

Le temps des soins
Une analyse de la prestation de services et de soins
dans le domaine des soins de santé et du bien-être

Koen Mendonck, Herman Meulemans

*avec la collaboration de: Jacques Defourny, Mike Deschamps,
Fabienne Fecher, Georges Hedebouw, Michèle Hubin, Xavier Leroy,
Delphine Mignot, Erik Samoy, Nancy Van Landegem*

Le temps des soins

Une analyse de la prestation de services et de soins
dans le domaine des soins de santé et du bien-être





Recherche commanditée par le Fonds Social pour les Hôpitaux Privés et co-financée
par le Fonds Social Européen, les Services Fédéraux des Affaires Scientifiques,
Techniques et Culturelles, et le Ministère de la Santé Publique.
Coordonnée par l'Institut Interuniversitaire de Recherche sur le Travail
et sous la direction du Prof. Dr Herman Meulemans

La recherche a été exécutée par quatre équipes universitaires
(HIVA, IISA, SESA, Université de Liège) qui procéderaient chacune d'entre elles
à l'examen de deux secteurs dans une partie du pays.

Ce livre constitue la synthèse de huit rapports.

Les références bibliographiques figurent à la page 127.

Ce rapport porte sur une matière complexe et étendue qui concerne différents secteurs.
Toutes les conclusions, interprétations et suggestions politiques ainsi que la collecte et le
traitement des données sont présentés sous la responsabilité des équipes de recherche.

Couverture: Danny Somers
Photocomposition: Baudouin Bardyn

© 2000 VUBPRESS
Chaussée de Wavre 1077, 1160 Bruxelles
Fax + 32 2 629 26 94
e-mail: vubpress@vub.ac.be

ISBN 90 5487 287
NUGI 695
D / 2000 / 1885 / 033

Toute reproduction, même partielle, par quelque procédé que ce soit,
et notamment par photocopie ou microfilm est interdite sans
autorisation écrite de l'éditeur.

Avant-propos

Le projet d'étude « Le Temps des soins » n'est pas né d'une seule mais de plusieurs questions. Ce sont les tensions au niveau du marché du travail dans le secteur des soins infirmiers et de santé en général qui ont attiré l'attention en premier. Vu les tensions sociales engendrées dans ces secteurs il a donc été impossible pour l'administration d'ignorer la nécessité de considérer l'organisation et le fonctionnement des soins médicaux comme étant un souci politique prioritaire. Toute abstraction faite des aspects financiers et fonctionnels du problème la réflexion au sujet de la structure et du fonctionnement du secteur semble déjà s'imposer.

Une étude effectuée par le CEDRES en Région Bruxelles-Capitale, au sujet de la prestation de soins et assistance effectuée par les divers prestataires dans le secteur hospitalier ainsi que dans le secteur des soins à domicile, des soins gériatriques et des handicapés, a produit des résultats tels, qu'une reactualisation dans les diverses Communautés s'est imposée.

Il s'agissait d'examiner avec précision la répartition du temps de travail du personnel soignant et d'analyser ensuite avec soin l'ensemble des tâches de chacun pour vérifier si certaines d'entre elles ne pouvaient être transférées à d'autres. Cette étude devait être effectuée dans les secteurs indiqués ci-dessus et ceci pour toutes les fonctions de personnel infirmier et soignant existant actuellement.

Cela va de soi que de nouvelles descriptions de tâches amènent à créer de nouvelles fonctions et celles-ci à leur tour mènent à la concertation sociale. Il est donc clair que le problème n'est pas simple.

La complexité s'accroît d'autant plus encore lorsqu'on s'aperçoit que les soins infirmiers et de santé en général présentent un caractère tout à fait différent selon qu'ils soient prodigués dans les hôpitaux, les maisons de repos ou à domicile ou encore selon qu'ils s'agissent de soins

Avant-propos

prodigués aux handicapés. Les nouveaux ensembles de tâches et le transfert de personnel posent évidemment le problème de nouveaux procédés de remplacement de travail. Il est clairement nécessaire d'établir le contenu des nouvelles exigences en matière de formation, d'en définir le contenu et de pallier à cela. La manière dont il faudra procéder en pratique tout en tenant compte des besoins respectifs des pouvoirs régionaux, communautaires et fédéraux constitue une question dont l'importance ne peut être sous-estimée.

L'IISA a effectué une étude en profondeur en la matière. Nancy Van Landegem a été remplacée par Koen Mendonck. L'attente par rapport à cette étude est qu'elle puisse contribuer de manière réelle à la découverte de solutions au niveau des énormes problèmes dans le secteur de la santé et du bien-être.

Nous voulons tout d'abord adresser nos remerciements à l'organisme qui nous a chargé de cette étude, le Fonds Social des Hôpitaux Privés, et en particulier à Monsieur J. Hertogen, qui a dirigé cette recherche avec conviction tout en tenant compte des différents chercheurs des quatre équipes, ainsi que du personnel des différents secteurs qui ont mis leur précieux temps à disposition, et des membres du comité d'accompagnement qui, à l'aide d'évaluations inspiratrices et critiques a su orienter la recherche dans la bonne direction. Nos remerciements vont également aux bailleurs de fonds les SFASTC (Madame C. Orfinger et Monsieur B. Van doninck) ainsi qu'au FSE et le Ministère de la Santé.

Prof. Dr. M. Stroobant
Président IISA

Table des matières

Liste des abréviations 9

Liste des tableaux 11

Liste des graphiques 14

INTRODUCTION 15

1. But de l'étude du CEDRES 15

2. Méthodologie de l'étude du CEDRES 16

3. Points abordés par l'étude du CEDRES 16

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 19

1. Sujet de l'étude 19

2. Méthodologie 19

CHAPITRE 1 – Description des institutions 37

1. Le secteur hospitalier 37

2. Le secteur des maisons de repos 39

3. Le secteur des soins à domicile 40

4. Le secteur des soins aux handicapés 42

CHAPITRE 2 – Description des personnes interrogées 45

1. Morphologie générale 45

2. Caractéristiques relatives à la fonction et au diplôme 53

3. Changements principaux 53

Table des matières

CHAPITRE 3 – Répartition des tâches et organisation du travail 57

1. Spécificité des tâches par rapport aux autres métiers de soins 58
2. Tâches non effectuées par manque de temps 67
3. Tâches auxquelles on consacre plus de temps que souhaité 69

CHAPITRE 4 – Les besoins de formation 71

1. Les formations suivies au cours de l'année écoulée 71
2. Le besoin de formation 74

CHAPITRE 5 – Analyse du temps 77

1. Analyse du temps 78
2. Temps par patient / résident / client 94

CONCLUSION 95

ANNEXES 103

1. Questionnaire 103
2. Liste des tâches 111
3. Regroupement des tâches par catégorie 115
4. Besoins de formation 117
5. Liste des qualifications 120

BIBLIOGRAPHIE 123

Liste des abreviations

ASH	Assistant en Soins Hospitaliers
AVJ	Activités de la Vie Journalière
AWIPH	Agence Francophonene pour l'Intégration de la Personne Handicapée
CF	Communauté flamande de Belgique
CFB	Communauté française de Belgique
CGB	Communauté germanophone de Belgique
CFGB	CFB et CGB confondues
COCOM	Commission communautaire Commune
COCOF	Commission communautaire française
ETP	Equivalent temps plein
FSHP	Fonds Social pour les Hôpitaux Privés
FOREM	Organisme de service public en matière de formation professionnelle et d'emploi de la région wallone et de la communauté germanophone de Belgique
HIVA	Hoger Instituut Voor de Arbeid
IISA	Interuniversitair Instituut voor de Studie van de Arbeid
ISAJH	Institutions et Services d'Aide aux Jeunes et aux Handicapés
MR	Maison de repos (secteur) Terme générique désignant les différentes structures d'hébergement pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
ORBEM	Office Régional Bruxellois pour l'Emploi
PAI	Praticien de l'art infirmier (comprend infirmiers gradués, infirmiers brevetés et ASH)
PS	Personnel soignant
PSO	Personnel de soins
P	Personnel (sans spécification)
SAD	Soins à domicile

Liste des abreviations

SESA	Socio-Economie de la Santé
TP	Tâche Principale
TS	Tâche Secondaire
UCL	Université Catholique de Louvain
ULG	Université de Liège
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
WAV	Steunpunt Werkgelegenheid, Arbeid en Vorming

Liste des tableaux

- Tableau 1 Exemple d'une grille d'enregistrement de temps 21
- Tableau 2 Tableau comparatif concernant les avantages et les désavantages des différentes techniques d'enregistrement de temps 22
- Tableau 3 Liste abrégée des fonctions avec occurrence selon le secteur 24
- Tableau 4 Pondération des tâches principales et secondaires 31
- Tableau 5 Soignants qualifiés: titre 35
- Tableau 6 Nombre d'unités sélectionnées et de personnes interrogées (N=1227) 45
- Tableau 7 Fonctions des personnes interrogées par secteur (N=1227) 46
- Tableau 8 Fonctions en pourcentages par équipe d'enquêteurs (N=1227) 47
- Tableau 9 Pourcentage de femmes parmi les personnes interrogées par secteur et par région 48
- Tableau 10 Pourcentage de femmes parmi les personnes interrogées 48
- Tableau 11 Répartition (en pourcentage) des personnes interrogées selon l'âge 49
- Tableau 12 Expérience professionnelle des personnes interrogées dans la fonction et dans l'institution, par secteur (en pourcentage) 50
- Tableau 13 Statut des personnes interrogées par équipe et par région (en pourcentage) 50
- Tableau 14 Répartition des personnes interrogées par secteur et par région selon la durée du travail presté (en pourcentage) 51
- Tableau 15 Répartition des personnes interrogées selon leur titre de qualification, par secteur et par région (en pourcentage) 52
- Tableau 16 Diplômes des personnes interrogées par secteur (en pourcentage) 52

Liste des tableaux

- Tableau 17 Tableau récapitulatif des principaux changements: classement des trois principaux changements sollicités par secteur et région 54
- Tableau 18 Réponses des soignants / éducateurs à la question “tâches habituellement prestées par des personnes plus qualifiées”, en pourcentages (seuls les % supérieurs à 10% ont été retenus) 61
- Tableau 19 Réponses des des praticiens de l’art infirmier à la question “tâches pouvant être prestées par des personnes moins qualifiées”, en pourcentage (seuls les % supérieurs à 10% ont été retenus) 63
- Tableau 20 Réponses des soignants (éducateurs) à la question “tâches pouvant être prestées par des personnes moins qualifiées”, en pourcentages (seuls les % supérieurs à 10% ont été retenus) 65
- Tableau 21 Réponses à la question “Tâches non effectuées par manque de temps”, en pourcentage (seuls les % supérieurs à 10% ont été retenus) 67
- Tableau 22 Réponses à la question “Tâches auxquelles on consacre plus de temps que souhaité”, en pourcentage (seuls les % supérieurs à 10% ont été retenus) 69
- Tableau 23 % des personnes interrogées ayant suivi une formation au cours de l’année écoulée, en pourcentage 72
- Tableau 24 Formations suivies au cours de l’année écoulée 73
- Tableau 25 Les besoins de formation 75
- Tableau 26 Classement de chaque catégorie de tâches en fonction du temps qui y est consacré 78
- Tableau 27 Temps consacré à chaque tâche: pourcentages 80
- Tableau 28 Répartition du temps de soins selon deux typologies de tâches 84
- Tableau 29 Répartition du temps de soins entre les diverses fonctions 85
- Tableau 30 Répartition du temps de soins des infirmiers selon deux typologies de tâches 86
- Tableau 31 Répartition du temps de soins des soignants / éducateurs (secteur des handicapés) selon deux typologies 88
- Tableau 32 Répartition du temps de soins des infirmiers(ère)s en chef / éducateurs en chef (secteur des handicapés) selon deux typologies 90

Liste des tableaux

- Tableau 33 Répartition du temps de soins des infirmiers et des soignants, comparaison sectorielle 92
- Tableau 34 Répartition du temps de soins des infirmiers et des soignants, comparaison communautaire 93
- Tableau 35 Temps par résident / patient /client: comparaison 95

Liste des Graphiques

- Graphique 1 Fonctions des personnes interrogées par secteur 46
- Graphique 2 Réponses des praticiens de l'art infirmier à la question:
"tâches pouvant être réalisées par des personnes moins
qualifiés, (en pourcentages) 64
- Graphique 3 Besoins de formation 76

INTRODUCTION

Point de depart: une actualisation de l'étude du CEDRES

1. But de l'étude du CEDRES¹

L'étude « Le temps consacré aux soins: une analyse du volume des prestations de soins et de services dans le secteur de la santé et du bien-être » constitue une actualisation de l'étude du CEDRES². L'objectif de l'étude du CEDRES consistait à effectuer au sein de la Région Bruxelles Capitale une analyse de l'organisation du travail et de la répartition des soins entre les secteurs des hôpitaux, des maisons de repos, des soins à domicile et des personnes handicapées.

L'étude du CEDRES avait mis l'accent sur la place du personnel soignant au sein des unités de vie et de soins, place qui avait été étudiée tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Elle s'était consacrée en premier lieu à l'étude des tâches effectuées par le personnel soignant, pour se pencher ensuite sur les tâches qu'il pourrait éventuellement effectuer³.

L'étude du CEDRES s'appuyait sur l'hypothèse de travail selon laquelle une meilleure intégration du personnel soignant au sein des unités de soins peut contribuer à résoudre le « problème infirmiers » en libérant les infirmiers des tâches non techniques pour lesquelles un niveau de formation inférieur est suffisant. L'idée de départ de cette hypothèse était qu'une meilleure répartition des tâches en fonction des qualifications peut entraîner un accroissement de l'efficacité.⁴

¹. Nous voulons remercier Claudia Ueros pour la présentation de l'étude du CEDRES

². Marcelis R et al. (1993) *Evaluation des besoins en personnel soignant dans les institutions de soins de la Région Bruxelloise et des besoins en formation du personnel soignant moyennement ou peu qualifié, hospitalier et extra hospitalier de la Région Bruxelloise et des demandeurs d'emploi susceptibles d'intégrer ce secteur, Rapport final*, Cedres, Bruxelles

³. Marcelis R et al, OC, p. 3

⁴. Marcelis R et al, OC, p. 37-38

Introduction

2. Méthodologie de l'étude du CEDRES

Les réponses à l'objet de l'étude indiquée ci-dessus ont été recherchées au moyen de trois enquêtes:

1. une enquête orientée vers les infirmiers(ère)s en chef ou chefs de service, dans le but de déterminer le profil souhaité pour le personnel soignant ainsi que le contenu de leur formation;
2. une enquête visant à décrire les souhaits et motivations relatifs à la formation du personnel soignant (niveau maximum enseignement secondaire) travaillant déjà au sein des institutions et services ainsi que du personnel non-soignant qui souhaiterait se convertir à une fonction de soignant;
3. une enquête analysant les souhaits et besoins relatifs à la formation des chercheurs d'emploi susceptibles d'être employés dans le secteur des soins de santé et du bien-être.

Dans le cadre de l'étude du CEDRES⁵, ce sont les infirmiers(ère)s en chef ou chefs de service qui ont répondu à la question de l'emploi du temps. Cela s'est fait en parcourant avec le chef de service une journée entière (24 heures), heure par heure, ce qui permet de collecter des données d'une manière relativement économique et d'obtenir une image du type d'activités effectuées par les diverses fonctions au sein d'un département / service ou unité de vie, ainsi que de leur durée.

3. Points abordés par l'étude du CEDRES

Lors de la mise au point de la méthodologie du CEDRES dans le cadre de l'étude « Le temps consacré aux soins », une série de points d'ordre méthodologique ont retenu l'attention. Dans ce cadre, l'enregistrement du temps, le nombre de jours d'enregistrement du temps et le nombre d'unités de soins étudiés constituent des éléments cruciaux.

La méthode d'enregistrement du temps consistant à utiliser les infirmiers(ère)s en chef ou les chefs de service comme personnes de référence, n'est pas une méthode objective. En effet, les infirmiers(ère)s en chef ou les chefs de service ne connaissent pas nécessairement le déroulement des tâches tel que les collaborateurs l'exécutent. Par con-

⁵. Marcelis R et al, OC, p.107-108

Une actualisation de l'étude du CEDRES

séquent, il n'est pas évident qu'ils fournissent une évaluation du temps pris par chaque tâche. La difficulté est encore plus grande lorsque diverses tâches sont exécutées simultanément ou dans le secteur des soins à domicile, où les membres du personnel exécutent leurs tâches de manière très autonome et indépendante. De plus, les infirmiers(ère)s en chef pourraient bien adapter (inconsciemment) leurs réponses aux activités admises légalement par les divers groupes professionnels dans les divers secteurs.

Dans le cadre de l'étude du CEDRES, les tâches sont enregistrées durant une journée choisie au hasard. Ce qui signifie qu'on ne peut pas se former une image de chaque journée de la semaine, alors que la nature et l'intensité des tâches peuvent fluctuer fortement selon qu'il s'agit d'un jour de semaine ou du week-end.

L'étude du CEDRES a impliqué un nombre relativement restreint d'unités de soins. Au total, 12 unités de soins issues du secteur des hôpitaux, des maisons de repos, des soins à domicile et des personnes handicapées ont été impliquées dans l'étude. Dans le cadre de notre étude, nous avons travaillé avec le même nombre d'unités. Chacune de nos équipes de recherche a sondé une moyenne de 12 unités par secteur.

Un dernier point important concerne le fait que l'étude du CEDRES ne tient pas compte du profil des patients dans l'analyse du volume de prestations de services et de soins. Or, la quantité et la nature des soins prestés dépendent du degré de dépendance du patient. Dans le cadre de notre étude nous n'en tenons quasiment pas compte.

Méthodologie de la recherche

1. Le sujet de l'étude

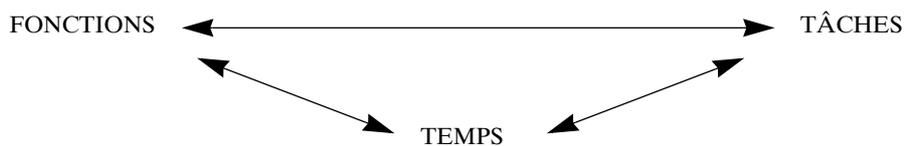
L'objet principal servant de point de départ pour la présente étude « Le temps consacré aux soins » se compose de deux éléments:

Quel est le volume de temps de soins, exprimé en heures de soins par jour, consacré aux patients dans le secteur hospitalier, le secteur de soins pour personnes âgées, le secteur de soins pour personnes handicapées et celui de soins à domicile.

Quelle est la répartition des tâches ainsi que leur durée, dans les secteurs indiqués, en insistant sur le lieu de prestation des soins ? Dans ce contexte se pose la question de savoir quelles tâches (exécutées actuellement par des personnes ayant une qualification supérieure) peuvent être affectées au personnes et quels besoins de formation en découlent.

2. Méthodologie

Dans le cadre de cette étude, la fonction, les tâches et le temps (par rapport au patient) constituent les variables principales. Parmi ces trois variables se distinguent diverses relations et peut on poser diverses questions:



Méthodologie de la recherche

Les éléments cruciaux de cette méthodologie permettant de formuler une réponse aux questions posées dans l'étude sont les suivants:

1. un procédé d'enregistrement temporel objectif et fiable
2. une liste de fonctions conforme à tous les secteurs
3. une liste de tâches conforme à tous les secteurs

La méthodologie de l'étude du CEDRES servira de fil conducteur au développement de ces instruments. Ensuite il sera procédé à l'étude en profondeur de chacun de ces éléments.

Les instruments de recherche employés sont les suivants:

A. Au niveau des infirmières en chef

1. interview en profondeur
2. questionnaire concernant un nombre de variables contextuelles

B. Au niveau du personnel: questionnaire avec quatre modules concernant:

1. les coordonnées et la situation professionnelle
2. l'organisation du travail: transfert des tâches
3. les formations et la nécessité de formations
4. enregistrement du temps quart d'heure par quart d'heure

Ces instruments de recherche sont intégralement inclus dans les annexes à partir de la page 101 jusqu'à la page 119

2.1. Le temps

Après avoir effectué l'inventaire des diverses méthodes d'enregistrement de temps (voir tableau 2) et après avoir évalué leurs avantages et désavantages respectifs, nous avons finalement opté pour un enregistrement des tâches quart d'heure par quart d'heure et ce durant 3 jours (24 heures), dont 2 jours de semaine et un jour de week-end. Pour tous les jours où un enregistrement est prévu, tous les membres du personnel travaillant ce jour-là dans le département / service / unité (de vie), sont chargés d'enregistrer eux-mêmes les tâches qu'ils effectuent au moyen d'un grille-questionnaire à remplir. À l'aide de ces grilles, nous obtenons des informations au niveau des tâches effectuées et du temps qui y a été consacré. Nous utilisons 30 catégories de tâches, dont 5 sont illustrées ci-dessous. L'incorporation de ces données est commentée sous la rubrique 2.7.

Méthodologie de la recherche

Tableau 1 – Exemple d'une grille d'enregistrement de temps

	Tâches				Durée															
	Date: 14/05/1999				6:00 h				7:00 h				8:00 h							
JOUR: mardi																				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1 Soins d'hygiène	X	X	X	X					X								X			
2 Mobilisation et positionnement			X						X											X
3 Transport						X	X	X					X	X						
4 Aide à l'alimentation						X														
5 Elimination																				
6 ... (etc. jusqu'à la 30 ^e tâche)	X		X						X	X										

Nous sommes parfaitement conscients du fait que cette méthode comporte encore une série de désavantages. Il n'a cependant pas été possible d'y pallier dans le cadre de notre étude. C'est ainsi que le modèle utilisé ne tient pas compte du degré de nécessité de soins pour le patient. L'unité de soins, le service ou le type d'institution où réside le patient sont considérés ici comme des critères pouvant indiquer le degré de nécessité de soins de celui-ci. Nous partons également de l'hypothèse que la qualité des soins dispensés est satisfaisante dans les diverses institutions et unités de soins.

Méthodologie de la recherche

Tableau 2 – Tableau comparatif concernant les avantages et les désavantages des différentes techniques d'enregistrement de temps

METHODOLOGIE	AVANTAGES ET DESAVANTAGES
<p>CEDRES^a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interviews en profondeur des infirmiers(ère)s en chef ou des chefs de service • On parcourt les 24h heure par heure 	<ul style="list-style-type: none"> • relativement bon marché • prend assez beaucoup de temps (interviews en profondeur) au chercheur • ne prend pas beaucoup de temps au personnel (ne sont pas interrogés) • ne permet qu'un nombre limité de cas • ne tient pas compte du profil des patients • les données ne sont pas véritablement objectives (les infirmiers(ère)s en chef ne sont pas toujours au courant de la situation réelle) • grand problème en ce qui concerne les soins à domicile
<p>HEUSDEN^b</p> <ul style="list-style-type: none"> • observation dans des départements • enregistrement toutes les 10 minutes • tient compte du profil des patients 	<ul style="list-style-type: none"> • prend extrêmement beaucoup de temps au chercheur • ne prend pas de temps au personnel • ne permet qu'un nombre limité de cas • tient compte du profil des patients • les données sont plus objectives • enregistrement des tâches toutes les 10 minutes • problème : les soins à domicile
<p>INTERNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • méthode du journal: établissement d'une grille où les tâches sont indiquées en haut des colonnes,les 24 h étant subdivisées en quarts d'heure. On demande au personnel de bien vouloir remplir la grille en indiquant une croix. Chaque croix compte pour un quart d'heure ou pour 10 minutes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne prend pas beaucoup de temps au chercheur • prend relativement beaucoup de temps au personnel • possibilité de nombreux sondages • ne tient pas compte du profil des patients • données plus objectives
<p>HIVA^c</p> <ul style="list-style-type: none"> • sondage du personnel • questions par écrit au personnel même lui demandant d'indiquer une moyenne du nombre d'heures hebdomadaires consacrées aux diverses tâches 	<ul style="list-style-type: none"> • ne prend pas beaucoup de temps au chercheur • ne prend pas trop de temps au personnel • possibilité de nombreux sondages • ne tient pas compte du profil des patients • données plus objectives
<p>DEMAREST^d</p> <ul style="list-style-type: none"> • sondage du personnel • méthode de l'agenda: les praticiens de l'art infirmier et le personnel soignant devaient indiquer le temps consacré à une série d'activités, en%, durant trois journées de la semaine consécutives / traitement des données au niveau de l'unité de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • non coûteux en temps pour le chercheur • légèrement plus coûteux en temps pour le personnel • possibilité de nombreux sondages • ne tient pas compte du profil des patients • données plus objectives

Méthodologie de la recherche

Tableau 2 – Tableau comparatif concernant les avantages et les désavantages des différentes techniques d'enregistrement de temps

<p>KOCKELAERE / KORTRIJK^e (enregistrement du temps dans 18 maisons de repos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • observation de 197 personnes âgées 24 heures par jour durant 7 jours, résultant en 1400 instantanés de prestations. Le temps de chaque prestation a été enregistré par chronomètre et noté sur les feuilles d'enregistrement. Dans le cas des soins directs, la liste restait chez le patient les soins indirects étant enregistrés sur une liste conservée par le personnel • répartition des patients en fonction de leur incapacité 	<ul style="list-style-type: none"> • ne requiert pas beaucoup de temps au chercheur • requiert beaucoup de temps au personnel • possibilité de sondages relativement restreinte • tient compte du profil des patients • données plus objectives
<p>ETUDE SUR L'EMPLOI DU TEMPS PAYS-BAS^f</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes interrogées devaient enregistrer durant un nombre de jours donnés leurs activités par quart d'heure à l'aide d'un code. Une série de variables contextuelles ont été sondées pour chaque jour de l'enregistrement du temps 	<ul style="list-style-type: none"> • non coûteux en temps pour le chercheur • légèrement plus coûteux en temps pour le personnel • possibilité de nombreux sondages • ne tient pas compte du profil des patients • données plus objectives
<p>ETUDE SUR L'EMPLOI DU TEMPS BELGIQUE^g</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le répondant doit indiquer ses activités principales et secondaires à l'aide d'un code. Le temps est mesuré en indiquant le moment du début et de fin de l'activité (heure et minutes). Sondage d'une série de variables contextuelles par activité 	<ul style="list-style-type: none"> • non coûteux en temps pour le chercheur • très coûteux en temps pour le personnel • possibilité de nombreux sondages • ne tient pas compte du profil des patients • données plus objectives

- a. Marcelis R et al, OC
- b. Conversation avec M. Geebelen (dir. Nursing) et Mme Quinten (cadre moyen), hôpital Sint-Franciscus de Heusden, le 13/8/1998
- c. Molleman C, Vijncke P, Samoy E (1996) *Clïenteel en personeel in de voorzieningen voor volwassenen met een handicap. Een onderzoek in de Tehuizen voor niet-werkenden, de Dagcentra en de Tehuizen voor Werkenden*, HIVA, Louvain
- d. Demarest S et al (1993), *Les conditions de travail, l'organisation du travail et le contenu des fonctions du personnel infirmiers et soignant dans les unités de soins des établissements hospitaliers et des cliniques*, RUCA/ULB/KUL/UCL, Belgique
- e. conversation avec M. Knockaert, hôpital de la Sainte Famille de Courtrai, le 1 octobre 1998.
- f. INTOMART, Etude sur l'emploi du temps, 1995
- g. CENTRUM SOCIOLOGIE VUB, *Etude sur l'emploi du temps*, VUB, Bruxelles

Méthodologie de la recherche

Lors de l'enregistrement du temps, on veillera à inclure tous les jours de la semaine afin d'obtenir une image équilibrée des prestations sur la semaine. Lorsqu'on souhaite mesurer la prestation moyenne de soins, il faut en effet tenir compte du fait que l'exécution des tâches peut être variable selon qu'il s'agit d'un jour de semaine ou d'un jour de week-end. De plus, il se peut que toutes les tâches n'apparaissent pas tous les jours.

