

# **Les aides-soignants : un métier en tension dans la branche sanitaire et sociale à but non lucratif**

Etude réalisée par Loïc. HIBON et Bénédicte. MARABET, conseillers techniques

Avril 2009

# Sommaire

## Les aides-soignants

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 - Lieux d'activité</b>   | <b>3</b>  |
| 1.1 - Données de cadrage  | 3         |
| 1.2 - La branche en Aquitaine - Enquête emploi 2007 UNIFAF  | 3         |
| <b>2 - Caractéristiques des emplois d'AS dans la branche</b>  | <b>5</b>  |
| 2.1 - Les contrats de travail   | 5         |
| 2.2 - le temps de travail   | 5         |
| <b>3 - Démographie des professionnels</b>   | <b>6</b>  |
| 3.1 - Le vieillissement des AS dans la branche en Aquitaine<br>Enquête emploi 2007 UNIFAF   | 6         |
| 3.2 - Les besoins de recrutement d'ici 2015   | 8         |
| <b>4 - Les tâches dévolues aux aides-soignants : cadre juridique, variabilité<br/>selon le secteur d'activités, évolutions récentes</b> | <b>10</b> |
| 4.1 - Les soins et les actes autorisés pour les aides-soignants   | 10        |
| 4.2 - Un métier différent selon le secteur d'activités  | 11        |
| 4.3 - L'évolution du métier d'aide-soignant   | 12        |
| 4.4 - Articulation avec les autres professionnels médicaux et socio-éducatifs   | 12        |
| <b>5 - Le recrutement des aides-soignants</b>   | <b>18</b> |
| 5.1 - les difficultés de recrutement  | 18        |
| 5.2 - La politique de recrutement :   | 21        |
| Le choix de la qualification des personnels soignants   | 21        |
| 5.3 - Les pratiques visant à résoudre les difficultés de recrutement  | 23        |
| <b>6 - La formation des AS</b>  | <b>29</b> |
| 6.1 - Données statistiques sur La formation des AS en Aquitaine   | 29        |
| 6.2 - La formation et le métier d'AS vu par les IFAS  | 30        |
| 6.3 - Le point de vue des différents professionnels sur la formation des AS   | 41        |
| <b>7 - L'usure professionnelle, physique et morale chez les AS</b>  | <b>48</b> |
| <b>8 - Formation, recrutement et emploi des AS : piste d'action</b>   | <b>51</b> |
| <b>Annexe</b>   | <b>57</b> |

# Les aides-soignants

En Aquitaine, selon l'Enquête Emploi 2007, la Branche comptabilise près de **2 900 contrats de travail d'aides-soignants**. C'est, quantitativement, le 1<sup>er</sup> emploi dans la Branche.

## 1. Lieux d'activité

### 1.1 Données de cadrage

En Aquitaine, on peut estimer la population des aides-soignants (AS) en exercice entre 14 500 et 15 500<sup>1</sup>.

La Branche emploierait donc autour de 18 à 20% des AS de la région ce qui est nettement plus élevé qu'au niveau national (taux de l'ordre de 11-12%).

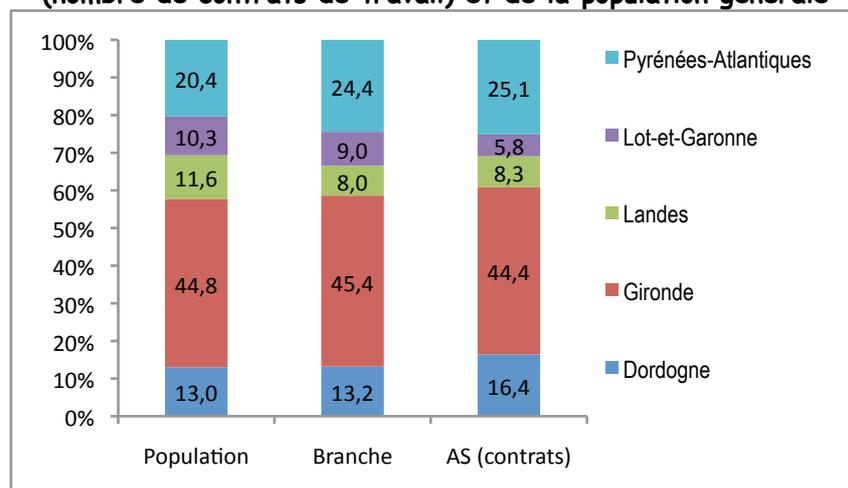
### 1.2 La Branche en Aquitaine - Enquête Emploi 2007 UNIFAF

→ Les AS représentent **9,8% de l'ensemble des emplois de la Branche en Aquitaine**, contre 8,3% au niveau national.

→ Ils travaillent dans près d'un quart des établissements de la Branche en région, soit 192 structures.

→ La répartition départementale des AS dans la Branche offre des particularités, que l'on peut notamment expliquer par le poids des différents secteurs.

**Répartition départementale des AS et de l'ensemble des emplois dans la Branche (nombre de contrats de travail) et de la population générale**



CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF et population au 1<sup>er</sup> janvier 2006 (INSEE - ELP)

<sup>1</sup> Statistique établie :

- à partir des données de l'**Enquête emploi 2006 en continu (EEC06)**, qui permettent d'estimer la population des AS à environ 14 500.  
[http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=fd-ec06](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=fd-ec06)
- à partir des enquêtes réalisées par la DRASS Aquitaine dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ES 2004, ES 2006, SAE 2006, EHPA 2003), et après suppression des doubles-comptes, les AS constituent une population d'environ 15 500.

*Remarque :* l'INSEE et la DRASS travaillent actuellement sur les données statistiques disponibles sur cette population des AS en Aquitaine, ce qui devrait permettre de préciser ces données de cadrage.

Ainsi, le *Lot-et-Garonne* emploie un peu moins de 6% des AS de la Branche en région (alors qu'il représente 9% sur l'ensemble des emplois de la Branche et plus de 10% de la population régionale), ce qui peut s'expliquer, pour partie, par le fait que la Branche dans ce département est fortement axée sur des secteurs qui sont peu employeurs d'AS (enfance en difficulté : 23% des emplois et enfance handicapée : 25%).

A l'inverse, la *Dordogne* regroupe 16% des emplois d'AS (pour 13% des emplois de la Branche et 13% de la population régionale), et cette donnée peut être mise en relation avec la forte représentation du secteur « adultes handicapés » dans la Branche : 57%.

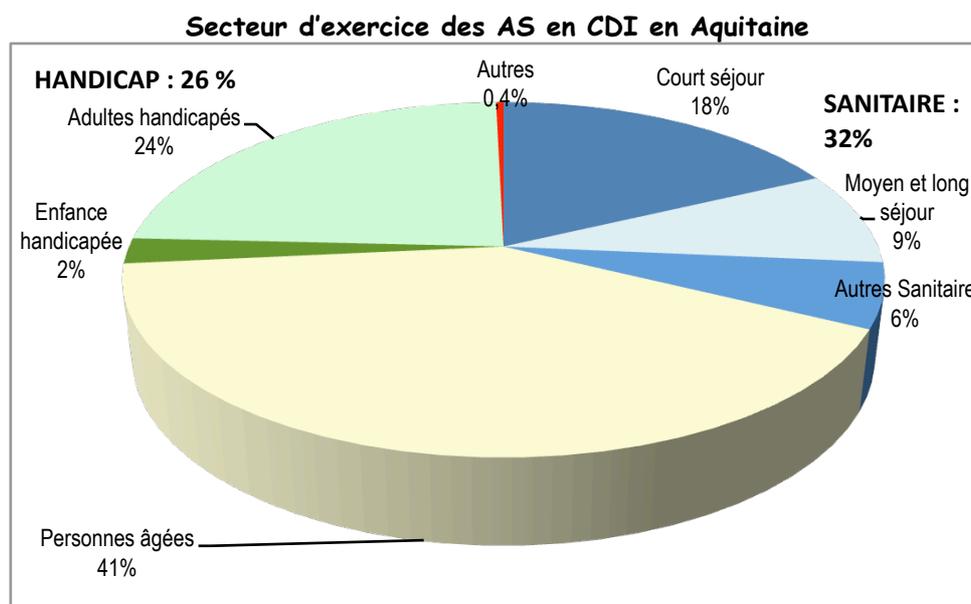
**Relation entre la répartition sectorielle des emplois de la Branche dans un département et le poids de ce département dans l'emploi des AS de la région**  
*Exemples de la Dordogne et des Landes*

| Département    | Poids du département dans l'emploi |              | Particularités du département quant à la répartition sectorielle tous emplois confondus  |
|----------------|------------------------------------|--------------|--|
|                | AS                                 | Tous emplois |  |
| Dordogne       | 16%                                | 13%          | <b>Forte composante d'un secteur employeur d'AS</b><br>Adultes handicapés : 57% (Aquitaine : 25%)  |
| Lot-et-Garonne | 6%                                 | 9%           | <b>Forte composante de secteurs employant peu d'AS</b><br>Enfants en difficulté : 23% (Aquitaine : 12%)<br>Jeunes handicapés : 25% (Aquitaine : 17%) |

CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF

→ En Aquitaine, les AS dans la Branche sont salariés, pour 42%, dans des établissements pour personnes âgées, ce qui est plus élevé qu'au niveau national (35%). Il en est de même pour le champ du Handicap (26% contre 18% au niveau national).

A l'inverse, dans le secteur sanitaire, moins d'un tiers des AS y travaille (32%) contre 46% au niveau national, ce que l'on peut mettre en parallèle avec la différence de poids des différents secteurs entre l'Aquitaine et la France (28% de l'ensemble des emplois sont dans le sanitaire au niveau national, 20% en Aquitaine).



CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF

*Remarque* : 91,2% des AS qui travaillent dans le secteur du handicap sont dans des établissements pour adultes handicapés. Ce déséquilibre de répartition est plus important

encore que celui que l'on peut observer sur l'ensemble des établissements et services aquitains pour personnes handicapées (incluant donc les structures publiques) à travers l'enquête ES 2006 : le secteur adultes regroupe 80% des postes (et 83% des ETP) du champ du handicap.

## 2. Caractéristiques des emplois d'AS dans la Branche

### 2.1 Les contrats de travail

Les emplois d'AS sont dans 89% des cas sous forme de CDI, taux égal à celui pour l'ensemble des emplois aquitains dans la Branche et pour les AS au niveau national.

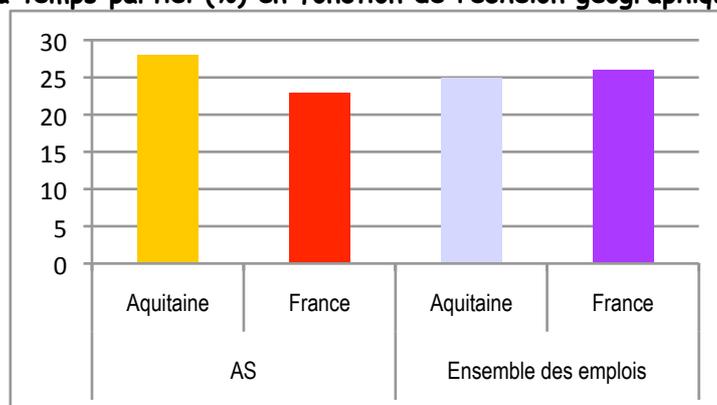
Les disparités départementales sont toutefois assez importantes, avec plus de 6 points de différence entre les extrêmes : Landes, 86% et Lot-et-Garonne, 92%.

