculs SESA / Université Catholique de Louvain⁵⁵

En Belgique, en 1997, sur 15777 personnes physiques recensées comme soignants, 11467 ETP⁵⁶ travaillent en milieu hospitalier selon le tableau 6.

Nous pouvons constater, selon le graphique l'évolution du personnel soignant : l'emploi soignant diminue globalement en Etp dans tous les services sauf pour la médecine interne où il est fluctuant (voir annexe B : tableau 2). Cette réduction est non négligeable de 10% qui s'oppose à l'évolution positive d'aide-soignant en France. Elle s'explique par le manque de précision sur la profession au moment de la recherche.

⁵⁴ Maison de repos et de soins.

⁵⁵ Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M., Draelants H., op.cit., Tome 1, p 90.

⁵⁶ Equivalent temps plein.

Finalement, en Belgique, le nombre du personnel soignant est inférieur à celui de la France. Un cadre, une infirmière en France travaille avec plus d'aides-soignants qu'en Belgique et cette tendance est en progression. Par contre, en Belgique, l'évolution est plutôt à la baisse ce qui peut avoir des répercussions sur l'organisation du travail mais aussi sur la qualité des soins. D'un côté, avoir plus d'infirmières dans le service (confirmé par la source du MSP) plus qualifiées en comparaison avec les aides-soignants permet d'obtenir des soins d'une plus grande qualité pour le patient, mais représente aussi une facilité pour l'infirmier en chef d'organiser le travail et les horaires. De l'autre, le concept d'efficience du travail n'est pas tout à fait respecté car certains soins liés à l'activité de vie quotidienne du patient sont effectués par les infirmières et par les aides-soignants. L'emploi efficace du personnel en fonction de leur formation, nous le retrouvons plutôt en France. Là-bas, les aides-soignants prodiguent les soins de base comme en Belgique, mais pas les infirmières. La France est confrontée à un manque d'infirmières et pour pallier à cette difficulté, elle prévoit plus d'aides-soignants pour pouvoir « épargner » les infirmiers aux actes infirmiers, ce qui peut expliquer le nombre d'aides-soignants plus important et en constante évolution.

2. c. La féminisation de la profession.

L'éducation, la santé et l'action sociale constituent un secteur d'activité qui compte une proportion très élevée de femmes en France (72.9%) selon le répertoire d'enregistrement des diplômes des professionnels de santé, du social et des psychologues (ADELI) de la Direction de la Recherche, des Etudes, d'Evaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S) et de l'enquête sur l'emploi réalisée par I.N.S.E.E. Au sein des activités de santé plus particulièrement, les femmes sont très largement majoritaires et la féminisation n'a cessé de croître : elles représentent 76% des professionnels exerçant dans ce champ en 2003, contre 71% en 1983. Cette prédisposition devrait se poursuivre avec l'arrivée sur le marché du travail de promotions nouvellement diplômées de plus en plus féminisées, y compris dans les professions médicales restées jusqu'à présent masculines (médecins ou chirurgiens – dentistes).

Nous pouvons distinguer trois grands groupes de professions :

- Le premier rassemble des professions très fortement et depuis longtemps féminisées ; sages-femmes, orthophonistes, aides-soignants, agents de service

hospitalier, infirmiers, psychomotriciens, ergothérapeutes, manipulateurs en électroradiologie médicale, qui comptent plus de 70% de femmes en leur sein ;

- Le deuxième réunit des professions de santé dans lesquelles les femmes représentent environ les deux tiers des effectifs et dont la féminisation évolue fortement, à la hausse comme à la baisse ; pédicures – podologues, pharmaciens ;
- Enfin, un troisième groupe est constitué de professions dans lesquelles les hommes restent majoritaires : opticiens – lunetiers, masseurs – kinésithérapeutes, audioprothésistes, médecins et chirurgiens – dentistes.

D'une profession de santé à une autre, le taux de féminisation est cependant très variable (voir annexe B : tableau 3).

Les infirmiers, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les aides-soignants et les agents de service hospitaliers constituent cinq autres professions très largement féminisées, dont l'exercice est le plus souvent salarié. Les professions d'aides-soignants et d'agents de service hospitaliers rassemblent à elles seules des effectifs très importants environ 740 000 emplois en 2004. Composées respectivement de 91% de femmes, les aides-soignants constituent une profession féminine.

Une autre étude de la Direction de l'animation et de la recherche des études et des statistiques (Dares), en France en 2002, confirme la féminisation de la profession.

Tableau 7 Source DARES

Profession en France	Taux de féminisation en 2002
Toutes professions confondues	45,3% (10,8 millions)
Cadre (toutes professions confondues)	39,6%
dont moins de 35 ans	45%
assistant(e) maternelle	99%
secrétaire	97%
aide-soignant(e)	91%
sage-femme, infirmier(e)	87%
technicien(ne) de surface	74%
enseignant(e)	64% (716 000 emplois)
informaticien(ne)	20% ⁵⁷

⁵⁷ Barroux R., *L'emploi féminin progresse, mais il reste cantonné aux professions du tertiaire*, Le Monde, 12 août 2004.

Nous rencontrons la même situation en Belgique. Selon l'Institut National de Statistique la grande majorité des femmes exercent leur profession dans le domaine du nettoyage, de l'aide au service, de l'éducation, de l'occupation d'enfant, dactylo, ... Le métier d'aide-soignant représente 92.6 % de femmes ce qui est sensiblement identique à la France (91%) en 2002.

Tableau 8

Métiers principalement féminins ou masculins (1961 - 2003)							
Proportion de femmes ou d'hommes (en % du total) pour certaines professions	1961	1970	1981	1990	2000	2002	2003
Femmes- tous les métiers	27,0%	29,7%	33,8%	37,5%	42,2%	42,8%	43,1%
Femme de ménage				97,7%	98,8%	99,0%	99,8%
Maîtresse d'école maternelle	100,0%	99,1%	97,8%	96,3%	98,3%	98,7%	99,0%
Garde d'enfant et aide-ménagère				98,6%	97,9%	97,6%	98,3%
Secrétaire				96,7%	95,9%	95,8%	94,7%
Assistante pharmacienne		69,6%	80,4%	87,4%	85,7%	92,0%	92,0%
Secrétaire de direction			90,2%	92,1%	88,2%	92,4%	91,5%
Nettoyeuse	88,0%	88,5%	90,1%	89,9%	86,7%	91,3%	89,5%
Diététicienne	96,7%	92,5%	91,4%	90,7%	90,4%	92,0%	89,2%
Aide-soignante et aide-infirmière		86,0%	92,1%	94,2%	94,1%	92,6%	88,0%
Infirmière	91,9%	94,8%	90,6%	89,4%	90,1%	91,7%	88,0%
Institutrice	59,3%	60,0%	65,2%	66,6%	76,1%	77,7%	79,3%
Pharmacienne	28,0%	35,5%	45,6%	55,9%	63,5%	67,7%	64,7%
Professeur d'enseignement secondaire	48,9%	49,1%	52,5%	54,9%	59,1%	60,9%	58,5%

Les études sociologiques étaient peu menées sur la profession féminine. C'est seulement à partir des années 1980 et surtout 1990 que les chercheurs ont mis en évidence « *la division sexuelle du travail* » décrit par Danièle Kergoat et la subordination des femmes vis-à-vis des hommes dans différents métiers ; notamment chez les aides-soignants. L'organisation du

travail et les dispositifs de gestion de l'emploi contribuent à affecter les femmes à des emplois considérés comme non-qualifiés car elles font appel aux qualités féminines « domestiques » non reconnues comme « vraies qualifications ». A l'hôpital, cette division du travail est considérablement visible. A côté des emplois « respectables » comme les médecins majoritairement masculins, il y a une série de travaux comme vider une panne, apporter les repas, nettoyer les vomissements que Huyghes appelle « le sale boulot »⁵⁸ qui sont destinés aux aides-soignants français, emploi plutôt féminin et aussi aux infirmières belges. Cette distinction des rôles est visible au travail mais aussi dans la famille. Les aides-soignants font « double journée » avec le travail professionnel exigeant par rapport aux horaires, la disponibilité personnelle qui est souvent mal reconnue et peu payée. Au retour à la maison, elles doivent effectuer une série de tâches semblables à leur profession à la différence des hommes. Pour cette raison, Mauranie Nicole écrit que « les femmes ont un emploi alors que les hommes ont un métier ».⁵⁹

Pourtant, selon INSEE, les secteurs de la santé et du travail social ont généré 180 000 emplois d'infirmières, kinésithérapeutes, d'assistantes sociales ou encore d'éducateurs spécialisés. Les avancées médicales et le vieillissement de la population suscitent des créations de postes à tous les niveaux. Environ 100 000 emplois d'aide-soignant ont été créés en 9 ans ce qui place cette profession en cinquième position parmi des métiers féminins⁶⁰. (voir annexe B : tableau 3).

L'emploi des femmes a une influence sur la gestion du personnel dans les entreprises. Avant, seuls les hommes travaillaient alors que les femmes gardaient les enfants à la maison. L'employeur engageant du personnel masculin garde les même personnes durant plusieurs années jusqu'à la pension. Actuellement, les femmes travaillent et la maternité devient un élément important pour l'employeur et aussi pour le cadre responsable de la gestion du personnel. L'engagement d'une femme est lié avec une pause de carrière professionnelle. Dans les métiers féminins comme les aides-soignants, la probabilité est grande. La conséquence de la maternité des femmes au travail provoque des mouvements de personnel supplémentaire. Pour le cadre, la formation des nouvelles personnes est amplifiée. La planification des horaires est liée aux congés scolaires, l'absentéisme pour raisons familiales, l'aménagement du temps du travail en fonction à des possibilités de garde des enfants, et en même temps le respect de la loi

⁵⁸ Dubar C., Tripier P., op.cit., p 99.

⁵⁹ Ibidem p 99.

sur la politique en matière de personnel « *utilisation adéquate du personnel* »⁶¹ représente une activité assez laborieuse.

Cependant, les aides-soignants choisissent, malgré les obligations familiales, un temps d'activité professionnel souvent maximal.

2. d. La durée du travail de l'aide-soignant.

La majorité des femmes en France travaillent à temps plein dans le secteur privé mais aussi dans le secteur public. Cependant pour assurer les deux rôles : à la fois d'avoir une profession et d'assumer les obligations familiales, la minorité des aides-soignants choisissent par obligation de travailler à temps partiel. Plus du quart des aides-soignants déclarent qu'ils souhaiteraient travailler davantage. Cette proportion est moins importante dans le secteur public 20% que dans le secteur privé 28% (voir annexe B : tableau 4).

Plus de 80% des aides-soignants travaillent entre 36 et 40 heures par semaine. La durée de travail à temps partiel est plus hétérogène : 38% des aides-soignants à temps partiel travaillent entre 16 et 20 heures par semaine et 27% d'entre eux entre 31 et 35 heures (voir annexe B : tableau 5). L'étude était menée en répondant sur la question de combien d'heures les aides-soignants ont effectuées par semaine.

La variabilité des horaires affecte au quotidien une grande partie des aides-soignants. Selon l'enquête sur l'emploi de l'INSEE, seulement un tiers d'entre eux ont les mêmes horaires tous les jours, 30% ont des horaires variables et 35% fonctionnent avec des rythmes alternants (2 x 8, 3 x 8, équipes tournantes, etc.). Sur la semaine, ce phénomène est en revanche moins marqué : 84% des aides-soignants déclarent en effet avoir des rythmes horaires réguliers. Les 16% restants travaillent durant un nombre d'heures variables d'une semaine à l'autre, dont la moitié de façon exceptionnelle. Ces derniers travaillent habituellement un nombre d'heures fixes mais ont subis, au cours de la semaine enquêtée, des fluctuations d'horaires liées à l'activité irrégulière de l'établissement qui les emploie. Le changement d'horaires s'accompagne souvent de conditions de travail difficile. Le travail de nuit concerne ainsi, de façon habituelle ou occasionnelle, plus du quart des effectifs. Par ailleurs, 58% des aides-soignants travaillent habituellement ou occasionnellement le soir et 75% le dimanche.

⁶⁰ Recensement de la population de 1999, l'espace des métiers de 1990 à 1999, Thomas Amossé division d'emploi, INSEE juillet 2001.

⁶¹ AR portant sur la fonction d'infirmière en chef du 13 juillet 2006, p 42548.

En Belgique, les aides-soignants travaillent en grande majorité, à temps plein : 38 heures par semaine comme en France avec la différence que leur régime est de 35 heures. Le travail à temps partiel varie de 33% à 45% selon l'âge et touche surtout les femmes ce que démontre le tableau 9. Les données du recensement de 1991 ont également fourni l'évaluation de la durée moyenne du temps de travail des travailleurs à temps partiel par sexe et selon l'âge. La variation est relativement faible selon l'âge et se situe en moyenne autour de 24h/semaine pour les hommes et 22h/semaine pour les femmes, soit quelques 60% du temps plein.

Tableau 9

Le temps partiel et sa durée selon le sexe parmi les PAI API ⁶² et les soignants 1991						
	% de temps partiel				Durée du temps partiel (h/sem.)	
	PAI ⁶³		Soignants		PAI & Soignants	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
20-24	3,7%	9,0%	9,5%	42,4%	27,5%	24,1%
25-29	2,5%	26,2%	7,5%	45,4%	26,2%	23,6%
30-34	3,2%	43,0%	5,7%	44,8%	24,0%	22,3%
35-39	3,4%	38,6%	6,6%	37,9%	24,5%	22,3%
40-44	3,2%	34,3%	5,8%	35,1%	24,2%	22,5%
45-49	2,8%	27,5%	4,0%	33,0%	23,9%	22,5%
50-54	1,8%	30,6%	3,2%	36,7%	23,6%	21,1%
55-59	5,8%	26,4%	9,1%	33,1%	23,3%	21,3%
60-64	5,8%		9,1%		23,0%	

Source: Recensement 1991, in Leclerq et al, T1, pp. 86-89; T2, pp. 35-36, SESA/UCL, 1998

Pour les infirmières en chef, responsables de la communication et formation du personnel, le travail à temps plein facilite son activité. Les transmissions des informations au personnel sont moins fréquentes dans le service avec la durée du travail optimal. Elles augmentent avec le nombre de temps partiels, pourcentage non négligeable et qui varie de 33,1% à 45,4% en Belgique. Nous pouvons poursuivre la même réflexion pour la formation et le développement du personnel.

L'activité professionnelle des aides-soignants à temps plein ou à temps partiel, permet d'assurer leur existence.

⁶² Praticiens de l'art infirmier actifs dans la profession d'infirmier.

⁶³ Praticiens de l'art infirmier.

2. e. Le salaire de l'aide-soignant.

Nous pouvons considérer l'activité de l'aide-soignant comme une profession car elle présente « une occupation par laquelle on gagne sa vie »⁶⁴ notamment en France mais aussi en Belgique. Néanmoins, il existe des différences de salaire en fonction de l'endroit de travail, en fonction du statut et de l'ancienneté.

En France, il existe trois catégories de salaire de l'aide-soignant selon le type d'établissement où il travaille :

- la fonction publique ;
- les conventions collectives des établissements privés ;
- la convention de l'Hospitalisation Privée.

Les fonctionnaires hospitaliers relèvent depuis 1986 du statut général de la fonction publique. Pour entrer dans la fonction publique, il est nécessaire de passer un concours. Il s'agit d'un concours sur titre (il faut posséder le diplôme d'aide-soignant) de catégorie C⁶⁵. La sélection se fait généralement sur base du dossier et d'un entretien.

Le corps des aides-soignants comprend les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture qui exercent les fonctions correspondantes aux qualifications conférées par leur diplôme. Ils collaborent notamment à la distribution des soins infirmiers dans les conditions définies à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique⁶⁶.

Le montant de la rémunération des aides-soignants est considéré sur l'échelle des salaires comme « *bas-salaire* ». Pourtant, employés dans le secteur public, les aides-soignants sont mieux lotis que leurs confrères du privé. Il existe trois grades différents dans la profession d'aide-soignant. L'avancement d'échelon se traduit par une augmentation du traitement. Il dépend à la fois de l'ancienneté et de la valeur professionnelle du fonctionnaire. Le passage d'un échelon à l'autre se procède de façon continue : chaque grade comporte plusieurs échelons et l'on avance d'échelon en échelon dans un même grade. La progression de la carrière peut se faire par trois moyens :

⁶⁴ Dubar C., Tripier P., op.cit., p 4.

⁶⁵ Classification la plus basse du personnel dans la fonction publique.

⁶⁶ Codification du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier.

- L'avancement au choix :

Les fonctionnaires qui ont une valeur professionnelle suffisante pour être promus sont inscrits par ordre de mérite sur un tableau d'avancement. C'est à partir de ce tableau que l'autorité administrative compétente désigne les fonctionnaires qui bénéficieront d'un avancement de grade. Le tableau est préparé chaque année par l'administration et soumis à la C.A.P⁶⁷. Le tableau doit être arrêté le 15 décembre au plus tard pour prendre effet au 1 janvier suivant. Les agents inscrits non promus dans l'année où le tableau a effet ne peuvent être promus au cours de l'année suivante que moyennant une nouvelle inscription. Le tableau est porté à la connaissance du personnel dans les trois jours qui suivent la date à laquelle il a été arrêté.

- L'avancement par tableau d'avancement après examen professionnel :

L'inscription au tableau d'avancement après avis de la C.A.P. est effectuée à partir d'une liste d'aptitude établie suite à une sélection par examen professionnel.

- L'avancement par voie de concours professionnel :

Ce dernier avancement a lieu uniquement selon les résultats d'une sélection opérée par voie de concours professionnel (il n'y a donc pas comme précédemment inscription sur un tableau d'avancement).

Il existe tout d'abord l'aide-soignant de classe normale, ensuite l'aide-soignant de classe supérieure et enfin l'aide-soignant de classe exceptionnelle. Le deuxième grade du corps des aides-soignants (classe supérieure) est accessible au fonctionnaire de classe normale parvenu au 6e échelon de son grade. Le troisième grade du corps des aides-soignants (classe exceptionnelle) est accessible au fonctionnaire de classe supérieure parvenu au moins au 8e échelon de son grade. Il va de soi que plus le grade est élevé, plus le salaire de l'aide-soignant le sera aussi. Mais là encore, on ne peut pas dire qu'il soit excessif. Un aide-soignant de classe normale débutera son activité professionnelle avec un salaire mensuel de 1350 euros, pour terminer en fin de carrière à 1660 euros. Pour un aide-soignant de classe supérieure, elle commencera sa carrière à 1358 euros, pour finir à 1728 euros. Une différence de quelques dizaines d'euros seulement est à noter. Pour un aide-soignant de classe exceptionnelle, elle

⁶⁷ Certificat d'Aptitude Professionnelle.

entrera dans le milieu médical avec un salaire de 1358 euros pour terminer sa carrière à 1860 euros, (rémunération nette au 1/11/2005) ce que représente le tableau 10. En fin de carrière, être aide-soignant de classe exceptionnelle devient un peu plus intéressant, mais seulement en fin de carrière. Ces salaires sont ceux des hôpitaux publics.