2.2. Les fonctions

Outre la variable « temps », la fonction de la personne interrogée est également un facteur important dans le cadre de cette étude. Elle répond à la question de l'exécutant de la tâche. Il a été décidé de demander au personnel infirmier et soignant, ainsi qu'aux responsables des divers secteurs d'effectuer l'enregistrement du temps de leurs tâches. Les fonctions précises qui seront incluses dans l'étude seront définies de manière inductive; cela dépendra par conséquent de la dynamique intrinsèque des divers secteurs. Concrètement, une concertation aura lieu au préalable avec le chef de service pour savoir qui remplit une des fonctions suivantes dans un service / département / unité (de vie) donné:

Tableau 3 – Liste abrégée des fonctions avec occurrence selon le secteur

	secteur des soins hospitaliers	Secteur des soins aux personnes âgées	Secteur des soins à domicile	Secteur des soins aux personnes handicapés
Infirmiers(ère)s en chef	oui	oui	oui	non
Educateurs en chef	non	non	non	oui
Infirmiers	oui	oui	oui	oui
Educateurs	non	oui	non	oui
Soignants à domicile	non	non	oui	non
Soignants (à l'exclusion des soins à domicile)	oui	oui	non	oui
Assistants en logistique	oui	oui	oui (CF)	non
Assistants aux AVJ	oui	oui	non	non
ADL assistenten	oui	oui	non	oui (CF)
Animateurs	non	oui (CF)	non	oui (CF)

Méthodologie de la recherche

Lors de l'enregistrement des tâches, il n'est pas tenu compte des tâches prises en charge par les bénévoles et les stagiaires ni par les médecins, le personnel d'entretien et le personnel administratif.

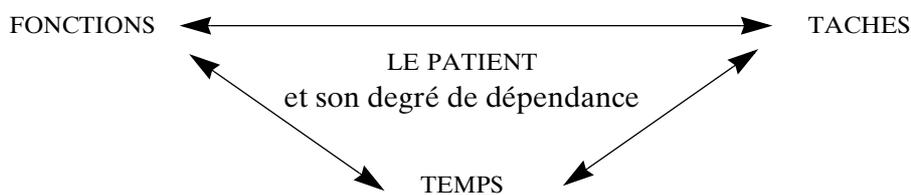
2.3. Les tâches

Cette dernière variable est primordiale pour compléter le tableau et obtenir une réponse à la question de la répartition des tâches et de leur durée. A cet effet, une liste appropriée (exhaustive) de tâches a été constituée à partir d'une étude de la littérature en matière de listes de tâches. Cette liste s'applique aux divers secteurs. La liste définitive et légèrement réduite se trouve en Annexe. On y prévoit 30 catégories principales (en fait 29 catégories et une trentième réservée à la codification des valeurs manquantes), chacune étant divisée en sous-tâches.

Comme il était important que l'analyse puisse s'effectuer à divers niveaux, il a fallu prévoir les niveaux suivants dès la conception de la liste des tâches:

- niveau du détail (sous-tâches)
- niveau des tâches génériques (29)
- niveau des grandes catégories, par lesquelles nous entendons les soins directs, les soins indirects, les activités liées aux unités et le temps personnel = regroupement des catégories de tâches selon leur orientation ou selon leur nature. Ces deux typologies sont présentées en Annexe.
- selon que les tâches nécessitent un niveau de qualification déterminé
- selon que les tâches peuvent être effectuées avec ou sans supervision ou présence de personnes de qualification supérieure.

2.4. Relations avec le patient et degré de dépendance



Le degré de dépendance du patient constitue une variable susceptible d'influencer l'emploi du temps et les tâches d'un département / service / unité (de vie). Bien que nous soyons conscients de l'importance de ce facteur, nous n'avons pu atteindre ce degré d'approfondissement à tra-

Méthodologie de la recherche

vers la présente étude. Cela impliquerait, en effet, qu'au lieu de prendre les diverses fonctions d'un département comme point de départ de l'enregistrement du temps, nous prenions le patient comme point de départ. Si cela est encore imaginable dans le secteur hospitalier et le secteur des maisons de repos, cela devient beaucoup moins évident dans le secteur des handicapés et dans celui des soins à domicile.

Prendre le patient pour point de départ signifie suivre celui-ci et enregistrer systématiquement après identification les diverses tâches effectuées auprès de celui-ci, leur auteur ainsi que le temps dévolu à chacune d'elles. Cette approche établirait d'une part un rapport entre les fonctions, les tâches et le temps d'une part, et d'autre part un rapport entre le patient et son degré de dépendance, ce qui fournirait une quantité considérable d'informations supplémentaires.

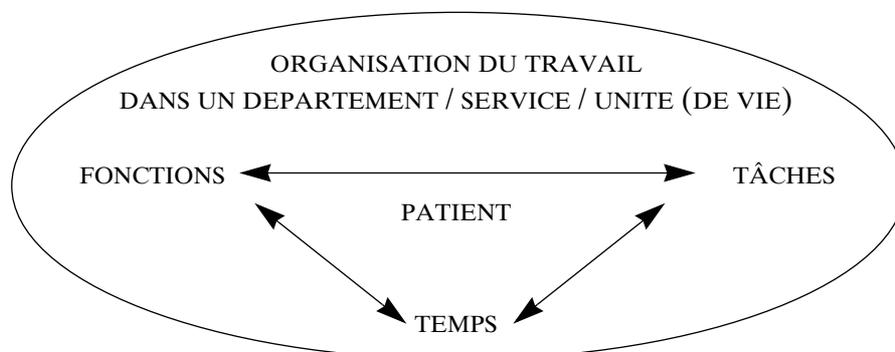
Une telle méthode nécessiterait toutefois également l'existence d'une échelle de conformité permettant de mesurer de manière uniforme le degré de dépendance des divers patients dans les divers secteurs. Le fait que dans les divers secteurs étudiés, ce degré de dépendance soit mesuré à l'aide d'échelles différentes, constitue un argument supplémentaire témoignant de l'impossibilité, dans le cadre de cette étude, de prendre le patient comme point de départ ou d'établir une relation entre fonctions, tâches, temps et (type de) patients.

Si, toutefois, nous partons de l'hypothèse que des types similaires de patients sont admis dans des types similaires de services ou d'institutions, nous pouvons calculer le temps moyen de soins reçus par un patient en divisant le total des soins par le nombre de patients présents. Dans cette hypothèse, il faut toutefois satisfaire aux conditions suivantes:

- enregistrer tous les soins, services et surveillances durant une période déterminée (une journée, une semaine). L'idéal consisterait à enregistrer les jours de semaine comme les jours de week-ends.
- connaître le nombre de patients ayant bénéficié de soins, services et / ou surveillance durant cette période.

2.5. L'organisation du travail dans un département / service / unité de vie

L'organisation du travail dans un département / service / unité de vie constitue, à côté de l'incapacité du patient, un facteur supplémentaire influençant le type de tâches qu'effectue un membre du personnel et le temps qu'il y consacre.



Les questions relatives à l'organisation du travail seront abordées au cours des entretiens en profondeur avec les infirmiers(ère)s responsables ou chefs de service des divers secteurs. La répartition des tâches entre les diverses fonctions, la place des infirmiers(ère)s en chef ou chefs de service au sein du département, la manière dont les soignants et les assistants logistiques effectuent leurs tâches, la place et les tâches des bénévoles constituent quelques uns des sujets qui retiendront l'attention.

2.6. Tâches pouvant être affectées à du personnel ayant une autre qualification

Dans le cadre de la méthodologie développée, on abordera de trois manières différentes la question de savoir quelles tâches, effectuées actuellement par des personnes ayant une certaine qualification, pourraient ou devraient être effectuées par du personnel possédant une autre qualification.

Premièrement, l'enregistrement des tâches des divers membres du personnel permettra de tirer une série de conclusions à ce sujet. En second lieu, la question sera incluse explicitement dans le questionnaire adressé aux membres du personnel, via un module consacré à ce sujet. Finalement, le sujet sera abordé de manière plus détaillée à l'occasion des entretiens approfondis avec les infirmiers(ère)s responsables / chefs de service.

Les questions qui doivent nous donner l'information nécessaire sont les suivantes:

1. Parmi les tâches qui vous sont confiées, y en a-t-il qui sont habituellement réalisées par des professionnels plus qualifiés?

Méthodologie de la recherche

2. Parmi les tâches qui vous sont confiées, y en a-t-il qui pourraient être aussi bien réalisées par des professionnels moins qualifiés?
3. Y a-t-il certaines tâches qui relèvent de votre fonction mais que vous ne pouvez accomplir par manque de temps?
4. A quelles tâches consacrez-vous plus de temps que vous ne le souhaiteriez?

Parallèlement, nous avons tenté de détecter, à l'aide des questionnaires et des entretiens, les besoins de formation liés aux souhaits de délégation des tâches.

2.7. Réflexions concernant l'enregistrement des temps

En résumé, l'enregistrement temporel se déroule comme suit: chaque personne interrogée (c'est-à-dire, chaque collaborateur du service concerné) dispose d'une grille avec une liste de 29 catégories de tâches. Pour chaque quart d'heure, elle peut cocher une série de tâches. Si elle ne coche qu'une seule tâche, celle-ci est considérée automatiquement comme la tâche principale. Si elle a exécuté plusieurs tâches durant ce quart d'heure, la personne doit cocher toutes ces tâches et entourer la tâche qui lui a pris le plus de temps; cette dernière sera considérée comme tâche principale. Les autres tâches exécutées seront considérées comme tâches secondaires. Voici un exemple d'enregistrement fictif:

	Tâches	Durée											
		6:00 h				7:00 h				8:00 h			
	Date: 14/05/1999												
	JOUR: mardi												
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Soins d'hygiène	X	X	X	X			X				X	
2	Mobilisation et positionnement			X				X					X
3	Transport					X	X	X		X	X		
4	Aide à l'alimentation					X							
5	Elimination					X							
6	... (etc. jusqu'à la 30 ^e tâche)	X	X					X	X				

Méthodologie de la recherche

D'après la méthode prévue initialement, les enregistrements se seraient présentés comme ceux de la première heure dans l'exemple ci-dessus (entre 6 :00 h et 7 :00 h). Les second et quatrième quarts d'heure représentent le scénario le plus simple. Une seule tâche a été exécutée au cours de ces quarts d'heure, ce qui en fait automatiquement la tâche principale. Durant le premier et troisième quart d'heure, la personne interrogée a exécuté plusieurs tâches mais elle a entouré la tâche principale: aucun problème, là non plus. Ce mode d'enregistrement avait été convenu initialement avec les personnes interrogées de manière à ce que nous ayons une tâche principale par quart d'heure, complétée éventuellement par des tâches secondaires.

En résumé: nous avons enregistré une tâche principale, chaque quart d'heure, éventuellement accompagnée d'une ou plusieurs tâches secondaires.

Les personnes interrogées n'ont toutefois pas toujours mis en pratique ces directives. Comme il leur était parfois difficile de distinguer la tâche principale des tâches secondaires, elles n'entouraient aucune tâche, ce qui donnait des enregistrements comme ceux de 7:00 h à 8:00 h du tableau ci-dessus où le troisième quart d'heure ne comporte aucune indication au niveau des tâches principales. Dans certains cas la plupart des quarts d'heures ne présentent aucune indication concernant les tâches principales. Une analyse qui ne s'appuierait que sur des tâches principales ne tiendrait pas compte d'un nombre considérable d'informations. Nous avons donc développé un mode de calcul qui réunit les tâches principales et secondaires.

Chaque quart d'heure, on compte les tâches indiquées. Ensuite on se base sur l'algorithme suivant:

- 1 tâche = tâche principale
- plusieurs tâches: → la personne interrogée a entouré la tâche principale → OK
 - rien n'est entouré → toutes les tâches sont considérées comme des tâches secondaires

Méthodologie de la recherche

Date: 14/05/1999	6:00 h				7:00 h				8:00 h				Fréquence d'apparition comme TÂCHE PRINC.	Fréquence d'apparition comme TÂCHE SECOND.
JOUR: mardi	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1 Soins d'hygiène	X	X	X	X			X				X		3	3
2 Mobilisation et positionnement			X			X						X	1	2
3 Transport					X	X	X		X	X			3	2
4 Aide à l'alimentation					X								1	
5 Elimination						X								1
6 ... (etc. jusqu'à la 30 ^e tâche)	X	X					X	X					3	1
fréquence totale:													11	9

Prenons la tâche 1 à titre d'exemple: soins d'hygiène. Elle apparaît trois fois comme tâche unique dans un quart d'heure. Au total, cela nous fait une fréquence d'apparition comme tâche principale égale à trois. Au cours du premier et troisième quart d'heure, elle apparaît conjointement avec d'autres tâches dont une (dans chaque quart d'heure) a été désignée comme tâche principale. Au cours du septième quart d'heure, elle apparaît conjointement avec d'autres tâches dont aucune n'est entourée comme principale. Nous la comptons donc trois fois comme tâche secondaire.

L'étape suivante de l'analyse consiste à faire la somme pour chacune des catégories de tâches des fréquences d'apparition comme tâche principale d'une part et comme tâche secondaire de l'autre, ce qui donne 11 pour les tâches principales et 9 pour les tâches secondaires au cours de la période d'enregistrement de 12 quarts d'heures (nombre de quarts d'heures enregistrés = N).

Nous souhaitons attribuer plus de poids aux tâches principales qu'aux tâches secondaires. Par conséquent, nous effectuons une pondération au moyen de la formule suivante:

$$F = (N * 15) / [(10 * \text{fréquence des tâches principales}) + (5 * \text{fréquence des tâches secondaires})]$$

Pour notre exemple, cela donne les calculs suivants:

$$F = (12 * 15) / [(10 * 11) + (9 * 5)]$$

$$F = 1,16$$

Méthodologie de la recherche

F constitue une pondération globale (valable pour toutes les tâches) calculée à partir de la fréquence d'occurrence comme tâche principale et tâche secondaire. Le temps attribué est calculé ensuite en utilisant la même clé de répartition:

Temps attribué à chaque tâche principale = $F * 10$ Temps attribué à chaque tâche secondaire = $F * 5$

Ici:

Temps attribué par tâche principale = 11,6

Temps attribué par tâche secondaire = 5,8

Tableau 4 – Pondération des tâches principales et secondaires

	Fréquence d'apparition comme TÂCHE PRINCIPALE	temps consacré TÂCHE PRINCIPALE	Fréquence d'apparition comme TÂCHE SECONDAIRE	temps consacré TÂCHE SECONDAIRE
Soins d'hygiène	3	34,8	3	17,4
Mobilisation et positionnement	1	11,6	2	11,6
Transport	3	34,8	2	11,6
Aide à l'alimentation	1	11,6		
Elimination			1	5,8
(etc. jusqu'à la 30 ^e tâche)	3	34,8	1	5,8
TOTAL	11	127,6	9	52,2

Au total, cela fait 128 minutes pour les tâches principales et 52 minutes pour les secondaires. Un contrôle élémentaire permet de vérifier la validité des calculs: 12 quarts d'heure à 15 minutes font 180 minutes; $127,6 + 52,2 = 179,8$

Ensuite on procède à l'addition des tâches principales avec le temps consacré aux tâches secondaires : la somme représente le temps consacré à la tâche dans la grille d'enregistrement en question.

Méthodologie de la recherche

	temps consacré tâche principale + secondaire	Temps total (en minutes)	Temps total (en%)
Soins d'hygiène	34,8 + 17,4	52,2	29%
Mobilisation et positionnement	11,6 + 11,6	23,2	13%
Transport	34,8 + 11,6	46,4	26%
Aide à l'alimentation	11,6	11,6	6%
Elimination	5,8	5,8	3%
etc. jusqu'à la 30 ^e tâche)	34,8 + 5,8	40,6	23%
		179,8	100%

Ce mode de calcul aboutit à un chiffre représentant la pondération de la fréquence d'apparition de cette tâche comme tâche principale et comme tâche secondaire sur une grille d'enregistrement.

2.8. Région linguistique

Faire une étude comparative entre les deux Communautés linguistiques (CF et CFGB) en Belgique n'est pas simple à cause de l'encadrement institutionnel. Nous utiliserons en effet les termes suivants:

“CFGB (Communauté française et Communauté germanophone de Belgique)” inclut toutes les institutions des échantillons du SESA et de l'ULG. Il s'agit des institutions de la Communauté française, Communauté germanophone, et des institutions francophones (ou bi-communautaires) situées à Bruxelles.

“CF (Communauté flamande)” inclut toutes les institutions des échantillons du HIVA et IISA. Il s'agit des institutions de la Communauté flamande, et des institutions néerlandophones (ou bi-communautaires) situées à Bruxelles.

2.9. Résumé méthodologique

- Un questionnaire écrit est adressé à tous les membres du personnel de l'équipe soignante.

Le personnel du département / service / unité de vie est prié d'enregistrer ses tâches tous les quarts d'heure durant 3 jours, dont 2 jours de semaine et 1 jour du week-end. Par « personnel », il faut sous-entendre

Méthodologie de la recherche

le personnel infirmier, le personnel soignant, les responsables d'unité et autres personnes partageant directement le travail de l'équipe dans la limite des fonctions envisagées au tableau 3. Les personnes effectivement concernées seront définies conjointement avec le chef de service, à partir de la liste abrégée des fonctions.

- Un questionnaire abrégé est adressé aux chefs de service (Récapitulatif)

Objectif: Examen d'une série de variables pour chaque jour d'enregistrement de tâches.

- Un entretien approfondi avec les chefs de service

Objectif: Analyser des problèmes liés au contexte de l'enregistrement des tâches et du temps, à l'organisation du travail, aux possibilités et conditions d'affectation de tâches à d'autres professionnels, etc,...

2.10. Dénomination des différentes qualifications et définition des fonctions

Afin de cerner les différents profils des fonctions étudiées, nous attirons l'attention sur trois points importants dans la comparaison des Régions: (1) le personnel de logistique, (2) les assistants aux AVJ et (3) la qualification des soignants.

Par "*personnel logistique*" nous désignons en fait deux catégories de personnes: les assistants en logistique engagés dans le cadre du Maribel social¹, d'une part et les personnes chargées de tâches logistiques, d'autre part (ex: les hôtesse). La description des tâches de l'assistant en logistique est stricte: ils ne peuvent exécuter aucune tâche infirmière ni aucune tâche en rapport direct avec le patient. En ce qui concerne les autres membres du "*personnel logistique*", leurs tâches ne sont pas réglementées d'une manière aussi stricte. Dans ce rapport de synthèse, nous n'avons pas fait de différence entre les deux catégories dans le secteur hospitalier. Dans les autres secteurs, le personnel logistique peut correspondre à des "*travailleurs supplémentaires*"². Compte tenu de ces particularités, nous renvoyons donc le lecteur aux tableaux détaillés contenus dans les rapports par secteur et par Communauté.

En CFGB et dans les secteurs des hôpitaux et des maisons de repos en CF., nous avons rassemblé sous l'appellation "assistants aux AVJ" des

¹ Uniquement dans le secteur hospitalier. Arrêté Ministériel du 17 juin 1997.

² Arrêté Ministériel du 23 janvier 1998.

Méthodologie de la recherche

personnes possédant différentes qualifications telles que les assistants sociaux, ergothérapeutes, éducateurs, kinésithérapeutes, (etc) qui apportent une aide aux actes (instrumentaux) de la vie journalière. Par contre, le profil “d’assistant ADL” que l’on peut traduire en français par “auxiliaires de vie”³, présent en majorité dans le secteur des handicapés ne se rencontre pas en CFGB. Il s’agit de personnel peu ou pas qualifié pour qui l’insertion aux équipes éducatives constitue un moyen d’insertion dans le marché du travail.

Légalement, il n’existe pas encore de définition du terme “*soignant qualifié*”. Aussi bien le contenu de la fonction que les qualifications exigées ne sont précisés nulle part. Il existe cependant une exception dans le cas des maisons de repos (Cf. Inami).

A partir des différentes annexes de cet Arrêté ministériel (1992) nous pouvons dresser une liste des formations reconnues⁴:

³. ce n’est pas un term officiel

⁴. Arrêté Ministériel du 30 mars 1993 cit. In Leclercq A, Leroy X. *Offre et demande de travail infirmiers et soignant en Communauté française et germanophone de Belgique, projections jusqu’en 2000 et scénarios jusqu’en 2010. Tome 2: Travail soignant et soignants qualifiés.* Bruxelles: Socio-Economie de la Santé, ESP, UCL, 1998: p. 170.

Méthodologie de la recherche

Tableau 5 – Soignants qualifiés: titre

Titres CFGB	Titres CF
Accoucheuse	Vroedvrouw
Aide senior	-
Assistant en psychologie	Assistent in de psychologie
Assistant en soins hospitaliers	Ziekenhuisassistente, verpleegassistente, ziekenoppasser en andere opleidingen van hetzelfde niveau van onderwijs
Assistant social	Sociaal assistent, maatschappelijk assistent
Auxiliaire gériatrique	-
Auxiliaire sanitaire polyval. en collect. pour personnes âgées	-
Auxiliaire sociale	-
Educateur (classe 1)	Orthopedagogie
Educateur en gérontologie	-
Educateur: secteur santé mentale	-
Ergothérapeute	Ergotherapeut, Arbeidstherapeut
Infirmier gradué	Verpleegkundige
Intervenant santé et grand âge	-
Kinésithérapeute	Kinesitherapeut
Logopède	Logopedist
-	Animatie-verantwoordelijke
-	Nursing hostess
-	Opleiding verzorging-onderhoud en bejaardenverzorgster
-	Gasthuishelpster/gasthuishelper
-	Sociale revalidatiewetenschappen
-	Gegradueerde in de gezinswetenschappen
-	Logistiek helper in de bejaardenzorg
-	Gekwalificeerd verzorger residentiële hulp
-	Bejaardenhelper, familiaal helper, en sanitair helper

Description des institutions

1. Le secteur hospitalier

Le secteur hospitalier se compose d'un vaste éventail d'institutions impossibles à classer selon des critères simples. Les institutions diffèrent tant sur le plan des dimensions que sur celui du statut, de l'organisation, etc. Leur mission constitue leur plus grand dénominateur commun. Elle peut se définir ainsi: "traiter et alléger la maladie, rétablir ou améliorer la santé ou stabiliser les blessures, dans un délai minimal et dans un contexte pluridisciplinaire (médical, médico-technique, paramédical et logistique)."¹

Les hôpitaux se répartissent en institutions publiques et privées. Les hôpitaux appartenant à l'Etat, aux Provinces, aux Centres Publics d'Aide Sociale, aux Intercommunales, sont considérés comme institutions publiques; les autres appartiennent au secteur privé².

On peut, par ailleurs, classer les hôpitaux en deux secteurs: celui des hôpitaux généraux et celui des hôpitaux psychiatriques. Le secteur des hôpitaux généraux comprend les institutions pour les soins urgents (institutions non-psychiatriques où sont admis des patients en phase aiguë), les cliniques générales (sans lits universitaires), les hôpitaux généraux à caractère universitaire (dont les lits universitaires constituent moins de 50% de la capacité totale), les hôpitaux universitaires (dont les lits universitaires constituent plus de 50% de la capacité totale), les institutions à caractère exclusivement gériatrique exclusif et les institutions

¹ Demarest S (1996), *Meer is beter? Inschakelmogelijkheden voor logistieke hulpen in residentiële verpleegeenheden in Risicogroepen in witte jassen?*, WAV, Leuven

² Ministère de la Santé publique et de l'Environnement, *Annuaire statistique des hôpitaux* (1997)

Chapitre 1

spécialisées. Le secteur des institutions psychiatriques comprend les institutions opérant dans le domaine de la neuropsychiatrie³.

Le secteur hospitalier constitue le principal employeur des *infirmiers (PAI)*. En 1995, 50 990 infirmiers étaient en activité. Le secteur hospitalier occupe 60% des infirmiers, soit un total de 41 813 emplois ETP (24 193 ETP en Région Flamande, 12.008 ETP en Région Francophonene, 5 612 ETP en Région Bruxelles-Capitale - 1995)⁴.

De 1985 à 1991, le nombre de PAI a augmenté de manière constante au niveau du nombre d'infirmiers (20% dans l'ensemble du pays) plutôt qu'en nombre d'ETP. De 1991 à 1995, la croissance se poursuit en effectifs mais ne semble pas se vérifier en ETP en Région Francophone (seule région pour laquelle on dispose de statistiques en ETP)⁵.

En 1991, le *personnel soignant* constituait un quart de l'ensemble PAI - Soignants (27% en CFGB, 21% à Bruxelles et 17% en CF). En 1991, les hôpitaux employaient 12.000 soignants (9.820 ETP)⁶. En Communauté française, un tiers des soignants travaille dans le secteur hospitalier tandis qu'en Communauté flamande, la proportion est de un cinquième.

Les hôpitaux sont subdivisés en unités. Une unité ou un département peuvent être définis comme « une unité architecturale et organisationnelle où des patients hospitalisés et / ou ambulants reçoivent des soins infirmiers ainsi que des soins provenant des services assimilés ». Si la dimension de ces services est fort variable, ils disposent en général de 8 à 30 lits.⁷ Quatre services sont repris dans la présente étude, à savoir le service C (diagnostic et traitement chirurgical), le service D (diagnostic et traitement médical), le service G (exclusivement gériatrie), et le service Sp (spécialités-maladies chroniques). Les services étudiés comptent tous un nombre de lits compris entre 20 et 35 lits et leur taux d'occupation était de l'ordre de 80 à 100% lors de l'enquête.

Dès le départ nous avons tenté d'obtenir un échantillon représentatif tant au niveau géographique qu'au niveau statutaire. Chaque province

³. Ibid.

⁴. Leclercq A, Deschamps M, Leroy X, Pacolet J, Lorant V, Gos E (1998), *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Belgique, projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 1 : travail infirmier et praticiens de l'art infirmier*, Socio-Economie de la Santé, ESP, UCL, et Hoger Instituut voor de arbeid, HIVA, KUL, Bruxelles

⁵. Leclercq A et al., OC, *Offre et demande, Tome 1*, pages 133 et 136.

⁶. Leclercq A, Leroy X, OC, *Offre et demande, Tome 2*

⁷. Demarest S (1996), *Meer is beter ? Inschakelmogelijkheden voor logistieke hulpen in residentiële verpleegeenheden*, in : *Risicogroepen in witte jassen ?*, WAV, Louvain

Description des institutions

est représentée par un ou plusieurs hôpitaux et nous avons choisi aussi bien des hôpitaux publics que privés. Les dimensions réduites de l'échantillon obligent à une certaine réserve lorsqu'on passe à la généralisation des résultats de l'étude.