Les secteurs se différencient également sur ce point, avec des taux de CDI plus élevés dans le secteur sanitaire (91%), surtout en court séjour (94%), tandis qu'à l'inverse, le secteur des personnes âgées compte seulement 86% des AS en CDI. Ce dernier taux pourrait témoigner d'un nombre relativement élevé d'AS recrutés en CDD pour remplacer des salariés absents au moment de l'enquête.

### 2.2 Le temps de travail

Les AS en CDI de la Branche en Aquitaine ont, pour 28% d'entre eux, un temps de travail inférieur à 80%, ce qui est plus élevé qu'au niveau national pour ce métier et plus élevé que pour l'ensemble de la Branche en France comme en Aquitaine.

Part des emplois d'AS et de l'ensemble de la Branche à temps partiel (%) en fonction de l'échelon géographique



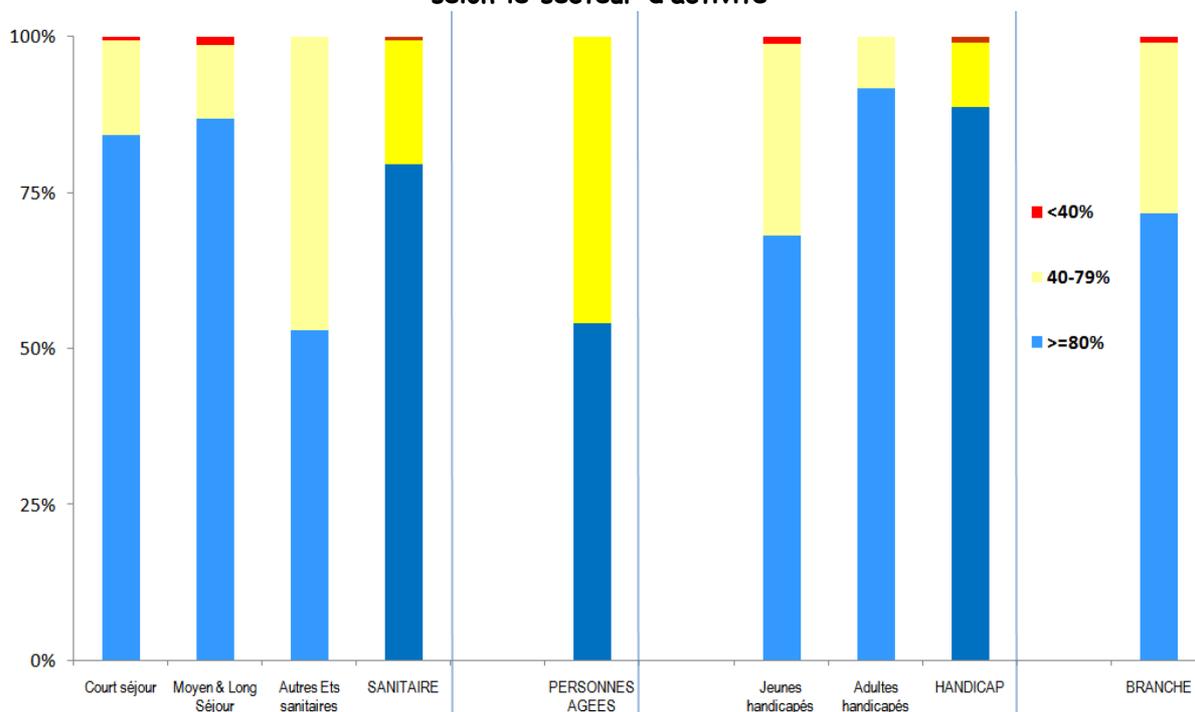
CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF

Les temps partiels sont :

- en terme de secteurs d'activité :
  - moins fréquents dans le secteur des **adultes handicapés** (9%) ainsi que dans les établissements sanitaires de **court séjour** (16%) et **moyen et long séjour** (13%).
  - plus fréquents dans le secteur des **enfants handicapés** (31%), des **personnes âgées** (46%) et dans les **autres établissements sanitaires** (47%)
- en terme de répartition géographique :
  - moins fréquents en **Dordogne** (7%)
  - plus fréquents en **Pyrénées-Atlantiques** (56%)

Quant aux temps de travail les plus réduits, inférieurs à 40% d'ETP, ils représentent moins de 1% des CDI d'AS en Aquitaine.

**Répartition des AS (CDI) en fonction du temps de travail selon le secteur d'activité**



CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF

### 3. Démographie des professionnels

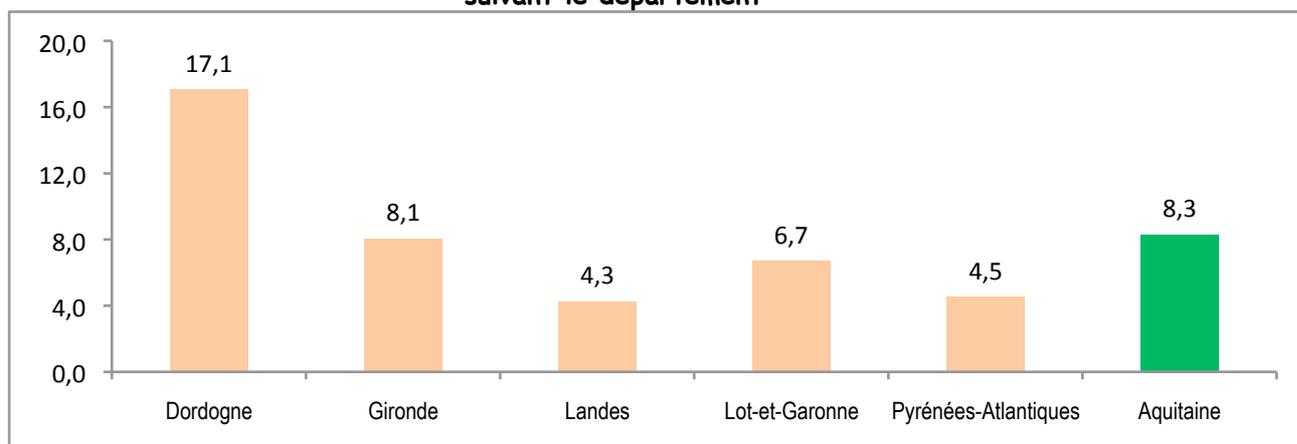
#### 3.1 Le vieillissement des AS dans la Branche en Aquitaine - Enquête Emploi 2007 UNIFAF

##### → Les salariés de 55 ans et plus

Dans la Branche, 8% des AS en CDI ont 55 ans ou plus, ce qui est un peu en dessous du niveau national (9%). Le vieillissement de ces professionnels est donc moins prononcé que pour l'ensemble des métiers de la Branche (14% de 55 ans et plus).

Au-delà de cette valeur moyenne, les **variations départementales** sont importantes, avec la Dordogne fortement concernée par le vieillissement, puisque 17% des AS ont 55 ans ou plus tandis que dans les Landes le taux n'est que de 4%.

**Part des postes d'AS (CDI) occupés par des salariés de 55 ans et plus  
suivant le département**

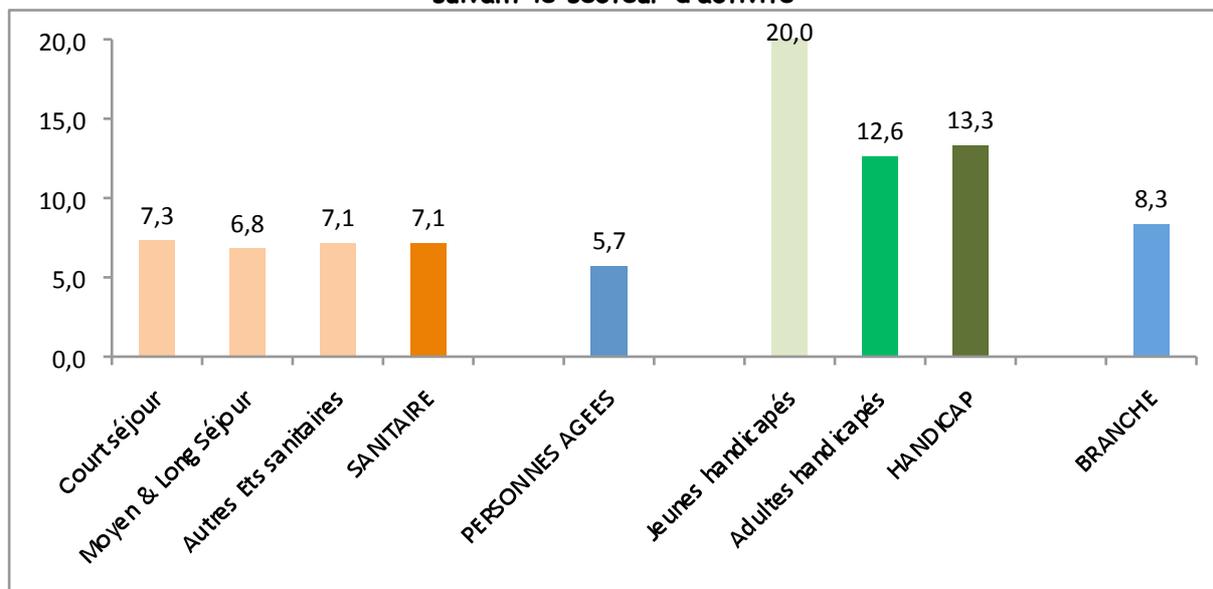


CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF

Les AS ayant atteint 55 ans sont le plus représentés dans les pôles urbains de 30 000 habitants et plus (10%), puis dans les zones rurales (6%) et enfin, très faiblement, dans les autres zones urbaines (2,8%).

Quant aux différents **secteurs d'activité**, ils se caractérisent également par de nettes différences en ce qui concerne la part de 55 ans et plus parmi les AS. Les forts taux sur ce critère concernent uniquement le secteur du handicap (13%) et principalement l'enfance handicapée (20%).

**Part des postes d'AS (CDI) occupés par des salariés de 55 ans et +  
suivant le secteur d'activité**



CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF

### 3.2 Les besoins de recrutements d'ici 2015

⇒ D'après les travaux du CAS et de la DARES, il y aurait, au niveau national, entre 2005 et 2015, environ **258 000 postes** à pourvoir **dans la famille professionnelle des aides-soignants**<sup>2</sup>, 42% pour remplacement de départs à la retraite et 58% pour des créations de postes (CAS / DARES 2007)<sup>3</sup>.