Tableau 10

Echelon	Indice brut de référence	Ancienneté moyenne	Rémunération nette au 1/11/05 (primes et indemnités permanentes comprises) (1)
Aide soignant de classe normale			
11ème	364	-	Fin de carrière : 1660 €
1 ^{er}	251	1 an Total 28 ans	Début de carrière : 1358 €
Aide soignant de classe supérieure			
11ème	382	-	Fin de carrière : 1728 €
1 ^{er}	259	1 an Total 28 ans	Début de carrière : 1358 €(2)
Aide soignant de classe exceptionnelle			
11ème	427	-	Fin de carrière : 1860 €
1 ^{er}	267	1 an Total 28 ans	Début de carrière : 1358 €(3)

(1)Prime de service, indemnité de sujétion spéciale (13 heures), prime spécifique au grade et conditions de travail, le cas échéant. Nouvelle bonification indiciaire (13 points majorés en cas d'exercice dans un service de néonatalogie ; 10 points en cas d'exercice auprès des personnes âgées ou auprès de personnes n'ayant pas leur autonomie de vie)

(2)En principe lors d'un reclassement d'un AS de classe normale en classe supérieure, le début de carrière minimum correspond au 5^e échelon IB 307 soit 1464 € (net)

(3)En principe lors d'un reclassement d'un AS de classe supérieure en classe exceptionnelle, le début de carrière minimum correspond au 5^e échelon IB 347 soit 1596 € (net)

Pour ce qui est du salaire des aides-soignants dans le secteur privé, même si les disparités se sont réduites, on ne peut pas dire que le salaire soit très important. Une convention collective est un accord écrit qui résulte de la négociation entre syndicats de salariés et d'employeurs. Elle peut être conclue au niveau de l'entreprise (elle s'applique alors uniquement aux salariés de cette entreprise) ou au niveau d'une branche professionnelle (le commerce de détail, le textile, le bâtiment ...) mais également à niveau départemental, régional ou national. La convention collective comprend généralement un texte de base et des avenants, accords ou annexes issus de négociations ultérieures sur des points particuliers. Il faut distinguer la convention collective, qui traite de l'ensemble du contrat de travail, et l'accord collectif, qui ne porte que sur un sujet précis : par exemple, les salaires ou la formation professionnelle.

La convention collective complète en améliorant les dispositions du code du travail car elle met en place des avantages non prévus par le code du travail (salaires minimaux, régime de prévoyance, congés supplémentaires ...). Dans les domaines où le code du travail ne fixe pas de règles impératives, elle peut organiser des règles particulières au secteur d'activité ou à l'entreprise (par exemple, l'aménagement ou la réduction du temps de travail).

Dans un hôpital privé, un aide-soignant commencera à exercer son activité professionnelle avec un salaire mensuel de 1248 euros. Une première augmentation de salaire ne sera possible qu'au bout de 5 ans pour arriver à un salaire de 1314 euros. Au final, avec 30 ans d'ancienneté, le salaire mensuel d'un aide-soignant en secteur privé sera de 1681 euros. Finalement, les salaires dans cette profession ne sont pas prodigieux, ce qu'explique le tableau 11.

Tableau 11

Grille de salaires de la catégorie aide-soignant. Convention de la Fédération de l'Hospitalisation Privée du 18 avril 2002			
Ancienneté	Coefficient	Salaire mensuel en €	Salaire annuel avec RAG en €
0 ans	190	1248.30	15728.58
5 ans	200	1314.00	16556.40
10 ans	210	1379.70	17384.22
20 ans	232	1524.24	19205.42
30 ans	256	1681.92	21192.19

(Nota : le salaire brut également appelé salaire de base est calculé à partir d'une base indiciaire : **salaire brut = Coefficient indiciaire x Valeur du point** (6.57 €). La valeur du point est fixée pour plusieurs mois et remise à jour régulièrement.)

La rémunération nette de 1380 euros par mois de l'aide-soignant se place à la 45ème place sur 78 selon le classement, ce qui est pour nous peu élevé étant donné le travail fourni : un week-end sur deux, les nuits, les soirs à la différence de celle des infirmières qui se place en 13^{ème} position. Cependant, le salaire est supérieur par rapport à l'agent d'entretien ou l'assistant maternel (voir annexe A : tableau 6).

En Belgique, le salaire d'un aide-soignant est laborieux à connaître, c'est difficile de le comparer avec la France. Les revenus des aides-soignants belges sont très variables, car jusqu'à l'arrêté royal du 12/02/2006, le titre d'aide-soignant n'existait pas. La Belgique offre différents salaires bruts en fonction de la formation de base et selon l'ancienneté. C'est ce qu'illustre très distinctement le tableau 12 du personnel soignant présenté ci-dessous. Nous avons des aides-familiales, auxiliaires-familiales et sanitaires, aux aspirants en nursing ...

avec des échelles distinctes de 1.22 à 1.57. Le salaire mensuel brut à l'hôpital s'élève à 1718 euros en début de carrière et à 2431 euros en fin de carrière, ce qui est quasi égale à celui de la France (voir annexe B tableau 7).

Tableau 12

PERSONNEL SOIGNANT			
	Catégorie	Echelle	Nouvelle Echelle
Personnel aidant (ne pouvant prétendre à un barème supérieur)	1	2-12 A	1.22
Personnel assimilé : - par ancienneté d'âge (45 ans et 5 ans anc. Au 26/05/92) - en cours de recyclage	2	2-12 bis	1.22
Personnel soignant : - personnel recyclé - formation inférieures au niveau secondaire supérieur (ex. : brevet d'aide familiale, Forem, Cobeff,...)	3	2-18 bis	1.26
Personnel soignant : - formation de niveau secondaire supérieur : ex. auxiliaire familiale et sanitaire, assistant(e) en gériatrie, auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivités, aspirant en nursing, puéricultrice, auxiliaire sanitaire, ... - formations équivalentes : 1ère ASH, 1ère A1, 2è année kiné, logo, ...	4	2-22 bis	1.35
- assistant(e) en soins hospitaliers : (ex-hospitalier)	5	2.40-2.57 bis	1.40-1.57

Au salaire de base brut, il faut encore ajouter les primes de samedi (26%), dimanche (56%) et jour férié (56%), les heures coupées (50%), les nuits (35%) et en plus, la prime de fin d'année et la prime d'attractivité. Ces deux primes sont calculées en fonction du salaire et de la prime fixe.

La prime de fin d'année est composée de 2 parties :

- Une prime fixe de 286.15 €;
- Une prime en % du salaire selon la formule suivante :
2.5% du salaire d'octobre (y compris la prime Foyer/Résidence) X12.

Ensuite, il faut ajouter la prime d'attractivité qui est composée de 3 parties :

- Une prime fixe de 164.64 €;
- Une prime fixe qui évoluera jusqu'en 2009 (indexation) ;
- Pour 2006, elle est de 58.14 €

Une prime en % du salaire selon la formule suivante :

- 0.53% du salaire d'octobre (y compris la prime Foyer/Résidence) X12.

N'oublions pas aussi qu'en Belgique, à partir de 45 ans, les aides-soignants ont le choix d'obtenir des dispenses de prestations un jour par mois ou d'avoir une prime financière de 5,26 % de son salaire dans le but d'un allègement de leur travail. Ensuite, la même possibilité s'offre à 50 ans avec 2 jours par mois ou 10,52% ; et à 55ans 3 jours et 15, 78% de sa rémunération.

La fiscalité française et belge varie d'un pays à l'autre. Chaque pays procède à ses propres calculs de salaire selon ses différentes catégories. L'ancienneté des travailleurs dans les deux pays a un impact important sur le salaire. Les montants de salaire sont comparables. Cependant, le régime de travail n'est pas égalitaire. L'aide-soignant français preste, pour un temps plein : 35 heures par semaine à la différence de la Belgique : 38 heures semaine.

D'avoir un emploi et de vivre grâce à un revenu, nous confirment l'existence de la profession d'aide-soignant. Elles sont nombreuses dans différents secteurs du travail. Majoritairement, les femmes choisissent cet emploi, mais pour y arriver la formation et le diplôme est nécessaire. Ce qui nous conduit au troisième sens de la profession.

<p>PROFESSION = DECLARATION</p> <p>Vocation professionnelle</p> <p>(Sens 1)</p>	<p>PROFESSION = EMPLOI</p> <p>Classification professionnelle</p> <p>(Sens 2)</p>
<p>PROFESSION = METIER</p> <p>Spécialisation professionnelle</p> <p>(Sens 3)</p>	<p>PROFESSION = FONCTION</p> <p>Position professionnelle</p> <p>(Sens 4)</p>

3. LA PROFESSION = METIER

Spécialisation professionnelle

Nous pouvons également définir la profession comme un « *ensemble de personnes exerçants un métier* »⁶⁸. Cette considération est assez large et mérite une réflexion approfondie. Le métier vient du latin « *ministerium* »⁶⁹, cela veut dire : service, qui reprend le premier sens de la profession en évoquant la vocation. Nous pouvons aussi « *se déclarer au service de* »⁷⁰ comme un bénévole sans être reconnu par le salaire et sans gagner sa vie et avoir une profession. Toutefois, comme nous l'avons présenté précédemment, nous ne pouvons pas nous limiter à cette signification car actuellement, la profession permet d'avoir un emploi et un revenu pour pouvoir subsister. Parallèlement, chaque être humain a besoin de s'identifier individuellement, mais aussi d'appartenir à un groupe. Les conditions d'appartenance à un groupe sont bien définies par les scientifiques Bergeron, Léger, Jaques et Bélanger dans l'ouvrage de Léandre Maillet. D'après eux : « *un groupe est composé de deux personnes ou plus qui ont nécessairement quelque chose en commun, il faut que les membres interagissent entre eux et que chaque personne se perçoit comme un élément du groupe* »⁷¹. Les personnes

⁶⁸ Dubar C., Tripier P., op.cit., p 5.

⁶⁹ « *Le petit Larousse illustré* », Paris, Larousse, 2003, p 649.

⁷⁰ Ibidem, p 649.

⁷¹ Léandre Maillet « *Psychologie et organisations* », Ottawa, Vigot, 1988, p 297.

qui font la même chose ou qui effectuent le même travail constitue un groupe professionnel. Leur métier est décrit comme « *une profession caractérisée par une spécificité exigeant une formation, de l'expérience et entrant dans un cadre légal* »⁷². Cette définition nous amène à la troisième signification de la profession présente dans notre modèle. D'un côté, elle met en évidence la formation, car elle souscrit « *légitime la reconnaissance de la profession par le moyen d'obtention d'un diplôme* »⁷³ ce qui sous-entend, garantit la détention d'un emploi. De l'autre côté, elle témoigne de la construction d'une identité professionnelle. L'acquisition de la compétence professionnelle grâce au contenu, à la qualité et selon le niveau de la formation mais aussi les conditions d'accès aux études et l'obtention du titre sont des éléments légaux qui distinguent le groupe professionnel par rapport aux autres et en même temps, définissent davantage la profession. De plus, la connaissance de la formation et ainsi de la profession d'aide-soignant nous aide à respecter l'arrêté royal du 13 juillet 2006 portant sur les tâches et les normes organisationnelles d'infirmier en chef. Dans les dispositions générales, elle prévoit et stipule que l'infirmier en chef est responsable « *de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe* »⁷⁴. De ce fait, en tant qu'infirmière ou infirmière en chef, nous sommes responsables du suivi des étudiants et de la qualité des soins effectués par ceux-ci dans le service. Pour ces raisons, nous allons présenter la formation d'aide-soignant en France mais aussi en Belgique avec leurs spécificités. Ensuite, nous expliquerons les éléments qui construisent et identifient le métier de l'aide-soignant.

1.a. La formation en France et en Belgique.

En France, nous pouvons considérer le travail d'aide-soignant comme un métier car il doit suivre une formation réglementée par l'Etat français dans l'arrêté du 5 janvier 2004 modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au diplôme professionnel. Cette loi explique dans les détails les exigences de la formation dans son cadre légal. L'ACN⁷⁵ et nous, considérons cette formation : « *comme excellente depuis 30 ans* ». C'est pour cette raison, que nous voulons en présenter ses particularités.

⁷² « *Le petit Larousse illustré* », Paris, Larousse, 2003, p 649.

⁷³ Yvette Lucas, Claude Dubar « *Genèse et Dynamique des groupe professionnel* » Presse universitaire de Lille, 1994, p 297.

⁷⁴ Moniteur Belge, *Arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17 bis de la loi sur les hôpitaux, coordonné le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef*, p 42547.

⁷⁵ Association belge des praticiens de l'art infirmier.

Pour devenir aide-soignant, il est obligatoire de réussir les épreuves de sélection du concours d'entrée. Le concours est ouvert à tout(e) candidat(e) âgé(e) de 17 ans au moins à la date de son entrée en formation : aucune dispense d'âge n'est accordée.

Les épreuves.

Les épreuves de sélection sont au nombre de deux.

1. Une épreuve écrite d'admissibilité, notée sur 20 points et d'une durée de deux heures. Elle se décompose en deux parties :

1.a. A partir d'un texte de culture générale d'une page maximum et portant sur un sujet d'actualité d'ordre sanitaire et social, le candidat doit :

- Dégager les idées principales du texte ;
- Commenter les aspects essentiels du sujet traité sur la base de deux questions au maximum.

Cette partie est notée sur 12 points et a pour objet d'évaluer les capacités de compréhension et d'expression écrite du candidat.

1.b. Une série de dix questions à réponse courte :

- cinq questions portant sur des notions élémentaires de biologie humaine ;
- trois questions portant sur les quatre opérations numériques de base ;
- deux questions d'exercices mathématiques de conversion.

Cette partie a pour objet de tester les connaissances du candidat dans le domaine de la biologie humaine ainsi que ses aptitudes numériques. Elle est notée sur 8 points.

2. Une épreuve orale d'admission, notée sur 20. Elle se divise également en deux parties et consiste en un entretien de vingt minutes maximum avec deux membres du jury, précédé de dix minutes de préparation :

- 1.a. Présentation d'un exposé à partir d'un thème relevant du domaine sanitaire et social et réponse à des questions. Cette partie, notée sur 15 points, vise à tester les capacités d'argumentation et d'expression orale du candidat ainsi que ses aptitudes à suivre la formation ;
- 1.b. Discussion avec le jury sur la connaissance et l'intérêt du candidat pour la profession d'aide-soignant. Cette partie, notée sur 5 points est destinée à évaluer la motivation du candidat.

Peuvent se présenter aux épreuves :

1. A l'épreuve d'admissibilité :

Aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter à l'épreuve écrite d'admissibilité.

Sont dispensés de l'épreuve d'admissibilité :

- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au minimum au niveau IV ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français.
- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V, délivré dans le système de formation initiale ou continue français.
- Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu.
- Les étudiants ayant suivi une première année d'études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et n'ayant pas été admis en deuxième année.

2. A l'épreuve d'admission orale :

Les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10 sur 20 à l'épreuve écrite d'admissibilité.

Une fois, l'examen d'entrée obtenu, le candidat suit la formation pour obtenir le Diplôme Professionnel d'Aide-Soignant (D.P.A.S.).

Ce diplôme peut s’acquérir soit par le suivi et la validation de l’intégralité de la formation, en continu ou en discontinu, soit par le suivi et la validation d’une ou de plusieurs unités de formation (module et stage) correspondant à une formation complémentaire en fonction des modes d’accès au diplôme. L’ensemble de la formation se déroule sur un an. Elle comprend 1435 heures d’enseignement réparties comme suit :

- enseignements théoriques identiques : 8 semaines, soit 280 heures (pour l’aide-soignant et l’auxiliaire de puéricultrice) ;
- enseignements théoriques spécifiques : 9 semaines, soit 315 heures (pour l’aide-soignant) ;
- stages identiques : 12 semaines, soit 420 heures ;
- stages spécifiques : 12 semaines, soit 420 heures ;
- congés : 7 semaines.

Au total, elle comprend 41 semaines d’enseignement théorique et clinique. La formation est organisée en module qui correspond à l’acquisition de 8 compétences (voir annexe C tableau 1).

Tableau 13

Formation en France		
Module 1	Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne	4 semaines (140 heures)
Module 2	L'état clinique d'une personne	2 semaines (70 heures)
Module 3	Les soins	5 semaines (175 heures)
Module 4	Ergonomie	1 semaine (35 heures)
Module 5	Relation - Communication	2 semaines (70 heures)
Module 6	Hygiène des locaux hospitaliers	1 semaine (35 heures)
Module 7	Transmission des informations	1 semaine (35 heures)
Module 8	Organisation du travail	1 semaine (35 heures)

L’évaluation et la validation de chaque module sont obligatoires pour obtenir le diplôme. Pour y arriver, plusieurs types d’épreuves sont organisées : écrites, orales, pratiques et mises en situation professionnelle (prise en charge d’une personne et réalisation des activités de la vie quotidienne). En plus, la validation du troisième module comporte l’obligation de l’obtention

de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence ou d'un titre équivalent reconnu par le Ministère chargé de la santé.

A côté de la formation théorique, l'aspect pratique est mis en évidence. Les stages cliniques sont organisés par les instituts de formation en collaboration avec les structures d'accueil. Ils constituent un temps d'apprentissage privilégié de la pratique professionnelle. Ils s'effectuent dans des secteurs d'activités hospitaliers ou extrahospitaliers, au sein de structures bénéficiant d'un encadrement par un professionnel médical, paramédical ou un travailleur social. Cet encadrement est assuré par du personnel diplômé qui prépare progressivement l'élève à l'exercice de sa fonction.

Chaque stage fait l'objet d'un projet de tutorat établi entre l'équipe pédagogique de l'institut et le responsable de l'encadrement de l'élève dans la structure d'accueil. Il définit, à partir des ressources éducatives de la structure et du niveau de formation de l'élève, les objectifs d'apprentissage, les modalités d'encadrement et les critères d'évaluation.

Tableau 14

Unités de formation	Modules de formation	Stages cliniques
Unité 1	Module 1 : 4 semaines	4 semaines
Unité 2	Module 2 : 2 semaines	4 semaines
Unité 3	Module 3 : 4 semaines	8 semaines
Unité 4	Module 4 : 1 semaine	2 semaines
Unité 5	Module 5 : 2 semaines	4 semaines
Unité 6	Module 6 : 1 semaine	2 semaines
Unité 7	Module 7 : 1 semaine	pas de stage
Unité 8	Module 8 : 1 semaine	pas de stage
TOTAL	17 semaines	24 semaines

Dans le cursus complet de formation, les stages sont au nombre de six, de 140 heures chacun, soit 4 semaines. Leur insertion dans le parcours de formation est prévue dans le projet pédagogique de l'institut et permet l'acquisition progressive des compétences par l'élève. Ils sont réalisés dans des structures très variables : sanitaires, sociales ou médico-sociales :

- Service de court séjour : médecine ;
- Service de court séjour : chirurgie ;

- Service de moyen ou long séjour : personnes âgées ou handicapées ;
- Service de santé mentale ou service de psychiatrie ;
- Secteur extrahospitalier ;
- Structure optionnelle.

Sur l'ensemble des stages cliniques, un stage dans une structure d'accueil pour personne âgée est obligatoire.

Le stage dans une structure optionnelle est organisé en fonction du projet professionnel de l'élève en accord avec l'équipe pédagogique. Il est effectué en fin de formation et constitue le dernier stage clinique réalisé par l'élève.

Lorsque le cursus est réalisé partiellement, la formation s'effectue par unité de formation. Celle-ci correspond à un module d'enseignement théorique et, pour six modules sur huit, un stage clinique qui lui est rattaché.

Finalement, cette formation très complète au niveau théorique et pratique permet de devenir un aide-soignant compétent et polyvalent.

Au départ, il existe une sélection des candidats qui porte sur les connaissances théoriques, le savoir-être mais aussi sur la motivation personnelle pour ce métier. Ces arguments confirment l'importance du premier sens de la profession qui est la vocation. De plus, cette formation est bien structurée en huit unités et elle est unique pour tous les candidats dans le but d'obtenir le diplôme professionnel d'aide-soignant (D.P.A.S.). Elle reprend les cours théoriques des soins auprès de la personne, mais aussi les modules sur la transmission des informations, l'hygiène de locaux hospitaliers et l'organisation du travail. Chaque module permet d'obtenir des compétences qui constituent à leur tour un ensemble de savoir faire et des connaissances mobilisées pour réaliser des activités qui comportent un niveau d'exigence identifié. La validation de la formation est effectuée par diverses épreuves avec l'importance de la connaissance des gestes d'urgence. Ainsi, la formation française correspond à la définition du métier où sa présence était obligatoire pour l'obtention du diplôme. Elle prépare bien les candidats au futur métier par l'organisation efficiente des cours et des stages. La durée des stages pratiques (quatre semaines) dans différents services permet d'un côté un meilleur

suivi de l'étudiant par le personnel soignant et de l'autre facilite l'adaptation et l'évolution des compétences de celui-ci ce qui n'est pas négligeable pour la sécurité des patients mais aussi pour l'acquisition des compétences.