L'enquête a englobé 24 services: 11 en CF et 13 en CFGB (ici dans 8 institutions). Chaque province est représentée par au moins une institution. La sélection se compose de 8 hôpitaux publics et 16 privés.

2. Le secteur des maisons de repos

Le secteur des maisons de repos pour personnes âgées comporte divers types d'institutions: les maisons de repos (MR), les maisons de repos et de soins (MRS) et les maisons de repos mixtes (avec lits MR et MRS). Parmi les MRS proprement dites, on distingue par ailleurs les MRS – maisons de repos et les MRS – hôpitaux. Les différences considérables qui règnent sur le plan de la normalisation et de la reconnaissance⁸ ne facilitent pas la comparaison des données obtenues. Nous avons même rencontré des situations où une maison de repos devait se conformer à deux décrets différents.

Avant 1997 on procéda, dans des hôpitaux et maisons de repos, à la reconversion de lits hospitaliers en lits MRS. A l'heure actuelle, on applique le protocole d'accord conclu en 1997 entre les pouvoirs publics et régionaux est appliqué. Cet accord prévoit la reconversion sur 5 ans de 25.000 lits de maisons de repos (14.000 en CF et 11.000 en CFGB) en lits de maison de repos à reconnaissance MRS. Il répond ainsi au besoin de lits MRS qui se fait ressentir depuis de nombreuses années.

Le secteur des maisons de repos a connu une énorme expansion au cours des dernières années. En 1998, la CFGB comptait près de mille maisons de repos (MRS + MR) gérant globalement 49.553 lits. Bruxelles compte 277 maisons avec 16.274 lits tandis que la CF dispose de 1.096 institutions totalisant 70.221 lits⁹.

⁸. Leclercq A, Leroy X, OC, *Offre et demande, Tome 2*

⁹. MRS: Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement (1995) *Annuaire statistique des maisons de repos et de soins*, p. 133, et Ministère de la Communauté Flamande, département du Bien-être, de la Santé publique et de la Culture.

MRPA: listes communiquées par la Région Francophonene, la COCOF et la COCOM (30.06.98)

MRPA: listes communiquées par le ministère de la Communauté flamand, "departement Welzijn, volksgezondheid en cultuur" (1.1.99)

Chapitre 1

Le secteur des maisons de repos constitue le principal employeur des soignants (22.145 soignants sur un total de 65.000 travaillent dans des maisons de repos). En termes ETP, cela représente 17.035 emplois (8.364 ETP en Région Flamande, 6.400 ETP en Région Francophone et 2.271 en Région Bruxelles-Capitale – 1995-1996)¹⁰.

Les emplois attribués aux soignants proviennent des différents secteurs de la santé (hôpitaux, soins aux personnes âgées, soins aux personnes handicapées, soins aux enfants, soins à domicile) tandis que les PAI sont majoritairement employés à l'hôpital et dans une moindre mesure, dans les autres secteurs.

En ce qui concerne les caractéristiques linguistiques des maisons de repos et MRS en Région Bruxelles-Capitale, nous constatons qu'aucune maison de repos de cette Région n'a opté pour un statut unilingue néerlandophone. 65% des maisons de repos sont bilingues, 35% unilingues francophones.

En ce qui concerne leur statut, 74% des maisons de repos bruxelloises sont des institutions privées du secteur commercial.

Les institutions à caractère mixte signalent fréquemment qu'il est difficile d'affecter le personnel soit aux lits MRS soit aux lits MR, étant donné que ces lits sont mélangés au sein de l'institution et que le personnel disponible s'occupe indifféremment des deux types de lits.

Comme pour les hôpitaux, nous avons également tenté de composer l'échantillon en respectant une distribution géographique et statutaire satisfaisante. Les dimensions réduites de l'échantillon obligent ici aussi à une certaine réserve lorsqu'on passe à la généralisation des résultats de l'étude.

Nous avons sélectionné 19 maisons de repos réparties sur toutes les provinces, 9 en CF et 10 en CFGB; 7 d'entre elles ont un statut public tandis que les 12 autres ont un statut privé.

3. Le secteur des soins à domicile

Le secteur des soins à domicile constitue un employeur important tant pour les infirmiers (14.930 personnes en 1995, soit 17% de l'ensemble des infirmiers) que pour les soignants (15.718 personnes en 1995-1996,

¹⁰ Leclercq A, Leroy X, OC, *Offre et demande, Tome 2*

Description des institutions

soit 24% de l'ensemble des soignants). En Communauté Flamande, soins à domicile et secteur des maisons de repos se partagent la première place pour le nombre de soignants (31% chacun) occupés¹¹. Par rapport au secteur des soins en CF, le secteur des soins à domicile occupe, avec ses 30.333 emplois (EPT soignants, infirmiers, kinésithérapeutes, métiers paramédicaux, travailleurs sociaux, éducateurs, personnel d'entretien, personnel administratif) environ 20% du total des emplois, la seconde place après les hôpitaux¹².

Les malades, les personnes souffrant d'un handicap et les personnes âgées et invalides constituent le groupe cible du secteur des soins à domicile. Bien qu'une large gamme de personnes puisse prétendre au titre de prestataire de soins ou services, (allant des prestataires informels comme les membres du ménage et de la famille, aux professionnels comme les généralistes, les travailleurs sociaux, pharmaciens, etc.), nous nous en tenons aux deux principaux groupes professionnels des soins à domicile: les praticiens de l'art infirmier et les soignants (appelés aussi aides familiales et aides seniors) Divers services opèrent dans le secteur et essaient de travailler. Les dernières années, de manière de plus en plus intégrée, grâce à l'aide des pouvoirs publics. Concrètement, il s'agit de collaborations entre les services des soins ménagers (soignants), les services infirmiers à domicile (infirmiers) et les services de nettoyage. Il existe, par ailleurs, une série de services complémentaires comme les accueils de jour. La collaboration ou l'absence de collaboration entre ces services est importante du point de vue de l'analyse des tâches, étant donné qu'elles s'accompagnent généralement d'une division des tâches très précise.

On peut distinguer trois catégories dans l'ensemble des tâches prises en charge par le secteur de soins à domicile: les actes infirmiers, les actes de la vie journalière (AVJ: aide aux activités quotidiennes comme se laver et s'alimenter), et les actes instrumentaux de la vie journalière (AIVJ: aide aux activités instrumentales de la vie quotidienne comme faire les courses, le travail ménager, ...).

En CF, le "Thuizorgdecreet" a réglementé à nouveau les services de soins ménagers, en plus des services infirmiers à domicile. Le décret "Services d'aide familiale et aux personnes âgées" réglementant les soins à domicile du 24.07.97 (publication en Moniteur 29.11.97) a inté-

¹¹ Ibid., et : Leclercq A et al., OC, *Offre et demande, Tome 1*

¹² Deschamps M (1999)

Chapitre 1

gré certains actes infirmiers parmi les tâches d'aide familiale et aux personnes âgées. Il n'existe pas de décret équivalent dans la partie francophone du pays. Toutefois, en pratique, les services d'aides familiales accomplissent des AVJ.

Au total nous avons sélectionné 33 unités pour participer à l'étude. En CF, elles se répartissent en 6 unités de services d'aide familiale et aux personnes âgées et 5 unités de services de soins infirmiers à domicile. Ces onze unités sont privées. Côté CFGB, il y a 17 unités enquêtées au statut privé et 4 au statut public (2 unités d'infirmières et 2 unités d'aide familiale). Parmi les 17 unités privées, 9 sont liées aux mutualités socialistes (5 unités d'infirmières et 4 unités d'aide familiale) et 8 aux mutualités chrétiennes (4 unités d'infirmières et 4 unités d'aide familiale).

4. Le secteur des soins aux handicapés

Le secteur des handicapés constitue indubitablement le principal employeur des éducateurs (10 845 personnes, 5 453 ETP en Communauté Flamande, 1995¹³). Les maisons d'éducation et d'hébergement pour personnes handicapées subventionnées par l'AWHIP occupaient en 1996 3088 éducateurs (ETP) tandis que pour les maisons subventionnées par la COCOM 71,5 éducateurs étaient engagés en 1996. Malheureusement, nous ne possédons pas ces renseignements pour les institutions subventionnées par la COCOF et la Communauté germanophone¹⁴.

Le type d'institutions observées lors de l'enquête consiste en maisons pour non-travailleurs qui accueillent 24 heures sur 24 heures et pendant toute l'année des adultes handicapés. La CF compte actuellement dans les maisons pour non-travailleurs (MNT) 7.377 places reconnues, réparties sur 137 institutions (fin 1998). En 1996, les 82 homes situés en CFGB accueilleraient 3 039 personnes dont 858 qualifiées de "nursing"¹⁵. Il existe deux types de MNT: les maisons occupationnelles et les maisons de nursing, qui occupent un effectif plus important étant donné qu'elles accueillent des personnes à degré d'invalidité élevé.

¹³. Deschamps M, Pacolet J, Gos E (1999) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, Deel 3: vraag en aanbod van werk in de zorgsector*, p. 261, HIVA, Leuven.

¹⁴. Les carnets de l'Éducateur, Fonds Social ISAJH

¹⁵. *ibid.*

Description des institutions

La vie quotidienne dans les homes est organisée par groupes d'environ dix résidents du même âge et se déroule principalement dans la section 'living'. En plus des activités répertoriées parmi les soins (alimentation, sommeil, toilette, déplacement), les équipes proposent un éventail d'activités aux résidents. En l'absence de dispositions légales, ces activités peuvent présenter des différences considérables d'une institution à l'autre. Elles dépendent des capacités des résidents, de l'effectif disponible pour les organiser et de ses qualifications, ainsi que du modèle pédagogique auquel on se rattache. Ces activités ont pour but d'inciter les résidents à développer au maximum leurs capacités. Dans la mesure où ils acquièrent une plus grande indépendance, ils peuvent passer à un mode de vie plus autonome (depuis peu, principalement sous forme d'habitation protégée).

Nous avons sélectionné 10 institutions en CF (reconnues par le "Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap") et 10 en CFGB (reconnues par l'AWIPH). Nous avons interrogé 12 unités faisant partie des 10 institutions francophones. Une seule institution appartenait à la Région Bruxelles Capitale (COCOF), les autres sont des ASBL reconnues par l'AWIPH¹⁶.

¹⁶ AWIPH = Agence Francophone pour l'Intégration de la Personne Handicapée.

CHAPITRE 2

Description des personnes interrogées

1. Morphologie générale

Tableau 6 – Nombre d’unités sélectionnées et de personnes interrogées (N =1227)

	Hôpitaux		Maisons de repos		Soins à domicile		Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF	CFGB	CF	CFGB
Nombre d’unités	11	13	9	10	11	21	10	12
Nbre de personnes interrogées	136	180	149	161	174	119	162	146

Au total, 97 unités ont participé à l’étude et 1227 membres du personnel ont été interrogées. Le tableau ci-dessus représente le nombre d’unités sélectionnées ainsi que le nombre de personnes interrogées par secteur et région linguistique.

1.1. Fonction

Dans la partie méthodologique (page 20), vous trouverez une description détaillée des différentes catégories de personnel dont il est question ci-dessous en profondeur.

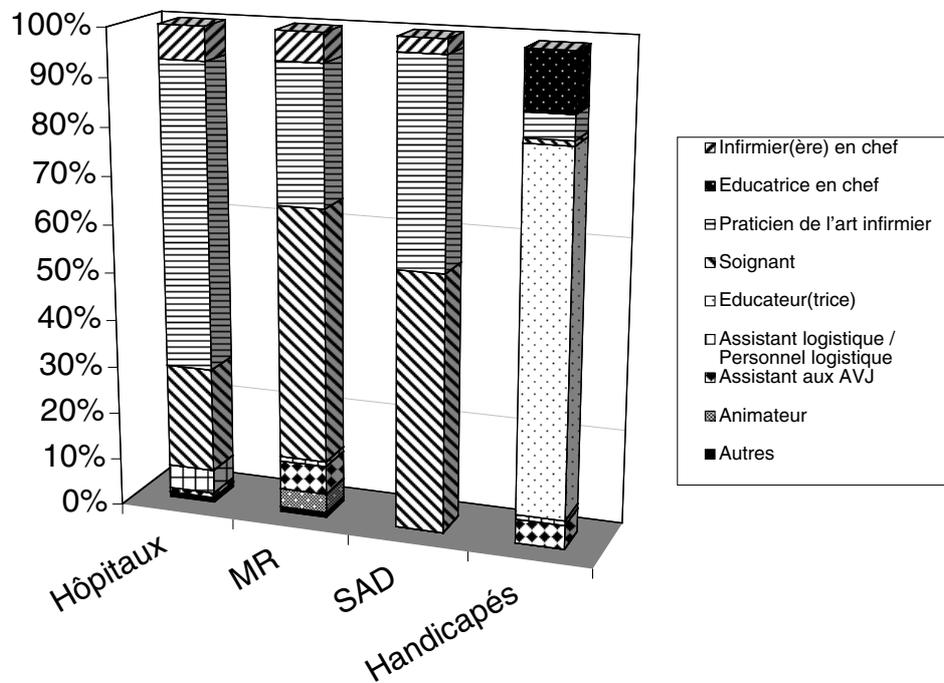
Chapitre 2

Tableau 7 – Fonctions des personnes interrogées par secteur (N=1227)

	Hôpitaux	Maisons de repos	Soins à domicile	Handicapés
Infirmiers(ère) en chef	7%	6%	3%	0%
Educateur(trice) en chef	0%	0%	0%	12%
Praticien de l'art infirmiers	64%	29%	43%	5%
Educateur(trice)	0%	0%	0%	75%
Soignant	22%	53%	54%	1%
Personnel logistique ^a	5%	1%	0%	1%
Assistant aux AVJ	1%	6%	0%	5%
Animateur	0%	4%	0%	0%
Autres	1%	1%	0%	0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

a. La catégorie "Personnel logistique" comprend deux profils différents: (1) les assistants logistiques dans le cadre du Maribel Social, et (2) du personnel (ex: hôtesses) affecté aux tâches logistiques.

Graphique 1 – Fonction des personnes interrogées par secteur



Description des personnes interrogées

Le Graphique nr 1 montre en grandes lignes les fonctions les plus importantes dans les secteurs étudiés. Le secteur hospitalier se consiste logiquement pour la plupart d’infirmiers, ensuite des soignants. Dans le secteur des maisons de repos, la situation est inversée: on relève une grande proportion de soignants et un nombre d’infirmiers plus restreint. La répartition entre les deux catégories de fonctions est plus équilibrée dans le secteur des soins à domicile. Dans le secteur des handicapés, les éducateurs sont dominants.

Tableau 8 – Fonctions en pourcentages par équipe d’enquêteurs (N=1227)

	Hôpitaux		Maison de repos		Soins à domicile			Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF A. FAM	CF S. DOMIC	CFGB	CF	CFGB
Infirmiers(ère) en chef	8%	7%	6%	6%	0%	7%	3%	0%	0%
Educateur (trice) chef	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%	11%
PAI	74%	57%	34%	24%	0%	94%	45%	4%	6%
Educateur (trice)	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	71%	80%
Soignant	12%	29%	52%	54%	100%	0%	52%	0%	3%
Personnel logistique	6%	4%	0%	2%	0%	0%	0%	2%	0%
Assistant aux AVJ	1%	1%	1%	11%	0%	0%	0%	10%	0%
Animateur	0%	0%	6%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
Autres	0%	2%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Le personnel du *secteur hospitalier* se compose à 71% d’infirmiers et à 22% de soignants. Le personnel logistique y représente 5% du personnel, le taux le plus élevé de tous les secteurs. Lorsqu’on analyse les différences entre la CF et la CFGB, on remarque dans notre échantillon que la CF emploie plus d’infirmiers et la CFGB plus de soignants.

En ce qui concerne les *maisons de repos*, la répartition entre régions linguistiques est légèrement différente. Les deux régions emploient une proportion égale de soignants qui s’élève à un peu plus de la moitié du personnel. La différence se situe au niveau des autres fonctions. La CF

Chapitre 2

occupe 10% de plus d'infirmiers tandis que la CFGB occupe plus d'animateurs.

Dans les *soins à domicile*, il n'y a pas de différence dans la répartition des fonctions entre les régions linguistiques. Le personnel se compose pour un peu plus de la moitié de soignants et un peu moins de la moitié d'infirmiers. Ceci n'est pas dû à la répartition naturelle mais à la constitution de l'échantillon.

Les chiffres du *secteur des Handicapés* donnent une vue déformée due à la sélection d'une institution dans laquelle les assistants aux AVJ sont très nombreux. Il s'agit d'une institution pour des handicapés moteurs. Dans la plupart des MNT, les résidents sont des personnes affectées d'un handicap mental. En règle générale, le secteur des Handicapés présente un pourcentage d'environ 2% d'assistants aux AVJ.

1.2. Sexe des personnes interrogées

Tableau 9 – Pourcentage de femmes parmi les personnes interrogées par secteur et par région

	Hôpitaux		Maisons de repos		Soins à domicile		Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF	CFGB	CF	CFGB
% de femmes	90%	92%	96%	94%	99%	96%	82%	74%

Tableau 10 – Pourcentage de femmes parmi les personnes interrogées

	Hôpitaux	Maisons de repos	Soins à domicile	Handicapés
% de femmes	91%	95%	98%	79%

Dans notre échantillon, les *soins à domicile* constituent nettement le secteur le plus féminisé (98%), suivi par le secteur des *maisons de repos* (95%). Le secteur hospitalier occupe 91% de femmes. Tant en CF qu'en CFGB, on constate pour les hôpitaux un pourcentage plus élevé d'hommes parmi les infirmiers que parmi les soignants. Avec 79% de femmes, le secteur des handicapés est le moins féminisé de tous. Le même pourcentage ressort également d'autres études portant sur l'ensemble du secteur des soins pour handicapés¹.

En général, les différences entre Communautés sont minimes, à l'exception du secteur des handicapés, où nous avons constaté une différence de 8% entre la CF et la CFGB (voir tableau 9).

Description des personnes interrogées

1.3. Age des personnes interrogées

Tableau 11 – Répartition (en pourcentage) des personnes interrogées selon l'âge

	Hôpitaux	Maisons de repos	Soins à domicile	Handicapés
20-29 ans	20%	26%	37%	35%
30-39 ans	42%	37%	35%	40%
40-49 ans	28%	26%	22%	18%
50-59 ans	10%	8%	6%	4%
60 et plus	0%	1%	0%	2%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

L'ensemble des secteurs présente un nombre élevé de collaborateurs âgés de 30 à 39 ans. La population des soins à domicile et des soins aux handicapés est plus jeune – celle des hôpitaux et maisons de repos, légèrement plus âgée. Ce qui saute aux yeux, c'est principalement la jeunesse de la population dans les soins pour handicapés. Cette conclusion concorde avec les chiffres globaux. La moyenne d'âge des *soignants* est peu élevée: la moitié a moins de 35 ans (chiffres pour toute la Belgique, 1991)². Etant donné qu'à l'heure actuelle, la formation suscite beaucoup d'intérêt, les prédictions indiquent une poursuite de la tendance au rajeunissement pour un certain nombre d'années. La structure de l'âge relativement jeune peut s'expliquer par le fait que les promotions de diplômés sont plus nombreuses aujourd'hui et que la variété des diplômes est plus grande. Il n'y a pratiquement pas de différences entre les régions. La population des *soignants* de la Communauté Flamande est plus jeune que la population des infirmiers en Communauté Française (28% de moins de 30 ans en CF contre 22% en CFGB)³.

-
1. Deschamps M, Pacolet J, Gos E (1999) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, Deel 3: vraag en aanbod van werk in de zorgsector*, p. 254, HIVA, Leuven
 2. Leclercq A, Leroy X, OC, *Offre et demande, Tome 2*
 3. Leclercq A, , OC, Tome 1

Chapitre 2

1.4. Expérience dans la fonction et expérience dans l'institution

Tableau 12 – Expérience professionnelle des personnes interrogées dans la fonction et dans l'institution, par secteur (en pourcentage)

	Expérience dans la fonction				Expérience dans l'institution			
	Hôpit aux	MR	SAD	Handica- pés	Hôpit aux	MR	SAD	Handica- pés
Moins de 12 mois	14%	14%	8%	13%	18%	20%	14%	15%
12-60 mois	16%	21%	31%	26%	18%	23%	29%	25%
61-120 mois	17%	21%	21%	25%	22%	23%	22%	23%
plus de 120 mois	53%	44%	40%	36%	42%	34%	35%	37%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les pourcentages dans la colonne 'expérience dans l'institution' sont plus élevés pour la catégorie d'âge la plus jeune que dans la colonne 'expérience dans la fonction'.

Les profils de carrière sont très variables et les mouvements au cours de la carrière sont très nombreux. Si l'expérience dans l'institution est assez faible pour l'instant, cette situation pourrait se modifier en raison du vieillissement de la structure d'âge dans les professions visées.

1.5. Statut

Tableau 13 – Statut des personnes interrogées par secteur et par région (en pourcentage)

	Hôpitaux		Maisons de repos		Soins à domi- cile		Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF	CFGB	CF	CFGB
Salariés	100%	100%	99%	99%	91%	94%	100%	99%
Indépendants	0%	0%	1%	1%	9%	6%	0%	1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les soins à domicile constituent l'unique secteur occupant du personnel indépendant, les pourcentages marginaux du personnel indépendant dans les MRPA concernant exclusivement les kinésithérapeutes. Dans le secteur des handicapés, figure aussi du personnel indépendant (p.e. infirmières), mais ces personnes n'ont pas été visées par l'échantillon parce qu'ils ne sont pas membres de l'équipe fixe.

Description des personnes interrogées

1.6. Temps plein ou temps partiel

Tableau 14 – Répartition des personnes interrogées par secteur et par région selon la durée du travail presté (en pourcentage)

	Hôpitaux		Maisons de repos		Soins à domicile		Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF	CFGB	CF	CFGB
Tps Partiel	43%	26%	60%	42%	61%	40%	40%	39%
Tps Plein	57%	74%	40%	58%	39%	60%	60%	61%

Le travail à temps partiel est beaucoup plus fréquent en CF, tant dans les hôpitaux, maisons de repos et soins à domicile, qu'en CFGB. Des données issues de la littérature récente confirment ces tendances: dans les hôpitaux privés flamands, 56% du personnel travaille à temps plein et 44% à temps partiel⁴. Dans les hôpitaux francophones de notre échantillon, un quart des personnes interrogées seulement travaille à temps partiel. Dans les hôpitaux de la partie francophone du pays, 34% des PAI travaillent à temps partiel contre 40% de soignants⁵. Les *maisons de repos* de CF présentent des proportions extrêmes à cet égard (60%). Si les chiffres de 1991 indiquent que 40% de personnes travaillaient à temps partiel à cette époque (Belgique), on constate que cette tendance est à la hausse. Par ailleurs, on peut affirmer que la CF compte un pourcentage significativement plus élevé (45%) de travailleurs à temps partiel que la CFGB (39%) ou Bruxelles (31%)⁶. Pour le secteur des soins pour handicapés, les données flamandes et francophones sont quasiment identiques.

⁴ SERV, (1997), *Onderzoek naar de kwalificatiebehoefte voor de logistiek assistent(e) in de ziekenhuizen* (p. 16), Vitamine W, Anvers

⁵ Leclercq A, et al., OC, *Offre et demande, Tome 1*, et Leclercq A, Leroy X, OC, *Offre et demande, Tome 2*

⁶ Leclercq A, Leroy X, OC, *Offre et demande, Tome 2*

Chapitre 2

1.7. Diplômes

Tableau 15 – Répartition des personnes interrogées selon leur titre de qualification, par secteur et par région (en pourcentage)

	Hôpitaux		MDR		Soins à domicile			Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF A. fam	CF S. Dom	CFGB	CF	CFGB
Personnel infirmiers	83%	57%	40%	29%	0%	99%	50%	10%	8%
Personnel soignant	9%	17%	47%	43%	98%	0%	38%	7%	26%
Personnel paramédical	1%	0%	3%	4%	0%	0%	1%	4%	4%
Kinésithérapie	0%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	0%	0%
Personnel socio/éducatif	4%	2%	7%	2%	0%	0%	1%	61%	48%
Personnel administratif	0%	1%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
Personnel d'entretien	1%	2%	1%	2%	0%	0%	3%	3%	2%
Qualification non précisée	1%	4%	1%	6%	2%	1%	4%	12%	10%
Sans qualification	1%	16%	1%	8%	0%	0%	4%	2%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tableau 16 – Diplômes des personnes interrogées par secteur (en pourcentage)

	Hôpitaux	Maisons de repos	Soins à domicile	Handicapés
Personnel infirmiers	68%	34%	50%	9%
Personnel soignant	14%	45%	38%	16%
Personnel paramédical	0%	4%	1%	4%
Kinésithérapeute	0%	0%	0%	0%
Personnel socio/éducatif	3%	5%	1%	55%
Personnel administratif	0%	0%	0%	0%
Personnel d'entretien	2%	2%	3%	3%
Qualification non précisée	3%	4%	4%	11%
Sans qualification	9%	5%	4%	2%
Total	100%	100%	100%	100%

En ce qui concerne l'homogénéité des diplômes, le personnel des hôpitaux obtient les résultats les plus élevés tandis que le secteur des handicapés présente le chiffre le plus bas. Les hôpitaux emploient principalement des infirmiers tandis que les maisons de repos et les soins à domicile présentent une répartition plus équilibrée de l'effectif en infirmiers et soignants. Si le secteur des handicapés occupe principalement des éducateurs, la proportion de personnel soignant y est relativement élevée.

2. Caractéristiques relatives à la fonction et au diplôme

Obtenir un diplôme et exercer un travail qui requiert le diplôme en question sont deux choses distinctes. Bien que la majorité travaille dans la fonction qui « suit » le diplôme, certaines personnes ont un diplôme différent.

Dans le secteur des *hôpitaux*, les infirmiers disposent en majorité du diplôme adéquat. Les soignants possèdent des diplômes représentant plus la diversité des études. 70% des soignants de CFGB et 56% de leurs homonymes flamands possèdent un diplôme ayant trait aux soins.

Dans le secteur des maisons de repos, la quasi-totalité des infirmiers possède le diplôme idéal; parmi les soignants, 86% (CF) et 78% (CFGB) possèdent un diplôme de soignant.

Le même phénomène se manifeste dans les *soins à domicile*: les infirmiers sont recrutés parmi des diplômés en infirmerie, tandis que les soignants présentent une distribution de diplômes plus hétérogène.

Dans le secteur des handicapés, les éducateurs possèdent une grande variété de diplômes.

Ces chiffres doivent être lus avec prudence vu les différentes dispositions légales concernant les diplômes et les normes d'encadrement. En ce qui concerne les soignants, la variété des qualifications reconnues comme "soignant", notamment dans les MRPA est très large.

Traiter les tableaux des rapports partiels plus en détail n'est pas possible dans le rapport de synthèse. Nous renvoyons ici le lecteur aux rapports par secteur et par Communauté.

3. Changements principaux

La question « Quels seraient d'après vous les principaux changements qui vous permettraient d'améliorer vos conditions de travail? » était suivie d'une liste de 11 points avec une possibilité pour indiquer une suggestion éventuelle. On trouvera ci-dessous un récapitulatif des trois changements les plus fréquemment sollicités par secteur et par région.