Si l'on transpose ces estimations au niveau **aquitain**, en appliquant un taux indicatif de 5% (part de la population régionale par rapport à la population nationale), les créations représenteraient environ **7 450 emplois et les remplacements 5 450, soit 12 900 en tout**.

#### Postes à pourvoir dans la famille professionnelle des aides-soignants (remplacements et créations) à l'horizon 2015 en Aquitaine

##### Détail pour les secteurs des "soins aux personnes fragiles"

|  | Secteur d'activités |                 |          |                | Ensemble |
|--|---------------------|-----------------|----------|----------------|----------|
|  | Sanitaire           | Personnes âgées | Handicap | Petite enfance |          |
| Famille professionnelle des AS (incluant notamment AS, AMP, AP...) | 7 395               | 4 150           | 500      | 855            | 12 900   |

CREAHI d'Aquitaine, estimation d'après les données nationales CAS / DARES 2007

En qui concerne les *créations de poste*, les travaux du CAS et de la DARES distinguent ceux d'AS et ceux d'AMP, en fonction du public auprès desquels les besoins existent (personnes handicapées, personnes âgées à domicile, personnes âgées en établissement...). Il est ainsi possible, pour l'Aquitaine, d'estimer les besoins en postes d'AS à un peu plus de 100 dans le handicap et plus de 1500 en gérontologie.

Pour les *remplacements de départs en retraite*, la part des postes spécifiquement destinée à des AS a été estimée en tenant compte des proportions relatives d'AS, d'AP et d'AMP travaillant dans les différents secteurs<sup>4</sup>.

#### Postes d'aides-soignants à pourvoir à l'horizon 2015 en Aquitaine

##### Détail pour les secteurs des "soins aux personnes fragiles"

|                 |                 | Secteur d'activités |                 |            | Ensemble      |
|-----------------|-----------------|---------------------|-----------------|------------|---------------|
|                 |                 | Sanitaire           | Personnes âgées | Handicap   |               |
| Aides-soignants | Créations       | 3 940               | 1 575           | 110        | 5 625         |
|                 | Remplacements   | 2 860               | 1 475           | 130        | 4 465         |
|                 | <b>Ensemble</b> | <b>6 800</b>        | <b>3 050</b>    | <b>240</b> | <b>10 090</b> |

CREAHI d'Aquitaine, estimation d'après les données nationales CAS / DARES 2007

<sup>2</sup> Famille professionnelle qui regroupe les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les aides médico-psychologiques, les assistants dentaires...

<sup>3</sup> O. Chardon et M.-A. Estrade / CAS et DARES, *Les métiers en 2015 - Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications »*, Collection « Qualifications et prospective », janvier 2007, 179 pages - [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_metiers\\_2015.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_metiers_2015.pdf)

<sup>4</sup> Sanitaire (SAE) : environ 92 AS pour 7 AP et 1 AMP ; Handicap (ES) : 39 AS pour 59 AMP et 2 AP ; Personnes âgées (EHPA) : 94 AS pour 6 AMP.

⇒ Les données ainsi extrapolées apparaissent nettement sous-estimées en ce qui concerne le secteur du handicap, puisque le PRIAC 2008-2012<sup>5</sup>, pour une partie des établissements pour personnes handicapées<sup>6</sup>, dans le seul cadre des créations de postes liées à des créations ou extensions d'établissements et sur une période de 5 ans seulement, chiffre à 240 ETP environ le besoin d'AS.

Les données du PRIAC pour le secteur des personnes âgées apparaissent plus proches, étant chiffrées à 722 ETP d'AS à créer sur 5 ans.

⇒ Une autre source de données est issue de l'enquête BMO qui recense, au niveau  
Et

Plus de 1000 si l'on exclut les recrutements liés à des besoins saisonniers

Sur les 8 années étudiées, les chiffres ont varié entre 1000 (2007) et plus de 1400 (2003)

<http://info.assedic.fr/unistatis>

Dans

Cette valeur plancher de 10 000 postes, théorique, est à mettre en relation avec le nombre annuel de diplômés en Aquitaine, légèrement supérieur à 1 100 ces 5 dernières années en moyenne<sup>7</sup>.

Cette donnée semble montrer un **risque de pénurie** devant l'évolution des besoins en professionnels sur la décennie considérée... **au moins dans des contextes particuliers :**

- **géographiques**, en milieu rural notamment, d'autant plus lorsqu'il n'y a pas d'IFAS à proximité,
- **selon la spécialité**, dans les établissements pour personnes âgées particulièrement,

et la Branche risque d'être confrontée à plus de difficultés que, notamment, le secteur public hospitalier.

---

<sup>5</sup> PRIAC 2008-2012 Aquitaine, *Les dossiers de la DRASS Aquitaine*, n°54, avril 2008

**Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie** : outil régional de programmation financière pluriannuelle des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées, relevant de la compétence tarifaire du préfet, qu'ils soient financés par l'État, par l'Assurance Maladie ou relevant de la double compétence État et conseil général.

Cette définition exclut donc les structures relevant de la compétence unique des Conseils généraux :

- dans le champ du handicap : les foyers d'hébergement et foyers occupationnels
- dans le champ des personnes âgées, les maisons de retraite et logements-foyers non médicalisés notamment

En outre, le secteur sanitaire, celui de l'aide aux personnes en difficulté sociale ou encore de l'aide à la famille ne font pas partie du champ du PRIAC.

<sup>6</sup> Les établissements du champ du handicap qui sont hors du périmètre de compétence du PRIAC emploient environ 16% des AS travaillant auprès des personnes handicapées en Aquitaine (d'après les données de ES 2006). Les établissements pour enfants handicapés emploient 17% des AS dans le handicap et les établissements médicalisés pour adultes, 67%.

<sup>7</sup> Voir le chapitre consacré à « La formation des AS ».

## 4. Les tâches dévolues aux aides-soignants : cadre juridique, variabilité selon le secteur d'activités, évolutions récentes

### 4.1 Les soins et les actes légalement autorisés pour les aides-soignants

Les actes et soins que l'aide-soignant peut réaliser sont définis par les textes juridiques et représentent la délégation par l'infirmier d'une partie de son rôle propre : « *Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation* »<sup>8</sup>.

Cette possibilité de délégation exclut les « *les soins techniques [...] (actes médico-infirmiers), qui ne peuvent être effectués que par des infirmiers [...]* ». Ainsi, l'aide-soignant peut réaliser « *les soins de base et relationnels [...] (actes infirmiers de soins) [...] définis, dans la terminologie des actes infirmiers, comme les soins d'entretien et de continuité de la vie, c'est-à-dire l'ensemble des "interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement un état de dépendance d'une personne, afin de maintenir ses fonctions vitales et de lui permettre de recouvrer son autonomie". Ces soins [...] le plus souvent désignés par le terme de "nursing" [...] comprennent en particulier les soins d'hygiène et de confort, c'est-à-dire les "interventions qui consistent à assurer à la personne soignée la propreté corporelle et à lui procurer un environnement sain et agréable"* »<sup>9</sup>.

#### Evolutions législatives récentes concernant directement les AS

→ Arrêté du 25 janvier 2005 *relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant*

Ce texte décrit les modalités d'organisation de la VAE, le module de formation obligatoire, les livrets à produire. Il établit en outre un **référentiel d'activités** ainsi qu'un **référentiel des compétences**.

→ Arrêté du 22 octobre 2005 *relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant*

Il décrit :

- l'organisation de la formation telle qu'elle est dispensée actuellement, avec une durée raccourcie de 12 à 10 mois et une organisation en 8 modules :
  - Module 1 : accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne
  - Module 2 : l'état clinique d'une personne
  - Module 3 : les soins
  - Module 4 : ergonomie
  - Module 5 : relation-communication
  - Module 6 : hygiène des locaux hospitaliers
  - Module 7 : transmission des informations
  - Module 8 : organisation du travail
- les dispenses (6 modules pour les auxiliaires de puériculture diplômés, 4 pour les auxiliaires de vie sociale)
- le cursus de stages (6 stages de 4 semaines) et le cadre dans lequel ils doivent être réalisés :

<sup>8</sup> Décret n°2002-194 du 11 février 2002 *relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*.

<sup>9</sup> Circulaire n°DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 *relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile*

Service de court séjour : médecine  
Service de court séjour : chirurgie  
Service de moyen ou long séjour : personnes âgées ou handicapées  
Service de santé mentale ou service de psychiatrie  
Secteur extrahospitalier  
Structure optionnelle. Ce stage est « *organisé en fonction du projet professionnel de l'élève en accord avec l'équipe pédagogique* ». Toutefois, « *sur l'ensemble des stages cliniques, un stage dans une structure d'accueil pour personnes âgées est obligatoire* », et ce stage en structure optionnelle est donc réalisé dans ce secteur s'il n'a pas fait l'objet d'un stage auparavant.

Remarque : le Décret n°2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et modifiant le code de la santé publique a remplacé l'appellation "diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS)" par "diplôme d'état d'aide-soignant (DEAS)". Les personnes titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ou du DPAS sont considérées comme titulaires du DEAS.

Il existe par ailleurs, à l'heure actuelle, une proposition de Loi qui devrait être déposée en mars 2009 pour « *créer un statut libéral d'aide-soignant* », évolution qui serait susceptible de modifier le paysage de la pratique professionnelle des aides-soignants. Toutefois, ce projet suscite de nombreux débats, notamment de la part des syndicats d'infirmiers qui rappellent qu'un aide-soignant « *exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier* » ce qui n'est pas compatible avec une activité libérale individuelle. Déjà en 2003, une proposition de Loi similaire avait été déposée et rejetée.

## 4.2 Un métier différent selon le secteur d'activités

De façon générale, le travail dans le secteur sanitaire est celui qui mobilise le plus les compétences des aides-soignants en matière de **soins**, tandis que dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, ces activités les mobilisent moins et les **aspects relationnels** sont plus importants. Les AS en EHPAD sont même susceptibles d'exercer diverses activités d'**animation** auprès des résidents, ainsi que des accompagnements à l'extérieur, et c'est alors, pour les professionnels, une source de satisfaction et d'intérêt.

Remarque : un EHPAD peut illustrer l'importance de la dimension relationnelle dans ce secteur d'activité. Cet établissement a orienté son projet d'établissement sur la prise en charge d'un public particulier : des patients souffrant de maladies psychiatriques. Le public est relativement jeune (moyenne vers 72-74 ans contre une moyenne d'âge en EHPAD supérieure à 83 ans<sup>10</sup>) et a un bon degré d'autonomie, autonomie qui constitue le cœur du projet d'accompagnement dans ce contexte. L'AS interviewée indique combien l'incitation générale à réaliser une toilette en 20 minutes (temps théoriquement admis pour un tel acte) est incompatible avec un tel objectif, qui nécessite plutôt de passer 30 à 40 minutes auprès de la personne pendant la toilette pour l'aider à développer ses propres compétences.