En Belgique, la situation est plus complexe et en pleine évolution dans son organisation. Nous constatons qu'il y avait différentes possibilités de formation pour devenir « *un personnel soignant* », terme très large et peu précis. Il existe différents types d'études pouvant amener à exercer cette profession. Ces formations peuvent être situées au niveau professionnel (exemple : aide-familiale et sanitaire), mais aussi à l'échelon de qualification (aspirant en nursing) et aux études supérieures (la première année d'infirmière).

Parmi les nombreuses formations existantes pour devenir actuellement un aide-soignant, nous en avons choisi une qui existait jusqu'en juin 2008. Nous avons choisi la formation d'auxiliaire familiale et sanitaire qui se déroule au Collège St Henri à Mouscron pour deux raisons. Tout d'abord, les étudiants de cette école effectuaient leur stage dans l'hôpital où nous travaillons. Ensuite, Mouscron se situe à la frontière avec la France et donc, de nombreux élèves viennent de ce pays pour y suivre les études.

Cette formation en cours du jour se situe au troisième degré professionnel du niveau humanité professionnelles et techniques. Pour pouvoir accéder au degré secondaire, l'étudiant belge doit obtenir le certificat d'études de base à la fin de sa sixième primaire. Ensuite, durant les 4 premières années, l'élève suit les cours généraux avec quelques heures des pratiques de la vie quotidienne. Ensuite, la cinquième et la sixième année sont constituées à la fois de cours généraux et majoritairement professionnels ce que démontre le tableau présenté à la page suivante.

Tableau 15

Intitulé des cours	3ème Année	4ème année	5ème année	6ème année	7ème année
Religion Catholique	2	2	2	2	2
Education physique	2	2	2	2	2
Français			4	4	4
Français et formation humaine	3	3			
Sciences humaines			2	2	2
Formation scientifique : Mathématique	2	2			
Sciences et technologies					2
Activités de synthèse					2
Sciences naturelles	2	2			
Biologie - chimie - physique					3
Sciences appliquées			3	4	
Soins d'hygiène et confort			3	3	
Nutrition			1	1	
Education à la santé	6	6			4
Education du consommateur	2	2			
Français expression orale	2	2			
Education pratique	2	2			
Technique d'animation			2		
Psychologie			2	2	2
Déontologie			1	1	
Education à la communication et à la relation			1	1	1
Enquêtes, visites et séminaires	2	2			
Séminaires			1	1	
TP matériaux	2	2			
Formation pratique vie quotidienne	5	5	3	2	
Stages			5	7	8
Total :	32	32	32	32	32

Elles permettent l'obtention du certificat de qualification professionnelle Auxiliaire familiale et sanitaire CQ6 jusqu'à septembre 2009. En comparaison avec la France, cette formation se distingue par la durée : en 2 ans mais aussi par le nombre de semaines de formation. En Belgique, elle représente au total 44 semaines, dont 13 semaines de stages pratiques, par contre en France, elle s'étend sur 41 semaines dont 24 semaines d'apprentissage pratique. Les stages plus nombreux en France garantissent de meilleures acquisitions des compétences pratiques et surtout, ceux-ci sont organisés en milieu hospitalier. En Belgique, à Mouscron, les lieux de stages se déroulent en général en maisons de repos, repos et soins, service d'aide aux familles et en service résidentiel pour handicapés adultes. Le stage au choix en milieu hospitalier est organisé en sixième année de formation et il n'est proposée qu'à une partie des élèves car il doit s'effectuer exclusivement : en gériatrie et revalidation. Ce stage était organisé sur deux semaines avec une interruption du temps et commençait du mardi jusqu'au vendredi. La formation pratique des étudiants aides-soignants dans les services hospitaliers n'était vraiment pas adaptée. La période de deux fois 4 jours dans le service paraît

trop courte pour assurer le développement pratique complet en milieu hospitalier (à l'opposé de la France : au moins quatre stages de quatre semaines). La brève durée d'apprentissage pratique engendrait des difficultés d'adaptation, de suivi, de formation, de qualité de soins pour les étudiants eux-mêmes, mais aussi pour les professeurs, les cadres, les infirmières déjà surchargées par le travail et bien évidemment pour les patients.

La formation théorique en Belgique est distincte de celle de la France. Elle s'étale sur deux ans à raison de 25 semaines de cours qui sont la déontologie, la communication, les soins de confort et d'hygiène du patient, la nutrition, psychologie, les sciences appliquées, les techniques d'animation. Cependant, nous ne retrouvons pas les modules comme l'hygiène des locaux, les transmissions des informations, l'organisation du travail ni des gestes en soins d'urgences qui font pourtant partie intégrante de la formation. À côté des cours spécifiques, nous retrouvons l'enseignement général. Il est indispensable pour le développement des élèves dans le cursus de la formation du niveau secondaire. Le français, la religion, la gymnastique, les sciences appliquées enseignent des bases indispensables pour les cours spécifiques mais aussi pour le développement personnel de l'étudiant, son savoir et son savoir-être.

La formation de sixième année se terminait par l'évaluation des cours généraux, mais aussi par l'épreuve pratique dans le lieu de stage. L'étudiant prenait en charge un patient et était évalué par le professeur et par une infirmière ou par l'aide-soignant référent pour les étudiants. En parallèle, il constituait un dossier sur ce patient avec des informations et des actions indispensables à sa prise en charge. Ensuite, ce dossier était présenté par l'étudiant à l'école devant un jury composé de professeurs et d'une infirmière de service. La réussite de l'ensemble des épreuves octroyait un diplôme d'auxiliaire familiale et sanitaire. Les étudiants qui ont terminé en juin 2008 pouvaient continuer une septième année ou travailler avec l'obligation de suivre la formation de 150 heures pour obtenir le diplôme d'aide-soignant. Les étudiants qui terminent en juin 2009 doivent par contre continuer obligatoirement la septième année ou effectuer la première année d'école supérieure d'infirmière en vue d'acquérir le titre. Ces modalités appliquent la législation du 2 janvier 2006 portant sur les activités d'aide-soignant mais aussi sur l'enregistrement dans le but de régulariser la profession. C'est ce cadre légal qui a amené à la naissance de la profession d'aide-soignant en Belgique. Cependant, malgré que les deux pays soient européens, le diplôme d'aide-soignant belge n'est pas reconnu en France. Les étudiants doivent tout d'abord faire homologuer leur diplôme auprès de

l'organisme de la DDASS⁷⁶ ou DRASS⁷⁷ qui exigent d'effectuer les stages complémentaires en France.

L'enseignement de St Henri fait partie de 79 autres enseignements ayant leurs propres programmes d'apprentissage, diplômes et lieux de stage. La multitude des formations et la combinaison avec l'enseignement secondaire induit un sentiment de confusion dans la connaissance des formations. De plus, certaines formations n'aboutissent pas au diplôme d'aide-soignant mais il procure un titre proche de celui-ci comme par exemple, l'aspirant-nursing qui bien évidemment ne donne pas le droit d'exercer l'activité d'aide-soignant, ce qui induit à nouveau de la confusion. Il devient alors impossible pour les étudiants, leurs parents, les directions d'écoles, les professeurs, et les équipes de lieux de stage, et les cadres de connaître les socles de compétence des étudiants pour chaque formation. Par contre, en Belgique tout comme en France, il est possible de devenir aide-soignant en commençant des études d'infirmières (niveau supérieur) et de réussir la première année et le stage en psychiatrie. Elle dure un an et elle dispense des cours sur l'hygiène, l'élimination, l'alimentation, la mobilisation, la sécurité. Les stages s'effectuent dans les maisons de repos, mais aussi à l'hôpital qui s'étalent sur deux semaines. Cependant, cette formation était au départ destinée aux infirmières. Elle n'est pas indépendante comme en France.

En conclusion, la formation des aides-soignants est présente dans les deux pays. Cependant en France, elle est unique et très complète au niveau théorique, ainsi qu'en pratique à la différence de la Belgique. Les stages professionnels français sont variés et organisés, en milieu hospitalier, dans les services de médecine également en chirurgie et en psychiatrie pour une durée de 4 semaines. La diversité des stages hospitaliers permet une meilleure préparation du futur aide-soignant comme la formation des infirmières. Ce que nous ne rencontrons pas dans les formations en Belgique. Dans notre pays, l'enseignement de l'école St. Henri prévoyait en sixième année un seul stage de deux semaines incomplètes (de mardi à vendredi) et en plus, ce stage était divisé en deux parties espacées dans le temps, en milieu hospitalier souvent en gériatrie (les autres services de médecine ont abandonné de suivre ces stagiaires pour des raisons de décalage entre la formation et la réalité du terrain, mais également pour l'organisation des stages). Un seul apprentissage pratique hospitalier nous paraît largement insuffisant pour la préparation des futurs aides-soignants. Surtout que celui-ci est prédisposé à travailler dans différents services. En plus, un stage unique (qui existe) est destiné à un certain

⁷⁶ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

⁷⁷ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

nombre d'élèves. En conséquence, le cadre en soins de santé et les infirmières peuvent être confrontés à travailler avec un aide-soignant qui n'a jamais été formé en milieu hospitalier ! La prise en charge de cette personne par le cadre et le personnel dans le service hospitalier doit donc être particulièrement suivie surtout en début de carrière. L'aide-soignant doit travailler sous la responsabilité des infirmières ce qui nécessite une organisation du service et aussi une planification des horaires adaptés par le cadre. De même, pour les infirmières, la charge de travail est importante car elles doivent assumer leurs tâches et suivre les aides-soignants n'ayant pas d'expérience en milieu hospitalier.

La formation théorique de base sur la prise en charge des patients est semblable dans les deux pays. Cependant, la France offre des modules supplémentaires, indispensables pour le travail des aides-soignants. L'hygiène des locaux, la transmission des informations et l'organisation du travail permettent une meilleure adaptation des étudiants en stage, à la vie professionnelle, aux connaissances pratiques adaptées au milieu hospitalier, et une meilleure collaboration avec les infirmières. Il existe encore des différences dans la formation de l'aide-soignant dans les deux pays. Mais volontairement, nous ne voulons pas en présenter toutes les particularités car notre travail ne porte pas sur la comparaison des deux formations mais sur la profession d'aide-soignant. Cependant, nous voulions présenter dans les grandes lignes les différences et des points communs de ces deux formations qui influencent sur la profession dans les deux pays. En France, la formation permet d'accéder à un métier et aussi d'avoir une profession. Malheureusement, la Belgique pour le moment offre différentes formations avec des programmes distincts aboutissant à un même diplôme. La diversité est souvent source de richesse, cependant le manque de bases théoriques communes et pratiques en milieu hospitalier dans les formations ne conduisent pas à un métier mais plutôt à plusieurs métiers avec des compétences et des connaissances variées. La législation de 12/1/2006 portant sur l'enregistrement de l'aide-soignant et la clarification des activités commence à mettre de l'ordre dans ces métiers, mais la Belgique n'est qu'au début de ce processus. La présence de nombreuses formations porte à confusion et à la non-connaissance de la profession. En plus, ces formations ne sont pas suffisantes à l'heure actuelle pour préparer des étudiants à travailler en milieu hospitalier. Alors qu'un grand nombre d'aides-soignants exercent à l'hôpital. Nous pensons qu'avoir une formation d'un an avec un programme commun pour toutes les écoles comme en France ne peut qu'apporter de la reconnaissance à la profession d'aide-soignant. Le fait d'effectuer obligatoirement une septième année est un grand pas en avant. Il permet d'approfondir les connaissances et de s'exercer davantage en stage. Jusqu'à 2008, nous n'avons

pas rencontré à l'hôpital d'étudiants qui aient suivi cette septième année de formation. Souvent, les élèves motivés entament des études d'infirmières. Actuellement, nous attendons les particularités de l'organisation de cette septième année qui est obligatoire.

Notre réflexion et nos craintes par rapport à la formation des aides- soignants en Belgique semblent être fondée. L'ACN présente ses inquiétudes sur son site internet⁷⁸. Elle démontre tout d'abord que la Flandre a mis en place des formations sans concertation avec la communauté française. Depuis septembre 2008, il existe trois filières de formation d'aide-soignant que nous présentons sous forme de tableau 16 en comparaison avec la formation en France.

Tableau 16

Les formations des aides-soignants en Belgique et en France				
Types de formation	Formation en promotion sociale	Formation en 3 ^{ème} degré secondaire = 7 ^{ème} professionnelle	Formation dans le 4 ^{ème} degré = 1 année spécifique à l'école d'infirmières	Formation en France
Les conditions d'accès	Avoir réussi la 3 ^{ème} et 4 ^{ème} secondaire (non valable avec AR)	Avoir réussi la 2 ^{ème} du 3 ^{ème} degré dans le secteur « aide aux personnes »	Avoir réussi la 2 ^{ème} année du 3 ^{ème} degré dans le secteur « aide aux personnes »	Avoir réussi la 2 ^{ème} année du 3 ^{ème} degré ou l'examen d'entrée
La durée de la formation	1 an =1840 périodes	1 an=1440 p	1 an=1440 p	1 an= 1435 p
La formation théorique	Partagée avec les aides-familiales 940 p pour les AS 260p	Obligation des cours généraux pour AS : 480 p	720 p	595 p
La formation pratique	640 p	480 p	720 p	840 p
Le nombre d'écoles potentielles	47	110	17 (22 implantations)	inconnu

NB 1 période=50 minutes.

⁷⁸ <http://www.infirmieres.be/aide-soignante.htm> visualisée à la date du 19 /07/ 2008.

Parmi trois filières d'enseignement, l'ACN estime judicieusement que seule la formation dans le 4^{ème} degré garanti le nombre de périodes théoriques et pratiques qui procure une bonne préparation au métier d'aide-soignant. Elle est celle qui se rapproche le plus à la formation en France. Par contre initialement, la formation en promotion sociale commune avec l'aide-familiale ne correspond pas aux exigences de l'enregistrement des aides-soignants. La conséquence peut être dramatique : la non-reconnaissance du diplôme par la Santé publique. Le nombre des périodes pour la formation théorique et pratique est insuffisant, ce qui est aussi valable pour la filière de 7^{ème} année. Entretemps, des modifications sont en train d'être apportées à l'organisation de cette formation.

L'ACN évoque d'autres difficultés d'ordre institutionnelles et sociales qui risquent d'apparaître rapidement et qui n'ont pas été analysées.

La première est que 110 écoles forment en moyenne 15 étudiants par classe dans le cycle de 7^{ème}, alors que le nombre d'élèves atteint 2355 en communauté française. Tous ces étudiants doivent avoir un lieu de stage. Actuellement, les différentes institutions sont déjà surchargées par la présence de nombreux étudiants. Sur 13 ans d'expérience en milieu hospitalier à Mouscron, les services de médecine (pneumologie, néphrologie et dernièrement la gériatrie) ont abandonné l'accueil des étudiants de sixième année en formation au collège St Henri. Nous ne pouvons pas assumer un suivi qui pourrait mettre la santé des patients en danger. L'organisation de stage inadaptée et l'évolution rapide de la médecine engendrent ce sentiment de refus de la prise en charge des stagiaires par le personnel et certains professeurs. Ce qui est déraisonnable à long terme car plus tard, nous serons obligés de travailler avec des aides-soignants peu formés. En plus, cette 7^{ème} année obligatoire augmentera encore le nombre des étudiants. Le seul moyen de sortir de cette impasse est d'organiser des stages comme en France, avec une prise en charge non seulement par les infirmières déjà débordées par leur travail et par le suivi des étudiants infirmiers, mais aussi par les aides-soignants présents dans le service. La participation des aides-soignants dans le suivi, ainsi que dans les évaluations des étudiants permettraient une meilleure prise en charge des étudiants dans le service.

La deuxième difficulté porte sur les étudiants français qui sont nombreux dans certaines écoles, notamment à Mouscron et qui obtiennent un diplôme inférieur à celui de la France. Dans l'avenir, ils risquent de ne plus suivre leurs études en Belgique et de mettre ainsi les écoles en difficultés.

La troisième difficulté porte sur le nombre des aides-soignants formés se situe aux environs de 2000 par an ce qui représente selon l'ACN un chiffre plus important que celui des infirmières et qui peut menacer cette profession. En termes de capacité d'emploi, nous ne

savons pas si une étude de marché a été effectuée et si les institutions vont pouvoir engager tous les aides-soignants.

La dernière difficulté est liée au nombre élevé d'aides-soignants. Nous pensons que la volonté politique est de remplacer les infirmières manquantes dans certains services par des aides-soignants au lieu de se pencher sur les vrais problèmes des infirmières. Les inquiétudes de l'ACN relèvent des difficultés que nous rencontrons sur le terrain. Déjà, les écoles se penchent sur l'organisation de stages et des difficultés rencontrées dans les services. Au mois de juin 2008, en gériatrie et psycho-gériatrie, nous avons reçu la visite de la direction de l'école St Henri qui analysait tous les lieux de stages pour les étudiants. Nous devons nous attendre à de nouvelles demandes de stages. Pour les institutions et le cadre il faudra réfléchir sur la prise en charge de ces étudiants dans les services celle-ci étant déjà très difficile. De plus, dans les services de gériatrie, nous prévoyons l'arrivée en nombre d'étudiants en formation de gériatrie, de même que les aides-soignants qui suivent une formation en Promotion Sociale au cours du soir. Cette formation est ouverte pour les personnes à partir de 18 ans ayant terminé le cycle secondaire et dure 2 ans, stages compris. Ces stages sont organisés durant les périodes de vacances scolaires pour éviter le surnombre des étudiants en stage. Il est utile de relever le fait que l'an prochain, nous nous retrouverons avec deux fois plus d'étudiants en stage dans ces périodes étant donné que cette formation s'étale sur deux ans.

Enfin, la Belgique n'est qu'au début du processus de changement et pour le moment, nous devons être attentifs sur la prise en charge des stagiaires mais aussi à l'engagement des aides-soignants en tenant compte des différentes formations et du suivi des nouveaux venus.

Toutefois, la formation permet l'apprentissage du métier et également l'obtention d'un diplôme nécessaire à l'exécution de cette fonction. Grâce à ce document, les aides-soignants peuvent exercer leur métier et leur savoir faire que nous allons développer dans le chapitre suivant.

3. b. Le métier.

3. b. 1. Le métier en France.