Chapitre 2

Tableau 17 – Tableau récapitulatif des principaux changements: classement des trois principaux changements sollicités par secteur et région

Sujets	Hôp	MR	SAD	Hand	CF	CFGB
1. Révision des normes d'encadrement	x	x	x		x	xx
2. Horaires	x	x		x	xx	x
3. Meilleure organisation du travail		x			x	
4. Répartition des tâches		x			x	
5. Relations, communications entre services/instances		x	xx	x	xx	xx
6. Rapports de travail, communication entre collègues du département/service/unité						
7. Relations, communications avec les autres collaborateurs attachés au département/service (médecins, personnel paramédical, bénévoles, administration)	xx		xx	x	xxx	xx
8. Relation avec les patients, clients, résidents						
9. Lieu, espace de travail				xx	x	x
10. Qualité du matériel avec lequel il faut travailler	xx	x		x	x	xxx
11. Formation			x			x
12. Autres: ... (à compléter)						

x = les trois changements les plus fréquemment sollicités dans un secteur / une Communauté.

Secteur hospitalier:

- CFGB: 1. Révision des normes d'encadrement
 2. Qualité du matériel de travail
 3. Relations, communications avec les autres collaborateurs attachés au département/service (médecins, personnel paramédical, bénévoles, administration)
- CF: 1. Relations, communications avec les autres collaborateurs attachés au département/service (médecins, personnel paramédical, bénévoles, administration)
 2. Qualité du matériel de travail
 3. Horaires

Secteur des maisons de repos:

- CFGB: 1. Révision des normes d'encadrement
 2. Relations, communications entre services/instances
 3. Qualité du matériel de travail
- CF: 1. Meilleure organisation du travail
 2. Horaires
 3. Répartition des tâches

Description des personnes interrogées

Soins à domicile:

- CFGB: 1. Formation
2. Relations, communications avec les autres collaborateurs attachés au département/service (médecins, personnel paramédical, bénévoles, administration)
3. Relations, communications entre services/instances
- CF: 1. Relations, communications entre services/instances
2. Relations, communications avec les autres collaborateurs attachés au département/service (médecins, personnel paramédical, bénévoles, administration)
3. Qualité du matériel avec lequel il faut travailler
- CF: 1. Relations, communications avec les autres collaborateurs attachés au département/service (médecins, personnel paramédical, bénévoles, administration)
2. Relations, communications entre services/instances
3. Révision des normes d'encadrement

Secteur des handicapés:

- CFGB: 1. Lieu, espace de travail
2. Qualité du matériel avec lequel il faut travailler
3. Horaires
- CF: 1. Relations, communications avec les autres collaborateurs attachés au département/service (médecins, personnel paramédical, bénévoles, administration)
2. Relations, communications entre services/instances
3. Lieu, espace de travail

La *révision des normes d'encadrement* est plus souvent mise en avant en CFGB qu'en CF. Il convient de remarquer que les diverses institutions présentent une grande variété à cet égard (par exemple en ce qui concerne les hôpitaux en CFGB, on obtient un résultat variant de 13% à 71%). A première vue l'on pourrait tirer la conclusion hâtive qu'il y a trop de travail pour trop peu de personnel. Les entretiens approfondis menés par le SESA indiquent cependant que la pression du travail ne provient pas toujours des normes mais parfois de problèmes d'effectifs temporaires (recruter et garder le personnel nécessaire).

On trouve plus d'insatisfaction concernant les *horaires de travail* en CF qu'en CFGB. Dans les maisons de repos (en CF uniquement), cette insatisfaction est liée aux deux changements suivants: l'amélioration de

Chapitre 2

l'organisation du travail et de la division des tâches. Cette association renvoie à une insatisfaction concernant l'organisation du travail au sens large: répartition du travail sur un effectif disponible trop faible.

La communication entre services et instances obtient des cotes élevées dans les deux régions linguistiques, bien qu'elle n'apparaisse pas dans les changements les plus sollicités par le personnel des hôpitaux. La communication ne semble pas optimale principalement dans les soins à domicile. On peut expliquer cette insatisfaction par la nature particulière de l'organisation des soins à domicile: les prestataires travaillent seuls et les moments de concertation avec les autres services sont limités.

Les relations, communications avec les autres collaborateurs attachés au département/service (médecins, personnel paramédical, bénévoles, administration) semblent poser problème aussi bien dans les hôpitaux que dans le secteur des soins à domicile. En ce qui concerne ces derniers, le raisonnement ci-dessus peut également s'appliquer. Dans le secteur des hôpitaux, la structure d'organisation très complexe peut être la base du mécontentement et entraver les relations.

Seul le secteur des handicapés mentionne le sujet de l'amélioration des *lieux de travail*. Les handicapés ne sont pas des patients, l'institution stimule leur développement personnel au moyen de diverses activités dont l'exécution requiert évidemment l'espace adéquat. Ce type de problème n'apparaît pas dans les hôpitaux ou soins à domicile, et les personnes âgées disposent apparemment d'un espace suffisant pour les divertissements qui leur sont proposés.

Tant la CFGB que la CF mentionnent la *qualité du matériel de travail*. Les institutions présentent également de grandes différences à ce sujet (SESA). Cet élément est le seul qui apparaisse toujours parmi les trois premiers tous secteurs confondus.

En guise de conclusion, il est permis d'affirmer que ces chiffres varient principalement en fonction des institutions et se rapportent, par conséquent, à des caractéristiques locales ou situationnelles du travail. Il convient également de relativiser quelque peu les résultats, étant donné le comportement « copieur » affiché par certaines personnes interrogées à l'enquête. Ce comportement renforcerait l'effet 'fonction des institutions' que présentent les résultats.

Répartition des tâches et organisation du travail

En plus de l'analyse du temps, "Le temps des soins" a un autre objectif qui consiste à comprendre certains aspects de l'organisation du travail dans les secteurs. Les différenciations fonctionnelles, le transfert de tâches, l'encadrement du personnel et la charge de travail constituent des thèmes importants sur le plan de la gestion auxquels se rajoutent les besoins de formation et de formation permanente, tant au niveau du nouveau personnel qu'au niveau du personnel existant.

L'enquête comprend quatre questions ouvertes sur la répartition des tâches:

1. Accomplissez-vous des tâches qui sont habituellement exécutées par des personnes plus qualifiées ?
2. Accomplissez-vous des tâches qui pourraient tout aussi bien être exécutées par des personnes moins qualifiées ?
3. Ne parvenez-vous pas à accomplir, par manque de temps, certaines tâches faisant partie de vos attributions ?
4. D'après vous, à quelles tâches consacrez-vous plus de temps que souhaité ?

Le détail de ces questions figure ci-dessous. Il est important de mentionner que les personnes interrogées avaient le droit d'indiquer plusieurs tâches, ce qui fût le cas chez un grand nombre d'entre elles.

Les questions posées ici étaient des questions ouvertes. Les réponses ont donc fait l'objet d'un réencodage ultérieur par les équipes de recherche. Il subsiste des risques de non-homogénéité quant à l'encodage et partant d'interprétations diverses.

1. Spécificité des tâches par rapport aux autres métiers de soins

Esquissons, en guise d'introduction, les divers groupes professionnels opérant dans les quatre secteurs ainsi que leurs rapports mutuels par rapport à l'exécution des tâches. Le secteur hospitalier et celui des maisons de repos comprennent deux catégories principales: les infirmiers (PAI) et les soignants. Les assistants logistiques et les travailleurs supplémentaires constituent des catégories assez récentes (cf. Ci-dessus). Infirmiers (PAI) et soignants constituent les catégories des soins à domicile où les médecins et auxiliaires de nettoyage occupent des fonctions voisines. Enfin, dans le secteur des soins pour handicapés on retrouve principalement des éducateurs et, dans une moindre mesure, des auxiliaires de vie et des soignants. Bien que les fonctions de l'ensemble du personnel de ces secteurs fassent l'objet d'une description de tâches (parfois très explicite et formelle dans certaines institutions), des recouvrements entre tâches de fonctions différentes apparaissent partout. Sur cette ligne dynamique de démarcation nous allons donc tenter d'identifier une série de tâches susceptibles d'être transférées à du personnel moins qualifié. Il ne faut toutefois pas appliquer aveuglément le principe de subsidiarité¹: en général, la flexibilité et la polyvalence constituent des qualités indispensables pour exercer une fonction. Ainsi, à titre d'exemple, on n'imagine pas un soignant à domicile faire appel à tort et à travers à des infirmiers pour des tâches infirmières élémentaires. Il ne faut pas perdre de vue que l'exécuteur d'une tâche doit être préparé à une situation de crise. Un équilibre entre ces différents aspects est toujours nécessaire.

Etant donné l'importance de la délégation de tâches, il est utile de rappeler une série de notions théoriques concernant les modèles de travail infirmiers². Dans la pratique infirmière *intégrée ou individuelle*, les infirmiers (ou les soignants assimilés) sont responsables individuellement de la globalité des soins donnés au patient. Si l'organisation des *soins par équipe* se conforme au même principe, dans ce cas c'est l'équi-

¹. Ce qui peut être accompli aussi efficacement et effectivement par une personne moins qualifiée ne doit pas être affecté à une personne plus qualifiée.

². Demarest S. (1996), *Meer is beter?* in: *Risicogroepen in witte jassen?*, WAV, Louvain. Hoedemakers C. (1996), *Functie-integratie versus functie-differentiatie in de verpleegkunde in: Risicogroepen in witte jassen ?*, WAV, Louvain.

Repartition des tâches et organisation du travail

pe qui est solidairement responsable d'un nombre donné de patients. Dans les deux cas, la notion de globalité des soins est centrale – d'où la spécialisation limitée du personnel. La situation des *services infirmiers fonctionnels* est très différente car la spécialisation y est primordiale. Là, le collaborateur reçoit un ensemble de tâches spécifiques qu'il ou elle accomplit auprès de plusieurs patients. Ce sont deux extrêmes d'une situation idéale et typique rarement observée dans la réalité.

Dans le *secteur hospitalier*, la ligne de démarcation entre infirmiers et soignants est très floue, une situation qui a des origines diverses. En premier lieu, il est de pratique courante dans les hôpitaux que les soignants appliquent l'expérience acquise au fil des ans. Cette situation a fait l'objet assez tardivement d'une réglementation légale (le dénommé article 54 bis³). En plus de cette cause institutionnelle, l'évanescence de la frontière entre les tâches a aussi une cause organisationnelle, à savoir la très populaire pratique infirmière intégrée. Celle-ci pousse tant les soignants que les infirmiers à s'échanger leurs tâches mutuelles, à quelques exceptions près, c'est-à-dire les actes proprement infirmiers. Par ailleurs, dans la plupart des cas on n'a pas effectué de choix exclusif entre les modèles idéaux. Dans la pratique, on opte souvent (interviews approfondis d'IISA) pour la combinaison d'un système où l'on opte pour une pratique infirmière intégrée (individuellement ou par équipe) le matin, et où l'on passe l'après-midi à un type de soins plus fonctionnel/spécialisé. Ceci revient à essayer de pousser les soins intégrés jusqu'aux confins de leur légalité, bien qu'un certain nombre de tâches restent du domaine exclusif des infirmiers – ce qui fait que l'on passe à des soins infirmiers plus axés sur certaines tâches. Il s'agit concrètement d'injections d'insuline, certaines injections intramusculaires, les soins de blessures plus compliquées, mettre quelqu'un sous perfusions, ... Le fait que les infirmiers exécutent pratiquement toujours des tâches non-infirmières (par exemple faire les lits) est une conséquence supplémentaire des soins intégrés. Voilà la situation de travail complexe au sein de laquelle se meuvent soignants et infirmiers de nos hôpitaux.

Diverses raisons font que le transfert de tâches à des groupes moins qualifiés comme les soignants et assistants logistiques ne constitue pas une affaire simple. Les entretiens approfondis font ressortir qu'au fil du temps les *soignants* se sont appropriés un grand nombre de tâches rele-

³ publication en Moniteur Belgique 26.10.93, K.B. de 8.9.93 execut. de l'article 54bis du AR nr. 78 (10.11.67)

Chapitre 3

vant plutôt des soins infirmiers – et qu’ils ont même obtenu *le feu vert* législatif à cet effet. La citation suivante constitue une réaction typique à la question concernant les tâches que les infirmiers pourraient éventuellement transférer aux soignants: “en fait, le soignant accomplit autant de tâches de ce type que les infirmiers. Il fait déjà tout ce que vous venez de décrire”.

Dans le *secteur des maisons de repos*, la situation est analogue, à cette différence près qu’il s’agit d’une population nécessitant des soins plus légers que celle des hôpitaux. Plus précisément, les tâches infirmières s’y limitent aux soins de blessures et à des actes relatifs à la médication. La description des tâches du personnel va plus loin que les soins proprement dits: les résidents doivent pouvoir s’occuper à diverses activités proposées par le personnel. Par conséquent, le secteur des maisons de repos emploie plus de soignants que de infirmiers. De plus, l’effectif est plus varié car il comprend également des assistants AVJ et des animateurs.

Dans les services de *soins à domicile*, les soignants se trouvent également sous le contrôle des infirmiers à domicile qui s’occupent également de ces soins là . Les infirmiers sont à leur tour placés sous la responsabilité des médecins généralistes. La discussion récente à propos de l’exclusivité quant à l’administration du vaccin antigrippe par les médecins illustre bien cette situation. La ligne de démarcation reste toutefois tout aussi floue pour une série d’autres tâches (comme le suivi de la tension artérielle). Les auxiliaires de nettoyage peuvent reprendre un certain nombre de tâches ménagères et de nettoyage, pour décharger les infirmiers comme les soignants.

Dans le *secteur des soins aux handicapés*, les grandes catégories de personnel sont moins pertinentes. De ce fait, l’option du transfert des tâches y est moins prononcée. D’ailleurs, le travail dans ce secteur est d’une nature très différente de celui des secteurs ci-dessus: son objectif vise en premier lieu au développement général des résidents et non aux soins infirmiers.

Repartition des tâches et organisation du travail

1.1. Spécificité des tâches par rapport aux personnes plus qualifiées

Cette question devait nous apporter principalement les réactions des soignants étant donné qu'ils sont le mieux placés pour fournir des informations sur les tâches habituellement effectuées par des personnes plus qualifiées. Pour le secteur des handicapés, nous prendrons les réponses des éducateurs.

Tableau 18 – Réponses des soignants / éducateurs à la question “tâches habituellement prestées par des personnes plus qualifiées”, en pourcentages (seuls les % supérieurs à 10% ont été retenus)^a.

Tâche	Hôpitaux		Maisons de repos		Soins à domicile		Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF A.Fam	CFGB	CF ^B	CFGB
Soins d'hygiène		23%		54%	68%	63%	20%	19%
Actes techniques	50%	20%	47%	10%			55%	34%
Médicaments: prise	38%	11%	24%	10%	21%			14%
Médicaments: préparation			22%		56%			
Paramètres, diagnostic.		14%						
<i>Nombre de cas:</i>	<i>16</i>	<i>56</i>	<i>55</i>	<i>68</i>		<i>49</i>		<i>98</i>

- a. On doit concéderer le traitement des données différente de l'HIVA. L'HIVA (secteur SAD et handicapés, CF) n'a pas recodé à 100 % les scores des multiple réponses sur les questions de chapitre 3. Pour ça les % peuvent être plus grandes que 100 % dans une colonne. Cet remarque est pour tous les tableaux de chapitre 3
- b. Handicapés CF: données de toutes les fonctions

Les réponses du *secteur hospitalier* visent clairement les tâches tombant sous la responsabilité des infirmiers. Tant en CF qu'en CFGB, on mentionne des prestations techniques et l'administration de médicaments comme tâches habituellement prestées par des personnes plus qualifiées. Le fait que ces activités soient de nature infirmière, ne signifie pas qu'elles ne peuvent pas être incluses dans le champ de travail des soignants. Paramètres, diagnostic et prises d'échantillons ainsi que les soins d'hygiène sont également cités en CFGB.

Chapitre 3

Le secteur des maisons de repos produit une répartition similaire des réponses, avec un même accent sur les prestations techniques et la médication. En CFGB, tant dans le secteur des maisons de repos que dans le secteur hospitalier, les soins d'hygiène sont souvent mentionnés comme tâches effectuées par des soignants alors qu'elles devraient normalement être prestées par des personnes plus qualifiées. Cette catégorie de tâches n'est toutefois pas citée en CF. Dans les deux secteurs, les prestations techniques apparaissent de manière plus significative en CF qu'en CFGB.

Le recouvrement d'une série de tâches apparaît également dans les soins à domicile. Plus encore que les autres secteurs, ce domaine exige du personnel des connaissances suffisantes pour pouvoir effectuer seul toutes les tâches. Demander l'aide d'autres prestataires n'est pas faisable. Les soins d'hygiène (CF et CFGB) et la préparation des médicaments (CF) constituent les tâches reprises par les soignants aux infirmiers. Si une redistribution des tâches entre soignants et infirmiers est souhaitable, elle se heurte à une série d'obstacles comme le mode de remboursement de l'aide AVJ (les "toilettes"). Le fait que ce soit un infirmier ou un soignant qui preste l'aide AVJ détermine s'il y a ou non remboursement. Par ailleurs, il faut tenir compte de certaines facettes comme la satisfaction au travail, l'efficacité, etc.

Dans le secteur des soins pour handicapés en CF, seul 20% du personnel a répondu (par contre le nombre de réponses en CFGB s'élève à notre grand étonnement à 50%). On pouvait s'y attendre car, contrairement aux trois autres secteurs, celui-ci ne compte pas de grand groupe d'infirmiers travaillant aux côtés des éducateurs. La question concernant la redistribution de tâches de personnes plus qualifiées est donc moins pertinente. En CFGB, la plupart des institutions sont trop petites pour employer un infirmier. Elles font donc appel aux soins à domicile pour prester les soins infirmiers. Cette situation est due au fait que les éducateurs et soignants doivent parfois se charger de soins infirmiers, comme les soins d'hygiène, l'introduction de sondes, l'administration de médicaments, la distribution des médicaments.

En résumé, dans les hôpitaux et maisons de repos en CF ce sont principalement des prestations techniques qui sont effectuées par des soignants au lieu de prestations infirmières, tandis qu'en CFGB il s'agit surtout de soins d'hygiène. Dans les soins à domicile, il s'agit également surtout de soins d'hygiène. Dans le secteur des soins pour handicapés, la question est moins pertinente.

Repartition des tâches et organisation du travail

1. 2. Spécificité des tâches par rapport aux moins qualifiés

Cette question devait nous fournir des réponses aussi bien de la part des infirmiers que des soignants. Ces derniers peuvent, par exemple, transférer des tâches à du personnel administratif, logistique ou d'entretien. Les deux catégories de fonction sont traitées séparément.

1. *Les infirmiers*

Tableau 19 – Réponses des praticiens de l'art infirmier à la question "tâches pouvant être réalisées par des personnes moins qualifiées", en pourcentage (seuls les% supérieurs à 10% ont été retenus)

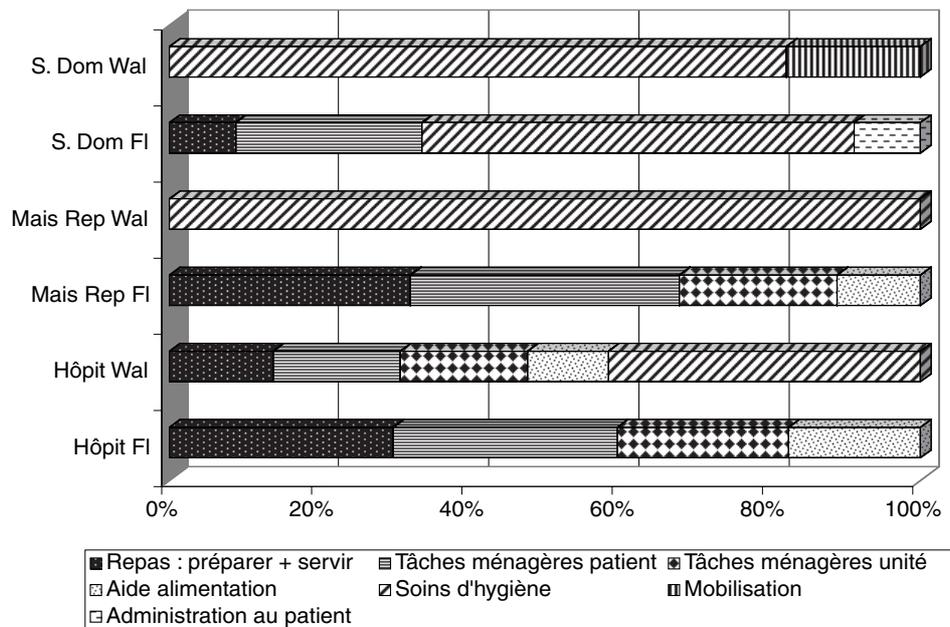
Tâche	Hôpitaux		Maisons de repos		Soins à domicile	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF S. Dom	CFGB
Repas: préparer + servir	17%	9%	26%		10%	
Tâches ménagères pour le patient/rés.	17%	11%	29%		28%	
Tâches ménagères pour l'unité	13%	11%	17%			
Aide à l'alimentation	10%	7%	9%			
Soins d'hygiène		27%		53%	65%	69%
Mobilisation						15%
Administration patient/résident					10%	
<i>Nombre de cases:</i>	322	346	110	83		54

Il est remarquable que dans tous les secteurs (mais moins toutefois dans le secteur des soins à domicile) apparaissent des constantes communautaires. En CFGB il s'agit des soins d'hygiène, en CF de travaux ménagers concernant le patient.

Par ailleurs, on remarque une série de tendances sectorielles. Dans les *hôpitaux*, les praticiens de l'art infirmier citent principalement des tâches liées aux repas, des tâches ménagères et (uniquement en CFGB) les soins d'hygiène comme tâches à transférer à des personnes moins qualifiées. Constatons que quand on interroge les infirmier(ère)s en chef sur le type de personne supplémentaire qu'ils préféreraient s'adjoindre dans une équipe si on la leur proposait, ils choisissent à tous les coups un praticien de l'art infirmier. Alors que les praticiens de l'art infirmier affirment qu'un nombre important de tâches pourraient être transférées à des personnes moins qualifiées⁴.

Chapitre 3

Graphique 2 – Réponses des praticiens de l’art infirmier à la question: “tâches pouvant être réalisées par des personnes moins qualifiées”, en pourcentages



Il est remarquable que dans tous les secteurs (mais moins toutefois dans le secteur des soins à domicile) apparaissent des constantes communautaires. En CFGB il s’agit des soins d’hygiène, en CF de travaux ménagers concernant le patient.

Par ailleurs, on remarque une série de tendances sectorielles. Dans les *hôpitaux*, les infirmiers citent principalement des tâches liées aux repas, des tâches ménagères et (uniquement en CFGB) les soins d’hygiène comme tâches à transférer à des personnes moins qualifiées. Constatons que quand on interroge les infirmiers(ères) au sujet du type de personnes qu’elles voudraient se voir attribuer comme adjoint leur choix va toujours aux infirmiers alors que les infirmiers affirment qu’un nombre important de tâches pourraient être transférées à des personnes moins qualifiées⁵.

4. Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles

5. Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles

Repartition des tâches et organisation du travail

La différence entre la CF et la CFGB dans le *secteur des maisons de repos* est frappante. Alors qu'en CFGB, seuls les soins d'hygiène sont mis en avant, la CF donne la même image que dans le secteur hospitalier en citant le travail ménager, les repas et l'aide à l'alimentation. Cependant: si l'aide à l'alimentation et les tâches ménagères pour le patient occupent la seconde place en CFGB, ce n'est qu'avec un résultat de 8%.

Dans les *soins à domicile*, les soins d'hygiène apparaissent comme la tâche qu'on souhaite transférer à des personnes moins qualifiées, ceci tant en CF qu'en CFGB. Le rapport sur les infirmiers flamands parle de « toilettes simples », dont le faible degré de difficulté justifie la prise en charge par des personnes moins qualifiées. La proportion des infirmiers dans le *secteur des soins pour handicapés* est trop peu importante pour être analysée séparément dans ce chapitre.

2. *Les soignants*

Tableau 20 – Réponses des soignants (éducateurs) à la question “tâches pouvant être prestées par des personnes moins qualifiées”, en pourcentages (seuls les % supérieurs à 10% ont été retenus)

Tâche	Hôpitaux		Maisons de repos		SAD		Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF SAD	CFGB	CF ^a	CFGB
Repas: prép + servir	18%	14%	35%	20%			12%	
Tâches ménagères pr. patient/rés.	18%	16%	34%	23%	17%	19%	55%	40%
Tâches ménagères pour l'unité	21%	30%	13%					
Aide alimentation				14%				
Soins d'hygiène							24%	11%
Mobilisation								
Nettoyage					89%	63%	14%	12%
<i>Nombre de cas:</i>	<i>28</i>	<i>74</i>	<i>121</i>	<i>80</i>		<i>54</i>		<i>162</i>

a. Handicapés CF: Il s'agit des chiffres de toutes les fonctions (pas uniquement les éducateurs, qui représentent 84% du personnel)

Dans le *secteur hospitalier* comme dans le *secteur des maisons de repos*, les réponses des soignants convergent sur le travail ménager et les repas. La comparaison avec le tableau des infirmiers (tableau 14) mon-

Chapitre 3

tre que ceux-ci citent les mêmes catégories. L'option consistant à transférer ces tâches des infirmiers aux soignants n'est donc pas intéressante. D'autres catégories de personnel pourraient-elles reprendre ces tâches?

Le parallélisme avec le tableau 19 (infirmiers) frappe également en ce qui concerne les *maisons de repos* flamandes, où les mêmes catégories obtiennent un résultat supérieur à 10%. Ceci pourrait indiquer un parallélisme des tâches effectuées par les infirmiers et les soignants en CF. En CFGB, par contre, on ne retrouve pas ces correspondances avec les infirmiers. Dans cette région, distribuer ou préparer les repas et les tâches ménagères pour le patient sont citées comme catégories principales. Le rapport du SESA⁶ utilise à propos de ce groupe le terme de "personnel hôtelier".

Les soignants des *soins à domicile* se montrent remarquablement unanimes au sujet de la délégation de tâches à des personnes moins qualifiées: ils citent tant le nettoyage que les tâches ménagères pour le client (faire la vaisselle, la lessive et le repassage, raccommo-der les vêtements, mettre en ordre et ranger, soigner fleurs et plantes et faire les lits) comme étant susceptibles de transfert aux services de nettoyage. Certains services estiment toutefois que la situation doit être maintenue. "...pour différentes raisons: à la longue le client verrait défil-er trop de monde, ce qu'il ne souhaite pas et ce qui causerait aux services des problèmes accrus de coordination; le temps passé en déplacements aug-menterait; ils plaident pour les soins intégrés; ils trouvent qu'un ensem-ble de 4 heures (l'ensemble le plus fréquent) est optimal sur le plan de l'organisation du travail; il y a déjà suffisamment de transferts aux ser-vices de nettoyage lorsqu'il y a possibilité de la faire, le temps du net-toyage peut servir à apporter d'autres choses au client; le soignant a éga-lement une fonction importante pendant les tâches de nettoyage (comme estimer le besoin d'aide du client); l'adaptation du soignant à la famille entraîne déjà un certain degré de spécialisation (la soignante adéquate à la place adéquate)⁷". Etant donné qu'environ 20% du temps des soignants est pris par les travaux d'entretien, cela représente un jour par semaine. Il existe déjà des voies d'accès (ORBEM-FOREM) permet-tant à des personnes peu qualifiées de s'intégrer au secteur.