Dans un établissement pour enfants polyhandicapés, une AS constate que tout le monde fait à peu près « *le même travail, quelle que soit la formation, le diplôme* » et que « *travailler en équipe pluridisciplinaire permet une autre approche auprès des enfants* ». Il y a toutefois, dans ce secteur d'activité, un positionnement des AS sur le soin technique principalement et des AMP sur les aspects relationnels.

Une professionnelle, après avoir exercé dans un hôpital et un établissement pour personnes âgées, remarque qu'en établissement pour jeunes handicapés, outre la dimension de soin, son activité comporte une part d'éducatif en collaboration avec les éducateurs. Mais sa pratique actuelle la conduit à se sentir seule pour les tâches qui lui incombent, surtout par

<sup>10</sup> Intervention du Dr D. Ducornez lors des 7èmes assises des établissements et services associatifs pour personnes âgées (25 et 26 novembre 2008). <http://assises-personnesagees.fr/interventions.htm>

rapport à l'hôpital qui offre l'avantage de permettre le travail en équipe, souvent sous la forme d'un binôme avec l'infirmière.

### **Services de médecine et services de chirurgie : une activité également différente des AS.**

Lors des contacts pris avec la direction d'une polyclinique pour interviewer une AS, notre attention a été attirée sur le fait que les AS avaient une activité différente dans le service de *médecine* et dans le service de *chirurgie* et une AS travaillant dans chacun de ces services a donc été interviewée. Chacun de ces 2 types de service fait d'ailleurs l'objet d'un stage spécifique durant la préparation du DEAS.

En médecine (service de cardiologie en l'occurrence), le public est très dépendant et a un grand besoin de surveillance et de soins. Les AS travaillent donc en binôme, afin de pouvoir réaliser l'ensemble des actes de toilette notamment.

En chirurgie (service de chirurgie orthopédique), on observe par contre une évolution importante de l'état de santé des patients au fil de leur séjour. En conséquence, le travail ne se fait à deux qu'au début, puis le malade voit son état s'améliorer et reprend en charge progressivement l'ensemble des actes essentiels. Par ailleurs, le patient est également dans une situation psychologique différente : il arrive souvent avec un moral assez mauvais, de l'inquiétude devant l'opération... ressenti qui s'améliore la plupart du temps après l'opération. En outre, les temps de séjour dans les services de chirurgie ont été nettement réduits, avec la situation extrême de la chirurgie ambulatoire : dans ces situations, l'AS voit le patient 3 ou 4 fois après une opération, surveille son état général (prise de tension...) en informant si nécessaire l'IDE, puis le patient sort. L'activité de l'AS est donc quasi-exclusivement consacrée à des gestes techniques.

## **4.3 L'évolution du métier d'aide-soignant**

Dans le **secteur du handicap**, les personnes entrant en établissement sont de plus en plus lourdement handicapées. En outre, les populations prises en charge vieillissent. Ainsi, dans un FAM, le personnel est ainsi confronté à des démences séniles, qui s'accompagnent souvent de manifestations d'agressivité difficiles à prendre en charge dans des structures mal adaptées à ce public.

Par ailleurs, la dépendance des usagers a un impact direct sur la charge de travail des AS et l'organisation des différentes phases de la journée : ainsi, les repas des résidents peuvent mobiliser deux AS à table (une pour tenir la tête, une pour donner à manger) ou une seule personne durant plus d'une heure dans le cas des personnes alitées. Afin de s'adapter, et par manque de personnel, les repas sont alors échelonnés dans le temps.

*Remarque :* pour les établissements qui existent depuis plusieurs décennies, les évolutions ont bien évidemment été très importantes. Certains établissements pour personnes handicapées étaient à l'origine fortement orientés sur le soin<sup>11</sup>, avec beaucoup plus d'IDE qu'à l'heure actuelle et beaucoup moins de personnel éducatif. Le travail apparaît maintenant moins lourd pour les AS qui ont exercé sur l'ensemble de cette période. Par ailleurs, dans un établissement pour enfants polyhandicapés, le recrutement d'AS est décrit comme un progrès, puisqu'ils remplacent le personnel non qualifié qui caractérisait le fonctionnement antérieur.

---

<sup>11</sup> Certains avaient d'ailleurs, au départ, un agrément sanitaire, puis ont obtenu un agrément médico-social (ex. pouponnière devenue établissement pour enfants polyhandicapés).

Dans les établissements pour **personnes âgées**, les évolutions repérées par les professionnels sont les suivantes :

- le cadre légal est plus contraignant : « *Les lois ont changé : on ne peut plus prendre d'initiatives (les IDE, c'est pareil) ; on dépend de la hiérarchie* ».
- les tâches exercées se réduisent souvent aux toilettes et aux relations avec les usagers, sans qu'il n'y ait « *plus de soins du tout* » ce domaine étant réservé aux IDE et médecins, qu'il faut avertir pour tout problème de santé remarqué chez un résident, sans « *plus prendre d'initiative dans ce domaine* ». En conséquence, certains y voient un glissement par rapport au cœur de leur métier : « *on travaille dans le champ de l'animation, nous n'avons pas été formées à ça* ».
- les AS travaillent souvent seuls dans certaines structures, alors qu'avant ils étaient deux. « *Cela peut être difficile parfois, même si des améliorations techniques existent (lits électriques...)* ».
- le public a évolué, « *surtout ces 5 dernières années* », avec des personnes plus dépendantes, beaucoup de maladies d'Alzheimer... « *Il y a 20 ans, on ne parlait pas d'Alzheimer. Il n'y a pas que les pathologies liées à l'âge ; maintenant, on accueille des personnes dès 60 ans* ». Dans une grosse structure de la CUB, ancien hospice, c'est au niveau social que le public a surtout évolué : « *avant il y avait beaucoup d'indigents, des personnes qui ne payaient pas* ».
- il y a plus d'exigence sur la qualité des soins et le volume d'accompagnement, la prise en charge est « *de plus en plus pointue, il faut plus de temps* ». Si pour certaines structures, la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale n'a fait qu'imposer des outils déjà utilisés, dans d'autres « *le livret, le dossier, ont nettement amélioré les choses : on connaît mieux la personne, on peut augmenter sa qualité de vie* ».
- la nécessité de « *faire vite* », qui parfois apparaît avoir diminué la qualité des soins. La personne ne reçoit plus toute l'aide et l'attention qu'elle devrait (par ex., aspects relationnels, mais aussi soins tels que couper les ongles...).
- le public est, en outre, **plus demandeur** et parfois même « *plus procédurier (avec les médias, ils savent qu'ils peuvent se plaindre)* » (il s'agit cette fois d'un professionnel en HAD).
- les familles sont plus présentes qu'auparavant

Dans le secteur sanitaire, on note aussi qu'il y a **moins de temps à consacrer pour l'accueil des patients**, même si l'on peut considérer que la qualité n'a pas forcément baissé pour autant. En tout cas, ce changement implique une bonne formation et une habitude pour les professionnels pour réaliser les tâches dans le temps imparti, avec la nécessité d'être polyvalent (les tâches principales étant aussi bien les toilettes, que le lever, le repas, l'accueil, le ménage...) mais également pointu sur certains soins techniques.

Les AS perçoivent également des changements liés aux impératifs de maîtrise budgétaire : « *le contexte réglementaire fait que l'on parle plus de rentabilité ; l'argent a pris plus d'importance* ».

Un nouveau rôle s'est, en outre, ajouté à celui de l'AS : **l'éducation des patients**. Ainsi, avec la réduction de la durée des séjours (par exemple, de 1 mois auparavant à 6 jours actuellement en proctologie), il est nécessaire d'apprendre aux patients à être autonomes pour leur sortie, « *sans les brusquer* ». Une AS indique que beaucoup d'outils ont été mis en place dans le service à cette fin, mais qu'elle aimerait en « *savoir plus* ».

Au rang des évolutions techniques, l'outil informatique, avec la mise en place d'un **dossier informatisé du patient**, a modifié les pratiques des soignants. Mais cette source potentielle d'amélioration n'apporte pas toujours les effets escomptés. Dans une clinique, il

s'ensuit une « *grande perte de temps* », liée à des dysfonctionnements : « *recupérer un dossier et les informations sur une personne est complexe* ».

Par ailleurs, d'autres évolutions techniques, particulièrement pour les AS en poste depuis longtemps, ont modifié les pratiques. Par exemple, les AS en EHPAD n'ont plus à pratiquer de stérilisation du matériel du fait que « *maintenant tout est jetable* ».

L'étude réalisée dans la Fonction publique hospitalière a identifié et tenté de sérier les évolutions susceptibles de toucher, à des degrés divers, les différents métiers étudiés. Certaines évolutions dépassent, bien évidemment, le seul cadre hospitalier et ont pu être évoquées à travers les entretiens avec des AS d'autres champs d'activité de la Branche en Aquitaine.

L'augmentation de la prise en charge de personnes (très) âgées, mais aussi de publics précaires ou handicapés, rend les prises en charge plus complexes, avec des parcours cliniques variés, des retours d'hospitalisation à organiser et, pour les professionnels, **une dimension relationnelle** de plus en plus importante auprès des patients. Les patients « consommateurs » et acteurs de leur propre santé, exprimant des exigences de qualité, sollicitent aussi cette dimension, en matière d'accueil, de disponibilité, de fourniture d'information... En outre, la nécessité de **travailler avec des réseaux de soins extrahospitaliers et le secteur social et médico-social** ainsi que d'offrir une **approche globale et coordonnée de la prise en charge** soignante vont mobiliser des compétences nouvelles, pour faire le lien entre les différents acteurs, ainsi qu'entre **le médical, le social et le psychologique**.

Or, la **tarification à l'activité (T2A)** et la recherche d'efficience, qui risquent de conduire à une réduction des effectifs, pourraient réduire le temps disponible pour la relation avec le patient et augmenter la pénibilité du travail.

A l'évidence, le métier d'AS est « *peu attractif, du fait des conditions de travail en général plus pénibles mais aussi de la faible reconnaissance sociale du métier* » et d'un « *problème de fond* » : « *trouver des emplois alternatifs ou des postes aménagés pour les personnes en incapacité* ». Il est donc nécessaire de mettre en œuvre un travail concerté pour éviter la pénurie, à travers la mise en place de **parcours professionnels et de mobilité** notamment.

A ce titre, l'**évolution des dispositifs de formation** est susceptible de modifier les perspectives existant pour ces professionnels, y compris en facilitant l'accès à la formation d'IDE.

Avec la reconfiguration territoriale de l'offre de soins (impliquant des fusions, mutualisations, reconversions, restructurations d'établissements et services), la **mobilité** des professionnels devrait être sollicitée et il est à craindre que celle des AS soit assez souvent prise en défaut (du fait de la féminisation de ce métier, la moyenne d'âge assez élevé, le faible niveau de revenu...)

Par ailleurs, les **positionnements respectifs** des AS et des AMP, mais aussi ceux des AS et des IDE, vont devoir être, encore, clarifiés et les pratiques évoluer en conséquence.

Avec la mise en place du dossier informatisé du patient, les AS sont confrontés à la nécessité de s'approprier **l'utilisation de l'informatique**, poursuite de l'évolution qui les a déjà conduits à être soumis à la nécessité de produire plus d'écrits.