Un métier selon le dictionnaire Larousse est défini par :

« *Un savoir faire, habileté technique résultant de l'expérience, d'une longue pratique* ». ⁷⁹

Nous pouvons considérer qu'en France, l'aide-soignant fait partie d'un métier si nous nous basons sur cette définition. Ce pays, depuis le décret du 3 février 2005, issu de la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 reprenant la philosophie du système n° 92-678 du 20 juillet 1992 offre la possibilité de devenir aide-soignant sur la validation des acquis professionnels (VAP). Il s'agit de personnes non qualifiées ayant une expérience professionnelle de 5 ans pour 2005, 4 ans pour 2006 et 3 ans pour 2007 et peuvent obtenir en partie ou en totalité un diplôme sans suivre de formation. Les candidats (demandeur d'emploi, salariés du privé en CDD⁸⁰, CDI⁸¹ et intérimaires, les bénévoles ayant une expérience dans les associations) doivent justifier d'avoir réalisé des soins d'hygiène et de confort : toilettes, habillages, éliminations, déplacements dans les établissements ou à domicile. Les personnes intéressées doivent d'abord retirer un livret de recevabilité de la demande de la VAE⁸² auprès de la DDASS ou la DRASS. Ensuite, le candidat envoie par lettre recommandée le livret complété. Ce livret comprend 5 parties : la fiche de la demande, la fiche d'identité, la fiche d'expérience, la fiche de formation et la fiche de diplômes, titres et certificats. La réponse dans les deux mois qui suivent confirme la recevabilité de la demande et la personne doit à nouveau reprendre le carnet de présentation des acquis d'expériences. Ensuite, ce livret complété est transmis à DDASS. Le même organisme convoque le demandeur à l'une des épreuves du jury du diplôme professionnel d'aide-soignant. Le jury est composé du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, d'un directeur d'une école d'aides-soignants, d'un infirmier enseignant dans une école d'aides-soignants, d'un cadre infirmier ou d'un infirmier accueillant les élèves aides-soignants, un aide-soignant en exercice et du directeur d'un établissement sanitaire ou social employant des aides-soignants. Après l'examen du livret de présentation des acquis de l'expérience et d'un entretien avec le candidat, le jury peut octroyer le diplôme d'aide-soignant en partie ou totalement. Pour les compétences non réussies, la personne peut suivre des modules de formation correspondants dans les écoles d'aides-soignants.

La France reconnaît légalement la notion de l'expérience et la pratique qui définissent le métier pour obtenir un diplôme. Ce règlement répond aux besoins des travailleurs, mais aussi des employeurs pour faire reconnaître les compétences effectives de chacun. Il permet ainsi aux personnes qui ont connu des échecs ou celles qui n'ont eu la possibilité de suivre la

⁷⁹ « *Le petit Larousse illustré* », Paris, Larousse, 2004, p 649.

⁸⁰ Contrat à durée déterminée.

⁸¹ Contrat à durée indéterminée.

formation traditionnelle d'obtenir ce diplôme, ce qui est honorable du point de vue humain. Cependant, nous pensons que ce dispositif remet en question le besoin de formation pour obtenir un diplôme d'aide-soignant. Pourtant, à travers l'histoire de la profession, nous avons démontré la nécessité de la formation pour reconnaître une profession pour dispenser des soins de qualité. Nous nous interrogeons sur la validité des compétences de la personne qui a connu les échecs auparavant et qui en plus, continu à prodiguer les soins ! De plus, ce règlement ouvre la porte au recrutement du personnel non formé à la place d'aides-soignants. Se pose ensuite la question du suivi de ce personnel sur le terrain comme notamment à domicile et même dans les institutions. Néanmoins, l'épreuve orale face au jury et l'examen du livret permet d'avoir un aperçu sur les compétences du candidat.

L'obtention du diplôme d'aide-soignant par la formation classique ou par la validation des acquis professionnels permet d'exercer légalement son métier. En plus, un savoir-être et savoir-faire est bien défini par la législation française sous forme de rôle et les missions. Ces deux éléments délimitent d'un côté le métier et de l'autre permet de se différencier par rapport aux autres professions.

Les compétences des aides-soignants sont orientées sur 4 axes⁸³ :

1° « *Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extra hospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences, et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits, collaborations dans les soins d'hygiène et de confort (...) de l'adulte (hygiène corporelle, prévention des escarres, installation des patients pour les repas et pour la nuit, hygiène alimentaire, élimination...)*

2° *collaboration dans la surveillance des adultes reposant sur des observations réalisées par les aides-soignants(...), permettent d'identifier les modifications de l'état et du comportement des patients et de transmettre à l'infirmier (...) les informations recueillies en vue d'une action de soins adaptée à laquelle ils pourront apporter leur concours.*

3° *collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire, définitive ou ne l'ayant pas encore acquise pour l'accomplissement des activités de*

⁸² Validation des acquis d'expérience.

⁸³ Circulaire DGS/PS3/DH /FH1 n°96-31 janvier 1996.

la vie quotidienne (aide à l'habillage, à la prise des repas, changement de position, aide à la marche et au déplacement, participation aux activités occupationnelles...)

4° collaboration dans l'hygiène de l'environnement (...) de l'adulte hospitalisé pendant son séjour et après son départ (nettoyage, décontamination, désinfection de la chambre, du mobilier, du matériel...) ».

Les activités de l'aide-soignant sont regroupées en 8 thèmes :

1. Collaborer à la qualité du séjour,
2. Collaborer aux soins,
3. Assurer l'entretien courant des matériels et des locaux,
4. Gérer les stocks et les approvisionnements,
5. Assurer l'hygiène de l'instrumentation et du matériel,
6. Effectuer la prise en charge administrative du patient,
7. Mettre à disposition et entretenir le matériel,
8. Participer à l'organisation interne.

Le contenu de ces thèmes peut varier en fonction du service d'affection : chirurgie, bloc opératoire, urgences, réanimation, psychiatrie, stérilisation, maison de retraite long séjour, mais aussi du type d'établissement : CHU⁸⁴, CHI⁸⁵, Hôpital Local, Hôpital Spécialisé, Maison de retraite. Par conséquent, le métier d'aide-soignant se décline en 7 spécificités distinctes, soit 7 « fiches fonction » (une fiche par service spécifique).

Les 8 activités principales identifiées prennent une importance relative selon le type de service d'affection : elles ne seront pas hiérarchisées de la même façon et le contenu d'une même activité différera selon le service d'affectation. Certaines des activités peuvent ne pas exister dans certains services.

La législation française délimite clairement la profession des aides-soignants. Elle permet de situer leur statut « *la situation de fait, position par rapport à la société* »⁸⁶, mais aussi leurs

⁸⁴ Centre Hospitalier Universitaire.

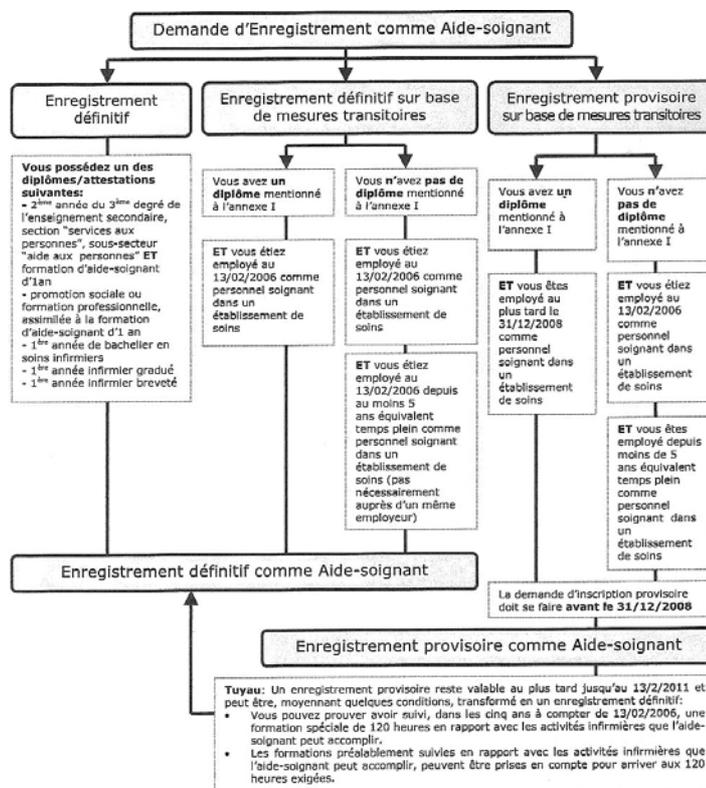
⁸⁵ Centre Hospitalier Interrégional.

⁸⁶ « *Le petit Larousse illustré* », Paris, Larousse, 2004, p 964.

missions, leurs compétences que nous retrouvons facilement dans l'organisation de leur travail. En France, la législation maintient l'importance de l'hygiène du patient et de l'environnement, qui n'a pas changée depuis des siècles. Elle précise la collaboration des aides-soignants avec les infirmières et leurs places dans l'équipe pluridisciplinaire. Par contre en Belgique, le métier commence à se préciser...

3. b. 2. Le métier en Belgique.

En Belgique, nous retrouvons la définition du métier d'aide-soignant grâce à deux arrêtés royaux de 2006 qui traitent de l'enregistrement et des actes posés par un aide-soignant. La première réglementation permet de mettre de l'ordre dans le personnel soignant. Comme nous l'avons démontré dans les chapitres précédents, la notion d'aide-soignant n'existe pas ou elle signifie différentes personnes en fonction des considérations. La législation belge a longtemps décrit l'aide-soignant et autres comme du personnel soignant. Grâce à la législation publiée le 3 février 2006, le titre d'aide-soignant est précisé et les mesures d'enregistrements définitives et provisoires sont mises en place. Le processus se déroule sur plusieurs étapes⁸⁷ :



⁸⁷ Moniteur belge du 14/12/2006. Annexe IV à la circulaire ministérielle C-2006/23183.

Les différents diplômes indispensables à la demande d'enregistrement figurent en annexe C - Tableau 2. Il est à noter que la date limite de la demande d'inscription provisoire d'enregistrement a été prolongée jusqu'au 30 juin 2009.

Cet arrêté royal permettra de clarifier et de considérer l'aide-soignant en Belgique à partir du 13 février 2011 (fin de la période transitoire) comme une profession et travailler ainsi dans un cadre légal. La présentation détaillée et volontaire de cette loi et son application pratique démontre à nouveau qu'il existe une multitude de formations et que la profession d'aide-soignant en Belgique n'existait pas. Le processus d'enregistrement permet d'un côté de reconnaître l'aide-soignant comme groupe social dans le cadre légal mais aussi d'entamer l'apparition de la profession. En plus, pour les infirmières et les cadres, nous allons travailler en collaboration avec un personnel reconnu pour ses compétences. Seulement, il faudra attendre 2011 pour connaître le nombre exact des aides-soignants enregistrés définitivement.

De l'autre côté, l'ACN (Association belge des praticiens de l'Art Infirmières) évoque ses inquiétudes et des nombreux problèmes liés à cette matière. Les craintes évoquées partagent et confirment davantage notre avis sur la confusion et la non-existence de la profession en Belgique, de même avec la validité de cette reconnaissance. Plus inquiétant, les infirmières et les cadres travaillent avec des personnes qui n'ont pas de formation ou une formation imprécise, qui malgré tout dispensent les soins aux patients :

- *« la liste des activités éventuelles de l'aide-soignant est basée sur des avis du CNAI » (organes d'avis officiel des infirmières) qui ne s'était pas prononcé sur l'exercice en milieu hospitalier alors que les arrêtés royaux autorisent ces activités dans tous les secteurs ».*
- *« les mesures transitoires sont beaucoup trop longues (étendues jusque fin 2008 alors qu'on reconnaît déjà tous le monde dès ce jour) et trop larges ».*

Une liste de 79 formations est reconnue, même de formations non-soignantes, ce qui pose des problèmes d'organisation et de qualité des soins dans les services hospitaliers.

- *« contrairement à l'avis du CNAI, aucune formation complémentaire n'est demandée à une personne qui travaillerait depuis 5 ans en institution et qui n'aurait pas de formation soignant à la base ».*

Cette loi est même dangereuse car travailler en institution depuis 5 ans en aidant les infirmières à prodiguer des soins n'est pas une garantie suffisante de connaissances et de compétences adéquates particulièrement pour les nouveaux actes qu'elles vont pouvoir prester.

- *« une formation de 120 heures est demandée aux personnes qui ne travailleraient pas depuis 5 ans en institution et qui ne posséderaient pas un des 79 diplômes reconnus (est-ce possible ?). En plus, ni l'AR, ni la circulaire ne stipulent que cette formation doit se donner dans une école subventionnée ... ce qui laisse à nouveau la porte ouverte à toutes sortes de formations, y compris interne aux institutions (qui deviendraient donc juge et partie), avec le risque qu'elles ne soient pas dispensées dans l'esprit de la législation ».*
- *« la circulaire ajoute une nouvelle disposition : toute personne qui introduit une demande individuelle de reconnaissance reçoit une autorisation provisoire d'exercer (...) sans garantie que cette personne soit dans les conditions légales pour exercer (...) ceci pourrait être une incitation à l'exercice illégal d'une profession de la santé (...) »⁸⁸.*

Malgré les craintes justifiées de l'ACN, pour nous, c'est un avancement considérable dans le développement de la profession d'aide-soignant en Belgique. La circulaire ministérielle relative du 8 novembre 2006 ainsi ces deux arrêtés permettent de garantir un statut, une reconnaissance légale et la définition du métier qui se rapproche fortement de celle de la France. Etonnement, la législation belge va plus loin dans la définition du métier car elle fixe la liste d'actes des activités infirmières qui peuvent être effectués par des aides-soignants dans la mesure où un infirmier les lui a délégués. Les actes peuvent être posés dans les conditions fixées par l'arrêté royal.

Tout d'abord l'aide-soignant doit travailler au sein d'une équipe structurée :

- Qui répartit les infirmiers en son sein de telle manière qu'ils puissent contrôler les activités des aides-soignants ;
- Qui garantit la continuité et la qualité des soins ;

⁸⁸ <http://www.infirmieres.be/formation%20AS.htm/> page consultée le 11/11/2007.

- Qui organise une concertation commune au sujet des patients, dans le cadre de laquelle elle a procédé à une évaluation, et le cas échéant à une adaptation du plan de soins ;
- Qui instaure une procédure de collaboration entre l’infirmier et l’aide-soignant ;
- Qui bénéficie d’une formation permanente.

Ensuite l’aide-soignant travaille sous le contrôle d’un infirmier :

- L’aide-soignant doit faire rapport, le jour même à l’infirmier ;
- L’infirmier doit veiller à ce que les soins, l’éducation à la santé et les activités logistiques qu’il lui a déléguées sont réalisées d’une manière correcte ;
- La présence de l’infirmier lors de l’exercice des activités n’est pas requise ;
- L’infirmier doit être disponible pour donner les informations et un support à l’aide-soignant ;

L’aide-soignant collabore, dans la limite de sa qualification et de sa formation, à la tenue à jour pour chaque patient du dossier infirmier. Il doit aussi bénéficier chaque année d’une formation permanente d’au moins 8 heures par an⁸⁹.

L’aide-soignant se voit confier une série de tâches infirmières dans le contexte d’actes de la vie quotidienne et en dehors de ce contexte. Il s’agit plus particulièrement de soins de bases prodigués aux patients dont l’état général est stable (déterminés par l’infirmier). Il s’agit des soins d’hygiène, dans les domaines d’éliminations digestives et urinaires, d’alimentation, de mobilisation et d’installation pour le sommeil et de repos, de la respiration, de surveillance des paramètres vitaux, de nettoyage et de la désinfection du matériel, de prévention et des soins d’escarres, de préparation opératoire, de thérapie utilisant la chaleur et le froid, de l’administration des médicaments et de la sécurité physique. La liste d’actes complète que l’aide-soignant peut effectuer sous contrôle de l’infirmière est présentée en annexe C - Tableau 3. La législation belge précise aussi les tâches que l’aide-soignant ne peut plus effectuer comme les soins chez le patient instable, la prise de la tension, la réalisation des pansements,

⁸⁹ Le circulaire ministérielle 8 /11/2008 MB du 14/12/2006, p 70237.

l'application de bandes d'auebinds, le rasage préopératoire et l'aide à la prise des repas chez des patients présentant les troubles de déglutitions.

Avant que la loi du 12/01/2006 n'apparaisse en Belgique, nous pouvions trouver dans le personnel soignant des qualifications ASH⁹⁰ et 54 bis⁹¹. La présence de ces personnes démontre davantage l'ambigüité et la confusion de la profession d'aide-soignant en Belgique.

Comme en France, l'aide-soignant effectue aussi son métier dans les différents services. Par contre au CHM⁹², nous ne trouvons pas d'aide-soignant dans le service de type spécialisé comme la salle d'urgence, la réanimation. Cependant, certaines cliniques comme l'hôpital Notre Dame à Tournai a engagé des aides-soignants en réanimation.

Pourquoi cette différence avec la France ?

D'une part, c'est la législation prévoit le personnel spécialisé dans ces services. De l'autre, l'exigence du travail ou la fonction d'infirmière est plus valorisée et indispensable. Les soins de l'activité de la vie quotidienne sont peu présents dans les unités spécialisés comme par exemple en salle d'urgence ou en salle d'opération. Néanmoins, en France, les aides-soignants sont bien représentés dans ces endroits. Nous pouvons trouver l'explication au niveau économique, car l'aide-soignant coûte moins cher qu'une infirmière mais aussi dans l'organisation du travail et le système dans les hôpitaux français. L'infirmière française effectue davantage des actes techniques d'infirmières et les soins de la vie quotidienne sont bien délégués à l'aide-soignant. Dans le système français, nous retrouvons la division des rôles et des tâches de chaque professionnel et le travail en binôme. L'organisation du travail dans les hôpitaux français est différente de la Belgique. Les infirmières prennent en charge plusieurs patients en exécutant la prescription médicale, en surveillant les paramètres, en distribuant le traitement. Elles travaillent seule en étroite collaboration avec le médecin. Cependant, elles n'effectuent pas les soins de bases comme la toilette du patient, apporter l'aide pour l'élimination, distribuer et donner le repas, installer la personne. Parallèlement, les aides-soignants réalisent les tâches non exécutées par l'infirmière. Cette organisation de travail démontre que l'infirmière et l'aide-soignant ont des tâches et des rôles bien spécifiques au sein de l'équipe soignante. Tous les systèmes organisationnels présentent des avantages et des

⁹⁰ Assistant en soins hospitaliers : peut effectuer les prestations techniques des soins infirmiers sous le contrôle direct d'une infirmière graduée ou brevetée (M.B. 13/9/1990).

⁹¹ Aide-soignant 54 Bis : peut effectuer après accord de la Commission médicale du Hainaut des actes infirmiers sous la surveillance finale du Chef d'Unité.

⁹² Centre Hospitalier de Mouscron.

inconvenients. Nous n'allons pas les développer car le sujet mérite d'être l'objet d'une autre recherche. Néanmoins d'un point vu théorique, la distinction rigide des fonctions permet de situer l'identité de chaque professionnel et leurs responsabilités. En Belgique, pendant des années, les rôles de chacun étaient flous suite à l'imprécision légale. Grâce aux deux arrêtés royaux de 12 /01 /2006 et la liste d'acte d'aide-soignant, la situation évolue. Cependant, en Belgique la séparation du travail entre les infirmières et les aides-soignants n'existe pas comme en France. Les infirmières effectuent les soins des bases, les soins techniques, collaborent avec le médecin et travaillent à coté des aides-soignants. Ce système permet pour les infirmières de mieux connaître le patient et offre une qualité de soins ce qui nécessite plus d'engagement du personnel infirmier. Mais à long terme, cette organisation est-elle tenable pour elles ? Vu l'évolution de la médecine, le manque de médecins d'où l'accroissement d'exigences médicales ? En plus, le surcoût économique pour l'institution et le manque d'infirmières sur le marché du travail permet-il de continuer ce type d'organisation ?

En conclusion, le métier d'aide-soignant en France semble bien mieux structuré, depuis la formation (la durée et le contenu) jusqu'au métier. Nous retrouvons bien l'importance du cadre légal qui délimite la profession. En Belgique, nous ne sommes qu'au début de ce processus. Pour devenir aide-soignant, il y a une multitude de formations avec des niveaux différents. L'âge pour commencer la formation est plus bas qu'en France (16 ans), et la durée de la formation s'étale pour le moment sur 2 ans (ex : le secondaire professionnel), mais il existe aussi une possibilité d'un an. En plus, le niveau de formation est différent. Il existe l'enseignement secondaire professionnel et technique, mais aussi supérieur et en promotion sociale pour pouvoir devenir un aide-soignant. Les bases de ces différentes formations sont communes, mais chacune apporte une partie bien spécifique, d'où le risque d'avoir un métier distinct.