Dans le *secteur des soins pour handicapés*, le travail ménager et le nettoyage (le nettoyage en CF obtiennent un résultat de 9%) constituent

^{6.} Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles

^{7.} Hedebouw G (1999), *Tijd voor zorg. Sector Thuiszorg*, HIVA, Leuven

Repartition des tâches et organisation du travail

les principales tâches citées comme susceptibles d'être transférées. Il s'agit de tâches dont les éducateurs estiment qu'elles ne tombent pas dans leurs attributions ou pour lesquelles ils auraient besoin d'aide. Ensuite apparaissent les soins d'hygiène. Le rapport francophone cite les assistants aux AVJ pour la reprise des soins d'hygiène. Ceci permettrait aux éducateurs de mieux utiliser le temps libéré. Malgré ce souhait des éducateurs (65% du personnel en CF mentionne des tâches, 78% en CFGB), certains éducateurs responsables estiment qu'il ne faut pas sous-estimer l'intérêt de ces tâches étant donné qu'elles contiennent une potentialité de contact personnel avec les résidents.

2. Tâches non effectuées par manque de temps

Tableau 21 – Réponses à la question “Tâches non effectuées par manque de temps”, en pourcentage (seuls les% supérieurs à 10% ont été retenus)

Tâche	Hôpitaux		MR		Soins à domicile			Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF A. fam	CF S. domic	CFGB	CF	CFGB
Soins psycho-sociaux & guidance	14%	30%	10%	24%	59%	70%	15%	54%	16%
Communication avec le patient/résident	50%	20%	36%	11%			35%		12%
Animation / accompagnement (indiv.)		15%		21%	12%			17%	26%
Animation / accompagnement (collect.)		13%		19%				13%	24%
Soins d'hygiène						19%	13%		
Administration patient/ résident								19%	
Coördination activités								17%	
Communication au sujet patient/rés.									
Tâches ménagères pour le patient/rés.					11%		12%		
<i>Nombre de cas:</i>	<i>176</i>	<i>346</i>	<i>185</i>	<i>217</i>			<i>93</i>		<i>141</i>

Dans l'étude IISA, "losse babbel" (conversation à bâtons rompus) est classé sous "communication avec le patient/résident". Ceci explique le chiffre si élevé.

Chapitre 3

Les soins psycho-sociaux et l'accompagnement (comprenant la stimulation à l'auto prise en charge par le patient/résident/client, les conversations d'accompagnement du patient/résident/client, l'éducation du patient/résident/client, l'éducation sanitaire) constituent les catégories de tâches éliminées en cas de manque de temps. Cela vaut pour tous les secteurs des deux Communautés. Lorsque le temps manque, les tâches urgentes comme les soins d'hygiène et la préparation des repas sont toujours prioritaires.

Le *secteur hospitalier* se caractérise par une technologie en pleine mutation qui réduit radicalement le nombre de jours d'hospitalisation par patient. Cette évolution va de pair avec une pression accrue sur le personnel. La communication avec le patient, les soins psycho sociaux et l'accompagnement en souffrent le plus. Concrètement, le personnel veut consacrer plus de temps aux contacts informels avec les patients: converser à bâtons rompus, répondre aux questions, stimuler, expliquer, etc. Bien que l'évolution technologique influence moins le *secteur des maisons de repos* que le secteur hospitalier, là aussi on signale un accroissement de la pression temporelle: "tout doit aller plus vite". Ce secteur se sent aussi concerné par la manque de communication et des soins psycho-sociaux pour le résident. Aux dires des infirmiers, ils laissent tomber en second lieu une série de tâches administratives.

Etant donné la solitude d'un grand nombre de clients du secteur des *soins à domicile*, c'est probablement chez ces personnes=là que la demande de conversation informelle est la plus grande. Résidents ou patients des trois autres secteurs peuvent établir plus facilement des contacts entre eux. Tandis que pour les clients des soins à domicile, la conversation à bâtons rompus constitue une demande explicite. Les services de soins à domicile indiquent qu'un manque d'encadrement les oblige à laisser tomber une série de tâches, parmi lesquelles on retrouve à nouveau en premier lieu les soins psycho-sociaux et l'accompagnement.

Dans le *secteur des soins pour handicapés*, les tâches éliminées faute de temps sont plus diverses.

Repartition des tâches et organisation du travail

3. Tâches auxquelles on consacre plus de temps que souhaité

Tableau 22 – Réponses à la question “Tâches auxquelles on consacre plus de temps que souhaité”, en pourcentage (seuls les% supérieurs à 10% ont été retenus)

Tâches	Hôpitaux		MR		Soins à domicile			Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF A. fam	CF S. domic	CFGB	CF	CFGB
Administration patient/résident	49% ^a	26%	12%			44%		30%	
Administratin unité		26%							
Soins d’hygiène				36%		13%	14%	13%	10%
Nettoyage					95%		29%	15%	
Tâches ménagères pr patient/rés.			22%				14%	50%	41%
Tâches ménagères pour l’unité			11%						
Repas: préparer + servir			26%						
Déplacements (SAD)						11%	12%		
soins psycho-sociaux & guidance						15%			
<i>Nombre de cas:</i>	<i>163</i>	<i>293</i>	<i>121</i>	<i>175</i>			<i>106</i>		<i>156</i>

a. Les réponses du type “administration” (sans vérification) ont été classées dans la catégorie de tâche “administration patient” (CF). Ceci explique le chiffre si élevé.

L’interprétation des réponses aux quatre questions doit être relativée: dans quelle mesure les réponses reflètent-elles une vue objective des faits plutôt qu’une perception subjective? Quand une personne n’aime pas effectuer certaines tâches, elle peut les mentionner en réponse à la question “Accomplissez-vous des tâches qui pourraient l’être par quelqu’un de moins formé que vous ?” Inutile d’insister sur le fait que ce type de réponse produit une image déformée. La comparaison de la quatrième question (“Consacrez-vous plus de temps à certaines tâches que souhaité ?”) avec la seconde, permet de voir si cette dernière peut être considérée comme un exutoire plutôt que comme une source d’information importante.

Chapitre 3

Dans le *secteur hospitalier*, les tâches administratives (aussi bien l'administration relative au patient que celle relative au service) semblent peser lourdement. A première vue, une aide administrative pourrait apporter une solution, mais les choses sont plus compliquées. Il est difficile de séparer une partie importante du travail administratif des soins infirmiers et autres donnés aux patients: seule la personne qui soigne le patient peut remplir son dossier. Dans les interviews en profondeurs (IISA⁸), un nombre important d'infirmiers(ère)s en chef mentionne ce problème de personnel administratif qui ne peut rien faire.

Dans le *secteur des maisons de repos*, les tâches citées sont dispersées et, à première vue, de manière fort différente selon la Communauté. En CF, un tiers des réponses traite du travail ménager et un quart de la préparation des repas ; douze % traitent de l'administration. Du côté francophone, les soins d'hygiène sont le plus cités comme tâches prenant plus de temps que souhaité. Il ne faut toutefois pas malinterpréter les différences communautaires. En effet, les tâches ménagères pour le résident (9%) / l'unité (8%) et l'administration relative au résident (9%) ne franchissent pas le seuil des 10%. La préparation des repas (7%) vient en quatrième place, ce qui permet malgré tout de conclure à des correspondances entre communautés.

Dans les *soins à domicile*, les réponses divergent également selon les Communautés. A l'instar des services d'aide familiale, le nettoyage occupe la première place dans les soins à domicile en CFGB. Il faut y ajouter les soins d'hygiène, les tâches ménagères pour le client et les déplacements; ensemble de tâches que l'on souhaite transférer à des personnes moins qualifiées.

Dans le secteur francophone des *soins aux handicapés*, les soins d'hygiène ont déjà été cités parmi les tâches que l'on souhaite transférer à des personnes plus qualifiées.

Il y a des différences par secteur concernant les tâches qu'on souhaite déléguer. Les entretiens approfondis montrent pourtant que cette délégation n'est pas seulement réalisée dans le but de créer un portefeuille raisonné de tâches mais surtout pour faire face à l'urgence. Dans la plupart des cas, la délégation n'est pas une option, mais la seule solution vis-à-vis d'un surcroît de travail.

⁸. Mendonck K, Van Landegem N, (1999) *Tijd voor zorg. Sector Ziekenhuizen*, IISA, Brussel, et Mendonck K, Van Landegem N, (1999) *Tijd voor zorg. Sector Rusthuizen*, IISA, Brusse.

Les besoins de formation

A partir de l'idée fondatrice de l'étude, à savoir la substitution des tâches entre fonctions, nous nous sommes rapidement rendus compte que nous avons besoin de données concernant les formations de base et les recyclages ou la formation continue. En effet, pour pouvoir occuper une fonction, il faut avoir suivi une formation de base et les connaissances acquises doivent être mises à jour régulièrement par la formation continue. Il s'agit d'un principe général qui s'applique d'autant plus au secteur des soins. La formation continue y est organisée soit en interne soit en externe. Dans le secteur hospitalier, un grand nombre de formations internes sont prises en charge par des médecins ou infirmiers de l'institution même. Parfois, ces formations sont obligatoires, elles peuvent toutefois provenir d'une demande de la part du personnel. Les entretiens approfondis (SESA)¹ indiquent toutefois que la demande individuelle de formations externes reste assez faible. Les formations internes sont généralement obligatoires.

1. Les formations suivies au cours de l'année écoulée

Pour sonder dans quelle mesure le personnel suivait des formations, l'enquête comprenait la question suivante: « Avez-vous suivi au cours de l'année écoulée un recyclage, une formation ou des études? » Le tableau ci-dessous montre la répartition en pourcentage des réponses à cette question.

¹ Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles et: Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en maison de repos*, SESA, Bruxelles

Chapitre 4

Tableau 23 – % Des personnes interrogées ayant suivi une formation au cours de l'année écoulée, en pourcentage

Hôpitaux	CF	77%
	CFGB	34%
Maisons de repos	CF	79%
	CFGB	33%
Soins à domicile	CF; Aide Familiale	34%
	CF; Soins à domicile	48%
	CFGB	58%
Handicapés	CF	53%
	CFGB	49%

On remarquera que le secteur hospitalier présente à cet égard une grande différence entre la CF et la CFGB: en CF, les trois-quarts du personnel ont suivi une formation alors qu'en CFGB cette proportion se réduit à un tiers. Dans les soins à domicile, la moyenne se situe aux alentours de la moitié du personnel et les différences se manifestent plutôt au niveau des services. Si un tiers du total du personnel des services de soins à domicile a suivi une formation, ce pourcentage s'élève à 60% en CFGB. Quant au secteur des handicapés, environ la moitié du personnel des deux Communautés a suivi une formation au cours de l'année écoulée.

Les besoins de formation

Tableau 24 – Formations suivies au cours de l’année écoulée

	Formation	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile			Handicapés	
		CF	CFGB	CF	CFGB	CF A. fam	CF S. domic	CFGB	CF	CFGB
1	Secrétariat / administration	1%	2%	1%	1%	0%	0%	2%	0%	0%
2	Informatique	2%	4%	2%	2%	0%	3%	0%	5%	0%
3	Langues	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	6%	0%
4	Communication	3%	9%	6%	7%	12%	19%	9%	15%	16%
5	Assistance	13%	27%	23%	26%	60%	37%	33%	22%	41%
6	Sécurité du trav. & ergonomie	11%	5%	14%	8%	12%	4%	14%	6%	12%
7	Formation – soins	54%	51%	39%	48%	17%	37%	36%	12%	6%
8	Ergologie - animation	1%	0%	4%	3%	0%	0%	1%	21%	12%
9	Autres	15%	2%	10%	4%	0%	0%	6%	13%	9%
	Total:	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Nombre de formations ^a	307	113	218	106	60	75	148	103	85
	Nombre de personnes ^b	104	62	117	54	33	37	69	85	72
	Moyenne ^c	2,9	1,8	1,8	1,9	1,8	2	2,1	1,2	1,2

a. Nombre de formations suivies dans le secteur.

b. Nombre de personnes qui a suivi une formation l’année dernière.

c. Moyenne (= nombre de formations partagées par le nombre de personnes qui ont suivi une formation).

En comparant les régions, on doit tenir compte du fait que “écoute et attention” se trouvent dans la catégorie “soins” en CF, et dans la catégorie “accompagnement” en CFGB.

Plus de la moitié des formations suivies au cours de l’année écoulée dans le *secteur hospitalier* concernaient les soins. Ce résultat est à la fois le plus élevé du secteur et significativement plus élevé que les résultats de tous les autres secteurs. On constate des différences notables entre Communautés sur le plan de l’assistance, où la demande de formation

Chapitre 4

en CFGB (27%) est deux fois plus élevée qu'en CF (13%). Sur le plan de la sécurité et de l'ergonomie, on assiste au phénomène inverse; 11% en CF contre 5% en CFGB.

Comme dans le secteur hospitalier, les formations suivies dans le *secteur des maisons de repos* concernent majoritairement les soins, bien que les pourcentages ne soient pas aussi élevés. En CFGB, 48% des formations suivies concernent les soins tandis qu'en CF ce pourcentage s'élève à 34%. Les formations relatives à l'assistance représentent un quart du total. Par ailleurs, on constate un nombre important de formations consacrées à la sécurité et à l'ergonomie.

Les formations concernant l'assistance ont recueilli le plus grand nombre de participants dans le secteur *des soins à domicile*. On constate ici que les services de soins infirmiers à domicile et les soins à domicile francophones ont été les plus nombreux à suivre les formations consacrées aux soins. Cette répartition découle de la composition du personnel: les services de soins familiaux comprennent exclusivement des soignants.

Dans le *secteur des handicapés* également, un quart des formations suivies concernait l'assistance. Pour le reste, elles se répartissaient plus ou moins de manière égale dans les diverses catégories. Les formations consacrées à l'animation, à l'organisation de loisirs et aux aptitudes communicationnelles ont également accueilli un nombre important de participants.

Le chiffre de la formation moyenne par personne constitue un moyen frappant pour comparer les secteurs.

2. Le besoin de formation

En plus de l'offre de l'année écoulée, nous souhaitons également obtenir des informations concernant la demande de formation. Nous avons donc demandé aux personnes interrogées d'indiquer trois formations qu'ils souhaiteraient suivre à l'avenir. Le tableau 20 représente cette question.

Les besoins de formation

Tableau 25 – Les besoins de formation

	Formation	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile			Handicapés	
		CF	CFGB	CF	CFGB	CF A. fam	CF S. domic	CFGB	CF	CFGB
1	Secrétariat / administrat	1%	1%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
2	Informatique	8%	2%	11%	3%	0%	3%	0%	10%	0%
3	Langues	2%	3%	3%	3%	1%	0%	0%	1%	0%
4	Communication	6%	6%	12%	3%	5%	10%	0%	16%	4%
5	Assistance	11%	28%	31%	38%	45%	24%	29%	27%	38%
6	Sécurité du travail & ergonomie	3%	6%	11%	11%	7%	5%	0%	4%	0%
7	Formation - soins	62%	43%	27%	33%	42%	57%	61%	14%	24%
8	Ergologie - animation	1%	1%	1%	6%	0%	1%	0%	18%	18%
9	Autres	8%	8%	7%	1%	1%	1%	0%	9%	9%
	Total:	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	<i>Nbre formations souhaitées</i>	<i>118</i>	<i>201</i>	<i>170</i>	<i>160</i>	<i>148</i>	<i>114</i>		<i>141</i>	

Le *secteur hospitalier* est le plus demandeur de formations en matière de soins. Les formations concernant l'assistance font également l'objet d'une demande, en particulier en CFGB. Pour la CF, toutefois, il se pourrait que la catégorie « formations particulières » contienne des formations appartenant à l'une de ces deux catégories.

Dans le *secteur des maisons de repos*, la demande de formations consacrées à l'assistance est plus élevée que la demande de formations concernant les soins. Ces deux catégories recueillent conjointement deux tiers des demandes exprimées. A quoi il faut rajouter, pour la CF, un besoin de formations en informatique et en aptitudes communicationnelles et pour la CFGB, principalement des besoins de formations consacrées à l'animation et à l'organisation de loisirs gratifiants.

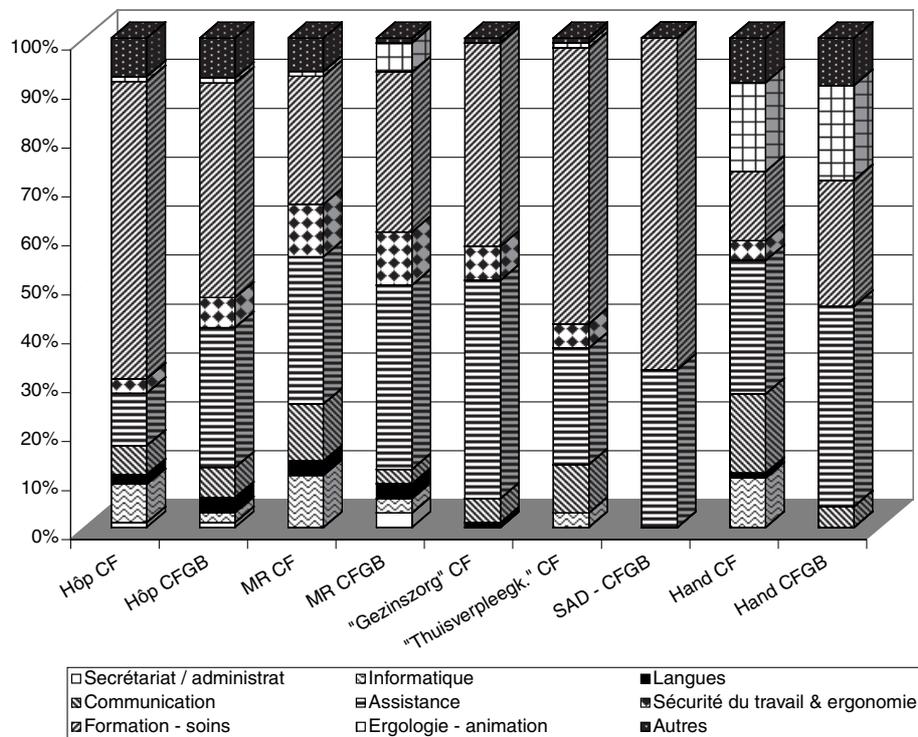
En CFGB, la formation à l'écoute du patient/résident/client recueille la moitié des besoins de formation dans la catégorie des soins. Ensuite, le palmarès se poursuit avec la formation relative aux problèmes terminaux et celle concernant les traitements spécifiques dans les soins à domicile. Le besoin de formation consacrée aux problèmes terminaux est également ressenti en CF et reflète une nouvelle réalité sur le terrain, à savoir l'augmentation du nombre de personnes malades qui préfèrent leur domicile à l'hôpital. Etant donné qu'il s'agit généralement de per-

Chapitre 4

sonnes âgées s'ajoute au problème de la maladie en phase terminale le besoin de prise en considération de la personne âgée. Une série d'institutions francophones ont réagi à cette évolution et formant, pour les soins à domicile, des groupes d'infirmiers et d'aides familiales capables d'offrir des soins et une assistance optimale aux personnes en fin de vie ainsi qu'à leurs proches. En plus de ces formations concernant les patients en fin de vie, la CF ressent également le besoin d'un recyclage des connaissances en matière de soins de base, diététique, travaux ménagers et petits soins d'hygiène. Les infirmiers ajoutent à cette liste les soins consécutifs aux interventions ou liés aux nouveaux traitements.

Le personnel du *secteur des handicapés* souhaite, en premier lieu, des formations consacrées à l'assistance. Les soins occupent la seconde place de leurs demandes de formation. Côté néerlandophone, on constate que les demandes de formations informatiques représentent 10% des besoins. Le besoin de formations informatiques est apparemment ressenti plus fortement en CF qu'en CFGB.

Graphique 3 – Besoins de formation



Analyse du temps

Une partie importante de l'étude est consacrée aux budgets « temps ». Le but de l'étude consistait, en effet, à étudier la répartition du temps de soins selon la nature des tâches et selon les catégories de personnel. Pour résumer brièvement, l'enregistrement du temps se déroule comme suit: toutes les personnes interrogées du service disposent d'une grille avec une liste de 30 groupes de tâches. La personne peut y noter par quart d'heure une série de tâches. Si la personne n'indique qu'une seule tâche, il s'agit automatiquement de la tâche principale. Si la personne exécute plusieurs tâches durant un même quart d'heure, elle doit obligatoirement encercler la plus importante. Automatiquement, les autres tâches notées pour ce quart d'heure seront considérées comme tâches secondaires ou annexes. Cette procédure nous a permis de détecter les tâches principales lors de l'analyse. Les consignes n'ont toutefois pas toujours été respectées: il était souvent trop difficile de distinguer l'importance relative des diverses tâches effectuées simultanément au cours d'un quart d'heure. D'où une différence entre le total des quarts d'heures travaillés et le total des tâches principales. Si le système des tâches principales avait été respecté rigoureusement, il y aurait évidemment eu correspondance entre ces deux chiffres.

Nous avons effectué deux types d'analyses sur les enregistrements de temps: la première concernait la fréquence avec laquelle une tâche donnée apparaissait comme tâche principale ou secondaire; la seconde concernait le type d'occupations que l'on peut en déduire. Les huit rapports partiels analysent la *fréquence* avec laquelle apparaissent les tâches principales et secondaires. Cette analyse ne se retrouve pas dans le présent rapport de synthèse, qui reprend uniquement l'analyse du *temps*, étant donné que le calcul du temps donne un chiffre récapitulatif de la fréquence à laquelle une tâche donnée apparaît comme tâche principale

Chapitre 5

ou secondaire. Nous utilisons un algorithme tenant compte du nombre de tâches secondaires dans un quart d'heure donné pour attribuer à la tâche principale le double du poids de celui des tâches secondaires¹.

1. L'analyse du temps

1. Analyse du temps par catégorie de tâches

Tableau 26 – Classement de chaque catégorie de tâches en fonction du temps qui y est consacré

	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile			Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF A. fam	CF S. domic	CFGB	CF	CFGB
Soins d'hygiène	1	1	1	1	6	1	1	1	1
Mobilisation	2	2	3	2	11	6	8	8	6
Transports	19	19	9	12	23	16	16	16	14
Aide à l'alimentation	18	16	5	6	9	20	20	5	2
Elimination	4	3	2	4	14	11	14	10	8
Paramètres, diagnostic	11	13	23	22	28	15	15	29	27
Actes techniques	14	12	18	17	29	3	6	23	21
Médicaments: préparer, répartir, vérifier	10	10	13	15	18	8	18	22	19
Médicaments: administrer et contrôler	7	7	12	10	16	4	7	19	15
Garde / surveillance	6	8	6	3	15	22	27	6	10
Préparer et servir les repas	9	9	4	7	3	21	10	7	4
Nettoyage	25	24	24	20	2	25	3	20	20
Tâches ménagères patient	16	14	10	8	1	19	4	9	7
Tâches ménagères unité	17	17	14	14	19	26	23	11	16

¹. Voir chapitre "Méthodologie"

Analyse du temps

Tableau 26 – Classement de chaque catégorie de tâches en fonction du temps qui y est consacré

Faire des courses pour le patient	28	27	27	26	5	23	9	23	26
Faire des courses pour l'unité	22	21	26	28	25	27	29	25	28
Aide administrative patient	26	22	28	27	22	24	22	27	25
Volet administratif	3	4	17	16	21	7	11	14	17
Administr relative unité	12	11	16	13	24	9	25	15	18
Animat & accomp. (individ)	27	26	25	24	17	28	24	13	13
Animat & accomp. (collectif)	23	28	20	18	26	29	28	3	5
Guidance psychologique	21	23	22	19	12	12	13	12	24
Communic patient & famille	8	6	7	5	4	5	5	2	11
Communic collègues	5	5	11	11	13	10	17	4	3
Com.ne concernant pas le pat.	20	20	19	21	20	17	19	17	12
Formation et recyclage	24	25	21	25	10	18	26	28	23
Coordination des activités	13	18	15	23	27	14	21	21	22
Temps personnel	15	15	8	9	7	13	12	18	9
Déplacements	29	29	29	29	8	2	2	26	29
<i>Total en minutes</i>	<i>126075</i>	<i>144209</i>	<i>124410</i>	<i>134332</i>	<i>69084</i>	<i>87900</i>	<i>111747</i>	<i>156669</i>	<i>118020</i>

NB: les calculs pour effectuer le classement ne tiennent pas compte des valeurs manquantes.

On constate en premier lieu que tous secteurs confondus la première place revient aux soins d'hygiène à l'exception de l'aide familiale. Le temps requis varie considérablement d'un secteur à l'autre et va d'un dixième du temps total (handicapés et hospitalier) à pas moins d'un tiers (soins à domicile francophones).

Chapitre 5

Tableau 27 – Temps consacré à chaque tâche: pourcentages

	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile			Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF A. fam	CF S. domic	CFGB	CF	CFGB
Soins d'hygiène	9%	10%	14%	12%	3%	32%	16%	10%	13%
Mobilisation	8%	8%	10%	9%	2%	4%	4%	5%	6%
Transports	3%	2%	4%	3%	0%	1%	1%	3%	3%
Aide à l'alimentation	3%	3%	6%	6%	3%	1%	1%	6%	9%
Elimination	7%	7%	12%	8%	2%	2%	1%	4%	5%
Paramètres, diagnostic	5%	4%	1%	1%	0%	1%	1%	0%	0%
Actes techniques	3%	4%	2%	2%	0%	11%	7%	1%	1%
Médicaments: préparer, répartir, vérifier	5%	4%	4%	2%	1%	2%	1%	1%	1%
Médicaments: administrer et contrôler	6%	5%	4%	3%	1%	8%	4%	2%	3%
Garde / surveillance	6%	5%	5%	9%	2%	0%	0%	6%	5%
Préparer et servir les repas	5%	5%	7%	6%	15%	0%	3%	5%	6%
Nettoyage	1%	1%	1%	1%	20%	0%	13%	2%	1%
Tâches ménagères patient	3%	3%	4%	5%	20%	1%	10%	4%	6%
Tâches ménagères unité	3%	2%	3%	3%	1%	0%	0%	4%	2%
Faire courses pour le patient	0%	0%	0%	0%	5%	0%	4%	1%	1%
Faire des courses pr l'unité	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Aide administrative patient	0%	1%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	1%
Volet administratif	7%	6%	2%	2%	1%	3%	3%	3%	2%
Administr relative unité	4%	4%	2%	3%	0%	2%	0%	3%	1%
Animat & accomp. (individ)	0%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	3%	4%
Animat & accomp. (collectif)	1%	0%	2%	2%	0%	0%	0%	8%	6%

Analyse du temps

Tableau 27 – Temps consacré à chaque tâche: pourcentages

Guidance psychologique	1%	1%	1%	2%	2%	2%	2%	4%	1%
Communic patient & famille	6%	5%	4%	7%	8%	5%	8%	8%	4%
Communic collègues	6%	6%	4%	3%	1%	2%	1%	7%	7%
Com.ne concernant pas pat.	1%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	3%	4%
Formation et recyclage	1%	1%	1%	1%	2%	1%	0%	0%	1%
Coordination des activités	4%	2%	2%	1%	0%	2%	1%	2%	1%
Temps personnel	3%	3%	4%	4%	3%	2%	3%	2%	5%
Déplacements	0%	0%	0%	0%	3%	16%	13%	1%	0%
Valeurs manquantes	0%	8%	0%	4%	1%	1%	2%	1%	3%
<i>Total</i>	<i>100%</i>								

Dans le *secteur hospitalier et le secteur des maisons de repos*, la mobilisation et le positionnement occupent la seconde place (dans les maisons de repos flamandes uniquement la troisième place), avec un peu moins de 10% du temps. En ce qui concerne ces tâches, on ne peut donc établir pratiquement aucune distinction entre les deux secteurs et les régions linguistiques.