Enfin, certification et évaluation des pratiques professionnelles devraient mobiliser les professionnels sur la **question de la gestion des risques et la qualité**.

## 4.4 Articulation avec les autres professionnels paramédicaux et socio-éducatifs

### → Le secteur du handicap

Dans certaines structures, les rôles et missions des AMP et des AS sont clairement définis :

- Les AS n'ont aucune part dans les actions d'animation et les AMP ne réalisent pas certains soins, même si, à l'occasion, étant plus nombreuses dans la structure (14 contre 4 AS), elles peuvent être conduites à distribuer les médicaments prévus lorsque ni l'IDE ni une AS ne sont présentes. Dans une autre structure, une AS indique qu'elle a plus de relations avec les IDE qu'avec les AMP, ces dernières n'étant pas positionnées sur le soin. Toutefois, comme d'ailleurs les moniteurs éducateurs, les AMP peuvent également être conduits à réaliser des tâches de nursing, le week-end par exemple.
- Il y a une bonne coordination des 2 catégories de professionnels même si AMP et AS « *se méconnaissent parfois* » ou encore « *si quelques tensions peuvent exister* ». Pour autant, « *chacun sait ce qu'il doit faire* ».

Le rôle de l'AS est de faire le lien, de faciliter l'articulation entre AMP et IDE et d'alerter les IDE dès qu'un problème est repéré (par ex. l'évolution de signes cliniques).

Ce fonctionnement très cadré s'éloigne de la situation vécue antérieurement par une AS dans le sanitaire où « *on agit parfois et on signale après comme par exemple pour des problèmes cutanés* ». Elle indique donc s'être adaptée au fonctionnement de l'établissement pour adultes handicapés où elle exerce maintenant, tout en regrettant d'avoir moins d'autonomie au niveau du soin que ce qu'elle a pu connaître dans le sanitaire. Par contre, l'aspect relationnel avec les résidents, qui prime dans le médico-social, constitue une compensation pour cette professionnelle.

Parfois, c'est surtout une optimisation du temps disponible qui semble conduire à l'exclusion de certaines tâches de la pratique des professionnels : « *pour les enfants polyhandicapés lourds, on n'a pas assez de temps. On fait surtout des actes techniques (soins, changes, goûters), et on n'a pas le temps de faire les jeux, les ateliers...* ».

En pratique, le rôle et les compétences attendus respectivement des AS et des AMP peuvent être clairement posés même si les différences ne sont pas fondamentales. « *Il y a une interactivité importante entre les professionnels des 2 catégories : la technicité des AS est reconnue par les AMP qui peuvent leur demander des conseils pour améliorer la prise en charge ; de leur côté, les AMP comprennent mieux le « fonctionnement » de certains résidents et leurs apports sont très utiles. Il y a une complémentarité fondamentale de ces 2 approches pour les personnes polyhandicapées* ».

Cette compétence chez les AMP en matière de psychologie des usagers et de relations est remarquée par des AS de plusieurs structures et leur approche jugée très enrichissante et complémentaire de celle, centrée sur le soin technique, des AS.

Pourtant, dans certains cas, « *les AMP sont très proches des résidents et sont parfois tentés de porter des diagnostics. Les IDE leur demandent de rester factuels* ».

Même modestes, les spécificités professionnelles des AS et des AMP peuvent être exploitées, malgré un cadre où les tâches n'apparaissent pas très différentes :

- dans un établissement, le directeur insiste sur le fait que le choix a été fait d'une « *équipe pluridisciplinaire qui donne un bon dynamisme* ». Toutefois, cela peut « *rester complexe à faire fonctionner même s'il n'y pas de rapport de hiérarchie entre AMP et AS. Au quotidien, le travail est un peu semblable, une réflexion a été nécessaire autour de l'identité professionnelle de chacun. L'accompagnement proposé aux personnes est adapté, « coloré » selon les qualifications. Par exemple, l'AMP va encadrer l'activité cheval et l'AS accompagner la personne chez le dentiste<sup>12</sup>. C'est un travail toujours en cours de construction, qui prend une dimension particulière dans l'histoire de l'établissement conçu au départ comme un lieu de vie et il a été nécessaire de les convaincre que la dimension soin était aussi utile. Pour intervenir auprès de ce public lourdement handicapé, AMP et AS sont 2 formations indispensables et complémentaires, chacun apportant sa richesse* ».
- un établissement a mis en place des fiches de postes qui sont communes pour les AMP, les AS et les auxiliaires de vie sociale. « *Ceci ne pose pas de problème, c'est une organisation qui a été adoptée dès le départ. La spécificité des AS est cependant conservée pour réaliser certains gestes techniques sous délégation des IDE. Il y a une bonne synergie entre équipes IDE et AS. La seule contrainte de cette organisation, c'est que AMP, AS et auxiliaires de vie ont aussi à gérer l'entretien du logement et du linge des résidents, ce qui n'est pas bien vécu, cela décale ces personnels par rapport à leurs missions et peut être ressenti comme une*

---

<sup>12</sup> Aspect important quand on connaît la difficulté d'accès aux soins somatiques des personnes handicapées mentales, démontré par plusieurs études récentes

*déqualification, un risque de sous-employer ces salariées. Il y a actuellement une réflexion en cours pour mettre en place d'autres solutions ».*

En l'absence d'infirmière, l'AS est conduite à distribuer les médicaments (nuit, week-end...), tout en ne préparant pas le semainier, en ne sortant pas de médicament de l'infirmierie... Cette question constitue un « *aspect assez litigieux et ambigu* ». Cette situation peut être difficile à vivre pour l'AS, même s'il s'agit plutôt d'une responsabilité institutionnelle. Par ailleurs, il arrive que certaines demandes des résidents aillent au-delà de la simple distribution de comprimés. Par exemple, lorsqu'une personne constate une erreur dans le semainier, l'AS ne peut rien faire, elle doit appeler le médecin, alors qu'une IDE présente pourrait éviter cela.

La coordination entre AS et IDE est parfois rendue difficile par l'organisation du cadre d'hébergement et d'accompagnement des usagers. Ainsi, le fonctionnement d'un établissement en pavillons autonomes auxquels s'ajoute une infirmerie quelque peu éloignée, conduit les AS à avoir peu de liens avec les IDE, alors qu'elles le souhaiteraient.

### **→ Dans le secteur des personnes âgées**

Depuis que la formation d'AMP est « *éligible en maison de retraite* »<sup>13</sup>, ces professionnels sont de plus en plus représentés dans les EHPAD. En effet, leur recrutement est plus facile, beaucoup ayant été formés à un moment où les débouchés n'étaient pas encore très importants.

Beaucoup d'employeurs souhaitent par la suite que les AMP, via la VAE, deviennent AS, notamment pour accompagner les besoins de médicalisation croissants que le vieillissement des résidents entraîne.

Certaines structures proposent un positionnement clair, où « *chacun est à sa place (ASL<sup>14</sup>, AS, IDE) et on respecte la hiérarchie. C'est un travail d'équipe et le service ne peut fonctionner s'il y a un problème dans l'équipe* ».

A l'inverse, et plus fréquemment dans l'échantillon interrogé, les différences de fonctions entre AS et AMP peuvent être assez peu marquées : « *on travaille ensemble, il n'y a pas trop de distinction, sauf que les AS ont une meilleure base sur les aspects médicaux* ». Dans la structure concernée, le travail est également réalisé en lien avec l'infirmière coordinatrice et l'autre infirmière de l'établissement. Il y a un peu de recouvrement de tâches entre IDE et AS sauf sur les aspects réservés aux IDE (pansements...), mais c'est rare du fait de la présence quasi-permanente d'une IDE et de la relativement bonne autonomie des patients qui évite les interventions nocturnes...<sup>15</sup>

Dans un autre EHPAD, l'absence de différence entre les fonctions exercées par les AMP et les AS, « *est une volonté institutionnelle, on a la même approche, on fait les mêmes choses. La formation initiale des AMP est plus longue et ils complètent en interne pour le volet "soins"* ».

C'est également le cas d'un EHPAD, où AMP et AS « *effectuent les mêmes tâches et se forment mutuellement aux aspects qu'elles maîtrisent moins, de par leur formation initiale (soins/ animation)* ». Les AMP sont plus souvent recrutées car il y en a beaucoup de formées et qu'elles ont une formation, et souvent un parcours personnel, intéressants. « *C'est un bon profil quand on héberge des personnes âgées non dépendantes. Par contre, à l'avenir, les*

---

<sup>13</sup> Extrait d'entretien réalisé avec un Conseiller en formation continue de GRETA.

<sup>14</sup> Agent de service logistique

<sup>15</sup> EHPAD déjà évoqué, accueillant des résidents relativement jeunes et autonomes, souffrant de maladies psychiatriques.

*maisons de retraite auront besoin de plus de soignants : que va t-on faire de toutes ces AMP ? ».*

Pourtant, la situation n'est pas toujours confortable pour les professionnels en l'absence de délimitation claire des rôles, et l'AS d'un EHPAD indique être parfois quelque peu perdue : *« je ne sais pas toujours ce que j'ai le droit de faire. Parfois, je demande à l'infirmière ce que j'ai le droit de faire. Exceptionnellement, il m'arrive d'administrer des médicaments avec son accord, quand elle est débordée ».*

### **→ Dans le secteur sanitaire**

Le dossier informatisé du patient dans le secteur sanitaire est perçu comme un outil permettant aux fonctions d'être clairement réparties : il restreint en effet l'accès aux informations et à leur modification en fonction des professionnels qui consultent.

Pourtant, si l'informatisation s'intègre dans la démarche qualité, apporte *« un gain de temps »* et *« une sécurité renforcée pour les patients »*, elle réduit également la flexibilité et induit ses propres risques si son utilisation ne fait pas l'objet de communication et de négociation avec les professionnels paramédicaux<sup>16</sup>. Ainsi, *« un logiciel est rempli par le médecin quant au diagnostic du patient et au traitement prescrit ; l'IDE récupère les informations, mais elle a moins d'échanges verbaux avec le médecin, ce qui peut entraîner des imprécisions. Par exemple, si la posologie du médicament prévoit une distribution matin, midi et soir, cela sous-entend qu'il faut respecter un certain délai entre les prises. Le médecin a une représentation de ce délai, mais les contraintes de la journée de travail (les repas, les toilettes) rendent ces horaires très variables dans la pratique. Ainsi, le matin peut se situer entre 6 h et 10 h, et le midi entre 11h30 et 14 h... Si le médecin ne valide pas avec l'IDE l'importance du délai, et que l'IDE n'explique pas précisément aux AS (voire aux ASH) cette nécessité, et comment elle doit se traduire dans le déroulement des actes de la journée, il y a de fortes chances pour que le délai ne soit pas respecté ».*

Ce sont les établissements d'hospitalisation dans lesquels les fonctions de l'aide-soignant sont le plus typiques et, on l'a vu, il *« réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser un manque ou une diminution d'autonomie de la personne »*, *« sous la responsabilité de l'infirmier »*.