L'activité en elle-même se ressemble fortement en Belgique et en France. Les soins d'hygiène et de confort ainsi que la participation à la surveillance, aux soins et à l'éducation des personnes correspondant bien aux deux pays. Les actes comme la prise de tension, le rasage préopératoire ne font pas partie des soins à déléguer aux aides-soignants.

Mais, existe-il des différences ?

En France, l'activité d'aide-soignant est plus complète car elle est structurée en 8 parties. La législation française ne fait pas la distinction du patient stable ou instable comme en Belgique. D'ailleurs, nous pensons que cette différenciation est peu précise et assez vague. Elle

est soumise à l'appréciation d'un infirmier qui peut varier d'un individu à l'autre, ce qui complique l'activité du cadre et de l'infirmière dans la planification du travail et de définir aussi la stabilité du patient qui, de principe, appartient au monde médical ! De l'autre côté de la frontière, l'aide-soignant donne les repas chez le patient ayant des troubles de déglutition. La législation française décrit la prévention des troubles de fausse déglutition et des cours théoriques à ce sujet sont organisés. En contrepartie, l'aide-soignant belge peut assister le patient, pour un traitement d'entretien à l'aide d'un stylo d'insuline préalablement dosé ce qui n'est pas autorisé en France. En plus, la loi française permet davantage d'avoir des responsabilités dans le domaine d'hygiène hospitalière comme les procédures de stérilisation. Le nettoyage et la préparation du matériel pour la stérilisation ainsi que la surveillance et le contrôle d'une stérilisation sont des actes bien reconnus pour l'aide-soignant en France. D'ailleurs, elles sont bien préparées au niveau théorique grâce à un module consacré à l'hygiène des locaux hospitaliers qui prévoit une semaine de cours (35h). En Belgique, le programme de la formation n'inclus pas pour le moment les cours sur la stérilisation. Les aides-soignants engagés pour la stérilisation dans les hôpitaux belges ont des difficultés en début de carrière et le temps de formation sur place est inévitablement augmenté pour acquérir ces compétences.

La notion de la profession selon le modèle choisi ne se limite pas à une vocation, à un emploi, à un statut économique, juridique. L'analyse de la formation et le métier de l'aide-soignant décrivent et précisent les bases de la profession ce qui lui donne une identité.

Cependant, sur base de ces trois concepts, apparaît le 4^{ème} sens de la profession qui est la fonction. Elle est importante dans la découverte de la profession car elle met en évidence une autre dimension plutôt sociologique sur le métier d'aide-soignant.

PROFESSION = DECLARATION Vocation professionnelle (Sens 1)	PROFESSION = EMPLOI Classification professionnelle (Sens 2)
PROFESSION = METIER Spécialisation professionnelle (Sens 3)	PROFESSION = FONCTION Position professionnelle (Sens 4)

4. LA PROFESSION = FONCTION

Le dernier aspect de la profession que nous voulons présenter est la fonction. C'est une notion importante dans la recherche sur la profession, car elle définit « un rôle, utilité d'élément dans un ensemble »⁹³. Dans notre étude sur les aides-soignants, nous voulons connaître la position professionnelle de l'ensemble des individus de la même profession dans leur lieu de travail : à l'hôpital. Ensuite nous élargissons notre étude à l'ensemble du pays en distinguant les organisations professionnelles qui défendent leurs intérêts et développent la profession.

4. a. La position professionnelle des aides-soignants à l'hôpital.

L'hôpital est le lieu où les divers intervenants auprès des patients sont nombreux. Nous trouvons les infirmières, les kinés, les assistantes sociales, psychologues, femmes de ménage et personnel ouvrier de toutes qualifications.

En France, les aides-soignants se situent entre les agents services hospitaliers (ASH) et les infirmières. Les ASH qui correspondent à l'aide logistique en Belgique font partie du personnel d'entretien et sont voués exclusivement au travail ménager à la différence des aides-soignants qui sont chargés des soins d'hygiène de faible niveau technique, hôtelleries et de quelques gestes de surveillance élémentaire, comme la température et les pulsations. Les infirmières,

⁹³ « *Le petit Larousse illustré* », Paris, Larousse, 2003, p 441.

elles, sont reconnues comme une compétence « *soignante technique et qualifiée* » et l'aide-soignant travaille sous leurs responsabilités.

Ce que nous relevons à travers les différentes dénominations dans les différents pays, l'aide-soignant est considéré comme une aide aux infirmières ce qui démontre la relation de subordination entre les deux catégories professionnelles.

- En Suisse et au Québec, l'aide-soignant est appelé « aide infirmière ».
- En Allemagne « Krankenpfleger ».
- En Grande-Bretagne « car assistant ».
- Aux États-Unis « auxiliary nurse » ou « aide ».

Par contre, la France lui donne un titre d'aide-soignant qui permet d'identifier clairement un groupe social à l'hôpital et de ce fait précise leur travail. Cette activité reprend et reflète des tâches domestiques anciennes attribuées aux infirmières qui sont passées aux aides-soignants. En plus, le titre lui-même décrit la subordination de l'aide-soignant par le mot « aide » n'a de sens que par rapport au soignant et non aux malades. Cette considération paraît injuste étant donné que l'aide-soignant apporte une aide d'abord au patient et ensuite à l'infirmière. Ainsi, le titre de « *garde malade* » ou « *auxiliaire de vie* » semble plus approprié.

Néanmoins, le titre de l'aide-soignant permet une position plus haute dans la hiérarchie que l'ASH ou le personnel d'entretien et évidemment un salaire plus élevé. La hausse du salaire, l'accès à l'utilisation du thermomètre et du masque d'aérosol permet d'acquérir des compétences techniques plus valorisantes que le travail avec le balai ou la serpillère. Les soins prodigués au patient présentent aussi un aspect différent que celui de l'entretien de la chambre ou du matériel.

La position de l'aide-soignant à l'hôpital se distingue par la tenue vestimentaire. Les techniciennes de surface portent des vêtements de couleur plutôt bleus pour la Belgique et la France. Par contre, l'aide-soignant en Belgique (ex : à Mouscron) ont une couleur identique aux infirmières. Seul le badge, s'il est porté, permet de différencier l'infirmière de l'aide-soignant. Dans certains établissements belges ou français, les poches et le col des vêtements ont une couleur différente. Par contre, les tenues de couleur verte sont souvent utilisées par le personnel travaillant en salles d'opérations. Souvent, cette distinction est peu visible pour les patients.

Finalement, le titre d'aide-soignant a une faible valeur dans l'organisation. Seules les ASH ou les techniciennes de surface présentent une réelle perspective de promotion professionnelle. Le travail de l'aide-soignant se compose de gestes d'hygiène, de surveillance élémentaire, d'assistance aux malades dans les gestes quotidiens et que le patient ne peut plus assurer seul comme boire ou manger, se lever, se déplacer ou gérer ses excréments. En 1968, selon Mr Goffman, l'aide-soignant accomplit un travail sur l'homme. Le patient peut être considéré en quelque sorte comme « le matériau » sur lequel l'aide-soignant effectue directement les tâches. Ce travail est moins professionnel et technique par rapport aux autres acteurs de soins, comme l'infirmière ou le kiné. Cependant, sans la surveillance de l'alimentation, de l'hydratation, de l'hygiène corporelle, du confort du patient, les autres professionnels ne peuvent pas effectuer leurs tâches.

De plus, le travail autour du patient nécessite des capacités relationnelles pour que tous les gestes puissent être réalisés. Les autres professionnels le font aussi mais pour un aide-soignant, le contact se fait par des catégories de gestes plus simples à la fois et aussi intime comme la toilette, l'élimination ce qui est réservé seulement aux aides-soignants français. A la différence de la Belgique, où les infirmières effectuent les soins de base et des actes spécifiques à leur profession. Néanmoins, le contact humain dans les gestes quotidiens pour le patient peut valoriser à son tour la fonction de l'aide-soignant. Pour les autres professionnels, ce contact se limite à une explication et application d'une technique à l'opposé de l'aide-soignant qui de par son travail et sa présence accompagne le patient durant son hospitalisation. Cette répartition claire des tâches permet à la fois d'établir les responsabilités pour chaque profession et la reconnaissance du travail effectué selon la formation.

De même, cette organisation française du travail permet également de combler le manque d'infirmières sur le marché de travail rencontré en France. Dans les services, nous trouvons un, deux et au maximum trois infirmières qui prennent en charge les patients pour les techniques infirmières et à côté d'elles, les aides-soignants effectuent leurs tâches (travail en binôme). Cette répartition du travail a conduit jusqu'à avoir deux sonnettes différentes dans la chambre : l'une pour les infirmières et l'autre pour les aides-soignants. Si le patient a besoin d'éliminer, il doit appeler un aide-soignant, même si l'infirmière est présente dans la chambre ! En plus, les infirmières ont leurs transmissions orales et écrites et les aides-soignants les leurs. De cette organisation, il en découle que les infirmières et les aides-soignants sont reconnus par leurs diplômes et responsables de leur travail. Cependant, les infirmières françaises connaissent

moins leurs patients car elles n'effectuent pas les soins de base propice à une bonne perception des besoins globaux du patient.

En Belgique, la division du travail n'existait pas dans les services ni au niveau des mentalités de l'équipe de soins. La liste des actes des aides-soignants est apparue seulement en 2001, permettant ainsi la répartition des rôles entre les infirmières et les aides-soignants. Les infirmières belges prennent en charge globalement le patient en effectuant les soins d'hygiène en y accordant le même niveau d'importance que les actes techniques de soins. Mais, elles délèguent les patients plus ou moins « stables » aux aides-soignants (le terme n'est pas assimilé ni par les aides-soignants, ni par les infirmières), qui à leur tour, prennent en charge les patients globalement. La transmission des informations sur le patient se fait ensemble. De plus, la présence des aides-soignants reconnue 54 bis ou des assistantes en soins hospitalier (A.S.H) encore assez nombreuses dans les services, permet à celles-ci d'effectuer des actes infirmiers comme les pansements, la prise de la tension et même certaines injections. Par contre, les aides-soignants sortants de l'école et enregistrés définitivement ou transitoirement doivent appliquer la liste d'actes propices à leur profession. La présence sur le terrain de trois qualifications d'aides-soignants porte à la confusion, à l'incompréhension au sein de l'équipe soignante et incite une mauvaise ambiance de travail. Pour l'infirmière en chef, le contrôle de l'application légale des actes d'aides-soignants paraît difficile. Surtout que la fonction d'un infirmier en chef du 13 juillet 2006 évoque « *l'utilisation adéquate du personnel* » et s'adapte aux changements « *en vue de créer l'ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective* ». Nous constatons qu'il y a un manque de réflexion au niveau du gouvernement, des hôpitaux et des organisations professionnels des infirmières et aussi des aides-soignants sur l'organisation de travail de chaque acteur de santé au niveau des services, mais aussi les normes du personnel pour chaque profession.

En comparant comme lieu de travail, l'hôpital à une entreprise (avec contremaître et des ouvriers), les aides-soignants travaillent en collaboration avec des personnes de niveau hiérarchique différent. Dans l'entreprise, les ingénieurs (chef d'équipe) travaillent dans leur bureau et les ouvriers dans leur atelier. Ce n'est pas le cas à l'hôpital où les aides-soignants rencontrent régulièrement les médecins, les logopèdes, les ergothérapeutes, les kinés, ... Ils participent à leur niveau directement ou indirectement au diagnostic et au suivi du patient. La prise de température, l'hygiène du malade, la surveillance alimentaire sont des actes assez simples dans la hiérarchie des soins mais indispensables au travail de l'équipe de soins. De plus, l'environnement architectural du patient est identique pour le travail des différents acteurs

de soins ; la chambre, le lit du patient ou le couloir de service réunissent différents professionnels même les ASH, ce que nous ne rencontrons pas en entreprise. Le même environnement peut valoriser et donner un certain prestige à la fonction de l'aide-soignant du fait qu'il travaille auprès du médecin et d'autres professionnels. Mais, d'un autre côté, l'aide-soignant s'efface souvent vis-à-vis de celui-ci. S'il est présent dans la chambre, le médecin s'adresse tout d'abord à l'infirmière, ensuite l'infirmière à son tour, va déléguer une partie du travail à l'aide-soignant. Souvent, l'aide-soignant évite le médecin, suite à la non-compréhension des termes médicaux et par peur de se faire « réprimander »⁹⁴.

Actuellement, l'évolution de la médecine est tellement rapide que les médecins ont besoin de plus en plus d'assistance technique et d'aide administrative. Ils délèguent leurs activités à l'infirmière, qui à son tour, va les déléguer à l'aide-soignant (en sociologie la délégation des tâches de basse valeur social est appelé : *dirty work*). De ce fait, l'aide-soignant se situe en bas de l'échelle.

A l'hôpital, à côté des emplois « respectables » comme les médecins, il y a une série de travaux que le sociologue Huyghes, appelle le « *sale boulot* »⁹⁵. Il existe des tâches de la vie domestique comme vider la poubelle, mais aussi les soins liés au corps avec leurs aspects peu valorisant. Le travail d'aide-soignant en fait partie. Mettre et vider le bassin des malades sont des activités courantes et peu reconnues. Tout d'abord par leurs formes désagréables mais il est aussi délaissé par des groupes professionnels plus considérés comme le médecin ou l'infirmière. Pourtant leur rôle (comme les autres) est indispensable pour que l'hôpital puisse fonctionner dans sa globalité. La circulaire française DGS /PS3 /DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996 évoque une prise en compte indispensable de l'aide-soignant au sein de l'équipe de soins, mais évoque aussi des difficultés suite à la répartition des tâches. Les aides-soignants se voient confier du travail qui appartient aux infirmières ou aux agents moins qualifiés. Cependant, la prise en charge des patients par une bonne coordination et une répartition des rôles au sein d'une équipe permettent à tous les professionnels « *de jouer pleinement leur rôle de façon complémentaire dans le respect des compétences reconnues de chacun* ». Pour mieux intégrer les aides-soignants, la circulaire comprend 2 volets.

Le premier vise à associer les aides-soignants à élaboration des projets de soins avec une attention particulière aux relations de travail entre eux et des infirmières. Cette collaboration

⁹⁴ Arborio A., op.cit., p 115.

⁹⁵ Adam P., Herzlich C., op.cit., p 99.

nécessite à chaque fois que cela est possible la volonté d'établir « *des relations binaires* » entre deux acteurs de soins permettant ainsi des rapports « *vrais, fonctionnels et personnalisés* ». Pour y arriver, il est indispensable que l'aide-soignant puisse joindre en permanence l'infirmière.

Le deuxième volet porte une attention particulière à la qualité de la transmission des informations échangées entre l'infirmier et l'aide-soignant. Incontestablement, les aides-soignants ont un « *rôle actif à jouer* ». Leurs observations consignées dans les dossiers de soins, ils constituent « *une aide précieuse dans l'identification des besoins de santé du patient qui permettra de définir les objectifs des soins* ». L'organisation des relations de travail mis en place doit permettre aux aides-soignants de « *se voir confier* » dans le respect de la législation et dans les limites des directives données par l'infirmière « *des tâches leur permettant de développer pleinement leur capacité d'initiative* ». Ce point s'adresse particulièrement au cadre de santé responsable de l'organisation du travail dans le service.

Le décret français, pour mieux intégrer encore les aides-soignants, propose de les associer aux formations et à l'encadrement des élèves aides-soignants en stage dans le service.

En plus, l'importance du travail des aides-soignants au niveau de l'hôpital est non négligeable malgré l'apparence. Suivant la même circulaire, les infections nosocomiales dans les établissements de soins sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité annuelle entre 600 000 et 1 100 000 patients et sont à l'origine d'environ 10 000 décès. Il est indispensable de faire participer les aides-soignants aux comités de lutte contre les infections nosocomiales. Ils ont « *un rôle essentiel dans la prévention et dans la lutte contre ces infections* »⁹⁶.

Heureusement, le métier d'aide-soignant ne se limite pas seulement au « *sale boulot* ». Il existe d'autres aspects de la profession, comme l'aspect relationnel, l'éducation, la communication, la proximité du patient et font que ce travail est plus valorisant par rapport au travail en usine. Ce que confirme et évoque la circulaire du 19 janvier 1996 : que l'activité de l'aide-soignant comporte « *une dimension relationnelle très importante* »⁹⁷ si l'on tient compte du temps passé auprès du patient et de sa famille. Il décrit aussi que cette relation « *doit prendre en considération les habitudes de vie du patient, ses valeurs et son environnement, tout en respectant sa personnalité et sa dignité* »⁹⁸.

⁹⁶ La circulaire française DGS /PS3 /DH/FH1 n° 96-31 de 19 janvier 1996.

⁹⁷ Ibidem.

⁹⁸ Ibidem.

Pour pouvoir développer la collaboration entre les aides-soignants et les infirmières et assurer une réelle participation, la circulaire met en avant « une réflexion collective » en construisant différents projets au sein de chaque établissement :

- projet d'amélioration des conditions de travail
- projet de service
- projet de soins.

Cette réflexion peut avoir lieu si les cadres infirmières jouent un rôle pour dynamiser cette idée, mener des actions dans l'organisation du travail et d'équilibrer le travail entre le différents types de personnel. Pour y arriver, en France, le conseil de service, la commission du service de soins infirmiers qui sont des organismes consultatifs comme le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le comité de lutte contre les infections nosocomiales doivent permettre aux aides-soignants d'apporter « *une contribution effective* »⁹⁹ au sein de ces instances. Cela permettra « *une réelle prise en compte de leurs avis sur les différents projets de l'établissement* »¹⁰⁰.

En Belgique, le titre, la formation et ainsi le nombre des aides-soignants sont seulement en train de se régulariser. Cependant, la collaboration entre les aides-soignants et les infirmières est toujours confuse du fait d'avoir plusieurs catégories de personnel (Aide-soignant, ASH et 54 Bis) mais paradoxalement dans l'organisation du travail en Belgique, les deux catégories de personnel travaillent bien en binôme.

4. b. La place des organisations professionnelles d'un personnel invisible.

Afin que la profession d'aide-soignant puisse exister dans les sociétés modernes comme en France ou en Belgique, certains principes de base de l'organisation sociale devraient être respectés. Cette règle est judicieuse car elle exprime la valeur et l'importance d'un groupe professionnel dans son fonctionnement et dans celui de l'Etat. Ce principe était décrit dans l'ouvrage intitulé : Suicide par Durkheim « *une nation ne peut se maintenir que si, entre l'Etat et les particuliers s'intercale une série de groupes secondaires assez proches des individus pour les attirer dans leur sphère d'action et assez reconnus par l'Etat pour exercer une*

⁹⁹ La circulaire française DGS /PS3 /DH/FH1 n° 96-31 de 19 janvier 1996.

¹⁰⁰ Ibidem.

réglementation efficace »¹⁰¹. Ce groupe secondaire pourrait être un groupe professionnel car d'un côté, il ordonne « *une manière d'agir obligatoire* »¹⁰² et construit « *une personnalité morale au dessus des personnes individuelles* »¹⁰³ dans le but de départager les individus dans les conflits, mais aussi d'assurer « *l'ordre et la cohésion sociale* »¹⁰⁴. De l'autre côté, ce groupe exerce une fonction régulatrice dans les domaines de l'emploi, du salaire, de la durée du travail, de la protection sociale. Pour que ce groupe professionnel fonctionne et puisse se défendre, il est fondamental de créer des organisations professionnelles qui joueront un rôle représentatif des différents membres et puissent agir auprès de l'Etat. A notre surprise, nous découvrons qu'en France, il existe différents organismes professionnels indépendants. Nous allons les citer avec leurs objectifs, car ces organisations fonctionnent parfaitement et ce, à différents niveaux comme la défense juridique, l'élaboration d'un référentiel de qualité, l'enseignement, les formations, la politique des soins de santé et la promotion de la profession.

Tout d'abord, l'**ANFAS** (Association Nationale Française Aides-soignants) existe depuis 1987.