Dans le secteur hospitalier, la troisième place est occupée par les tâches administratives concernant les patients et les tâches relatives aux soins d'élimination. A ce niveau également il n'y a pratiquement pas de distinction entre les régions linguistiques, car leurs résultats respectifs sont toujours très proches. Par ailleurs, la communication entre collègues au sujet du patient occupe une partie importante du temps (6% dans le secteur hospitalier).

On ne retrouve absolument pas dans les deux autres secteurs l'homogénéité de l'emploi du temps constatée dans le secteur des hôpitaux et celui des maisons de repos. On constate ainsi des différences notoires entre les services d'aide familiale et les services infirmiers à domicile en CF et les soins à domicile en CFGB. Ces derniers regroupent les soins infirmiers et l'aide familiale; les pourcentages les concernant sont évidemment situés entre les chiffres du « thuisverpleegkunde » (soins à domicile) et « gezinszorg » (aide familiale). Les services d'aide aux familles se caractérisent par un travail plu-

Chapitre 5

tôt uniforme, étant donné qu'ils consacrent 50% de leur temps à trois catégories de tâches seulement. 40% de ce temps est consacré aux tâches ménagères relatives au client ainsi qu'aux tâches de nettoyage. La préparation des repas suit avec 15%. Les déplacements n'occupent que la huitième position (avec 3%), contrairement aux deux autres services (13% et 16%). La place importante donnée aux travaux ménagers (20%) contredit quelque peu les orientations du nouveau décret flamand relatif aux services d'aide familiale, lequel accentue les soins personnels et cite l'aide ménagère seulement à la seconde place.

Enfin, dans le *secteur des handicapés*, si on peut remarquer une série de différences entre régions linguistiques, le classement ne diverge généralement que de très peu. Ce n'est que sur le plan de la communication avec le résident et sa famille qu'on constate une différence entre la CF (8%) et la CFGB (4%). Ceci pourrait s'expliquer par l'hypothèse d'une différence dans la définition des tâches principales et secondaires. Bien que le secteur des handicapés n'appartienne pas au secteur des soins proprement dits, 12% du temps y est consacré aux soins d'hygiène. La communication entre collègues au sujet des résidents prend 7% du temps, tant en CF qu'en CFGB. La CFGB consacre plus de temps à l'alimentation (9%) que la CF (6%). La part importante prise par l'aide à l'alimentation provient du faible degré d'autonomie des handicapés. L'animation et l'assistance de groupe occupent également une part importante du temps des soins: 8% en CF et 6% en CFGB. Étant donné le faible degré de mobilité de la majorité des résidents, beaucoup de temps est consacré au transport, la mobilisation et le positionnement. Dans l'optique d'une vision élargie de la mission des soins aux handicapés, à savoir stimuler leur développement à travers un projet pédagogique, on ne peut s'étonner de la part importante prise par ces tâches (animation et assistance individuelle et de groupe, soins psychosociaux, communication avec le résident).

Le lien entre tâches administratives et infirmières ressort clairement du tableau: dans les secteurs employant un grand nombre d'infirmiers (hôpitaux et services de soins à domicile), les tâches administratives se classent nettement plus haut que dans les autres secteurs.

Le faible résultat de la communication entre collègues dans le secteur des maisons de repos mérite d'être souligné. La faiblesse de ce résultat dans les soins à domicile s'explique par la rareté des contacts entre collègues. De même, les tâches consacrées à l'animation et à l'assistance obtiennent de faibles résultats dans le secteur des maisons

Analyse du temps

de repos où on se serait plutôt attendu à une offre d'animation importante.

Les soins psychosociaux occupent une part relativement faible du temps global, ce qui est très marqué dans les hôpitaux et maisons de repos. Nous avons déjà abordé ce thème au chapitre trois, à propos de la question concernant les tâches auxquelles on souhaite consacrer plus de temps.

2. Analyse des temps par catégorie de tâches et comparaison des fonctions

L'étude distingue 29 groupes de tâches, ce qui ne favorise pas la clarté, mais ce qui nous permet de faire une analyse nuancée de la division du travail. Pour permettre une meilleure analyse du contenu des tâches nous les avons regroupées en catégories. Nous avons effectué deux types de regroupements des tâches dont vous trouverez la composition en page 87 et 88. Nous avons nommé ces typologies « regroupement selon l'orientation des tâches » et « regroupement selon la nature des tâches ».

Chapitre 5

Tableau 28 – Répartition du temps de soins selon deux typologies de tâches

SELON L'ORIENTATION DES TACHES	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile			Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	A. fam	S. domic	CFGB	CF	CFGB
Soins directs au rés.	50%	54%	57%	56%	28%	67%	51%	47%	50%
Soins indirects au rés.	34%	32%	27%	31%	61%	9%	31%	37%	35%
Tâches pour l'unité	13%	12%	11%	8%	8%	22%	16%	13%	10%
Temps personnel	3%	3%	4%	4%	3%	2%	3%	2%	5%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Temps total en heures:</i>	<i>2101u</i>	<i>2403 u</i>	<i>2074 u</i>	<i>2239 u</i>	<i>1151u</i>	<i>1465 u</i>	<i>1862 u</i>	<i>2611 u</i>	<i>1967 u</i>
SELON LA NATURE DES TACHES									
Tâches soignantes	33%	35%	47%	46%	16%	39%	26%	31%	39%
Tâches infirmières	18%	18%	9%	9%	3%	22%	14%	5%	6%
Tâches logistiques	15%	15%	19%	19%	57%	3%	27%	19%	19%
Tâches administratives	11%	10%	4%	5%	1%	5%	3%	6%	4%
T. de communication	8%	7%	5%	4%	3%	4%	2%	9%	10%
T. d'accompagnement	8%	8%	8%	11%	12%	7%	11%	23%	15%
Autres	7%	6%	8%	4%	9%	20%	17%	5%	7%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Temps total en heures:</i>	<i>2101 u</i>	<i>2403 u</i>	<i>2074 u</i>	<i>2239 u</i>	<i>1151u</i>	<i>1465 u</i>	<i>1862 u</i>	<i>2611 u</i>	<i>1967 u</i>

le personnel = l'ensemble des fonctions

D'après la typologie selon l'orientation des tâches, les secteurs ne présentent pas de différence considérable sur le plan de la répartition du temps de soins selon les diverses catégories de tâches. A l'exception des services d'aide familiale, au moins 50% des soins concernent directement le patient et plus de 30% le concernent indirectement. Le temps personnel reste partout inférieur à 5%.

La seconde typologie, selon la nature des tâches, présente une plus grande variation en fonction des secteurs. Il fait ressortir clairement que c'est en maison de repos que les tâches soignantes sont prépondérantes. Les tâches infirmières ressortent plus nettement dans les hôpitaux ainsi que dans les services de soins à domicile. Les tâches logistiques

Analyse du temps

sont plus fréquentes dans les soins à domicile et les tâches administratives dans les hôpitaux. Le secteur des handicapés est celui qui consacre le plus de temps aux tâches de communication et d'assistance. Enfin, le secteur des soins à domicile consacre beaucoup de temps aux déplacements entre clients (cette tâche est classée dans la catégorie « autres »).

Etant donné l'importance de l'emploi différentiel du temps selon les fonctions, nous aborderons ci-dessous les enregistrements de temps par fonction. Nous commençons par parcourir l'emploi du temps des infirmiers, soignants et infirmiers(ère)s en chef, pour terminer par un bref récapitulatif traitant des différences sectorielles et géographiques.

Le tableau 29 donne un aperçu de la répartition du temps de soins entre les diverses fonctions.

Tableau 29 – Répartition du temps de soins entre les diverses fonctions

FONCTION	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile			Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF A. fam	CF S. domic	CFGB	CF	CFGB
Infirmiers (ère) en chef	10%	8%	7%	7%	-	-	2%	-	12%
PAI	74%	59%	33%	27%	-	100% ^a	49%	-	6%
Educateur(trice)	-	-	1%	-	-	-	-	-	79%
Soignant	12%	28%	51%	56%	100%	-	49%	-	3%
Personnel logistique	4%	3%	-	2%	-	-	-	-	-
Assistants aux AVJ	0,5%	1%	1%	7%	-	-	-	-	-
Animateur	-	-	7%	2%	-	-	-	-	-
Autres	-	1%	-	0%	-	-	-	-	-
<i>Total</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

a. = y compris les éducateurs (trices) chefs

INFIRMIERS

Le tableau 30 représente l'emploi du temps des infirmiers. Etant donné l'absence d'infirmiers dans les services d'aide familiale en CF, ce secteur

Chapitre 5

n'y figure pas. De même, le secteur des handicapés n'est pas représenté étant donné qu'il emploie un nombre trop restreint d'infirmiers. La dernière ligne des tableaux reprend le total des heures prestées servant de base au calcul des pourcentages. Les pourcentages dans le tableau 29 ainsi que les chiffres absolus (tab. 30) aident à situer les résultats dans un cadre élargi: ils donnent une image de la grandeur qu'occupe une fonction dans l'ensemble des enregistrements. On remarque ainsi au premier coup d'œil que les infirmiers sont le plus représentés dans les hôpitaux et le moins dans le secteur des handicapés. Des pourcentages calculés à partir de 1500 heures de travail garantissent évidemment une image plus proche de la réalité que ceux calculés à partir d'un volume de 120 heures.

Tableau 30 – Répartition du temps de soins des *infirmiers*
selon deux typologies des tâches

SELON L'ORIENTATION DES TACHES	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF S. domic ^a	CFGB
Soins directs au rés.	52%	57%	64%	60%	67%	69%
Soins indirects au rés.	34%	31%	25%	26%	9%	8%
Tâches pour l'unité	10%	8%	7%	10%	22%	22%
Temps personnel	3%	3%	4%	4%	2%	1%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Temps en heures:</i>	<i>1564 u</i>	<i>1546 u</i>	<i>693 u</i>	<i>629 u</i>	<i>1465 u</i>	<i>887 u</i>
SELON LA NATURE DES TACHES						
Tâches soignantes	36%	36%	52%	44%	39%	34%
Tâches infirmières	20%	25%	13%	19%	22%	25%
Tâches logistiques	13%	9%	17%	11%	3%	2%
Tâches administratives	10%	10%	4%	8%	5%	6%
T. de communication	7%	7%	4%	5%	4%	1%
T. d'accompagnement	8%	9%	5%	8%	7%	10%
Autres	7%	5%	6%	5%	20%	22%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Temps en heures:</i>	<i>1564 u</i>	<i>1546 u</i>	<i>693 u</i>	<i>629 u</i>	<i>1465 u</i>	<i>887 u</i>

a. services de soins à domicile = chiffres des infirmiers et des infirmiers(ère)s chefs

Analyse du temps

Une analyse des tâches par groupe selon l'orientation met en lumière la place prépondérante occupée par les soins directs prodigués aux patients, qui représentent en moyenne deux tiers du temps. Bien que les pourcentages ne divergent pas trop, la classification suivante ressort toutefois en ce qui concerne l'ordre d'importance des soins directs prodigués aux résidents ou patients. Le secteur des soins à domicile occupe la première place (68%), suivi par les handicapés (62%) et les hôpitaux (55%), qui consacrent un peu moins de temps aux soins directs. Les deux derniers secteurs affichent par ailleurs des résultats similaires (environ 30%) sur le plan des soins indirects.

Sur le plan de la nature des soins, dans les maisons de repos les tâches soignantes (48%) prennent plus de temps que les soins infirmiers (16%), tandis que l'aide à domicile présente une image plus équilibrée (37% par rapport à 24%). On constate toutefois que le secteur des maisons de repos consacre le moins de temps aux tâches infirmières (16% contre 23% dans les autres secteurs). Ce secteur est celui qui consacre le plus de temps aux tâches logistiques (14%), catégorie quasiment absente dans le secteur des soins à domicile (3%). Les tâches administratives représentent surtout une part importante de l'emploi du temps dans les hôpitaux (10%), tandis que le secteur des handicapés est celui qui consacre le plus de temps aux tâches communicationnelles (13%) ainsi qu'aux tâches d'assistance (12%). Etant donné que dans les soins à domicile, les déplacements sont classés dans la catégorie « autres », cette catégorie y recueille un pourcentage élevé: 21%.

Comparé aux données de la littérature, la part des soins directs qui se situe aux alentours de 50% dans les hôpitaux (ainsi que dans les autres secteurs) est assez élevée. On peut probablement imputer ces résultats élevés à la manière dont nous avons composé cette catégorie de tâches. On trouve plus couramment dans la littérature un chiffre de 40% comme part du temps affecté aux soins directs².

Il n'y a pratiquement pas de différences entre régions linguistiques. Voici les principales: dans le secteur hospitalier, le personnel infirmiers de CF consacre plus de temps (13%) aux tâches logistiques que le personnel infirmier de CFGB (9%). Ce qui constitue une constatation remarquable, vu la composition des effectifs (6% d'assistants logisti-

² Albrant G, Berthel M (1990) "Evaluation des temps de soins directs en long séjour", *Revue de gériatrie* tome 15, n° 10: 486

Chapitre 5

ques en CF et 4% en CFGB). Toutefois, il faut garder à l'esprit que les soignants représentent 27% du personnel des équipes de soins en CFGB contre 12% en CF. Dans le secteur des maisons de repos également, les infirmiers consacrent plus de temps aux tâches logistiques en CF (17%) qu'en CFGB (11%). Le contraire vaut pour les tâches infirmières dans les hôpitaux et maisons de repos, car la CFGB y consacre plus de temps que la CF.

SOIGNANTS / EDUCATEURS

Le tableau 31 représente l'emploi du temps des soignants (éducatrices du secteur des handicapés). Comme pour les infirmiers, les soins directs constituent la principale catégorie pour tous les secteurs à l'exception des soins à domicile, où les soins indirects constituent la catégorie qui prend le plus de temps.

Tableau 31 – Répartition du temps de soins des *soignants / éducateurs* (secteur des handicapés) selon deux typologies

SELON L'ORIENTATION DES TACHES	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile		Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF SAD	CFGB	CF	CFGB
Soins directs au rés.	58%	56%	61%	57%	28%	32%	46%	51%
Soins indirects au rés.	31%	32%	27%	32%	61%	54%	38%	36%
Tâches pour l'unité	8%	10%	8%	7%	8%	8%	13%	9%
Temps personnel	3%	4%	4%	4%	3%	5%	2%	5%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Temps total en heures:</i>	<i>245 u</i>	<i>721 u</i>	<i>1060 u</i>	<i>1293u</i>	<i>1151 u</i>	<i>893 u</i>		<i>1509 u</i>
SELON LA NATURE DES TACHES								
Tâches soignantes	37%	46%	54%	54%	16%	18%	29%	40%
Tâches infirmières	17%	6%	8%	4%	3%	2%	5%	5%
Tâches logistiques	21%	24%	20%	21%	57%	53%	19%	21%
Tâches administratives	5%	6%	3%	4%	1%	1%	5%	3%
T. de communication	5%	6%	4%	4%	3%	1%	10%	8%
T. d'accompagnement	10%	5%	5%	10%	12%	13%	25%	16%
Autres	5%	6%	6%	5%	9%	11%	5%	7%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Analyse du temps

Tableau 31 – Répartition du temps de soins des *soignants / éducateurs*
(secteur des handicapés) selon deux typologies

<i>Temps total en heures:</i>	245 u	721 u	1060 u	1293u	1151 u	893 u		1509 u
-------------------------------	-------	-------	--------	-------	--------	-------	--	--------

Les éducateurs ou soignants consacrent le plus de temps aux soins directs (59%) dans le secteur des maisons de repos, suivi par les hôpitaux (57%) et le secteur des handicapés (49%). Dans les soins à domicile, 30% du temps seulement est consacré directement aux patients, ce qui est compensé par la part des soins indirects qui s'élève à 58%. Dans les soins à domicile, les chiffres laisseraient apparaître qu'il est possible pour les soignants d'assumer plus de tâches soignantes encore. Ceci reste pourtant théorique car le soignant à domicile est seul pour assumer toutes les tâches et ne peut se reposer sur la collaboration d'une équipe, à l'instar de l'hôpital ou de la maison de repos.

Les autres catégories de tâches de la typologie I ne présentent pas de variations notables.

Du point de vue de la nature des catégories de tâches, les soignants des maisons de repos consacrent plus de la moitié du temps aux tâches de soins. Cette part est plus réduite dans les autres secteurs, où elle va de 42% (hôpitaux) à 17% (soins à domicile). En plus des 42% de temps consacré aux tâches de soins, les soignants des *hôpitaux* consacrent un peu moins d'un quart du temps aux tâches logistiques et un peu plus de 10% aux tâches infirmières. On constate une différence considérable entre Communautés sur ce plan (voir plus loin). Les *maisons de repos* consacrent 21% de leur temps aux tâches logistiques et 8% aux tâches d'assistance. On peut constater à ce niveau également des différences notables entre Communautés. Les *soins à domicile* se caractérisent par des résultats élevés pour les tâches logistiques: plus de la moitié du temps (55%) leur est consacré. En d'autres termes, on y passe beaucoup de temps au nettoyage et au travail ménager. Viennent ensuite les tâches de soins (17%) et les tâches d'assistance (12%). Les éducateurs du *secteur des handicapés* consacrent un tiers de leur temps aux tâches soignantes. Par ailleurs, ce secteur présente une répartition assez unique de l'emploi du temps: il consacre pratiquement le double du temps des autres secteurs tant aux tâches d'assistance (20%) qu'aux tâches communicationnelles (10%).

Comparé à celui des infirmiers, l'emploi du temps des soignants présente plus de différences communautaires. Les hôpitaux flamands et francophones présentent une différence supérieure à dix pour-cent en ce qui concerne les tâches de soins et les tâches infirmières. En CF, les soignants sont relativement moins nombreux qu'en CFGB mais ils con-

Chapitre 5

sacrent une plus grande partie de leur temps aux tâches infirmières et moins aux tâches soignantes. Les soignants des hôpitaux néerlandophones consacrent également deux fois plus de temps aux tâches d'accompagnement. La situation inverse se présente dans les maisons de repos où les soignants francophones consacrent plus de temps aux tâches d'accompagnement que leurs collègues néerlandophones. Les soins à domicile présentent peu de différences communautaires. L'emploi du temps des éducateurs du secteur des handicapés présente les différences suivantes: la CFGB consacre aux tâches soignantes 10% de temps en plus que la CF et 10% de moins aux tâches d'accompagnement.

Tant chez les infirmiers que chez les soignants du secteur hospitalier, les tâches logistiques absorbent une partie considérable du temps (11% et 23% respectivement). Il serait peut-être possible de transmettre ces tâches à des personnes bénéficiant d'un niveau de formation moins élevé.

INFIRMIERS EN CHEF / EDUCATEURS EN CHEF

Tableau 32 – Repartition du temps de soins des *infirmiers(ère)s en chef / éducateurs en chef (secteur des handicapés)* selon deux typologies

SELON L'ORIENTATION DES TACHES	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile	Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CFGB	CF	CFGB
Soins directs au rés.	29%	31%	38%	43%	47%	44%	44%
Soins indirects au rés.	34%	38%	29%	27%	14%	38%	28%
Tâches pour l'unité	33%	27%	27%	25%	38%	17%	24%
Temps personnel	3%	4%	6%	5%	1%	2%	4%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Temps total en heures:</i>	209 u	199 u	143 u	157 u	43 u		231 u
SELON LA NATURE DES TACHES							
Tâches soignantes	11%	14%	19%	21%	21%	22%	29%
Tâches infirmières	9%	16%	8%	12%	20%	4%	5%
Tâches logistiques	4%	7%	15%	6%	1%	19%	11%
Tâches administratives	30%	23%	11%	17%	10%	9%	8%
T. de communication	21%	22%	18%	13%	13%	11%	25%
T. d'accompagnement	11%	9%	10%	16%	6%	30%	14%

Analyse du temps

Tableau 32 – Repartition du temps de soins des *infirmiers(ère)s en chef / éducateurs en chef (secteur des handicapés)* selon deux typologies

Autres	15%	10%	18%	14%	30%	6%	9%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Temps total en heures:</i>	<i>209 u</i>	<i>199 u</i>	<i>143 u</i>	<i>157 u</i>	<i>43 u</i>		<i>231 u</i>

Infirmiers(ère)s en chef et éducateurs (trices) en chef ont un emploi du temps assez spécifique. Ils consacrent évidemment plus de temps aux tâches liées à l'unité, à l'administration et à la communication et moins de temps aux soins directs ou indirects. Cette observation vaut principalement dans le secteur hospitalier où l'on observe 13% de tâches soignantes et s'applique le moins au secteur des handicapés (26%). Par contre, dans les hôpitaux émergent principalement l'administration (jusqu'à 30%) et la communication (plus de 1/5). L'emploi du temps des maisons de repos est très hétérogène, chaque catégorie de tâches y recueillant plus de 10% du temps. Les tâches de soins récoltent le résultat le plus élevé, suivies des tâches communicationnelles et de la catégorie « autres ». Dans les soins à domicile, près d'un tiers du temps est consacré aux tâches de la catégorie « autres » qui inclut les déplacements, un cinquième aux tâches de soins et un cinquième aux tâches infirmières. Le secteur des handicapés présente des différences marquées entre la CF et la CFGB. En CF, les éducateurs en chef consacrent 30% de leur temps aux tâches d'accompagnement alors qu'en CFGB ce chiffre ne s'élève qu'à 13%. Si la CFGB consacre 25% du temps aux tâches communicationnelles, la CF se contente de 11%. Par contre, la CF consacre plus de temps aux tâches logistiques (19% par rapport à 11%).

3. Tableaux récapitulatifs: comparaisons sectorielles et géographiques

Le tableau ci-dessous présente un résumé comparatif des secteurs. Il compare les deux principales catégories de personnel sans tenir compte de l'emploi du temps des infirmiers(ère)s en chef. Le tableau 33 compare les secteurs, le tableau 34, les Communautés. Dans le tableau 33, un pourcentage représente la moyenne des deux Communautés pour un secteur. Un pourcentage du tableau 34 représente la moyenne des quatre secteurs au sein d'une Communauté.

Chapitre 5

Analyse du temps

Tableau 33 – Répartition du temps de soins des infirmiers et des soignants, comparaison *sectorielle*

SELON L'ORIENTATION DES TACHES	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile		Handicapés	
	Infirm.	Soignant	Infirm.	Soignant	Infirm.	Soignant	Infirm.	Soignant
Soins directs au rés.	55%	57%	62%	59%	68%	30%	62%	49%
Soins indirects au rés.	33%	32%	26%	30%	9%	58%	30%	37%
Tâches pour l'unité	9%	9%	9%	8%	22%	8%	3%	11%
Temps personnel	3%	4%	4%	4%	2%	4%	4%	4%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SELON LA NATURE DES TACHES								
Tâches soignantes	36%	42%	48%	54%	37%	17%	33%	35%
Tâches infirmières	23%	12%	16%	6%	24%	3%	24%	5%
Tâches logistiques	11%	23%	14%	21%	3%	55%	8%	20%
Tâches administratives	10%	6%	6%	4%	5%	1%	6%	4%
T. de communication	7%	6%	5%	4%	3%	2%	13%	9%
T. d'accompagnement	9%	8%	7%	8%	9%	13%	12%	21%
Autres	6%	6%	6%	6%	21%	10%	5%	6%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

→ ces pourcentages constituent la moyenne des pourcentages des trois tableaux précédents, tableaux 30, 31 et 32. (voir le nombre d'heures servant de base de calcul, qui ne sont pas très différents- Tenir compte toutefois de la proportion différente de soignants en CFGB et en CF).

Chapitre 5

Tableau 34 – Répartition du temps de soins des infirmiers et des soignants, comparaison *communautaire*

SELON L'ORIENTATION DES TACHES	Infirmières		Soignantes	
	CF	CFGB	CF	CFGB
Soins directs au rés.	61%	62%	48%	49%
Soins indirects au rés.	23%	24%	39%	39%
Tâches pour l'unité	13%	11%	9%	9%
Temps personnel	3%	3%	3%	5%
	100%	100%	100%	100%
SELON LA NATURE DES TACHES				
Tâches soignantes	42%	37%	34%	40%
Tâches infirmières	18%	23%	8%	4%
Tâches logistiques	11%	8%	29%	30%
Tâches administratives	6%	8%	4%	4%
T. de communication	5%	7%	6%	5%
T. d'accompagnement	7%	10%	13%	11%
Autres	11%	9%	6%	7%
	100%	100%	100%	100%

Il ressort principalement de la seconde typologie qu'il n'y a pas de différences notoires entre Communautés. Les infirmiers consacrent plus de temps aux tâches de soins et moins aux tâches infirmières que leurs collègues francophones. Pour les soignants, l'image est inversée. Les soignants en CF consacrent plus de temps aux tâches infirmières que leurs collègues francophones. Apparemment, la division du travail entre ces deux catégories de personnel est respectée de manière plus conséquente en CFGB, tandis qu'en CF les soignants ont repris une partie des tâches des infirmiers. Il faut, par ailleurs, souligner une différence supplémentaire: la part relativement importante qu'occupent les tâches logistiques dans l'ensemble des tâches des infirmiers néerlandophones.. Sans que l'on puisse indiquer avec précision la tâche qui fait la différence. Peut-être ont-ils plus de travaux ménagers dans leurs unités, ou doivent-ils faire des achats pour le service ? Ces deux tâches font également partie de la catégorie des tâches liées à l'unité où les résultats de la CF sont également élevés.

2. Temps par patient / résident / client

Le calcul du temps par patient constitue un point délicat de l'analyse. Par conséquent, il faut évidemment soumettre toutes les méthodes de calcul à une analyse critique. Le calcul du temps consacré à un patient doit examiner les variables suivantes: quelle est l'unité de temps employée, s'agit-il d'un seul service, quel était le nombre de patients présents, quelle est la rotation des patients, quel est l'effectif du service, combien de personnes y travaillent sans faire partie de l'unité de soins, quel est le temps moyen des soins prodigués par jour, etc. Nous appliquons la définition suivante au calcul du temps de soins:

Le temps par patient dans un service ou un groupe de services pendant une unité de temps est donné par le temps total consacré aux soins divisé par le nombre de patients.