Une AS considère que les rôles sont si bien répartis, et de plus en plus, que ne lui incombent que des tâches très définies, alors même que la *« formation initiale était plus large, on touchait à plus de choses, maintenant c'est plus cadré »*.

Des évolutions sont parfois envisagées pour améliorer le fonctionnement du service. Ainsi, dans le service de cardiologie d'une clinique, il existe une volonté de mettre en place un fonctionnement en binôme AS / IDE (ce service employant deux AS et deux IDE). Mais ce projet se heurte notamment à l'obstacle des horaires différents entre ces deux types de professionnels, les IDE travaillant sur une journée de 10 heures (et ne voulant pas que cela change) tandis que les AS sont sur une journée de 12 heures.

En HAD, le travail des AS est jugé clair. *« Il n'y a que des AS et des infirmiers. Nous faisons un travail d'AS, le plus souvent seuls ; parfois, nous rejoignons un infirmier. On ne nous demande pas de faire des choses qui ne ressortent pas de notre compétence »*.

Les conditions d'exercice dans un tel service impliquent une grande autonomie des professionnels qui interviennent souvent seuls au domicile des patients. Il apparaît donc tout à fait logique que les tâches réalisées par les AS soient très précisément délimitées car leur encadrement se fait à distance et de façon plus ponctuelle qu'au sein d'une équipe travaillant dans une institution.

---

<sup>16</sup> Entretien avec un Conseiller en formation continue (GRETA)

## 5. Le recrutement des aides-soignants

### 5.1 Difficultés de recrutement

→ D'après l'Enquête Emploi 2007, en Aquitaine comme au niveau national, **29% des établissements de la Branche qui emploient des AS citent ces professionnels comme faisant l'objet de difficultés de recrutement.**

Les difficultés se concentrent de façon très importante dans **le secteur des personnes âgées**, où **un établissement sur deux** est concerné. Ce secteur regroupe ainsi, à lui seul, près de quatre structures sur cinq indiquant une difficulté à trouver des AS.

Or c'est un secteur qui est appelé, dans les prochaines années, à connaître un très fort besoin de recrutement pour ce type de professionnels.

#### Caractérisation du poids des difficultés de recrutement rencontrées dans les secteurs d'activité employeurs d'AS

|                 | Part des établissements employant des AS qui ont des difficultés à recruter ces professionnels | Représentation de chaque secteur par rapport à l'ensemble... |  |
|-----------------|--|--|--|
|                 |  | des établissements employeurs d'AS                           | des établissements ayant des difficultés à recruter des AS |
| Sanitaire       | 8%   | 15%  | 4%   |
| Personnes âgées | <b>52%</b>   | 44%  | <b>79%</b>   |
| Handicap        | 14%  | 36%  | 18%  |
| <b>Branche</b>  | <b>29%</b>   | <b>100%</b>  | <b>100%</b>  |

Source : CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF

Exemple de lecture : 8% des établissements sanitaires qui emploient des AS ont des difficultés pour le recrutement de ces professionnels.

Ce secteur sanitaire regroupe 15% des structures qui emploient des AS dans la Branche en Aquitaine mais seulement 4% de l'ensemble de celles qui déclarent avoir des difficultés à recruter des AS.

Tous les départements ne sont pas confrontés au même degré de difficultés : la Dordogne est la plus touchée, avec 38% des établissements employeurs d'AS qui évoquent des difficultés de recrutement. Les EHPAD et les établissements pour personnes handicapées sont fortement concernés dans ce département.

Dans le Lot-et-Garonne où les difficultés apparaissent, de façon générale, un peu moins importante qu'en moyenne régionale, les EHPAD sont toutefois fortement concernés, deux tiers d'entre eux ayant du mal à trouver des AS.

#### Part des établissements employant des AS qui ont des difficultés à recruter ces professionnels suivant le département et le secteur d'activités

|                      | Tous établissements de la Branche employant des AS | Etablissements pour personnes âgées | Etablissements pour personnes handicapées |
|----------------------|--|-------------------------------------|---|
| Dordogne             | <b>38 %</b>  | <b>73 %</b>                         | <b>33 %</b>                               |
| Gironde              | 30 %   | 59 %                                | 11 %                                      |
| Landes               | 19 %   | 60 %                                | 0 %                                       |
| Lot-et-Garonne       | 26 %   | 67 %                                | 11 %                                      |
| Pyrénées-Atlantiques | 31 %   | 39 %                                | 14 %                                      |
| <b>Aquitaine</b>     | <b>29 %</b>  | <b>52 %</b>                         | <b>14 %</b>                               |

Source : CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF

Les pôles urbains de 30 000 habitants et plus ont moins de difficultés à réaliser les recrutements d'AS que les autres territoires urbains et que les territoires ruraux.

Globalement, ce sont les "autres espaces urbains" où les difficultés sont les plus importantes, touchant 38% des structures dans ces zones et jusqu'à deux EHPAD sur trois.

En milieu rural, plus d'un tiers des structures (et près de la moitié des maisons de retraite) sont confrontées à la problématique du recrutement d'AS. Et ce sont ces territoires, qui regroupent plus du tiers des établissements pour personnes handicapées où les difficultés sont les plus importantes pour ce champ d'activité.

### Part des établissements employant des AS qui ont des difficultés à recruter ces professionnels suivant le territoire et le secteur d'activités

|                                      | Tous établissements | Etablissements pour personnes âgées | Etablissements pour personnes handicapées |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---|
| Pôle urbain de 30 000 habitants et + | 20 %                | 48 %                                | 5 %                                       |
| Autres espaces à dominante urbaine   | 38 %                | 66 %                                | 17 %                                      |
| Espace à dominante rurale            | 34 %                | 48 %                                | 22 %                                      |
| <b>Aquitaine</b>                     | <b>29 %</b>         | <b>52 %</b>                         | <b>14 %</b>                               |

Source : CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Enquête Emploi 2007 d'UNIFAF

→ Les entretiens réalisés auprès de directeurs d'établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires de la Branche privée à but non lucratif en Aquitaine ont montré que le **recrutement d'AS apparaît la plupart du temps ne pas poser de problème majeur**. Cela peut même être le cas dans une structure qui a eu beaucoup de mal à trouver d'autres types de professionnels, ce qui témoigne d'une attractivité peut-être pas forcément très importante<sup>17</sup>.

En outre, il semble même que la situation s'est améliorée dans les deux dernières années, au moins pour un EHPAD qui constate une nette augmentation des candidats se présentant à ses offres d'emploi, ce qui conduit le directeur à penser qu'il y a eu « plus d'entrées dans les écoles » de formation.

Il n'en reste pas moins qu'il existe des inégalités territoriales et des secteurs où les difficultés sont plus importantes. Par exemple :

- un EHPAD de l'Entre-Deux-Mers « *rencontre de réelles difficultés de recrutement* », « *du fait de l'éloignement géographique et d'un bassin d'emploi défavorable* », alors qu'un autre EHPAD du même organisme gestionnaire, situé sur le Bassin d'Arcachon, « *ne rencontre pas ce type de problème* ».
- l'EHPAD implanté dans une station thermale et touristique des Pyrénées-Atlantiques, à une demi-heure de la Côte Basque, indique avoir une situation géographique privilégiée. Par contre, plus dans les terres et en milieu rural, une polyclinique ne reçoit que peu de candidatures lorsqu'elle cherche à recruter<sup>18</sup>, alors même qu'elle n'a pas de concurrence directe dans son secteur d'activité dans les alentours.

La **proximité des lieux de formation** est un facteur potentiel d'amélioration de la disponibilité des professionnels pour répondre aux offres d'emplois qui peuvent émaner des établissements. Ainsi, tous les élèves sortant de l'IFAS de Marmande trouvent un emploi à proximité. Sur la CUB, d'autres éléments que la présence d'IFAS facilitent le recrutement (attractivité propre aux grandes agglomérations notamment). Un établissement pour enfants handicapés constate tout de même que l'ouverture de poste apporte surtout des candidatures de diplômés sortant juste de formation.

Par ailleurs, la polyclinique du Pays-Basque déjà évoquée est située dans la même commune qu'un IFAS mais elle recrute peu d'AS et n'a donc pas une vision précise du degré de

<sup>17</sup> La nécessité de recruter une IDE a conduit à « *1 an et demi de galère* » (alors même que l'établissement reçoit beaucoup de stagiaires d'IFSI). Quant à un kinésithérapeute, le dernier, après 3 mois d'essai, a choisi de prendre un mi-temps en libéral pour l'aspect financier et sa proposition de continuer sous ce statut dans la structure s'est avérée impossible pour ce même aspect...

<sup>18</sup> Le problème ne se pose pas en priorité pour les AS dont les besoins de recrutement sont peu élevés dans la structure, mais pour les médecins et infirmiers.

difficulté qui peut exister sur son secteur géographique. Il apparaît à son directeur que les EHPAD qui y sont implantés contribuent fortement à l'embauche des nouveaux diplômés. Une autre caractéristique des centres de formation qui a un effet très visible sur le degré de difficulté de recrutement, c'est la « *grande saisonnalité* » de leur fonctionnement, « *liée aux dates de sortie des diplômés (toutes les écoles sortent aux mêmes dates), il faut ensuite attendre la promotion suivante* »<sup>19</sup>.

### → Les remplacements

Pouvoir remplacer un salarié absent est souvent source de difficultés importantes. Il est, la plupart du temps, nécessaire de trouver un candidat dans de brefs délais, voire « *dans l'urgence* », en lui proposant un contrat court, éventuellement à temps partiel, autant d'éléments qui rendent la tâche compliquée.

Dans certaines structures, beaucoup de candidatures spontanées permettent d'assurer les remplacements nécessaires.

Sur la CUB, un établissement pour enfants polyhandicapés remarque que les remplacements sont une nécessité « *pratiquement toutes les semaines* », ne serait-ce qu'à cause des formations suivies par le personnel et des RTT. Pour autant, il n'y a, dans cette structure, pas de difficulté particulière à trouver des professionnels. Dans le cas des absences de courte durée, le choix est fait de faire appel aux entreprises d'intérim, ce qui évite « *un contrat à établir avec un nouveau professionnel* ».

L'élément problématique est plutôt l'absence de budget prévu pour ces contrats de remplacement.

En tout cas, le directeur de la structure attire l'attention sur le fait qu'il ne s'agit pas d'*absentéisme*<sup>20</sup> comme il l'entend parfois évoqué par les professionnels, mais bien d'absences pour des raisons diverses, souvent même professionnelles (formation, congés, RTT).

Pour un EHPAD de l'Entre-Deux-Mers aussi, l'intérim est une ressource ponctuelle, mais moins pour les AS que pour les IDE dont le recrutement est plus compliqué. Dans un secteur plus attractif, près de la Côte Basque, l'EHPAD interrogé n'utilise par contre l'intérim « *qu'en dernier recours, du fait du coût élevé et de l'absence de stabilité : les personnes peuvent être différentes chaque jour, ce qui implique de renouveler la présentation de l'établissement et des tâches particulières qui doivent être réalisées* ». Quant à un EHPAD de grande taille sur la CUB, il met en place d'autres solutions (un « *pool* » de remplaçantes notamment, comme cela sera évoqué plus loin) et n'utilise pas ces entreprises spécialisées.