Ensuite, la **FNAAS** (Fédération Nationale des Associations d'Aides-soignants) a pour objectifs de rassembler, protéger (avec assurance professionnelle – contrat protection juridique), former, défendre. Elle diffuse un journal trimestriel : « *L'essentiel* ».

L'**AREFFS** poursuit un double but de formation à la relation soignant-soigné et de formation à la psychothérapie de relaxation.

Le **GERACFAS** (Groupement d'Etudes, de Recherches et d'Actions pour la Formation d'Aide-soignant) est une association du type loi 1901, qui regroupe les Instituts de Formations Aides Soignants (IFAS). Ses fonctions se situent aussi bien à l'échelon de la recherche et de l'action qu'au niveau d'une représentation régionale et nationale des IFAS. Il travaille sur l'évolution de la fonction d'aide-soignant, procure une analyse des textes législatifs et de la presse professionnelle. Il a élaboré un référentiel de qualité, participe à l'évolution des programmes et à leur organisation, mais également à celle des statuts des directeurs et des formateurs. Il diffuse largement l'information à ses membres et assure une défense juridique. Il défend la promotion de la fonction aide-soignant, et celle des formateurs et directeurs par des

¹⁰¹ Dubar C., Tripier P., op.cit., p 65.

¹⁰² Ibidem

¹⁰³ Ibidem

jours d'études au niveau régional et national. En plus, GERACFAS participe également à la presse professionnelle et à des ouvrages de références concernant la formation. Il est aujourd'hui un interlocuteur privilégié et reconnu tant au niveau national que régional auprès du ministère de la santé, des DRASS et DDASS, ainsi qu'avec les différentes associations professionnelles. Il assure constamment une représentation auprès des pouvoirs publics et siège au CSPPM¹⁰⁵. Le GERACFAS retrouve fréquemment les associations professionnelles des infirmières dans le cadre du GIPSI¹⁰⁶, dont il est le membre fondateur. Cette permanence au sein de ce groupe permet d'élargir sa représentation et de participer à un niveau plus large à l'ensemble de l'évolution des professions de soins.

L'UFAS (Union Française des Aides-soignants) a pour objectifs :

- de promouvoir la fonction d'aide soignant, la protéger et défendre son avenir.
- de contribuer à l'humanisation des relations de soins et d'améliorer la qualité du service rendu.
- de favoriser les échanges.
- de faire passer les informations susceptibles d'avoir un intérêt professionnel ou personnel.
- de susciter et d'organiser des actions de formations continues.
- de se positionner en tant que groupe de réflexion aussi bien en France qu'à l'étranger.
- De réaliser des actions de solidarité en France ainsi que des actions de solidarité internationale.

L'UFAS siège au ministère de la santé à la Commission du conseil supérieur des professions paramédicales. Elle procure à ses adhérents une protection juridique professionnelle (ouverte aux élèves) et édite un journal : « *L'Echo de l'UFAS* » trait d'union des aides-soignants. D'ailleurs, cette organisation organise tous les deux ans une rencontre internationale de formation et d'échanges d'aides-soignants.

Les cinq organisations professionnelles sont bien développées et elles garantissent avec leurs objectifs, la position professionnelle de l'aide-soignant en tant que groupe social en France et à l'étranger. En plus, il existe aussi en France l'APPAS (l'association pour la promotion de la profession aide-soignant). Cet organisme est chargé :

¹⁰⁴ Ibidem

- de promouvoir la fonction d'aide-soignant ;
- de favoriser les échanges entre les aides-soignants par différents moyens de communication.
- d'agir pour une meilleure reconnaissance de la profession auprès du public et des institutions.
- de susciter et d'organiser des actions de formation continue.

Pour assurer le statut d'aide-soignant et transmettre les informations, deux revues professionnelles sont éditées :

Revue « **l'aide-soignante** » - Groupe ELSEVIER S.A

Revue « **Soins Aides-soignantes** » - Groupe MASSON

Sans oublier les sites internet comme :

www.aide-soignant.com

Et

www.soignant-hospitalier.com

D'autre part, les aides-soignants en France sont défendus par des organisations syndicales. Les trois centrales que sont Force Ouvrière, la C.G.T.¹⁰⁷, la C.F.D.T.¹⁰⁸ sont visibles également sur les revendications des aides-soignants. Elles interviennent souvent dans des conflits locaux au sein d'établissements hospitaliers ou sur des revendications nationales par l'intermédiaire de leurs postes au sein du CSPPM.

Nous avons découvert que la représentation des aides-soignants en France est très riche et variée avec cinq organisations qui défendent leurs droits et une association qui fait la promotion de la profession. En plus, deux revues, avec deux sites internet font que la profession des aides-soignants en France puisse exister comme une profession à part entière, mais permet la profession à se développer et à progresser.

En Belgique, les aides-soignants sont beaucoup moins bien représentés. Les organisations professionnelles sont attachées aux associations d'infirmières. Comme par exemple l'Association belge des praticiens de l'Art infirmier (ACN). C'est l'affiliation des infirmières francophones la plus importante de Belgique. Le groupement agit également pour les aides-

¹⁰⁵ Conseil Supérieur des Professions Paramédicales.

¹⁰⁶ Groupe d'Intérêt Professionnel en Soins Infirmiers.

¹⁰⁷ Confédération Générale du Travail.

soignants. Elle est un des cinq membres de l'Union Générale des Infirmières de Belgique. Si nous comparons cela avec la France, nous remarquons que les aides-soignants belges n'ont pas d'organisation indépendante pour défendre leurs droits. La nouvelle législation relative à l'aide-soignant garantit un statut et une reconnaissance légale pour règlementer les modalités d'enregistrement pour environ 100 000 aides-soignants auprès de l'administration de la santé publique.

Mais nous n'apercevons pas encore la genèse de l'association indépendante. Nous nous posons la question de savoir pourquoi les médecins et les infirmières ont leurs propres organisations pour défendre leurs droits et pourquoi les aides-soignants belges doivent être rattachés aux infirmières ? Surtout que les problèmes de chaque groupe social sont différents. Toutefois, certains problèmes sont identiques pour les infirmières et les aides-soignants et ensemble ils peuvent mieux défendre leurs droits. Mais certaines difficultés propres aux aides-soignants ou aux infirmières risquent d'être atténuées. Malgré-cela, nous découvrons le début des changements. Il existe une revue « L'aide-soignante » en Belgique et un nouveau site internet propre aux aides-soignants. L'adresse est www.aide-soignant.be. Grâce à ce site, nous apercevons un nouveau logo.



¹⁰⁸ Confédération Française Démocratique du Travail.

Pour distinguer les aides-soignants des autres professions, la croix de la couleur jaune est choisie. Le nom «d'aide-soignant» est établi en deux langues ; en français et en néerlandais « *zorgkundige* ». Pourtant, officiellement en Belgique, il existe trois langues officielles : l'allemand en plus. Au milieu de la croix, sont représentées les 10 provinces du territoire belge. C'est bon un début mais, actuellement, insuffisant. L'absence des organisations professionnelles indépendantes avec leurs propres objectifs comme en France empêche d'un côté l'existence et l'évolution de la profession des aides-soignants en Belgique, mais de l'autre protège indirectement la profession d'infirmière.

V. CONCLUSIONS

1. Conclusions générales

Au terme de cette recherche, nous avons dans un premier temps découvert la notion de profession. En dépit de notre pensée, elle ne se limite pas à une simple et unique considération de la vocation, l'emploi ou le métier. La profession représente un ensemble de quatre dimensions comme la déclaration, l'emploi, le métier et la fonction. Elles ont chacune leur importance dans la connaissance et la compréhension n'importe qu'elle groupe professionnel. À travers ces quatre points, nous avons analysé la profession des aides-soignants en Belgique et en France et avons pu la comparer. En parallèle, nous avons distingué l'influence de cette profession sur l'organisation du travail à l'hôpital et le rôle du cadre de santé.

Le premier sens de la profession : la vocation, nous amène à découvrir que la profession d'aide-soignante trouve ses origines très loin dans le passé. L'évolution de la médecine et l'influence de la religion engendrent la naissance et la formation du personnel compétent. A travers les siècles, la philosophie d'aider les autres, de reconforter les malades et les soigner humblement au nom de Dieu a permis le développement des soins. L'hygiène corporelle, l'alimentation, le confort, l'aide dans la prise des médicaments, les réfections de lits, la vidange des pots sont des actes déjà décrits au 5^{ème} siècle. Ils ont leur l'importance dans la prise en charge des malades et représentent aujourd'hui la base du travail des aides-soignants. Cependant, le choix de cette profession est orienté actuellement par la relation et le contact avec le patient. Les qualités féminines fonctionnent comme la source de savoir et savoir faire et orientent en majorité les femmes vers ce métier. Surtout qu'actuellement cette profession permet d'avoir un emploi et vivre. Plus de la moitié de la population en France et en Belgique travaille et en conséquence, les femmes sollicitent un emploi, ce qui nous conduit vers le deuxième sens de la profession.

Par l'évolution de la médecine et la nécessité d'avoir un personnel formé, la France a conçu en 1949 le grade d'aide-soignant qui a permis la naissance de la profession. En parallèle, la nomination légale de la profession a créé de nombreux emplois rémunérés. Le nombre d'aides-soignants français augmente avec les années et représente une profession de santé non médicale importante. Il se place pour le moment derrière les infirmières. Le lieu d'exercice de leur travail se situe en majorité à l'hôpital. Par contre en Belgique, la situation est complexe. Nous avons éprouvé des difficultés à effectuer des comparaisons avec la France, car nous ne possédons pas de données fiables. Avant 2001, la Belgique n'avait pas encore précisé la

fonction d'aide-soignant et en conséquence la population belge d'aide-soignant était difficilement estimable. Nous possédons les données disponibles, du rapport de SESA où il est explicitement décrit « *Le soignant, cet inconnu* ». Ce qui a engendré une confusion du rôle d'aide-soignant dans l'organisation du travail de l'hôpital et entre les professionnels de la santé et pour les responsables de services. La loi de 2006 a permis l'enregistrement des aides-soignants qui est actuellement en cours et qui définira la profession d'aide-soignant. En attendant, la Belgique compte 44 189 soignants. En comparaison du nombre des aides-soignants par rapport à la population de chaque pays, la Belgique semble compter moins des soignants que la France. Par contre, en suivant l'évolution de l'emploi des soignants belge à l'hôpital, il est en légère diminution par rapport au nombre des aides-soignants français. La progression s'explique par le manque d'infirmières sur le marché et par l'organisation des soins en France.

L'emploi des aides-soignants attire particulièrement les femmes dans les deux pays. La féminisation de la profession est très élevée en Belgique et en France, car ce métier nécessite d'avoir les qualités jugées féminines. En récurrence, les mêmes prédispositions induisent la considération de cet emploi comme non qualifié car elles ne font pas appel à de vraies qualifications par rapport aux autres métiers. La féminisation importante de la profession influence aussi l'organisation du travail à l'hôpital. La maternité et les repos d'accouchement, l'absentéisme pour raisons familiales sont des éléments qui complexifient la gestion du personnel. L'absence, le remplacement et la rotation du personnel nécessite de la part du cadre plus d'effort dans la gestion des horaires, mais aussi dans la formation de son personnel.

Le métier d'aide-soignant permet d'avoir un emploi et aussi de vivre grâce à un revenu, qui se situe au même niveau dans les deux pays. Il est considéré comme bas salaire. Cependant pour exercer cette fonction, il est nécessaire de suivre une formation, avoir une expérience et travailler dans le cadre légal ce qui nous amène au troisième sens de la profession. En France, la formation d'aide-soignant est bien structurée et unique de point de vue théorique mais aussi pratique. Elle est « *excellente depuis 30 ans* » selon l'ACN. La durée de la formation est d'un an, les candidats suivent les cours théoriques centrés sur la profession et effectuent des nombreux stages en milieu hospitalier dans les différents services. Par contre, en Belgique il y a trois niveaux d'enseignement : en promotion sociale, en troisième degré et dans le quatrième degré et elles proposent les 79 formations avec les diplômes différents. Chaque formation présente le nombre d'heures d'enseignement théorique et pratique autres qui sont largement

inférieur à celle de la France. D'autre part, elle ne renseigne pas sur l'hygiène de locaux hospitaliers et l'organisation du travail, comme l'enseignement français. Ces deux modules sont importants pour la formation des aides-soignants et leur procure une meilleure préparation pour le futur métier et un départ dans la vie professionnelle surtout à l'hôpital. En plus, la formation française organise les stages cliniques dans les services de médecine, chirurgie, gériatrie, psychiatrie et secteur extra hospitalier offrent ainsi une meilleure préparation pratique. Ce que l'enseignement belge ne peut proposer actuellement. Pour le cadre et l'infirmière, le suivi et l'accompagnement des étudiants en stage est difficilement connaissable (79) et réalisable pour garantir leur formation et la sécurité des patients. De ce fait, les infirmières en chef des services doivent accueillir des aides-soignants diplômées, qui n'ont jamais fait leur stage au milieu hospitalier ou très peu !

L'objectif de la formation est d'acquérir les compétences indispensables au métier d'aide-soignant mais aussi l'obtention du diplôme pour pouvoir exercer la profession et avoir un emploi. Les rôles et missions des aides-soignants étaient précisés par la législation de deux pays qui se ressemblent fortement. En Belgique, les conditions d'exercice de la fonction sont dépendantes de l'état de santé du patient. Cependant, la notion de stabilité de l'état général du patient est à nouveau vague et imprécis ce qui met en difficulté les aides-soignants, les infirmières dans leur travail et les cadres dans l'organisation des soins. En France, la répartition des tâches entre les infirmières et les aides-soignants est claire et distincte. Cela élimine toute confusion, assure un meilleur suivi des responsabilités mettant en valeur le travail des aides-soignants et aussi des infirmières, qui fait évoluer leur profession. En revanche, en Belgique le métier d'aide-soignant est en période de régularisation. Les mesures transitoires sont prévues jusqu'au 2/2/2011, qui permet enfin d'avoir une profession avec le titre définitif d'aide-soignant et le visa pour exercer leur métier comme les infirmières.

Le métier d'aide-soignant permet de découvrir la position professionnelle de l'ensemble des individus à l'hôpital, mais aussi au niveau national qui nous amène au quatrième sens de la profession : la fonction. Parmi les nombreux professionnels de la santé, les aides-soignants se situent en bas de l'échelle dans les deux pays derrière les infirmières, les kinés... ; cependant avant les Agents Services Hospitaliers et les techniciennes de surfaces en France. La possibilité de soigner les patients permet d'effectuer un travail plus valorisant que les tâches liées à l'entretien. De plus, l'hygiène des patients et la propreté est indispensable, d'autant que les maladies nosocomiales sont responsables de nombreux décès, elles représentent des coûts

importants pour les hôpitaux. L'aide-soignant travaille également en collaboration avec des personnes de niveaux hiérarchiques différents : les médecins, les kinés, ...ce qui donne un certain prestige différent du travail en entreprise.

L'évolution rapide de la médecine, accentue le phénomène de glissement des tâches du médecin vers l'infirmières, qui à son tour délègue à l'aide-soignant (dirty-work). Ceci implique le développement légal, social et organisationnel de chaque profession de la santé.

Grâce à leur profession, les aides-soignants français défendent fortement leur droits, se forment, se rassemblent et font évoluer leur statut et leur identité. Les nombreuses organisations professionnelles indépendantes sont présentes et actives, mais aussi les revues et les sites internet. À l'opposé de la Belgique où les associations professionnelles sont liées avec celles des infirmières, ayant une revue professionnelle et un site internet, ce qui nous semble largement insuffisant.

Finalement, en France les aides-soignants sont considérés par la sociologue Anne-Marie Arborio comme un « *personnel invisible* », en Belgique ils passent véritablement inaperçu.

2. Les perspectives

La réalisation de ce travail était à la fois laborieuse et en même temps enrichissante pour ma recherche personnelle. Elle m'a permis tout d'abord de comprendre la signification des termes dans les différents ouvrages exploités. Sa rédaction écrite m'a apporté l'utilisation des règles grammaticales et d'orthographe que je n'avais pu acquérir auparavant. D'ailleurs ce travail sur la langue française n'est pas terminé et constitue une passerelle pour continuer sur ce chemin.

La recherche effectuée sur la profession dans toutes ses dimensions apporte une meilleure compréhension d'un groupe professionnel. Elle est très utile en raison de l'influence directe et indirecte sur l'organisation et le fonctionnement d'un service ainsi que sur la gestion du personnel par le cadre de santé. De plus, cette analyse a permis le développement des différentes facettes du métier de responsable : s'organiser, s'informer, réagir, produire.... Elle a mis en évidence les buts, les enjeux, les valeurs de projets que le cadre de santé devrait interpréter dans sa vie professionnelle.

L'étude menée sur la profession d'aide-soignant en Belgique et en France a suscité de nombreuses réflexions.

Les origines de cette profession sont lointaines, l'importance de l'hygiène et le confort du patient sont toujours d'actualité. Ces deux missions devraient constituer des bases de motivation et des objectifs de travail de l'aide-soignant dans le service. Le cadre de santé devrait assurer le suivi et donner son appréciation positive à cet égard. En plus, ces deux aspects de leur travail devraient apparaître dans l'évaluation de la qualité des soins, mais aussi du personnel. Sensibiliser les infirmières à la valeur de la mission d'aide-soignant permettra à la fois de mieux gérer la confusion et le conflit entre ces professions surtout en Belgique où leurs rôles ont été récemment définis.

Par l'aspect relationnel et le contact avec le patient, les aides-soignants font le choix de ce métier. C'est une source inestimable de renseignements sur les patients qu'ils transmettent aux infirmières. L'infirmière en chef devrait penser à organiser des formations pour les aides-

soignants dans le but de perfectionner la transmission des informations afin que leur contact puisse être professionnel et avoir une meilleure collaboration avec les infirmières.

La profession d'aide-soignant offre de nombreux emplois non négligeables dans le secteur privé mais aussi dans le secteur public. Actuellement leurs participations aux projets dans les institutions ou dans les services hospitaliers sont inexistantes. Pour les cadres, faire amener les aides-soignants aux projets du service permettra de mieux les impliquer mais aussi de créer et d'entretenir un bon climat de travail au sein de l'équipe.

Les aides-soignants majoritairement féminins effectuent un double travail ; domestique et professionnel. Pour mieux gérer ce personnel, l'infirmière en chef devrait bien connaître son équipe, personnaliser son style de management dans le but de mieux la motiver et adapter au mieux la planification des horaires en fonction des besoins du service.

Pour accéder à la profession d'aide-soignant, la formation française est considérée comme excellente. La Belgique devrait suivre l'exemple d'unifier cette formation par rapport aux nombres de périodes théoriques et pratiques. Il est aussi indispensable d'ajouter au programme d'enseignement les modules traitant de l'hygiène des locaux hospitaliers et de l'organisation du travail. Ceux-ci sont importants dans le développement des compétences de l'aide-soignant

En Belgique, l'organisation des stages pour étudiants en formation d'aide-soignant pose actuellement un sérieux problème pour eux-mêmes, pour les écoles, les institutions, les cadres en soins de santé, mais aussi pour les équipes à l'hôpital. L'organisation et le suivi de ces étudiants devraient faire l'objet d'une réflexion rapide et profonde au niveau légal, mais aussi entre l'école et les hôpitaux. La prise en charge des étudiants à l'hôpital devrait faire partie d'un projet commun des infirmiers en chef au sein de l'établissement hospitalier pour mieux garantir l'accueil et le suivi. Par contre le responsable de service devrait expliquer aux différents membres de son équipe les difficultés et le pourquoi dans le but de mieux maîtriser les échanges et le suivi de ces étudiants.