Les enregistrements de nuit, de week-end (jour) et de semaine (jour) sont tous traités séparément. Les méthodes suivantes ont été appliquées pour répartir les données: les enregistrements de nuit et de jour ont été séparés. Les enregistrements de jour vont généralement de 6 h à 22 h (première et seconde équipe). Les enregistrements de nuit vont généralement de 21 h ou 22 h à 6 h ou 7 h du matin. Les enregistrements de nuit sont traités séparément car ils ont trait à des effectifs et des conditions de travail très particulières, à savoir, le responsable de la nuit est souvent seul pour l'unité. Nous n'avons pas fait une différence entre la semaine et le weekend étant donné que « la nuit » se déroule de manière quasiment identique dans les deux unités temporelles. Nous n'avons pas toujours pu tenir compte de la spécificité des services, étant donné la quantité insuffisante d'enregistrements de nuit. Les enregistrements de jour sont répartis entre les enregistrements de semaine et ceux du W-E (étant donné qu'il y a moins de personnel durant le W-E). La semaine va du lundi au vendredi compris, le weekend comprend le samedi et le dimanche.

Chapitre 5

Tableau 35 –Temps par résident / patient: comparaison

	Hôpitaux		Mais de repos		Soins à domicile			Handicapés	
	CF	CFGB	CF	CFGB	CF Aide fam	CF s. domi- cile	CFGB	CF	CFGB
Semaine	2h27'	2h14'	1h16'	1h20'	4h15'	24,5'	23,3'	4h03'	3h26'
WE	1h45'	1h35'	1h03'	0h58'	-	-	23,3'	-	2h26'
Nuit	-	0h24'	-	0h14'	-	-	-	-	1h13'

L'étude permet de comparer le volume des soins prodigués quotidiennement dans les quatre secteurs aux malades, handicapés et personnes âgées.

La notion de « temps par patient » constitue une abstraction qu'il convient d'interpréter avec toute la prudence nécessaire. Le temps par patient donne une approximation de la durée des soins prodigués par l'effectif complet d'un service, il constitue donc une indication de *l'intensité du travail*, en fonction du moment de l'enregistrement du temps. Le temps moyen des soins pendant la nuit et le week-end est significativement inférieur au temps moyen des soins de jour et en semaine, étant donné que l'effectif de nuit et du week-end est beaucoup plus réduit. En résumé, le temps par patient donne une indication générale de l'intensité de la prestation de soins, que l'on peut ensuite comparer par secteur ou par période d'enregistrement.

La situation des soins à domicile est particulière puisque, contrairement aux autres secteurs, l'équipe de soins n'est pas quotidiennement en contact avec le patient. Une autre relation s'installe et donc probablement, une autre distribution du temps.

On décèle peu de différences entre communautés sur le plan de la durée des soins prodigués par patient. Ce résultat était attendu, étant donné que les effectifs des hôpitaux, maisons de repos, services de soins à domicile et résidences pour handicapés des deux régions ne présentent pas de différences significatives. Les différences se situeraient plutôt du côté des effectifs par secteur. C'est ainsi qu'on constate un chiffre assez bas pour les enregistrements faits en semaine dans les *maison de repos*: 1 heure 18 minutes. Les *hôpitaux* présentent pour la semaine un résultat de 2 heures 21 minutes par patient. La durée des soins par patient ne baisse toutefois pas considérablement pendant le week-end (dans le secteur des maisons de repos), tandis que dans les hôpitaux, la durée des soins subit une baisse brutale. Dans les *soins à domicile*, le

Analyse du temps

temps par patient a été calculé en divisant les heures prestées par le nombre de patients visités. Dans le secteur des *handicapés*, le résident bénéficie quotidiennement de quatre heures de soins. Il convient de traiter avec prudence les chiffres provenant des enregistrements de nuit, étant donné que certaines unités n'en forment qu'une pendant le service de nuit. Le nombre de résidents durant le week-end diffère considérablement de celui de la semaine étant donné qu'une partie d'entre eux rentre à la maison.

Il y a de grandes différences entre les institutions.

Chapitre 5

Conclusion

L'exercice de l'art infirmier se professionnalise de plus en plus. On en voudra pour preuve l'intérêt porté par les divers groupes professionnels des unités de soins aux formations liées aux actes techniques infirmiers et à l'actualisation des connaissances s'y rapportant. Pour atteindre ce niveau professionnel, les infirmiers doivent non seulement acquérir des compétences techniques mais aussi maîtriser la complexité de l'organisation où ils travaillent, en particulier, l'hôpital. Ces compétences supplémentaires comportent une dimension gestionnaire (comment maîtriser l'organisation) mais aussi une dimension de communication (comment accroître le bien-être des patients ? Comment se comporter avec eux ?) Il ne faut jamais perdre de vue le fait que le métier d'infirmiers est un métier de service visant pour une grande part à la satisfaction – et au confort – du patient. La nature du 'service' dans ce métier constitue ainsi un point charnière important autour duquel peut s'articuler l'approfondissement de la professionnalisation. Les infirmiers consacrent plus de la moitié de leur temps aux **soins directs aux patients** et une part considérable aux soins indirects. De ce fait, la relation qu'ils développent avec le patient devient la source principale de leur satisfaction professionnelle. Inversement, les travaux administratifs constituent la source principale de leur insatisfaction. Ils ne peuvent répondre aux attentes administratives qui pèsent sur eux, car le poids de ces attentes menace tant les soins directs qu'indirects. Les infirmiers ressentent comme un sérieux handicap la contrainte qui leur est faite de remplir leurs obligations administratives. Ils préféreraient s'en débarrasser complètement.

Dans certaines circonstances, il est difficile de distinguer les actes infirmiers des autres types d'actes. Le patient a souvent intérêt à ce que les deux types lui soient prodigués de manière intégrée. L'étude indique que la part relative du personnel soignant est la plus faible dans les

Conclusion

hôpitaux – malgré des différences communautaires –, tandis que les **maisons de repos et les soins à domicile** emploient beaucoup plus de personnel soignant. L'étude indique également que si dans les hôpitaux il existe un noyau dur de tâches infirmières spécifiques ainsi qu'un noyau dur de tâches soignantes, dans la pratique quotidienne, un groupe ne refuse jamais les tâches de l'autre, à quelques exceptions près (actes strictement infirmiers). Par contre, dans les secteurs des maisons de repos et des soins à domicile, les actes infirmiers font l'objet d'une différenciation fonctionnelle nettement plus marquée que dans le secteur hospitalier. Dans les secteurs des maisons de repos et celui des soins à domicile, les noyaux durs des deux types de tâches sont plus éloignés l'un de l'autre, c'est-à-dire que les infirmiers ont leur spécialisation (principalement en matière technique et de soins d'hygiène) et les soignants la leur (surtout en matière logistique, c'est-à-dire destinée au soutien du personnel infirmiers). La différence entre tâches infirmières et tâches soignantes est une question de degré. Il est clair que la manière dont les soins sont donnés, soit intra-muros pour les hôpitaux, maisons de repos ou soins pour handicapés, soit extra-muros pour les soins à domicile, intervient également dans la possibilité de substitution entre infirmiers et soignants. Tenir compte de ces données sectorielles lors de la planification d'initiatives de formation constitue par conséquent une nécessité absolue.

L'emploi des **hommes et des femmes** présente des différences significatives selon les secteurs. Dans les soins à domicile, les emplois sont quasi-exclusivement occupés par des femmes (98%). Il en va de même dans le secteur des maisons de repos (95%) et, dans une moindre mesure, dans le secteur hospitalier (91%) et le secteur des handicapés (79%). Le secteur des hôpitaux et celui des handicapés présentent également le taux le plus faible **d'emploi à temps partiel** (resp. 35% et 40%). L'emploi à temps partiel est plus répandu dans les soins à domicile et les maisons de repos (resp. 50% et 49%). Ces résultats sont d'ailleurs confirmés par des statistiques plus globales. Dans le cadre d'une politique de l'emploi, il ne suffira donc pas de développer des scénarios qui lient le travail à temps partiel au sexe des travailleurs. Le contexte du secteur constitue un facteur tout aussi important si pas plus important, car il détermine la mesure dans laquelle le secteur attire des hommes ou des femmes, des travailleurs à temps plein ou à temps partiel. Une fois de plus, le matériel empirique fait ressortir le fait que le « locus », où se déroulent les actes infirmiers et / ou les actes d'une autre nature, mar-

Conclusion

que de son sceau la manière dont s'accomplit la division du travail et dont s'installent les relations de travail.

L'étude fait également apparaître l'existence dans le secteur des soins, d'un processus de formation de nouveaux métiers. Il s'agit principalement des métiers d'assistant en logistique et « d'auxiliaire de vie »¹. Les assistants en logistique présentent le profil professionnel d'assistant de l'équipe soignante; leur qualification est faible et ils apportent confort et assistance aux patients. Ils ne participent pas aux tâches infirmières. Le profil professionnel des auxiliaires de vie est plus orienté vers les soins: ils prestent principalement des activités auxiliaires au service des patients. Le secteur des handicapés, celui des soins à domicile, le secteur des maisons de repos et celui des hôpitaux présentent des besoins élevés de tâches infirmières et soignantes. Il est important de permettre aux assistants en logistique et aux « auxiliaires de vie » de développer une identité professionnelle propre, pour garantir leur affectation là où les besoins des patients/clients/résidents justifient leurs prestations. La chose n'est toutefois pas facile. De plus, dans certains cas il n'est pas souhaitable de différencier entièrement leur profil professionnel de celui des prestataires de soins. En ce qui concerne plus particulièrement la professionnalisation du métier « d'auxiliaire de vie », il faut non seulement répondre à la demande pratique des personnes handicapées qui éprouvent des difficultés sur le plan des actes de la vie journalière et des actes instrumentaux de la vie journalière, il faut également effectuer une mise au point théorique du cadre de travail de ces deux types d'actes au sein des quatre secteurs, dont on sait qu'ils font appel à une panoplie d'instruments différents pour caractériser le niveau de besoin de leurs patients. Le développement de cette dimension théorique constitue une nécessité si l'on veut que le métier d'auxiliaire de vie ait des chances d'approfondissement professionnel dans le contexte de la division complexe du travail dans le domaine des soins de santé et de bien-être.

Le secteur des handicapés, où le personnel social, éducatif et soignant est majoritaire, présente nettement les caractéristiques d'une **réalité à part entière**. Les handicapés résident au sein d'une communauté de vie et les prestataires de soins doivent principalement jouer un rôle d'accompagnateur. Dans ce secteur, le personnel socio-éducatif est celui

¹ L'«ADL Assistant»: fonction absente en CFGB et présente dans le secteur des handicapés en CF.

Conclusion

qui consacre principalement du temps aux tâches d'accompagnement et de communication tandis que les soignants, également relativement bien représentés, effectuent les tâches logistiques. Cette constatation permet donc de saisir une nette séparation entre tâches d'accompagnement et tâches soignantes. Il est fort probable que le secteur des handicapés subisse de profondes transformations au cours des prochaines années dans le sens d'une mise en place de dispositifs extra-muros, comme c'est déjà le cas dans les autres secteurs. Repenser une série de tâches d'accompagnement et de tâches soignantes dans le cadre d'un environnement avec cette nouvelle configuration constitue probablement un nouveau défi de taille.

Il y a deux types de besoins de formation: ceux qui sont orientés vers les actions de soins infirmiers et ceux qui touchent à l'accompagnement au sens large du terme (avec un intérêt particulier pour la communication sous tous ses aspects.) Une liste détaillée des besoins de formation a été composée et est jointe au présent rapport dans l'Annexe 5. L'offre de formation qui sera proposée au cours des prochaines années doit prendre au sérieux cette séparation entre technique 'dure' et processus inter-relationnels « doux ». Il est recommandé que les programmes concrets de formation abordent conjointement les deux facettes d'une même réalité.

Au total, 97 services ont participé à l'étude, impliquant 1227 collaborateurs qui ont personnellement répondu à l'enquête. On peut répartir ces services selon la Région ou la Communauté dans laquelle ils fonctionnent. C'est ainsi que l'étude indique que dans le secteur hospitalier, les infirmiers en Communauté flamande consacrent plus de temps aux tâches soignantes et moins de temps aux tâches infirmières que leurs homologues francophones. Apparemment, la division du travail entre les deux catégories de personnel est plus stricte en CFGB où cependant les soignants sont plus nombreux. Ainsi, le rapport entre le nombre d'infirmiers et le nombre de soignants est une donnée contextuelle extrêmement significative. Si les soignants constituent un groupe marginal, ils peuvent difficilement affirmer leur identité professionnelle et servent exclusivement d'auxiliaires aux infirmiers dont ils reprennent régulièrement certaines tâches aux moments de pointe. Si, par contre, la part relative des soignants au sein du département est plus élevée, celui-ci fait plus appel à leur capacité spécifique d'aide logistique et il devient possible de définir leurs tâches avec une plus grande précision, c'est-à-dire de manière moins diffuse. Si le rapport de synthèse met en

Conclusion

lumière d'autres différences, celles-ci ne sont pas significatives sur le plan des Régions ou Communautés – mais elles le sont d'autant plus sur le plan de la division globale du travail dans le secteur des soins et sur le plan des processus de formation de métiers qui s'y déroulent globalement.

D'un point de vue méthodologique, il faut remarquer que l'étude a surtout contribué à la validation d'une série de typologies importantes. Il s'agit de la typologie des tâches, des besoins de formation et des fonctions, qui sont abordés à titre comparatif par rapport aux quatre secteurs étudiés. Sur le plan de la typologie des tâches, en particulier, l'étude fait largement appel à deux modes de codification des 29 catégories de tâches génériques prévues (voir Annexe 4). Le premier mode (Typologie I) répartit les catégories de tâches en quatre classes et est surtout pertinent du point de vue gestionnaire. Le second mode de codification (Typologie II) répartit les catégories de tâches en sept classes et est surtout pertinent du point de vue du contenu de la prestation de soins. Pour accroître encore plus la pertinence d'une étude orientée vers le travail dans le secteur des soins, il est capital d'affiner ces typologies de manière à obtenir une compréhension à plus long terme de la complexité impressionnante du secteur des soins dans son ensemble.

De plus, il faut remarquer que la technique d'analyse des temps utilisée a fait ressortir la difficulté de distinguer **tâches principales des tâches secondaires**. Il n'est pas évident d'effectuer systématiquement cette distinction dans les secteurs de soins. Souvent, les deux types de tâches sont inextricablement liées et perdent ainsi leur nature principale ou secondaire. Cela n'empêche pas que la question des priorités revient souvent: les actions de nature infirmière ont clairement la priorité sur l'accompagnement psycho-social et l'aspect de communication. Toutefois, le fait qu'il ne soit pas évident de faire une distinction à ce niveau entre tâches principales et secondaires souligne l'enchevêtrement de ces deux types dans l'exercice quotidien de la profession. Pour approfondir les **profils de fonctions** à l'avenir, il faudra tenir compte de cette interaction dynamique entre tâches principales et secondaires lors de la composition des **portefeuilles de tâches**²

Un grand nombre de personnes interrogées estiment qu'une revalorisation systématique des qualifications de l'ensemble des travailleurs,

² Hull C, Redfern L, (1996) *Profiles and Portfolios. A Guide for Nurses and Midwives*. London, Macmillan

Conclusion

quel que soit le secteur, est problématique car elle comporte le risque de refouler des personnes moins qualifiées au profit des plus qualifiées. Etant donné la division du travail très complexe qui s'est instaurée dans le secteur des soins (la présente étude s'est penchée exclusivement sur les métiers d'exécution en s'intéressant peu ou pas aux médecins !), il n'est pas du tout évident de décider quel est l'ensemble **de qualifications** optimal pour un certain type de patient ou une situation de soin particulière. Ce qui est capital est de confronter constamment et systématiquement la constitution de l'effectif aux besoins des personnes malades, âgées ou handicapées concernées, pour qui une segmentation poussée des soins ne constitue pas nécessairement la meilleure solution. Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra améliorer de manière durable la qualité des soins dans les divers secteurs.

Annexes

1. Questionnaire

1.1. Questionnaire destiné au personnel

QUESTIONNAIRE
LE TEMPS DES SOINS
Questionnaire destiné au personnel

Module 1 – Coordonnées et situation professionnelle

QUESTION 1. Sexe:

- homme
- femme

QUESTION 2. Année de naissance:

.....

QUESTION 3. Quel est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu (titre exact du diplôme, du certificat, de l'attestation de réussite)?

.....
.....

QUESTION 4. En quoi consiste votre travail? Décrivez-le brièvement

.....
.....

Annexes

QUESTION 5. Quelle est votre fonction principale? (une seule réponse). Nous vous demandons la fonction que vous exercez au sein de votre service / unité et pour laquelle vous enregistrerez vos tâches.

- infirmiers (infirmière) en chef / infirmiers (infirmière) en chef adjointe
- éducateur (éducatrice) en chef / chef de groupe
- infirmiers / infirmière
- éducateur (éducatrice)
- personnel soignant dans le cadre des soins à domicile ou aide familiale et aide aux personnes âgées
- personnel soignant (à l'exclusion des soins à domicile)
- assistant(e) en logistique (Maribel social)
- assistant(e) aux activités de la vie journalière
- animateur - animatrice.

QUESTION 6. Combien d'années d'expérience avez-vous dans cette fonction?

..... année(s) mois

QUESTION 7. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette institution / organisation?

..... année(s) mois

QUESTION 8. Quel est votre statut (dans ce service / cette unité)?

- salarié
- indépendant

QUESTION 9. Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel?

- à temps plei ⇨ *prenez la question 10*
- à temps partiel

Si vous travaillez à temps partiel, pourcentage d'un équivalent temps plein:

..... %

Annexes

QUESTION 10. Quels sont, selon vous, les principaux changements qui vous permettraient d'améliorer vos conditions de travail?

- Révision des normes d'encadrement
- Horaires de travail
- Organisation du travail
- Répartition des tâches
- Relations, communication entre les différents services / instances
- Relations de travail, communication entre collègues du service / de l'unité
- Relations, communication avec d'autres membres du personnel attachés au service / à l'unité (médecins, personnel paramédical, bénévoles, administration)
- Relations avec les patients / clients
- Lieu, espace de travail
- Qualité du matériel de travail
- Formation
- Autres

Module 2 – Tâches pouvant être attribuées à d'autres collaborateurs

QUESTION 11. Parmi les tâches qui vous sont confiées, y en a-t-il qui sont habituellement réalisées par des professionnels plus qualifiés?

- non
 - oui, lesquelles?
-

QUESTION 12. Parmi les tâches qui vous sont confiées, y en a-t-il qui pourraient être aussi bien réalisées par des professionnels moins qualifiés?

- non
 - oui, lesquelles?
-

Annexes

QUESTION 13. Y a-t-il certaines tâches qui relèvent de votre fonction mais que vous ne pouvez accomplir par manque de temps?

- non
- oui, lesquelles?

.....

QUESTION 14. A quelles tâches consacrez-vous plus de temps que vous ne le souhaiteriez?

.....

Module 3 – Besoins en formation

QUESTION 15. Avez-vous suivi une (des) formation(s) complémentaire(s) l'année dernière?

- non
- oui, la(les)quelle(s)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

QUESTION 16. Quelle(s) formation(s) souhaiteriez-vous suivre cette année? (maximum trois par ordre de préférence)

- 1
- 2
- 3

Annexes

Module 4 – Analyse du budget « temps »

Vous êtes invité(e) à enregistrer vos tâches sur les pages suivantes. L'heure du début d'enregistrement est l'heure à laquelle vous commencez à travailler à la date en question. N'enregistrez les tâches effectuées que pendant vos heures de travail et ne tenez pas compte des temps d'interruption en cas d'horaire coupé. (ne pas confondre avec le temps personnel)

Veillez indiquer les tâches que vous avez exécutées quart d'heure par quart d'heure en cochant les cases correspondantes et ENTOURER LA TÂCHE PRINCIPALE (la tâche qui vous a pris le plus de temps pendant ce quart d'heure). Dans ce tableau, nous n'avons repris que les catégories principales; la description de ces tâches se trouve en annexe du présent questionnaire.

Exemple:

1 = 0 min – 14 min

2 = 15 min – 29 min

3 = 30 min – 44 min

4 = 45 min – 59 min

Si vous avez commencé à travailler à 12h30 et que votre première activité se consistait des soins d'hygiène pendant un quart d'heure et qu'ensuite, pendant le quart d'heure suivant, vous avez donné à manger à un patient pendant la majorité du quart d'heure et pris la température d'un patient, vous devez remplir la grille de la manière suivante:

TACHES EFFECTUEES:	.. h				.. h				12h				13h			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Soins d'hygiène											☒					
2. Mobilisation																
3. Transports et déplacements																
4. Aide à l'alimentation												☒				
5. Elimination																
6. Paramètres, diagnostic et prise d'échantillons												*				
7. Actes techniques																

Indiquez chaque tâche effectuée par 1/4 heure, par une croix dans la case correspondante en vous référant à la liste proposée à gauche de la feuille.

Plusieurs croix par 1/4 heure sont admises. Entourez ensuite la tâche (une seule) qui vous a pris le plus de temps au cours du 1/4 heure. Faites ce choix pour chaque 1/4 heure. N'oubliez pas de remplir la date du jour de l'enregistrement ainsi que vos heures de travail (pas les temps d'interruption en cas d'horaire coupé).

Vous hésitez au sujet de la catégorie à cocher? Reportez-vous à la liste détaillée en annexe. Vous hésitez encore? Inscrivez ce qui se rapproche le plus de votre activité.

Annexes

Tâches		Temps											
Date: 1999		... heure			... heure			... heure					
Jour:													
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Soins d'hygiène												
2	Mobilisation												
3	Transports												
4	Aide à l'alimentation												
5	Elimination												
6	Paramètres, diagnostic et prise d'échantillons												
7	Actes techniques												
8	Préparer, répartir et vérifier les médicaments												
9	Administtrer et contrôler la prise des médicaments												
10	Garde / surveillance												
11	Préparer et servir les repas												
12	Nettoyage												
13	Tâches ménagères pour le patient/C/R (chambre ou domicile)												
14	Tâches ménagères pour le service / unité												
15	Faire des courses pour le patient / client/ résident												
16	Faire des courses pour le service / unité												
17	Aide administrative au patient / client / résident												
18	Volet administratif des soins au patient / client / résident												
19	Administration relative au service / unité												
20	Animation et accompagnement (individuel)												
21	Animation et accompagnement (collectif)												
22	Soins psycho-sociaux et guidance psychologique												
23	Communication avec le patient/C/R ou sa famille												
24	Communication avec les collègues au sujet d'un patient/C/R												
25	Communication ne concernant pas directement patient/C/R.												
26	Formation et recyclage												
27	Coordination des activités												
28	Temps personnel												
29	Déplacements d'un patient à un autre (soins à domicile)												

Annexes

QUESTION 17. Votre avis nous intéresse: n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques:

.....

.....

Nous vous remercions pour votre collaboration.

**

1.2. Questionnaire réservé aux cadres responsables d'unité

⇨ Prière de remplir ces données pour chaque jour d'enregistrement du temps

	jour 1: date:/...../.....		jour 2: date:/...../.....		jour 3: date:/...../.....	
	Nombre de personnes	ETP	Nombre de personnes	ETP	Nombre de personnes	ETP
Question 1: Complétez cette liste en mentionnant le nombre de personnes par fonction occupées dans l'unité ce jour (24 heures)						
<i>Infirmiers(ère) chef [adjoint(e)]</i>						
<i>Educateur(trice) chef - Chef de groupe</i>						
<i>Infirmiers(ère)</i>						
<i>Educateur(trice)</i>						
<i>Aide familiale, aide senior, personnel soignant (SAD)</i>						
<i>Personnel soignant (à l'exclusion des soins à domicile)</i>						
<i>Assistant logistique (Maribel social)</i>						
<i>Personnel logistique</i>						
<i>Assistant(e) activités de la vie quotidienne</i>						
<i>Animateur(trice)</i>						
<i>Personnel administratif</i>						
<i>Ouvriers</i>						
<i>Stagiaires</i>						
<i>Bénévoles</i>						
<i>Autres:</i>						
Question 2: Combien de clients/patients/résidents dénombrez-vous dans votre service ou ont été visités ce jour par votre service?	
Question 3: Estimez-vous ce nombre normal, plus ou moins élevé que d'ordinaire?	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> moins élevé <input type="checkbox"/> plus élevé		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> moins élevé <input type="checkbox"/> plus élevé		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> moins élevé <input type="checkbox"/> plus élevé	

Annexes

1.3. Questionnaire pour les interviews en profondeur des chefs de service

Données relatives à l'institution

- nombre de membres du personnel (ETP / têtes)
- occupation des lits ou nombre de patients au cours du dernier mois

Données relatives au département / au service / à l'unité

- fluctuation des effectifs
- occupation des lits ou nombre de patients au cours du dernier mois

Organisation du travail

- fonctions
- répartition des tâches entre les diverses fonctions
 - formalisation
 - variables qui influencent la répartition des tâches, par ex., type d'équipe, jour, ...
 - place des infirmières en chef dans les soins directs aux patients
 - mode de transport des patients
 - mode d'administration (informatisé, manuel, ...)
 - mode d'animation
- type de soins (nursing intégré, nursing fonctionnel, ...) (idem pour le type de soins / d'accompagnement dans le secteur des handicapés)
- mode d'attribution des patients
- besoins en soins des patients
- tâches prises en charge par le personnel étranger au département (attaché ou non à l'institution)
- présence de bénévoles (organisés) et leurs tâches

Enregistrement du temps

- variables qui influencent l'emploi du temps
- mesure dans laquelle les besoins en soins influencent l'emploi du temps, facteurs pertinents, conséquences selon l'organisation du travail et la répartition des tâches

Personnel soignant

- manière dont le personnel soignant exécute ses tâches (accompagner les infirmières / les éducateurs d'un patient à l'autre, indépendant, ...)
- tâches pouvant être attribuées au personnel soignant.
- conditions de dévolution des tâches
- conséquences sur la répartition du travail
- besoins en formation
- conditions et circonstances d'attribution des activités de tous les jours au personnel soignant

Personnel faiblement qualifié

- manière dont le personnel faiblement qualifié exécute ses tâches (accompagner les infirmières / les éducateurs d'un patient à l'autre, indépendant, ...)
- tâches pouvant être attribuées au personnel faiblement qualifié
- conditions de dévolution des tâches
- conséquences sur la répartition du travail
- besoins en formation

Clarification des constatations via l'enregistrement du temps

Annexes

2. Liste des taches

1. Soins d'hygiène

- 1.1 Toilette complète au lit
- 1.2 Aide à la toilette (lavabo, bain)
- 1.3 Aide pour s'(e) (dés)habiller
- 1.4 Petits soins d'hygiène (soins de bouche, soins des mains et des pieds, soins des cheveux, rasage, etc)
- 1.5 Toilette mortuaire
- 1.6 Autres

2. Mobilisation

- 2.1 Positionnement du patient / client / résident
- 2.2 (Aide lors de la) mise au lit ou (du) lever du patient / client / résident
- 2.3 Aide à la marche (à l'intérieur) / stimulation au mouvement
- 2.5 Autres

3. Transports

- 3.1 Transport et accompagnement des patients depuis et vers le bloc opératoire
- 3.2 Transport et aide lors de déplacements du patient / client / résident à l'intérieur de l'institution./ domicile
- 3.3 Transport et aide lors de déplacements à l'extérieur (consultations)
- 3.4 Autres

4. Aide à l'alimentation

- 4.1 Donner à manger et à boire par la bouche (aide partielle ou totale) à l'exception de l'alimentation par sonde cfr. 7
- 4.2 Autres