Source de difficultés, les remplacements sont également l'occasion de connaître des professionnels, d'évaluer leurs compétences et de pouvoir ainsi envisager de pourvoir des postes à plus long terme.

---

<sup>19</sup> Ce n'est toutefois pas une règle absolue comme le stipule l'*Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant* : « *La rentrée dans les instituts de formation a lieu la première semaine du mois de septembre. Cependant, après accord du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, un institut peut, à titre dérogatoire, en fonction des besoins de santé recensés au niveau local, effectuer une rentrée la première semaine du mois de janvier. Un même institut de formation peut organiser à la fois une rentrée en septembre et une rentrée en janvier* ». Ainsi, à l'IFAS bordelais dont nous avons rencontré la responsable de la formation et un groupe d'étudiantes, la rentrée s'était déroulée en janvier.

<sup>20</sup> Au sens d'un « *manque habituel ou systématique d'assiduité à son lieu de travail* ».

## → Une évolution des candidats aux emplois proposés ces dernières années

Les attentes des candidats rencontrés pour les postes à pourvoir semblent avoir évolué ces dernières années, de même que leurs qualités et compétences en général. Ainsi, en EHPAD, « *les jeunes recrues posent surtout des questions relatives aux conditions de travail, pour leur confort de vie privée (convention collective, plannings, travail en coupures ou le week-end), et choisissent leur poste en fonction. L'hôpital est très prisé pour le confort de vie qu'il procure. Avant, les questions tournaient plus autour du contenu du travail, c'était un réel choix de travailler en maison de retraite* ». Même lorsque « *l'ambiance est bonne, le sourire là, ainsi que le respect mutuel et l'entraide* », « *cela ne semble plus des critères suffisants pour retenir les AS en poste (la convention collective prime). De plus en plus, on fait ce métier par défaut, parce qu'il y a de l'emploi* ».

Cette influence du marché du travail de ces dernières années et des attentes actuelles en matière de qualité de vie rejoint, par certains côtés, ce que peut observer l'IFAS bordelais interrogé : son rôle nouveau d'insertion professionnelle ainsi que la nécessité d'essayer de repérer, à travers les sélections, les candidats dont la motivation serait uniquement économique sans réelle prise de conscience des difficultés du métier d'aide-soignant.

Ainsi, le recrutement des AS peut conduire à des situations particulières, comme dans un EHPAD où « *les nouvelles embauchées AS sont des IDE en fin de carrière, qui veulent être un peu tranquilles, qui ne veulent plus de tracasseries dans les domaines de la technicité et administratif ou des AS qui sont arrivées là par hasard, par dépit, et qui restent parce qu'elles aiment ça. Un lien se crée avec certaines personnes, elles sont attachées à leurs résidents, leur pavillon* ».

Devant la concurrence qui existe entre structures pour le recrutement d'AS, un établissement du secteur du handicap indique ne pas être trop exigeant au niveau de ses critères de recrutement. L'attention est portée sur les **motivations** et le **parcours** des candidats, qui doivent être compatibles avec la prise en charge de personnes lourdement handicapées. Outre la forte féminisation, les candidatures reçues ont aussi la particularité de rarement émaner du secteur sanitaire. Ce secteur semble être en mesure, en plus d'attirer les professionnels, de leur offrir un cadre d'exercice leur donnant l'envie de rester.

## 5.2 Politique de recrutement : le choix de la qualification des personnels soignants

Les AS et les AMP notamment, on l'a vu, réalisent souvent des tâches comparables malgré une formation et une spécialisation différentes. Pour certains établissements, la recherche d'un équilibre motive le choix entre AS et AMP. Ainsi, un établissement pour **adultes handicapés**, a, au moment de sa création, choisi de recruter uniquement des AMP et pas d'AS. Ensuite, au fil des départs de l'établissement, ces professionnels ont été remplacés par des AS. L'établissement compte poursuivre ce rééquilibrage, qui permettra de répondre aux besoins de soins de plus en plus importants, notamment du fait du vieillissement des usagers. Par ailleurs, les AS devraient permettre de faciliter le lien avec les infirmières.

On retrouve cette volonté de mixité professionnelle dans plusieurs établissements du secteur du handicap qui étaient, auparavant, « tout médical » ou « tout éducatif ».

La concurrence entre professionnels de formation différente peut également mettre en scène les IDE aux côtés des AS. On évoque souvent l'intérêt des AS pour des raisons économiques, avec le risque et la crainte, notamment dans la profession d'infirmier, d'une **déqualification**

**des métiers**<sup>21</sup>. Mais, les différences professionnelles peuvent être également mises à profit et la directrice d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD) indique qu'elle préfère maintenant recruter des infirmières plutôt que des AS, malgré le coût plus élevé, du fait que les IDE « *sont capables de faire des soins techniques à domicile* ».

→ **Les « faisant fonction »**

A travers **l'Enquête Emploi 2007**, le nombre de salariés exerçant les fonctions d'aide-soignant et « *devant acquérir une qualification (diplôme, titre,...) requise pour l'emploi occupé* » se limite à une dizaine sur la région, ce qui représente 0,4% du nombre d'AS. Toutes exercent dans des établissements pour personnes âgées en Gironde.

Plusieurs situations existent, avec des structures :

- qui n'ont **pas de faisant fonction**, qu'il s'agisse du « *choix de recruter des diplômés, pour la sécurité* » ou d'une évolution qui a conduit à régler toutes les situations de ce type. Dans ce dernier cas, on trouve un EHPAD de taille importante sur la CUB, dans lequel on rappelle qu'il y a une dizaine d'années, l'organisation était moins sectorisée : « *le nursing pouvait être fait par des agents de service* » tandis qu'il est maintenant réalisé par des AS, « *qualifiées pour* ». En 2000, les faisant fonction « *avaient été rétrogradées en fonction de leur diplôme réel. Ainsi, les faisant fonction d'AS sont redevenues agents de services et ont arrêté de faire des toilettes, ce qui a généré à l'époque de la frustration, mais a également incité certaines à se professionnaliser (tentatives de concours, ou démarche VAE)* ».
- qui n'ont pas de « faisant fonction » en CDI, mais peuvent être conduites, « **au niveau des remplacements** », à en employer ponctuellement<sup>22</sup> car « *peu d'AS qualifiées recherchent ce type de poste* » (en remplacement). Ces témoignages émanent aussi bien du secteur du handicap que d'EHPAD. Dans un EHPAD, ce phénomène est « *tout à fait exceptionnel, il ne dépasse pas la journée (un agent hôtelier ancien dans la structure et qui montre de bonnes capacités peut alors être amené à remplacer une AS)* ». Dans un autre, il peut survenir quand il s'avère impossible de remplacer un professionnel, notamment pour les nuits. Une ASH ou une auxiliaire de vie peut alors être appelée à faire fonction, mais « *c'est une décision très inconfortable* ».
- qui ont des « **faisant fonction** » en CDI, en théorie provisoirement : par exemple « *une professionnelle, présente depuis un an* » mais « *censée s'inscrire dans un parcours de VAE* » ou encore « *quelques faisant fonction qui ont pu ou peuvent occuper des postes d'AS et sont incitées à se diriger vers une formation diplômante par la VAE ou d'autres voies d'accès* ».
- qui ont des « **faisant fonction** » en poste, qui devraient rester dans cette situation pour des raisons personnelles (choix ou difficultés). Dans un EEAP<sup>23</sup>, deux personnes sont dans ce cas : « *Elles ont maintenant entre 40 et 50 ans et ont toujours refusé de se former malgré des propositions faites par la structure. Ces professionnelles, considérées comme « remarquables » occupent des postes rémunérés comme si elles étaient diplômées* ». Les établissements anciens auraient ainsi « *plus de « faisant fonction », car ils n'ont pas encore eu le temps / les moyens* ».

<sup>21</sup> Il ne s'agit pas ici de la *déqualification d'un professionnel* (passage de ce professionnel d'un emploi qualifié à un emploi non qualifié) mais de celle d'une *activité / d'un métier* (dont l'exercice peut alors être réalisé par un professionnel de qualification moindre).

<sup>22</sup> « *mais souvent ces personnes s'inscrivent dans un projet de formation* ».

<sup>23</sup> Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

*de former leur personnel* ». Dans un établissement pour adultes handicapés, deux faisant fonction exercent, mais sur des postes d'auxiliaires de vie. L'une est à 3 ans de la retraite et si « *elle a pensé à obtenir un diplôme* » (par la VAE par exemple), « *elle trouve cela trop compliqué* ». L'autre salariée est « *à une dizaine d'années de la retraite* », ce qui pourrait rendre l'obtention d'un diplôme plus pertinent, mais « *elle a peur* ». La question de l'évolution des carrières et de la VAE sera évoquée plus loin, de façon plus complète.

Dans le secteur public et les EHPAD, les faisant fonction seraient encore nombreux suivant certains interlocuteurs. « *Ainsi, les tâches d'AS sont parfois assurées par des agents de service, voire des étudiants qui n'ont aucune formation de santé...* ».

Rappelons que la situation inverse existe aussi : dans un établissement public « *toutes les secrétaires hospitalières sont des aides-soignantes (de statut et anciennement de fonction), et le passage de l'un à l'autre poste était volontaire, parfois pour des raisons familiales (horaires « de bureau » du secrétariat), parfois professionnelles. De même, l'« agent de maintenance » du service, qui s'occupe de toutes les fournitures non médicales, est aide-soignant. On notera encore que 13 des 32 brancardiers [...] sont aides-soignants* ». « *Cela peut être un vecteur de mobilité professionnelle (certes sans reconnaissance statutaire), qui permet d'abandonner un poste peu apprécié* »<sup>24</sup>.

### **5.3 Les pratiques visant à résoudre les difficultés de recrutement**

#### **→ L'attractivité des secteurs et des établissements : constats et pistes d'action sur les représentations sociales**

L'attractivité du **secteur des personnes âgées** est souvent décrite comme assez faible, malgré une convention collective jugée favorable dans le cas de la CCN51.

Les conditions d'exercice professionnel, avec la charge de travail importante, est l'explication principale pour un directeur. Pour des jeunes diplômés, les services hospitaliers offrent un cadre beaucoup plus attirant, surtout en réanimation où il y a, de plus, un « prestige » à exercer.

Par ailleurs, l'image de la personne âgée s'accorde mal avec les valeurs actuelles de la société telles que, pour le moins, les médias les présentent, valeurs qui tournent autour de la jeunesse et la beauté...