La formation incomplète du point de vue pratique des aides-soignants belges amène à disposer d'un personnel moins compétent qu'en France. Le manque de stage dans différents services hospitaliers pose des difficultés pour le cadre en soins de santé qui est responsable de la gestion de son équipe. Il devrait être particulièrement attentif à l'accueil et à l'intégration des nouveaux embauchés, mais aussi élaborer un suivi écrit sur l'acquisition des compétences. La prise en charge de patients stables par l'aide-soignant se fait sous la responsabilité de l'infirmière. Mais la notion de stabilité du patient n'étant pas définie légalement, elle est dès lors incomprise par les cadres en soins de santé et les infirmières. La répartition claire des

tâches entre les infirmières et les aides-soignants par l'organisation du travail comme en France permet de faire disparaître la confusion et valorise le travail de chacun.

Ainsi le métier d'aide-soignant détermine la position professionnelle de celui-ci dans les hôpitaux. Il est en bas de l'échelle hiérarchique par rapport aux autres professions. L'idée de faire participer l'aide-soignant aux projets de la qualité des soins et aux comités d'hygiène hospitaliers ne peut qu'apporter l'amélioration de la prise en charge du patient et une meilleure collaboration entre les différents professionnels. Les aides-soignants contribuent activement aux soins et leurs avis peuvent apporter une aide supplémentaire et efficace car les exigences économiques de produire de la qualité à moindre coût deviennent une obligation pour la survie des institutions. Afin que la sécurité sociale du pays et pour que l'évolution de la médecine soit assurée.

L'existence d'organisations professionnelles joue un rôle fondamental dans l'évolution de toute profession. Elles défendent les intérêts de leurs membres au niveau de l'Etat, mais aussi développent et régularisent la profession comme c'est le cas en France pour les aides-soignants. Il devient vraiment urgent pour les aides-soignants belges de se regrouper en associations professionnelles pour défendre leur profession. La progression de la technologie médicale continue et le phénomène de délégation des actes (dirty work) s'intensifie. Les infirmières se spécialisent de plus en plus et les aides-soignants suivront incontestablement cette évolution. Le thermomètre, l'instrument sacré pour le médecin du XX^{ème} siècle est délégué aujourd'hui aux aides-soignants. Finalement, par les jeux de délégation des actes les aides-soignants sont investis dans le champ des soins infirmiers. Ayant la fonction de cadre en soins de santé, nous devrions être conscients de cette évolution pour mieux adapter notre rôle et nos missions.

Pour terminer, il est important de relever que chaque profession a ses spécificités et son importance dans l'organisation du travail. Chaque profession a sa place dans cette organisation et la collaboration interprofessionnelle permet le bon fonctionnement de celle-ci.

VI. ANNEXES

Tableau 1

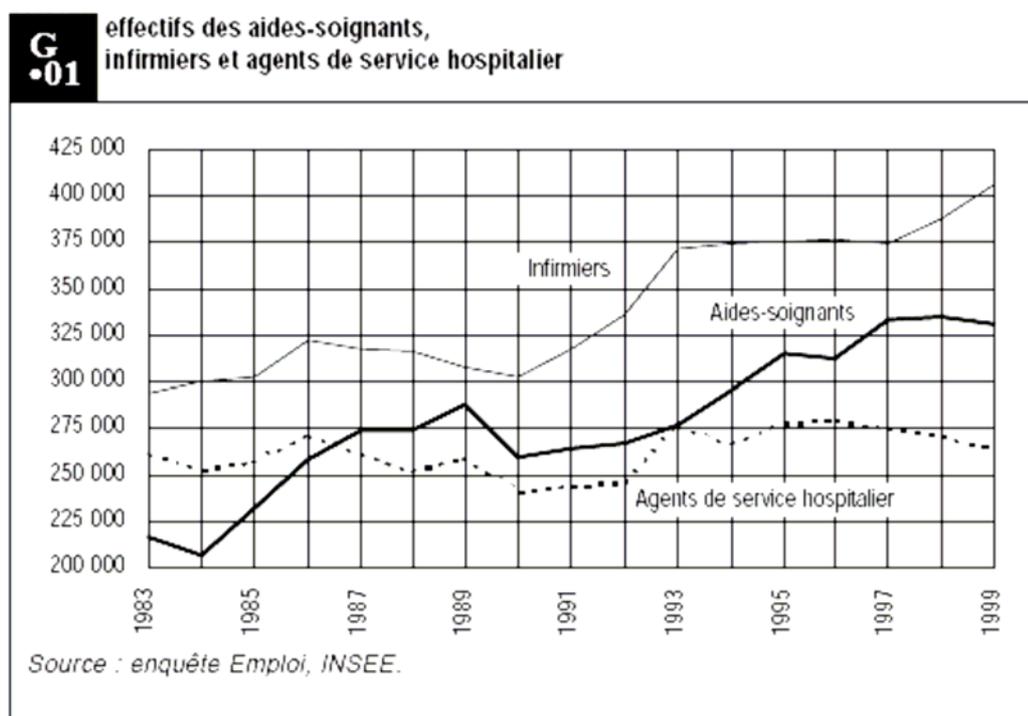


Tableau 2

T.01 part des aides-soignants dans le personnel non médical¹

En %

Secteur d'exercice	1983			1999		
	Effectifs non médicaux ¹	Part des aides-soignants dans l'ensemble des effectifs non médicaux		Effectifs non médicaux ¹	Part des aides-soignants dans l'ensemble des effectifs non médicaux	
	Part du secteur d'exercice	A l'intérieur de chaque secteur d'exercice	Tous secteurs confondus	Part du secteur d'exercice	A l'intérieur de chaque secteur d'exercice	Tous secteurs confondus
Santé	83,6	27,2	22,7	70,0	30,4	21,3
dont public	64,7	26,8	17,3	49,4	32,5	16,0
dont privée	18,8	28,4	5,3	20,7	25,4	5,3
Social	10,3	34,0	3,5	23,8	40,5	9,7
dont public	6,6	37,4	2,5	12,7	42,7	5,4
dont privée	3,7	27,9	1,0	11,1	38,1	4,2
Ensemble ²	100,0	28,0	28,0	100,0	33,0	33,0

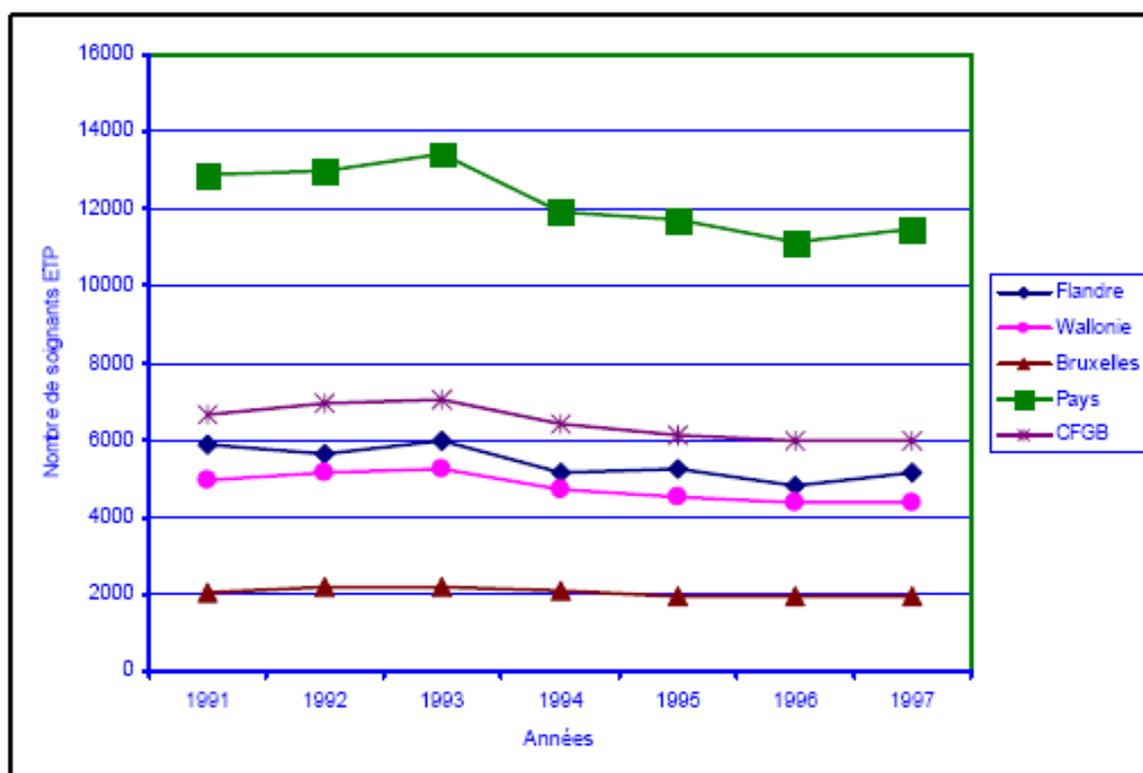
1. Aides-soignants, infirmiers et agents de service hospitalier.
2. L'ensemble des secteurs de la santé et du social ne représente, en 1983, que 93,9 % des effectifs, la différence regroupant divers postes de l'administration et de l'enseignement en particulier.
Lecture : la part des aides-soignants augmente à double titre : ils représentent une part de plus en plus importante des effectifs des secteurs d'exercice, qui sont eux-mêmes en croissance. En 1983, le secteur de la santé employait 83,6 % des effectifs non médicaux (aides-soignants + infirmiers + agents de service hospitalier). Dans le secteur de la santé, les aides-soignants représentaient 27,2 % des effectifs non médicaux. Les aides-soignants du secteur de la santé représentaient ainsi 22,7 % (83,6 % x 27,2 %) des effectifs non médicaux (tous secteurs confondus).
Source : enquête Emploi, INSEE.

Tableau 3

T •02		secteurs d'activité des aides-soignants en janvier 1999		
		En %		
		Public	Prive	Total
Santé		71,6	49,3	64,4
	<i>dont activité hospitalière</i>	71,1	35,4	59,6
Social		24,3	39,7	29,2
	<i>dont hébergements handicapés</i>	0,7	10,8	3,9
	<i>dont centres d'accueil des personnes âgées</i>	11,6	17,1	13,4
	<i>dont crèches</i>	6,6	3,7	5,6
	<i>dont autres actions sociales</i>	5,1	6,7	5,6
Divers		4,2	11,0	6,4
	<i>dont administration publique et établissements d'éducation</i>	1,7	0,4	2,1
Total		100,0	100,0	100,0
Poids relatifs des secteurs public et privé		67,7	32,3	100,0
<i>Source : enquête Emploi, INSEE.</i>				

Tableau 1

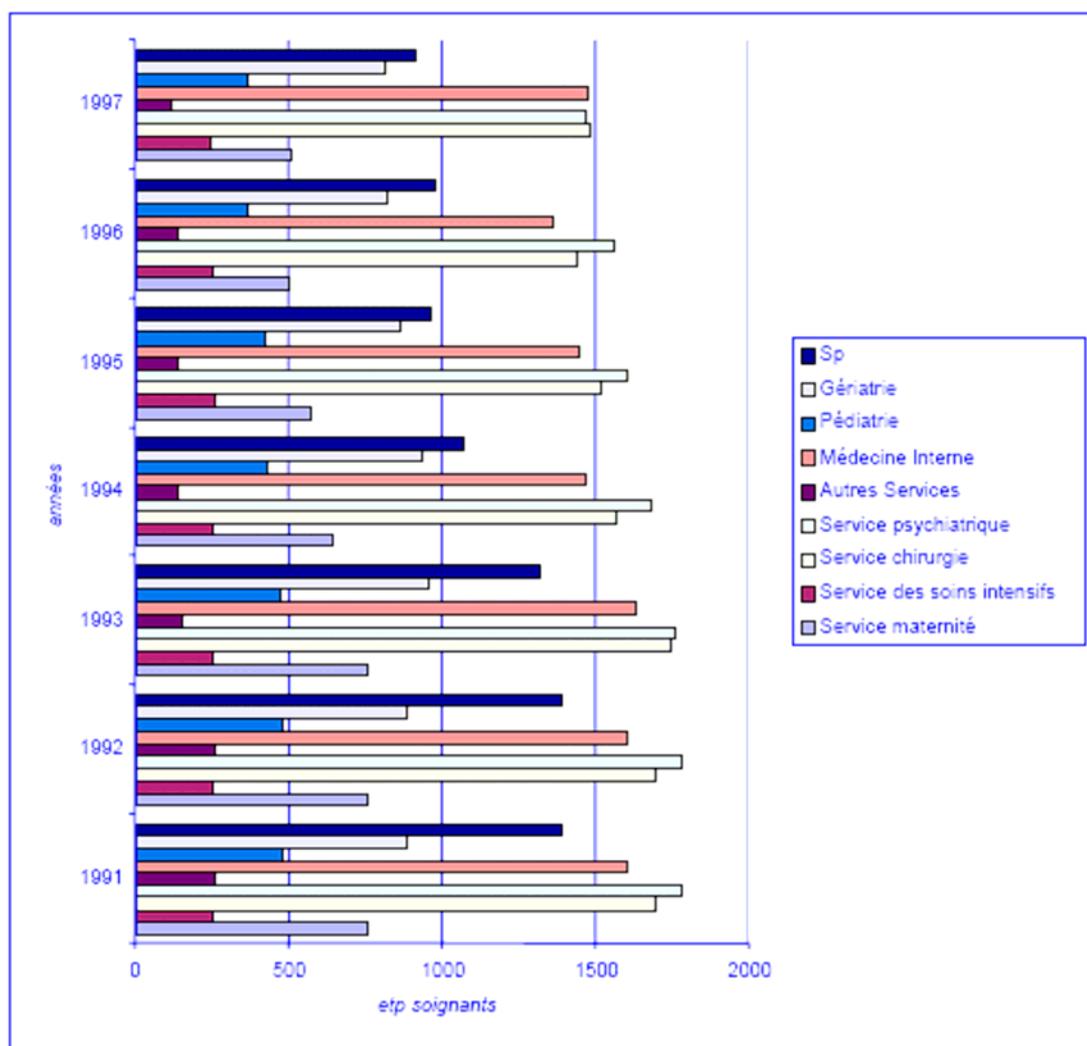
Figure 1.3.1.3.1. Evolution de l'emploi soignant à l'hôpital selon les régions 1991-1997



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

Tableau 2

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

Source : Hôpitaux Belges

Tableau 3

3 Les métiers principalement féminins sont ceux qui ont le plus créé d'emplois

	Actifs occupés en 1999 (milliers)	Variation 1990-1999 (milliers)	Part des femmes (%)	Part des temps partiels (%)
1. Assistantes maternelles, gardiennes d'enfants et travailleuses familiales	538	+277	99	52
2. Adjoint administratifs de la Fonction publique ¹	499	+233	86	31
3. Agents de service de la Fonction publique (sauf écoles, hôpitaux)	314	+116	60	38
4. Employés de libre-service	179	+98	71	41
5. Aides-soignants (du public ou du privé)	386	+95	91	26
6. Employés administratifs divers d'entreprise	309	+90	78	25
7. Employés de maison et femmes de ménages chez des particuliers	262	+84	97	71
8. Infirmiers en soins généraux salariés	257	+68	91	28
9. Professions intermédiaires commerciales (responsable commercial, assistant marketing)	92	+61	71	11
10. Programmeurs, préparateurs de travaux en informatique (hors Fonction publique)	129	+59	21	7
11. Ingénieurs et cadres spécialistes de l'informatique (sauf technico-commerciaux)	196	+58	19	5
12. Maîtrises et techniciens administratifs (autres que financiers et comptables)	211	+54	64	12
13. Agents de service hospitaliers (du public ou du privé)	337	+54	82	33
14. Serveurs et commis de restaurant ou de café	295	+50	58	42
15. animateurs socioculturels et de loisirs	101	+48	64	46
Ensemble de la population active en emploi	23 054	+784	45	17

Champ : Actifs occupés.
Lecture : avec 98 000 emplois nouveaux, la profession d'employés de libre-service est la 4^e profession la plus créatrice d'emplois entre 1990 et 1999.
1. L'augmentation du nombre d'adjoints administratifs s'explique en grande partie par la requalification des agents de bureau en agents administratifs dans le cadre du plan Durafour (1990-1997).
Source : Recensements de la population, Insee

Tableau 4

**T
•03** durée hebdomadaire moyenne
du temps de travail en janvier 1999
En %

	Public	Privé	Total
Temps plein	38,4	38,5	38,4
<i>dont santé</i>	38,4	38,7	38,5
<i>dont social</i>	38,1	37,8	38,0
Temps partiel	26,6	24,3	25,7
<i>dont santé</i>	27,1	25,2	26,5
<i>dont social</i>	26,1	24,2	25,2
Ensemble	36,0	34,5	35,5
<i>dont santé</i>	36,4	35,6	36,3
<i>dont social</i>	34,8	33,2	34,2
Part du temps partiel	20,1	28,2	22,7
<i>dont santé</i>	12,1	11,8	12,0
<i>dont social</i>	6,7	13,4	8,9
<i>dont voudraient travailler plus</i>	4,8	9,1	6,2

Source : enquête Emploi, INSEE.