5. Elimination

- 5.1 Placement du bassin hygiénique, de la chaise percée
- 5.2 Conduite aux toilettes, soins de propreté
- 5.3 Soins d'incontinence (y compris rééducation)
- 5.4 Vomissements
- 5.5 Nettoyage anus artificiel / stimulation vésicale
- 5.7 Autres

6. Paramètres, diagnostic et prise d'échantillons

- 6.1 Rythme cardiaque, tension artérielle, température
- 6.2 Respiration et signes vitaux
- 6.3 Prélèvements
- 6.4 Tests d'urine, de sang et de crachat
- 6.5 Autres

7. Actes techniques

- 7.1 Alimentation par sonde
- 7.1 Soins de plaie
- 7.1 Soins au système respiratoire
- 7.1 Sondages, rinçages

Annexes

- 7.1 Soins pré/post-opératoires
- 7.1 Monitoring
- 7.2 Pansements
- 7.2 Aide urgente aux patients
- 7.2 Réanimation

- 8. Préparer, répartir et vérifier les médicaments**
- 8.1 Préparer, vérifier et répartir les médicaments
- 8.2 Autres

- 9. Administrer et contrôler la prise des médicaments
- 9.1 Administrer les médicaments (comprimés et solutés oraux)
- 9.1 Injections
- 9.1 Perfusions
- 9.1 Application pommades
- 9.1 Utilisation aérosol
- 9.1 Respirateur
- 9.2 Contrôler, vérifier, surveiller la prise des médicaments
- 9.3 autres

- 10. Garde / surveillance**
- 10.1 Service de nuit, garde éveillée, garde dormante
- 10.2 Autres

- 11. Préparer et servir les repas**
- 11.1 Dresser les tables, remplir les assiettes, les tasses et les verres, servir
- 11.1 Préparer la nourriture (y compris préparations spéciales en flacons)
- 11.2 Autres

- 12. Nettoyage**
- 12.1 Nettoyage
- 12.1 Sols
- 12.1 Vitres
- 12.1 Poussières
- 12.99 Autres

- 13. Tâches ménagères pour le patient / client / résident (chambre ou domicile)**
- 13.1 Vaisselle
- 13.1 Lessive
- 13.1 Repassage
- 13.1 Rangement
- 13.1 Arrosage plantes
- 13.1 Faire le lit
- 13.2 Autres

- 14. Tâches ménagères pour le service / l'unité**
- 14.1 Nettoyage et entretien des instruments et des appareils de soins et de traitement (y compris stérilisation du matériel)
- 14.2 Chariot de buanderie (dont transport du linge sale) et chariot de cuisine

Annexes

- 14.3 Compléter le chariot des soins et petit entretien du matériel
- 14.4 Autres

- 15. Faire des courses pour le patient / client / résident**
- 15.1 Courses pour le client / patient / résident et accompagnement
- 15.2 Autres

- 16. Faire des courses pour le service / l'unité**
- 16.1 Courses liées au service / unité dans l'institution (aller chercher les médicaments, apporter les dossiers, les prises de sang, aller chercher les résultats, etc.,)
- 16.2 Courses liées au service / unité en dehors de l'institution
- 16.3 Autres

- 17. Aide administrative au patient / client / résident**
- 17.1 Tâches administratives, gestion du budget du patient / client / résident et aide
- 17.2 Autres

- 18. Volet administratif des soins au patient / client / résident**
- 18.1 Fiche de soins, dossier de soins
- 18.1 Formulaire de transfert, de sortie
- 18.1 Documents divers
- 18.1 Cartes de menu
- 18.1 Échelles d'évaluation (RIM, Katz, Bel, Barthel, etc.), ...
- 18.2 Autre

- 19. Administration relative au service / unité**
- 19.1 Trier les formulaires
- 19.1 Distribuer le courrier
- 19.1 Assurer la permanence téléphonique, etc.
- 19.2 Autre

- 20. Animation et accompagnement (individuel)**
- 20.1 Accompagnement individuel
- 20.2 Accompagnement lors d'activités sportives et professionnelles individuelles
- 20.3 Autre

- 21. Animation et accompagnement (collectif)**
- 21.1 Accompagnement, récréation et détente en groupe
- 21.2 Accompagnement lors d'activités sportives et professionnelles collectives
- 21.3 Autre

- 22. Soins psycho-sociaux et guidance psychologique**
- 22.1 Stimuler l'auto prise en charge
- 22.2 Entretien de guidance avec le patient/ client/résident
- 22.3 Education du patient/client/résident, éducation à la santé
- 22.4 Autre

- 23. Communication avec le patient / client / résident ou sa famille**
- 23.1 Admission et départ d'un patient/ client: résident (et entretiens)

Annexes

- 23.2 Fournir des informations aux patients / clients / résidents ou à la famille
- 23.3 Autre

- 24. Communication avec les collègues au sujet d'un patient / client / résident**
 - 24.1 Réunion de l'équipe
 - 24.2 Tour de salle du médecin,
 - 24.3 Concertation avec la famille et des prestataires de soins internes et externes
 - 24.4 Discussion des cas
 - 24.5 Autre

- 25. Communication ne concernant pas directement les patients/ clients / résidents**
 - 25.1 Schémas de travail, horaires
 - 25.1 Rédaction et utilisation de procédures, protocoles, plans de nursing standards
 - 25.1 Évaluations
 - 25.2 Orientation et encadrement des stagiaires.
 - 25.3 Autre

- 26. Formation et Recyclage**
 - 26.1 Formation et recyclage
 - 26.2 Autre

- 27. Coordination des activités**
 - 27.1 Coordination des activités de soins du service/ de l'unité
 - 27.2 Coordination des examens, consultations
 - 27.3 Attribution des patients/ clients / résidents aux membres des équipes de soins
 - 27.4 Contrôle des membres du personnel de l'équipe
 - 27.4 Rapports et briefing
 - 27.5 Autre

- 28. Temps personnel**
 - Pauses, café, repas, temps contraints, etc

- 29. Déplacements depuis le domicile d'un patient au domicile d'un autre patient (soins à domicile)**
 - + déplacement d'un site à l'autre de l'institution

- 30. Valeur manquante**

- 31. Autres**

3. Regroupement des tâches par catégorie

Typologie I: Selon l'orientation des tâches

Soins directs =

- Soins d'hygiène
- Mobilisation
- Transports
- Aide à l'alimentation
- Elimination
- Paramètres, diagnostic et prise d'échantillons
- Actes techniques
- Administrer et contrôler la prise des médicaments
- Faire des courses pour le patient / client / résident
- Aide administrative au patient / client / résident
- Animation et accompagnement (individuel)
- Soins psycho-sociaux et guidance psychologique
- Communication avec le patient / client / résident ou sa famille

Soins indirects =

- Préparer, répartir et vérifier les médicaments
- Garde / surveillance
- Préparer et servir les repas
- Nettoyage
- Tâches ménagères pour le patient / client / résident (chambre ou domicile)
- Volet administratif des soins au patient / client / résident
- Animation et accompagnement (collectif)
- Communication avec les collègues au sujet d'un patient / client / résident

Travail pour l'unité =

- Tâches ménagères pour le service / l'unité
- Faire des courses pour le service / l'unité
- Administration relative au service / unité
- Communication ne concernant pas directement les patients/ clients / résidents
- Formation et Recyclage
- Coordination des activités
- Déplacements depuis le domicile d'un patient au domicile d'un autre patient (soins à domicile)

Temps personnel =

- Temps personnel

Valeur manquante =

- valeur manquante

Annexes

Typologie II: selon la nature des tâches

Tâches soignantes =

- Soins d'hygiène
- Mobilisation
- Aide à l'alimentation
- Elimination
- Garde / surveillance
- Faire des courses pour le patient / client / résident

Tâches infirmières =

- Paramètres, diagnostic et prise d'échantillons
- Actes techniques
- Préparer, répartir et vérifier les médicaments
- Administer et contrôler la prise de médicaments

Tâches logistiques =

- Transports
- Préparer et servir les repas
- Nettoyage
- Tâches ménagères pour le patient / client / résident (chambre ou domicile)
- Tâches ménagères pour le service / l'unité
- Faire des courses pour le service / l'unité

Tâches administratives =

- Volet administratif des soins au patient / client / résident
- Administration relative au service / unité

Tâches de communication=

- Communication avec les collègues au sujet d'un patient / client / résident
- Communication ne concernant pas directement les patients/ clients / résidents

Tâches d'accompagnement=

- Aide administrative au patient / client / résident
- Animation et accompagnement (individuel)
- Animation et accompagnement (collectif)
- Soins psycho-sociaux et guidance psychologique
- Communication avec le patient / client / résident ou sa famille

Autre tâches =

- Formation et Recyclage
- Coordination des activités
- Temps personnel
- Déplacements depuis le domicile d'un patient au domicile d'un autre patient (soins à domicile)

Valeur manquante =

- Valeur manquante

Annexes

4. Besoins de formation

1 Secrétariat / administration

- 1.1 Dactylographie
- 1.2 Classement
- 1.3 Rédaction
- 1.4 Accueil
- 1.5 Répondre au téléphone
- 1.6 Gestion de l'agenda
- 1.7 Gestion du temps, organisation du travail
- 1.8 Notions de secrétariat
- 1.9 Notions générales de gestion
- 1.10 Gestion des établissements et formation des responsables
- 1.11 Gestion et guidance budget patient/client/résident
- 1.12 Autre, à savoir

2 Informatique

- 2.1 Traitement de texte
- 2.2 Feuille de calcul (excel, ...)
- 2.3 Programme comptable (y compris tarification des soins)
- 2.4 Base de données
- 2.5 Gestion de stocks
- 2.6 Notions d'informatique de base (générales)
- 2.7 Autre, à savoir

3 Langues

- 3.1 Néerlandais
- 3.2 Français
- 3.3 Anglais
- 3.4 Allemand
- 3.5 Langage des signes et pictogrammes
- 3.6 Autres

4 Communication

- 4.1 Communication verbale et non-verbale
- 4.2 Rédaction de rapports (écrits, oraux) et compréhension et utilisation du vocabulaire spécifique
- 4.3 Conduite de réunions, coordination autour d'un patient
- 4.4 Techniques de négociations / entretien
- 4.5 Gestion et animation d'équipe, encadrement
- 4.7 Circulation de l'information (présentation des services,...)
- 4.9 Communication avec des handicapés mentaux
- 4.10 Communication avec des autres prestataires (médecins, ...)
- 4.11 Communication avec le patient/résident/client et sa famille
- 4.12 Autres

5 Assistance - Accompagnement du patient / client / résident

- 5.1 Questions de sens (y compris crise d'adolescence)

Annexes

- 5.2 Sentiments dépressifs (suicide, solitude, isolement, alcoolisme, analyse systématique)
 - 5.3 Problèmes de comportement (inclus problèmes caractériels, psychologiques, et psychiatriques)
 - 5.4 Problèmes terminaux (soins palliatifs, fin de vie, deuil), patients cancer
 - 5.5 Démences (désorientation, Alzheimer, autisme, maladies mentales)
 - 5.6 Désintoxication (dépendance à l'alcool, aux drogues, etc)
 - 5.8 Aide à la douleur
 - 5.9 Maltraitance, violence enfantine, parentale, physique et morale, automutilation et lutte contre l'agressivité en général
 - 5.10 Techniques d'accompagnement
 - 5.11 Assistance des personnes handicapées mentales (vie sexuelle et affective des personnes handicapées, etc)
 - 5.12 Accompagnement/encadrement des élèves et stagiaires
 - 5.13 Autres
- 6. Sécurité du travailleur (sur le lieu de travail) et ergonomie**
- 6.1 Sécurité au travail (prévention et lutte contre incendies)
 - 6.2 Techniques de levage (manutention), Formateur en manutention, Allègement de la charge physique de travail
 - 6.4 Gestion du stress (pression, tension au travail)
 - 6.5 Médecine préventive
 - 6.7 Autres
- 7. Formation sur le plan des soins**
- 7.1 Confort, bien-être et mobilisation du patient / client / résident
 - 7.2 Ecoute du patient / client / résident
 - 7.3 Observation du patient / client / résident (paramètres, surveillance, diagnostic, anamnèse, connaissance de la personne âgée (14 besoins)
 - 7.4 Soins de base (tous actes techniques y compris connaissance du matériel)
 - 7.5 Premiers secours, soins d'urgence (siamu, sisu)
 - 7.6 Hygiène
 - 7.7 Actualisation des dossiers des patients / clients / résidents et rédaction des documents de soins
 - 7.8 Gestion des stocks (matériel, médicaments, etc)
 - 7.9 Anatomie
 - 7.10 Gériatrie
 - 7.11 Psychologie et psychanalyse
 - 7.12 Diététique et nutrition
 - 7.13 Connaissance des médicaments
 - 7.14 Législation sociale, éléments de droits infirmiers, législation hospitalière, dispositions statutaires des différentes fonctions
 - 7.15 Ethique et déontologie, euthanasie
 - 7.16 Connaissance des MALADIES (information et traitement des maladies chroniques et aiguës)
 - 7.17 Maladies de la vieillesse
 - 7.18 Soins des cheveux, soins esthétiques, petits soins d'hygiène, pédicure
 - 7.19 Entretien ménager
 - 7.20 Lutte contre le harcèlement sexuel

Annexes

- 7.21 Secret professionnel et discrétion
- 7.22 Connaissance des handicaps (physiques, mentaux)
- 7.23 Traitements spécifiques à domicile
- 7.24 Recyclage des connaissances
- 7.25 Garde malade
- 7.26 Connaissance des TRAITEMENTS (alternatives, des nouvelles techniques d'opération, ...)
- 7.28 Autre, à savoir ...

8. Ergologie – Animation

- 8.1 Loisirs
- 8.2 Créativité
- 8.3 Thérapies (musico, aroma, relaxation, “snoezelen”, Contacts animal <-> homme)
- 8.4 Stimulation
- 8.6 Ergothérapie
- 8.7 (Ré)validation
- 8.8 Adaptation technique du lieu de vie
- 8.9 Psychomotricité
- 8.10 Pédagogie adaptée
- 8.11 Autres

9 Autre, à savoir ...

- 9.1 Accès au titre de qualification:
- 9.2 Connaissance générale du secteur
- 9.3 Valeur manquante

5. Liste des qualifications

10 Praticiens de l'art infirmier

- 10.01 Licencié en sciences hospitalières (médico-sociales, santé publique)
- 10.02 Infirmier gradué (A1); 100298 qualif.; 100299 spécialisation
- 10.03 Infirmier breveté (A2); 100398 hospitalier; 100399 psychiatrique
- 10.04 Assistant en soins hospitaliers
- 10.05 Assimilé au personnel infirmiers (54bis)

20 Personnel soignant

- 20.01 Aide familiale
- 20.02 Aide ménagère
- 20.03 Aide polyvalente en collectivité
- 20.04 Aide sanitaire
- 20.05 Aspirant en nursing
- 20.06 Assistant en gériatrie
- 20.07 Auxiliaire familiale et sanitaire
- 20.08 Auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivité ou aide polyvalente en collectivité
- 20.10 Garde à domicile
- 20.11 Moniteur de collectivité d'enfants
- 20.12 Puéricultrice
- 20.13 Recyclage et assimilés
- 20.14 Autres

30 Personnel paramédical

- 30.01 Audiologue
- 30.02 Diététicien
- 30.03 Ergothérapeute
- 30.04 Logopède (y compris spécialisations)
 - 30.04.97 Logo non précisé
 - 30.04.98 Logopède gradué
 - 30.04.99 Logopède licencié
 - 30.04.05 Autres

40 Kinésithérapie

- 40.02 Kinésistérapeute
 - 40.02.97 Kiné non précisé
 - 40.02.98 Kiné gradué
 - 40.02.99 Kiné licencié

50 Personnel socio-éducatif

- 50.01 Licencié en sciences psychopédagogiques
- 50.02 Licencié en sociologie
- 50.03 Licencié en journalisme et audio-visuel
- 50.04 Animateur
- 50.05 Animateur en gérontologie
- 50.06 Assistant en psychologie
- 50.07 Assistant social

Annexes

- 50.08 Educateur
 - 50.08.97 Classe 1
 - 50.08.98 Classe 2 a
 - 50.08.99 Classe 3
- 50.09 Gradué en arts graphiques
- 50.10 Instituteur primaire
- 50.11 Technique sciences sociales / socio-éducative
- 50.12 Formation professionnelle sciences sociales
- 50.13 Autre, à préciser

60 Administration

- 60.01 Gradué en comptabilité
- 60.02 Gradué en secrétariat
- 60.03 Technique de secrétariat - administration
- 60.04 Technique commerciale
- 60.05 Autres

70 Personnel d'hôtellerie et de services

- 70.01 Assistant logistique
 - 70.01.90 Module de formation 80 périodes
 - 70.01.91 Module de formation 500 périodes
- 70.02 Hôtesse
- 70.03 Couturière
- 70.04 Coiffeuse
- 70.05 Autres

80 Qualification non précisée

- 80.01 Qualification non précisée

90 Sans qualification

- 90.01 Sans qualification

99 Valeur manquante

Bibliographie

- Albrand G, Berthel M. Evaluation des temps de soins directs en long séjour. *Revue de gériatrie* décembre 1990; tome 15, N° 10: 483-488
- Association des hôpitaux du Québec. *Quantification et analyse de variance de l'intensité des soins infirmiers par DRG dans un hôpital québécois*. DESIGN (Développement de système d'information, de gestion en nursing) Volet I. septembre 1994: 97
- Bode A., Lanoye H., Denayer S., (1998) *Verpleging-verpleeghulp-verzorging. Een analyse. Een standpunt*. Familiehulp vzw, Brussel
- Bostrom J. Early Determinants of Required Nursing Care Hours in the Acute Care Setting. *Inquiry* 1992; 29:99-104
- Centrum sociologie VUB, *Tijdsbestedingsonderzoek*, VUB, Brussel, België
- Comar L, Champetier D, Journois D. La méthode CSP. Un recueil a posteriori de la charge en soins infirmiers. *Les cahiers de gestions hospitalières N°100* avril 1992; 315: 307-315
- Demarest S, e.a. (1993)), *Les conditions de travail, l'organisation du travail et le contenu de l'art infirmiers et soignant dan les unités de soins des etablissement hospstialiers et de cliniques.*, RUCA/ULB/KUL/UCL, Brussel, België
- Demarest S. (1996), *Meer is beter ? Inschakelmogelijkheden voor logistieke hulpen in residentiële verpleegeenheden in Risicogroepen in witte jassen ?*, WAV, Leuven, België
- De Prins et.al (1995), *Het personeel in de bejaardenzorg. Arbeidsorganisatie, werkbelasting, loon- en arbeidsvoorwaarden*, HIVA en UA, Leuven, België
- Deschamps M., Pacolet J., Gos E. (1999) *Vraag en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, Deel 3: vraag en aanbod van werk in de zorgsector*, p. 261, HIVA, Leuven, België
- Equipe de recherche opérationnelle en santé (EROS) sous la direction de Tilquin C. (1981), *L'évaluation des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire*. Montréal, décembre
- Equipe de recherche opérationnelle en santé (EROS) sous la direction de Tilquin C. (1990), *L'alourdissement des clientèles placées dans les programmes offrant des services de longue durée. Rapport 1*. Montréal
- Exchaquet N, Zublin L. (1980), *Effectifs et organisation pour des soins infirmiers adéquats*. Paris: Le Centurion

Bibliographie

- Fecher F, Mignot D (1999) *Le temps consacré aux soins, secteur des soins à domicile*, ULG, Liège
- Fecher F, Mignot D (1999) *Le temps consacré aux soins, secteur des handicapés*, ULG, Liège
- Finkler S A, Knickman J R, Hendrickson G, Kipkin M Jr, Thompson W G. A comparison of Work-Sampling and Time-and-Motion Techniques for Studies in Health Services Research. *Health Services Research* décembre 1993; 28-5: 577-597
- Fonds Social ISAJH (1996), *Les carnets de l'éducateur*
- Geubel A. (1992-1993), *Etude de la répartition du travail entre praticiens(ne)s de l'art infirmiers et aides soignant(e)s dans une maison de repos -maison de repos et de soins*. Faculté de médecine, ESP, UCL, Bruxelles
- Gommers A, Rigaux N. (1985), *Charge de travail infirmiers et dépendance des malades chroniques âgés*. Faculté de Médecine, ESP, UCL, Bruxelles
- Hedebouw G. (1999), *Tijd voor zorg. Sector Thuiszorg*, HIVA, Leuven
- Hougardy P. (1992), *Dépendance et charge de travail dans les MR/MRS en termes de coûts. Etude comparative entre une méthode d'évaluation de la dépendance et une technique de mesure de la charge de travail*. Faculté de médecine, ESP, UCL,
- Hull C., Redfern L., (1996) *Profiles and Portfolios. A Guide for Nurses and Midwives*. London, Macmillan, 1996
- Institut Francophone d'Etudes, de Recherches et de Formation, Bruxelles (IWERF) (1994), *Researchinstituut voor Arbeid en Terwerkstelling, Anvers (RIAT). Besoins et manque de personnel qualifié et politique du personnel et de formation dans le secteur des hôpitaux privés*. Rapport final, Bruxelles
- Kinet M. (1997-1998), *Former pour accompagner... Accompagner pour former*. CPSI, Association Catholique de Nursing.
- Leclercq A, Lorant V, Leroy X. (1998), *Offre et demande de travail infirmiers et soignant en Communauté française et germanophone de Belgique, projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 1: travail infirmiers et infirmiers*. Socio-Economie de la Santé, ESP, UCL, Bruxelles
- Leclercq A, Deschamps M, Leroy X, Pacolet J, Lorant V, Gos E. (1998), *Offre et demande de travail infirmiers et soignant en Belgique, projection jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 1: travail infirmiers et infirmiers*, Socio-Economie de la Santé, ESP, UCL, et Hoger Instituut voor de arbeid, HIVA, KUL, Bruxelles
- Leclercq A, Leroy X. (1998), *Offre et demande de travail infirmiers et soignant en Communauté française et germanophone de Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 2: Travail soignant et soignants qualifiés*, Socio-Economie de la Santé, ESP, UCL, Bruxelles
- Leclercq A, Deschamps M, Leroy X, Pacolet J, Lanoye H, Gos E. (1998) *Offre et demande de travail infirmiers et soignant en Belgique, projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010. Tome 2: Travail soignant et soi-*

Bibliographie

- gnants qualifiés*, Socio-Economie de la Santé, ESP, UCL, et Hoger Instituut voor de arbeid, HIVA, KUL, Bruxelles
- Leroy X., Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles
- Leroy X., Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en maison de repos*, SESA, Bruxelles
- Marcelis R & al. (1993), *Evaluation des besoins en personnel soignant dans les institutions de soins de la Région bruxelloise et des besoins de formation du personnel soignant moyennement ou peu qualifiés, hospitalier et extra-hospitalier de la Région bruxelloise, et des demandeurs d'emploi susceptibles d'intégrer ce secteur*. Rapport final. Cedres, Bruxelles
- Mendonck K, Van Landegem N, (1999) *Tijd voor zorg. Sector Ziekenhuizen*, IISA, Brussel
- Mendonck K, Van Landegem N, (1999) *Tijd voor zorg. Sector Rusthuizen*, IISA, Brussel
- Ministère de la Santé Publique et de l'environnement. Administration des Etablissements de soins. *Recueil des directives existantes relatives à l'enregistrement du Résumé Infirmiers Minimum*
- Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. Administration des Etablissements de soins. Service d'étude, cellule RIM. *Compilation des situations pour l'enregistrement du Résumé Infirmiers Minimum*. Bruxelles, mai 1994
- Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. Administration des Etablissements de soins. Service d'étude, cellule RIM. *Résumé Infirmiers Minimum - Résumé Clinique Minimum. Outils d'évaluation, de gestion et de financement des soins infirmiers..* Etude réalisée par Closon MC, Maritza Lopez N., UCL, CIES, janvier 1997
- Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. Administration des Etablissements de soins. Service d'étude, cellule RIM. *Le Résumé Infirmiers Minimum en Belgique, instrument de base pour la gestion de santé de demain*. Centrum voor ziekenhuiswetenschap, KUL, 1994
- Molleman C., Vijncke P., Samoy E. (1996) *Clïenteel en personeel in de voorzieningen voor volwassenen met een handicap. Een onderzoek in de Tehuizen voor niet-werkenden, de Dagcentra en de Tehuizen voor Werkenden*, HIVA, Leuven, België
- Morée M., Vulto M., De verzorgende: het lelijke jonge eendje in de zorgsector. In: *Sociologische gids*, maart/april, jaargang XL VI, 1999/2, p. 175-193
- Point d'appui TEF. Evaluation des fonctions du personnel infirmiers et soignant aux Pays-Bas. Actes 10.12.1991
- Samoy E (1999), *Tijd voor zorg. Sector gehandicapten*, HIVA, Leuven
- Sociaal-economische raad van Vlaanderen (1997), *Onderzoek naar de kwalificatiebehoeften voor logistiek assistent(e) in de ziekenhuizen*, Brussel, België
- Tilquin C. Un système de classification des patients des longs séjours en fonction de leur indépendance pour les Activités de la Vie Quotidienne et

Bibliographie

- leur mobilité (confinement). *Revue de Gériatrie* janvier 1993; tome 18 (1)
- ULB, UCL, KUL, RUCA. (1993) *Les conditions de travail, l'organisation du travail et le contenu des fonctions du personnel infirmiers et soignant dans les unités de soins des établissements hospitaliers et des cliniques*. Rapport final.
- Vanderhaeghe S, *Haast en spoed ... Werkbelasting bij verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*. SERV - Stichting Technologie Vlaanderen, Brussel 1996
- Vanderhaeghe S, *Dienstroorsters in de gezondheidszorg: ongezond ?* SERV - Stichting Technologie Vlaanderen, Brussel 1998
- Versieck K., et al (1996), *Personeelsproblemen voor verpleegkundigen in België en de E.G.* (12), HIVA, Leuven, België

Le temps de soins a été exécutée par “Het Interuniversitair Instituut voor de Studie van de Arbeid” (IISA, VUB), “Hoger Instituut voor de Arbeid” (HIVA, KUL), l’Ecole de Santé Publique, Socio-Economie de la Santé (SESA, UCL) et les Services d’Economie Générale et d’Economie de la Santé (Université de Liège).

Fecher F, Mignot D, Defouny J (1999), *Le temps consacré aux soins. Secteur des soins à domicile*, Université de Liège.

Fecher F, Mignot D, Defouny J (1999), *Le temps consacré aux soins. Secteur de l’hébergement pour personnes handicapées*, Université de Liège.

Hedebouw G, Samoy E (1999), *Tijd voor zorg in de gehandicaptensector*, HIVA, Leuven.

Hedebouw G, Deschamps M (1999), *Tijd voor zorg in de thuiszorgsector*, HIVA, Leuven.

Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en hôpital*, SESA, Bruxelles.

Leroy X, Hubin M, (1999) *Le temps consacré aux soins en maison de repos*, SESA, Bruxelles.

Mendonck K, Van Landegem N, Meulemans H (1999), *Tijd voor zorg in het ziekenhuis*, IISA, Brussel.

Mendonck K, Van Landegem N, Meulemans H (1999), *Tijd voor zorg in de rusthuizen*, IISA, Brussel.