Tableau 5

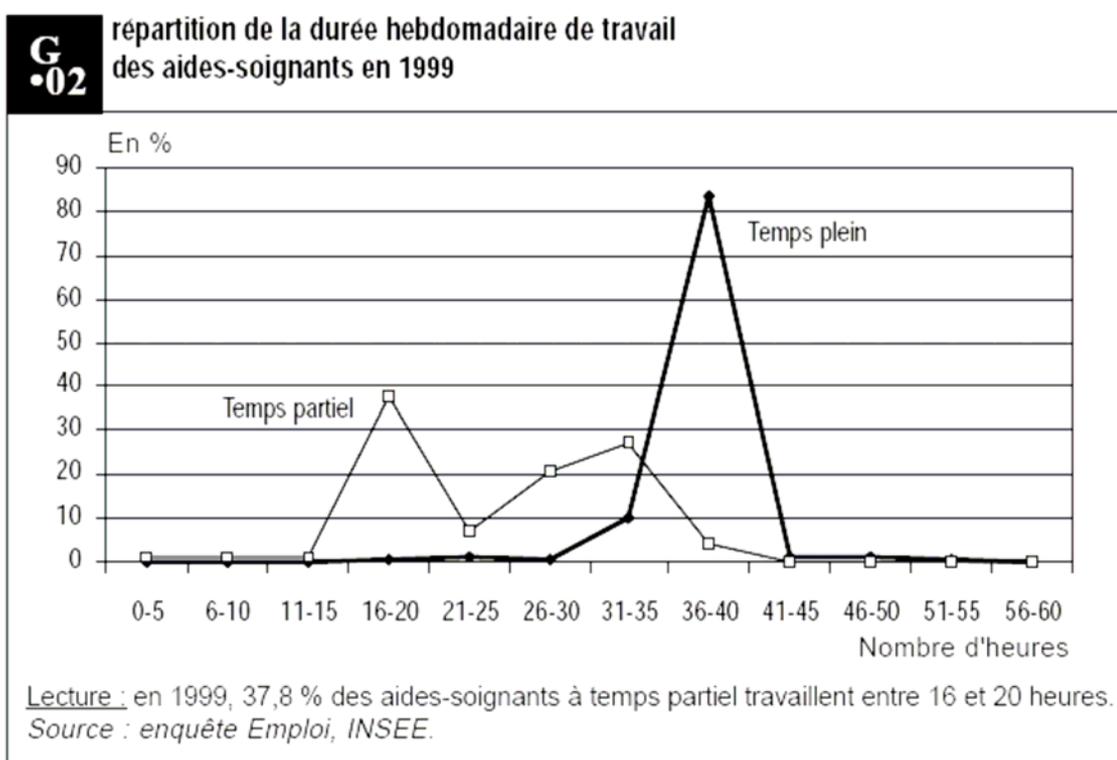


Tableau 6

En 2005 en euros courants

Profession	Salaire net mensuel	Profession	Salaire net mensuel
V20 Médecins salariés et assimilés	3 000	G00 OQ maintenance	1 440
N00 Personnels d'études et de recherche	2 850	B50 Conducteurs d'engins du BTP	1 430
R40 Cadres commerciaux et technico-commerciaux	2 800	J30 Conducteurs de véhicules	1 430
L50 Cadres administratifs, comptables et financiers	2 730	E10 OQ Industries de process	1 420
H00 Ingénieurs et cadres techniques de l'industrie	2 700	C10 OQ Electricité électronique	1 400
J60 Cadres des transports, logistique et navigants de l'aviation	2 670	D40 OQ mécanique	1 400
M09 Ingénieurs de l'informatique	2 640	V00 Aides-soignants	1 380
B70 Cadres du BTP	2 600	D20 OQ Travaillant par formage de métal	1 370
P20 Cadres de la fonction publique	2 600	P00 Employés administratifs de la Fonction publique (catégorie C)	1 360
Q20 Cadres de la banque et des assurances	2 600	B40 OQ Bâtiment, second œuvre	1 350
U00 Professionnels de la communication et de l'information	2 290	L10 Employés de la comptabilité	1 350
W00 Enseignants	1 980	B20 OQ Gros œuvre	1 340
V10 Infirmiers, Sages-femmes	1 900	L20 Employés administratifs d'entreprise	1 340
D60 Techniciens et AM industries mécaniques	1 880	J10 OQ manutention	1 300
P40 Armée, police, pompiers	1 800	L00 Secrétaires	1 300
B60 Techniciens et AM du BTP	1 790	S00 Bouchers, charcutiers, boulangers	1 300
J90 Agents d'exploitation des transports	1 780	G01 Ouvriers de la réparation automobile	1 280
E20 Techniciens et AM industries de process	1 770	C00 Ouvriers non qualifiés(ONQ) électricité électronique	1 240
P10 Techniciens administratifs de la fonction publique (catégorie B)	1 760	D00, D30 ONQ mécanique, enlèvement ou formage de métal	1 230
A20 Techniciens et cadres de l'agriculture	1 750	B00 ONQ gros œuvre, travaux publics et extraction	1 220
L40 Techniciens des services administratifs, comptables et financiers	1 750	F10, F30 OQ textile et cuir, bois ameublement	1 220
G10 Techniciens et AM maintenance et organisation	1 730	B30 ONQ bâtiment, second œuvre	1 200
M07 Techniciens de l'informatique	1 700	S10 Cuisiniers	1 200
Q00 Employés et techniciens de la banque	1 680	T30 Agents de gardiennage et de sécurité	1 200
R20 Attachés commerciaux et représentants	1 670	T40 Agents d'entretien	1 200
W10 Formateurs	1 620	S20 Employés et AM de l'hôtellerie et de la restauration	1 190
C20 Techniciens et AM électricité électronique	1 600	E00 ONQ industries de process	1 190
U10 Professionnels des arts et des spectacles	1 600	R10 Vendeurs	1 180
F50 Techniciens et AM matériaux souples bois industries graphiques	1 590	J00 ONQ manutention	1 120
V30 Professions paramédicales	1 580	A00 Ouvriers de l'agriculture, élevage et sylviculture	1 110
Q10 Employés et techniciens des assurances	1 580	A10 Jardiniers, ouvriers du maraîchage et de la viticulture	1 110
J50 Agents administratifs et commerciaux transport et tourisme	1 560	T00 Coiffeurs, esthéticiens	1 100
R30 Maîtrise des magasins et intermédiaires du commerce	1 500	R00 Caissiers, employés de libre service	1 080
F40 Ouvriers des industries graphiques	1 490	F00, F20 ONQ textile et cuir, bois ameublement	1 080
D10 OQ travaillant par enlèvement de métal	1 480	K00 Ouvriers artisans	1 070
L30 Secrétaires de direction	1 470	T21 Aides à domicile et aides ménagères	1 020
V40 Professionnels de l'action sociale, culturelle et sportive	1 470	T10 Employés de maison	1 020
B10 Ouvriers qualifiés (OQ) travaux publics béton extraction	1 460	T22 Assistantes maternelles	900

Champ : Salaires nets mensuels médian des salariés à temps complet.

Lecture : les familles professionnelles sont triées par salaire médian décroissant.

OQ = ouvrier qualifié, ONQ = ouvrier non qualifié, AM = Agent de Maîtrise. Source : enquête Emploi mars 2005, Insee.

Tableau 7

Le salaire de l'aide-soignant belge en milieu hospitalier en 2009				
			Allocation	
Ancienneté	Salaire mensuel	Salaire horaire	Foyer	Résidence
0	1718.9	10.4387	85.68	42.84
1	1846.57	11.214	85.68	42.84
2	1863.34	11.3159	85.68	42.84
3	1880.12	11.4177	85.68	42.84
4	1896.9	11.5196	85.68	42.84
5	1913.68	11.6215	76.97	34.13
6	1930.46	11.7234	61.45	21.42
7	1947.24	11.8253	45.93	21.42
8	1964.02	11.9272	42.84	21.42
9	1980.8	12.0291	42.84	21.42
10	2046.64	12.429	42.84	21.42
11	2066.76	12.5512	42.84	21.42
12	2086.89	12.6734	42.84	21.42
13	2107.02	12.7956	42.84	21.42
14	2127.14	12.9179	42.84	21.42
15	2147.27	13.0401	42.84	21.42
16	2167.4	13.1623	42.84	21.42
17	2187.53	13.2846	27.54	6.12
18	2207.65	13.4068	8.92	0
19	2227.78	13.529	0	0
20	2247.91	13.6513	0	0
21	2268.03	13.7735	0	0
22	2288.16	13.8957	0	0
23	2308.29	14.0179	0	0
24	2328.78	14.1424	0	0
25	2349.3	14.267	0	0
26	2369.83	14.3917	0	0
27	2390.36	14.5163	0	0
28	2410.89	14.641	0	0
29	2431.41	14.7657	0	0
Suppléments pour prestations irrégulières				
Samedi				26 %
Dimanche et jour férié				56 %
Service coupé				50 %
Nuit de semaine				35 %
Fin de carrière			45 ans	5.26 %
			50 ans	10.52 %
			55 ans	15.78 %

Source Centre Hospitalier de Mouscron.

Tableau 1

Tableau des compétences obtenues dans la formation des aides-soignants en France
1. Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie.
2. Apprécier l'état clinique d'une personne.
3. Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne.
4. Utiliser les techniques préventives de manutention et des règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes.
5. Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage.
6. Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifique aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
7. Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins.
8. Organiser son travail dans une équipe pluri-professionnelle.

Tableau 2

Bijlage I – Annexe I

Lijst Opleidingen - Liste des formations

Dit document bevat een complete samengestelde lijst met opleidingen die toegang geven tot het statuut van zorgkundige. Deze lijst werd samengesteld op basis van omzendbrieven/besluiten van de verschillende gemeenschappen en een lijst met opleidingen die terug te vinden is op de [site van het RIZIV](#).

Le présent document contient la liste complète des formations donnant accès au statut d'aide-soignant. Cette liste a été établie sur la base de circulaires/arrêtés propres aux différentes Communautés ainsi que d'une liste de formations figurant sur le [site de l'INAMI](#).

Afkortingen - Abréviations:

* Type certificaat - Type de certificat:

A	Attest	Attestation
AS	Attest van Slagen	Attestation de Réussite
B	Brevet	Brevet
BA	Bekwaamheidsattest	Certificat d'aptitude/Attestation de capacité
C	Certificaat	Certificat
D	Diploma	Diplôme
DC	Deelcertificaat	Certificat partiel
G	Getuigschrift	Certificat
KG	Kwalificatiegetuigschrift	Certificat de qualification
SG	Studiegetuigschrift	Certificat d'études
T	Titel	Titre

* Type Onderwijs - Type d'enseignement:

SO	Secundair Onderwijs	Enseignement Secondaire
TSO	Technisch Secundair Onderwijs	Enseignement Secondaire Technique
BSO	Beroeps Secundair Onderwijs	Enseignement Secondaire Professionnel
HO	Hoger (niet universitair) Onderwijs	Enseignement Supérieur (non universitaire)
UO	Universitair Onderwijs	Enseignement Universitaire
SP	Onderwijs voor Sociale Promotie	Enseignement de Promotion sociale
OC	Opleidingscentra	Centres de Formation

*Extra Criteria

Of een identieke opleiding	Of een titel die een identieke opleiding erkent aan die van familiale en sanitaire hulp, uitgereikt voor het certificaat van familiale en sanitaire hulp bestond.	ou autre titre sanctionnant une formation identique à celle d'auxiliaire familiale et sanitaire, délivré avant que le certificat de qualification d'auxiliaire familiale et sanitaire n'existe
Min. # jaar	Attest van slagen van minimum het #e jaar van de opleiding	Attestation de réussite de la #ème année de cette formation

Opleiding - Formation	Type onderwijs - d'enseignement	Type certificaat - de certificat	Extra criteria - Critères supplémentaires
Accoucheuse // Vroedvrouw		AS	Min. 1 jaar/1 an
Aide Familiale	SO, OC	A, B, BA, D, G, KG, SG, T	
Aide Ménagère	OC		
Aide Polyvalente de/en Collectivités	SO	B, D, G, KG, SG	
Aide Rurale	OC		
Aide Senior		B, BA	
Altenpfleger			
Animatieverantwoordelijke		A	Min. 2 jaar /2 ans
Arbeidstherapie			Min. 2 jaar /2 ans
Aspirante en Nursing // Verpleegassistent(e)	SO	B, D, G, KG, SG	
Assistent(e) en Psychologie // Assistent(e) in de Psychologie			
Assistent(e) en Soins Hospitaliers // Ziekenhuisassistent			Min. 1 jaar /1 an
Assistent(e) ou Auxiliaire en Gériatrie			
Assistent(e) ou Auxiliaire Sociale // Sociaal of Maatschappelijk Assistent			
Assistent(e) in de Psychologie // Assistent(e) en Psychologie			
Auxiliaire Familiale et/ou Sanitaire // Gezins- en/of Sanitaire Hulp		B, D, G, KG, SG, C, BA	Min 2 jaar / of identieke opleiding - Min. 2 ans / ou formation identique
Auxiliaire ou Assistent(e) en Gériatrie			
Auxiliaire ou Assistent(e) Sociale // Sociaal of Maatschappelijk Assistent			
Auxiliaire Sanitaire (Polyval.) en Collectivités pour Personnes Agées		AS, T	
Auxiliaires Polyvalentes des Services à Domicile et en Collectivités	SO, SP	B, D, G, KG, SG	
Begeleider-animator voor bejaarden		C, D, A	Min. 3 jaar/3 ans
Bejaarden- en/of Gezinshelpster		B, D, G, KG, SG, BA	Min. 2 jaar /2ans
Bejaardenverzorgster en Verzorging-onderhoud	OC		
Bijzondere Jeugdzorg	SO	B, D, G, KG, SG	
Docteur en Médecine / Arts	UO	AS	Min. 3 jaar /3 ans
Ed. physique et animateur socio culturel = socio-éducatives = moniteur-éducateur	TSO		
Educateur (cl I) / Opvoeder (kl I)	HO	D	
Educateur en Gérontologie	SP	D, C	
Educateur Gradué en éducation	HO		
Educateur Secteur Santé Mentale	SP	D, C	
Educateur Social Spécialisé	SP		
Educateur Spécialisé	HO, SP		
Education / Agent d'éducation / Educateur	SO, HO	B, D, G, KG, SG	
Ergotherapie/-therapeut			Min. 2 jaar/2 ans
Familiale Hulp en/of Gezinshulp en/of Sanitaire Hulp // Auxiliaire Familiale et/ou Sanitaire		B, D, G, KG, SG, C, BA	Min 2 jaar / of identieke opleiding - Min. 2 ans / ou formation identique
Familien- und/oder Seniorenhelfer			Min. 2 jaar / 2 ans
Gasthuishelp(st)er	OC	G	
Gekwalificeerde Verzorg(st)er Residentiële- en Thuishulp	Alternierend BSO		
Gezins- en/of Bejaardenhelpster		B, D, G, KG, SG, BA	Min. 2 jaar / 2 ans
Gezins- en/of Sanitaire Hulp // Auxiliaire Familiale et/ou Sanitaire		B, D, G, KG, SG, C, BA	Min 2 jaar / of identieke opleiding - Min. 2 ans / ou formation identique
Gezinswetenschappen	HO, SP		
Gezondheids- en Welzijnswetenschappen	SO	G, D	
Infirmier(ère) hospitalier(ère)		B	
Intervenant santé et grand âge	SP	D, C	
Jeugd- en Gehandicapenzorg	SO	D, SG, KG	
Kinderverzorging / Kinderzorg / Kinderverzorg(st)er // Puériculture		B, D, G, KG, SG	
Kinesitherapie/ Kinésithérapeute // Kinésithérapie	HO, UO	A, D	Min. 2 jaar / 2 ans
Leefgroep(en)werking	SO	B, D, G, KG, SG	
Leefgroep(en)werking – Bijzondere Jeugdzorg	SO	B, D, G, KG, SG	
Logistiek Helper in de Bejaardenzorg	OC		
Logopedie / Logopedist // Logopède	HO, UO	AS	Min. 2 jaar / 2 ans
Maatschappelijk of Sociaal Assistent // Assistent(e) ou Auxiliaire Sociale			
Moniteur en Collectivités	SO	B, D, G, KG, SG	
Moniteur-éducateur = éd. physique et animateur socio culturel = socio-éducatives	TSO		
Nursing Hostess	OC		
Opvoeder (kl I) // Educateur (cl I)	HO	D	

Organisatieassistentie	BSO		
Organisatiehulp	BSO		
Orthopedagogie	HO, UO		Min. 2 jaar / 2 ans
Personenzorg	(deeltijds) SO	B, D, G, KG, SG	
Polyvalent Verzorgende	SO, SP, OC		
Puériculture // Kinderverzorging / Kinderzorg / Kinderverzorg(st)er		B, D, G, KG, SG	
Sanitaire en/of Gezinshulp // Auxiliaire Familiale et/ou Sanitaire		B, D, G, KG, SG, C, BA	Min 2 jaar / of Identieke opleiding - Min. 2 ans / ou formation identique
Sciences Hospitalières ou Santé Publique	UO		
Sciences Sociales Appliquées = Techniques Sociales			
Seniorenhelpers		AS	Min. 2 jaar / 2 ans
Sociaal of Maatschappelijk Assistent // Assistant(e) ou Auxiliaire Sociale			
Sociale Readaptatie-Wetenschappen		AS	Min. 2 jaar / 2 ans
Socio-éducatives = éd. physique et animateur socio culturel = moniteur-éducateur	TSO		
Techniques Sociales = Sciences Sociales Appliquées	TSO		
Thuis- en Bejaardenzorg	(B)SO	(D, SG)	
Verpleegaspirant(e) // Aspirant(e) en Nursing	SO	B, D, G, KG, SG	
Verpleegassistent(e)	SO		Min. 1 jaar / 1 an
Verpleegkundige Basiszorg (Module)	SO, SP, HO	DC	
Verzorging / Verzorgende	SO, OC	C, SG	
Verzorging-onderhoud en Bejaardenverzorgster	OC		
Vormingsleergangen voor Opvoeders in Dienstverband	SO, SP, HO		
Vroedvrouw // Accoucheuse			Min. 1 jaar / 1 an
Ziekendienst; Ziekendienst-bejaardenhulp		G	
Ziekenhuisassistent(e) // Assistant(e) en Soins Hospitaliers			Min. 1 jaar / 1 an
Ziekenoppass(t)er	SO		Min. 1 jaar / 1 an

Gezien om te worden gevoegd bij de omzendbrief van 8 november 2006 betreffende de koninklijke besluiten van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige en tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen,

Vu pour être annexé à la circulaire du 8 novembre 2006 relative aux arrêtés royaux du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant et fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes

¹ Moniteur belge du 14/12/2006. Annexe I à la circulaire ministérielle C-2006/23183.

Tableau 3

LISTE DES ACTIVITES QUE L' AIDE-SOIGNANT(E) PEUT EFFECTUER SOUS LE CONTROLE DE L' INFIRMIER/-IERE ET DANS UNE EQUIPE STRUCTUREE
Observer et signaler les changements chez le patient sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.)
Informier et conseiller le patient/résidant et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées
Assister le patient/résidant et son entourage dans les moments difficiles
Soins de bouche
Enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses, à l'exception de la thérapie par compression à l'aide de bandes élastiques
Observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes
Soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies
Surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résidant et signaler les problèmes
Aide à la prise de médicaments par voie orale, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un(e) infirmier(ière) ou un pharmacien
Aide à l'alimentation et l'hydratation par voie orale à l'exception des cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition
Installation et surveillance du patient/résidant dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins
Soins d'hygiène chez les patients/résidants souffrant de dysfonction de l'A.V.Q., conformément au plan de soins
Transport des patients/résidants, conformément au plan de soins
Application des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins
Application des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins
Application des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins
Prise du pouls et de la température corporelle, signalement des résultats
Assistance du patient/résidant lors du prélèvement non stérile d'excréments et de sécrétions

VII. BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages :

Adam P., Herzlich C., « *Sociologie de la maladie et de la médecine* », Nathan, 1994, 126 p.

Arborio A. « *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital* », Paris, Athropos, 2001, 325 p.

AR portant sur la fonction d'infirmière en chef du 13 juillet 2006, 42548 p.

Barroux R. « *L'emploi féminin progresse, mais il reste cantonné aux professions du tertiaire* », Le Monde, 12 août 2004.

Descolonges M. « *Qu'est-ce qu'un métier ?* », Paris, 1996, 457p

Dubar C., Tripier P., « *Sociologie des professions* », Paris, Colin A. 1998, 283p.

La loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7/08/1987.

Léandre Mailet « *Psychologie et organisations* », Ottawa, Vigot, 1988, 423p.

Le circulaire française DGS /PS3 /DH/FH1 n° 96-31 de 19 janvier 1996.

« *Le petit Larousse illustré* », Paris, Larousse, 1818 p.

Leroy X., Hubin M., tordeur S., Salhi M., Draelants H., « *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 soignant* », Bruxelles, 2003, 338 p.

Leroy X., Hubin M., tordeur S., Salhi M., Draelants H., « *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* », Bruxelles, 2003, 265 p.

Lucas Y., Claude Dubar « *Genèse et Dynamique des groupe professionnel* », Presse universitaire de Lille, 1994, 297 p.

Rigollet J. « *Humanagement, Pour un mangement humain des entreprises et des organisations* », Paris, Eska, 2001, 326 p.

Vermaut P. « *Histoire de la profession* », Tournai, Institut Jeanna d'Arc, 1982, 30 p.

Vantome P. « *Affirmation de soi et Gestion des émotions* », Ecole de Cadre et Santé ,2003-2004, 46 p.

Les revues et articles :

Roumiquières E. « Etudes et Résultats Drees »n° 54 mars 2000, pp

Stordeur S ; « D'infirmier(ère)s en communauté française et germanophone l'offre et la demande de Belgique » Revue hospitals .be n° 247 avril 2001,

Les sites internet :

<http://www.aide-soignant.be/> (page consultée le 15 juillet 2008).

<http://www.aide-soignant.com/article3.htm> (lire l'article à) (page consultée le 07 décembre 2007).

Le portail Santé (page consultée le 08 juin 2008,).

Aide-soignant.com. (page consultée le 02 février 2007)

www.insee.fr (page consultée le 03 mars 2007 ,18 mai 2008, 10 Octobre 2008)

www.infirmières.be (page consultée le 21 avril 2008)

www.infirmières.be/formation%20AS.htm (page consultée le 11/11/2007)