Une AS travaillant dans l'EHPAD recevant des personnes souffrant de maladies psychiatriques remarque qu'elle était parmi les rares candidates au moment de l'ouverture du poste, car « **la psychiatrie fait très peur** ». Il est dommage que cette structure ne puisse offrir aux AS en formation un cadre de stage et de découverte de son public et de ses pratiques, ce qui permettrait peut-être de susciter des vocations<sup>25</sup>. Les activités de nursing étant minimales puisque les patients sont relativement autonomes, l'EHPAD n'est pas en mesure de recevoir des stagiaires AS, « *n'ayant rien à leur enseigner* ».

---

<sup>24</sup> Jounin N. et Wolff L., 2006.- Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé. Document de travail, Série Études, n°64, octobre 2006, 129 p  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud64.pdf>

<sup>25</sup> Cette AS, par exemple, souhaitait travailler dans le secteur des personnes âgées, pour la dimension relationnelle que l'on trouve dans ce type de prise en charge, et la dimension psychiatrique a été une découverte, heureuse au demeurant.

Le **secteur sanitaire** est globalement le plus attractif... Ainsi, « *l'hôpital nous pique nos AS, parce qu'il propose plus de stabilité, et offre des possibilités de mobilité entre services très variés ; le service public a un autre avantage : il peut proposer des contrats de 6 mois aux remplaçantes, dans le privé, on remplace une personne pour un temps bien défini à l'avance...* ».

Toutefois, le secteur sanitaire n'est pas une entité monolithique et suivant, notamment, le poids des aspects relationnels dans les différents cadres d'exercice, les emplois sont plus ou moins attractifs.

Car, bien évidemment, dans le secteur sanitaire aussi, les AS mettent en avant l'importance du contact avec les patients et l'apport de ces derniers aux professionnels, source de satisfaction professionnelle qui permet de compenser les conditions difficiles (mauvaise image, maigre salaire... qui est d'ailleurs inférieur dans le privé pour un travail comparable). « *Les AS font énormément de choses, mais qui ne sont pas vues, pas valorisées, sur lesquelles elles ne reçoivent pas d'écho favorable, si ce n'est de la part des patients* ».

Ainsi, « *au bloc et surtout à la stérilisation, il est difficile de trouver des AS car c'est un poste sans contact avec le patient* ». A l'inverse, le travail en HAD est considéré comme assez attractif, du fait de « *l'activité à domicile qui permet d'avoir plus de contacts avec les patients, plus de temps à leur consacrer et de réaliser ainsi une prise en charge globale* »... et « *d'une convention collective plutôt favorable* ».

Mais l'hôpital offre aussi des avantages par rapport à l'HAD : « *une plus grande sécurité de l'emploi (pour les CDI seulement), des horaires plus stables, une possibilité de se faire assister ou remplacer qui est plus grande que quand on est seul au domicile d'un patient* ».

En outre, les établissements privés à but non lucratif sont en « *grande concurrence avec les établissements de santé à but lucratif. L'AS choisit un poste en fonction des conditions de travail, de la proximité de son domicile, du temps de travail quotidien, des week-ends travaillés, autant de critères sur lesquels les structures proposent des modalités différentes* ».

Une polyclinique (implanté en milieu rural dans les Pyrénées-Atlantiques) évoque les contacts pris auprès des écoles de formation, des hôpitaux..., d'un ensemble d'acteurs implantés dans son secteur géographique, afin de faciliter ses futurs recrutements, actions qui n'ont pas pour autant porté suffisamment leurs fruits.

Plus largement, afin d'améliorer l'image du secteur gériatrique et de réduire le poids des idées reçues, un directeur évoque l'intérêt qu'il y aurait à organiser « *une **grande campagne nationale sur le travail auprès des personnes âgées**, plutôt que sur l'aide à la personne* ». Il faudrait notamment y rappeler que, « *au-delà de la souffrance, il se passe aussi des moments intenses auprès de personnes âgées* ».

Dans un même ordre d'idées, une partie de l'équipe d'un établissement pour adultes handicapés (aide-soignant, ergothérapeute, éducateur spécialisé) va profiter d'une animation mise en place dans un lycée de Dordogne, sous la forme d'un forum des métiers de la santé, pour aller y présenter leur métier respectif et le cadre dans lequel ils l'exercent.

L'image négative qui peut exister sur le métier d'AS peut notamment être en relation avec l'image qui existe sur le contenu de l'activité professionnelle des AS, alors que « *ce n'est pas uniquement laver, donner à manger... il y a autour beaucoup de travail d'échanges, de recherche des attentes des personnes...* ».

Une généralisation de telles expériences pourrait être une piste profitable pour la situation de la Branche en général et de ses métiers en particulier.

## → L'amélioration des conditions de travail

Afin d'améliorer l'attractivité, une structure sanitaire travaille sur la constitution d'**une équipe suffisamment étoffée** : il est préférable d'avoir plusieurs médecins spécialistes par « *activité de soins* », à la fois pour assurer la continuité des soins, mais aussi pour améliorer les conditions d'exercice et donc l'attractivité au niveau du recrutement.

La constitution d'une équipe suffisamment étoffée est ainsi un facteur favorable pour l'attractivité et, par exemple, les établissements où une AS de nuit bénéficiera d'un appui (présence d'une autre AS, d'une IDE...) offriront un cadre plus sécurisant.

Par ailleurs, si le métier d'AS n'est pas très valorisé en général, il est possible, au sein de la structure, de trouver un meilleur équilibre lorsque le professionnel sent qu'il bénéficie de la confiance et de l'estime, par exemple de l'infirmière coordinatrice qui est responsable de l'encadrement.

Dans une polyclinique, il existe un travail important autour de chaque recrutement. « *Un encadrement spécifique est mis en place : par exemple, une ASH va être suivie une semaine (doublée) et visiter tous les services, avec information sur les produits, les techniques de nettoyage en fonction des lieux et service... Cela permet une connaissance qui peut être utile pour des remplacements, des mobilités ponctuelles en fonction de la charge des services...* » et cela permet d'aider le professionnel à trouver ses marques, à s'intégrer, à passer la période forcément toujours un peu déstabilisante de découverte d'un nouveau cadre professionnel.

### **Remarques sur les démissions**

Les **démissions** sont relativement rares dans les structures enquêtées<sup>26</sup>, en ce qui concerne les AS<sup>27</sup>.

Pour deux EHPAD, la convention collective, favorable, explique cet état de fait. Pour l'un d'eux, il y a aussi l'implantation dans la CUB, des conditions de travail intéressantes du fait de l'absence de travail de nuit (qui est réservé à une équipe de nuit spécifique et donc, volontaire) et de « coupures » dans l'organisation des horaires de travail ou encore grâce à la possibilité de disposer d'un week-end sur deux. Pour le responsable des ressources humaines de cette structure, le manque de turn-over est même un regret, un grand nombre de départs en retraite de personnes très anciennes dans la structure se profilant à court terme, sur une même période, sans échelonnement de l'arrivée de nouveaux professionnels.

Dans un établissement pour enfants polyhandicapés de la CUB, les démissions sont, au contraire, fréquentes, « *mais sans lien avec l'usure professionnelle* ». Il s'agit plutôt de professionnelles suivant leur conjoint ou souhaitant se réorienter professionnellement.

C'est également le fait de suivre leurs conjoints qui explique les dernières démissions observées dans un établissement sanitaire de la CUB. Les AS seraient « *plus « fidèles » que les IDE, qui partent facilement dans le suivi à domicile, ou en libéral* ».

---

<sup>26</sup> Pour l'ensemble des métiers de la Branche, la région Aquitaine a un taux de démission inférieur au taux national (autour de 2,9% des CDI ont démissionné en 2006 en Aquitaine, contre près de 4% au niveau national). A noter que ces taux varient suivant les secteurs : par exemple, le taux de démission dans le secteur des personnes âgées est supérieur à 5,5% au niveau national.

<sup>27</sup> Parfois, d'autres professions sont par contre plus concernées : en HAD, « *nous avons eu trois démissions d'infirmières, deux sont parties en libéral pour travailler moins et gagner plus ; la troisième est retournée à l'hôpital (d'où elle venait) pour faire plus de soins et moins de toilettes* ».

## → L'amélioration des conditions de salaire

Le secteur des maisons de retraite est très dévalorisé et peu attractif, par manque de ressources financières même si le directeur d'un EHPAD rappelle que « *la convention collective [51] accorde une **prime de 11 points** pour les personnes travaillant dans le secteur de la **gériatrie*** »<sup>28</sup>... avantage qui a été étendu en 2007 aux aides-soignants « *exerçant dans les maisons d'accueil spécialisées, les centres d'hébergement et de réadaptation sociale et les foyers de vie* ».

Cet élément de motivation n'est donc plus un élément réservé au secteur des personnes âgées et ne laisse de côté que le secteur sanitaire. Il est vrai qu'il s'agit du secteur considéré comme le plus attractif de manière générale (même si pour certains professionnels, les caractéristiques de ce secteur sont justement celles qui leur font préférer le travail plus relationnel, moins technique, que l'on trouve dans le secteur des personnes dépendantes, âgées ou handicapées).

## → La réorganisation du travail

La clinique de l'agglomération bordelaise étudiée « *ne travaille pas « en coupures » (c'est apprécié), mais en journées de 7,8 heures* », tandis que 2 cliniques privées à but lucratif bordelaises « *sont en journées de 12H, ce qui est plus apprécié des AS, car elles préfèrent travailler plus longtemps, et moins souvent. Une réflexion est en cours [...] pour envisager d'évoluer en ce sens. Les AS doivent faire garder leurs enfants, et cela représente un coût important, qui entre en compte dans leurs choix. La distance et l'accessibilité du lieu de travail comptent aussi* ».

Pour les périodes de pénurie de personnel, un EHPAD indique que « *l'équipe doit se réorganiser. On met des personnes en coupure, on retravaille les plannings, on sollicite les agents (auxiliaires de vie, ASH). Cela permet à certains de se rendre compte qu'ils peuvent faire, et initier une démarche vers la VAE* ». De la même façon, un établissement sanitaire est « *parfois amené à réorganiser le travail : transfert de tâches aux AS pour soulager les IDE (ce qui concerne uniquement les tâches qui peuvent être assurées par des AS) ou, à l'inverse, si la tension est moindre chez les IDE, elles peuvent être amenées à faire des tâches d'AS. Des AS retraitées proposent leurs services, ainsi que des élèves IDE ayant validé leur première année (ce qui leur donne l'équivalence du diplôme d'AS)* ».

## → La constitution par la structure d'un « pool » de remplaçants

Disposer d'un « pool » de remplaçantes est une attente (et parfois déjà un moyen) partagée par beaucoup de structures, quand ces dernières sont confrontées fréquemment à des remplacements à mettre en œuvre.

Pour une polyclinique, cela serait notamment le moyen de limiter le recours à l'intérim, mais l'implantation rurale de la structure rend les choses compliquées.

Pour un établissement sanitaire de la CUB, la constitution d'un « *pool" interne de suppléance* » offre une solution mobilisable pour les remplacements, mais en la réservant aux « *congés maternité et arrêts de maladie longs* » : « *c'est difficile d'avoir une AS au « pied levé » pour 2 jours. Par ailleurs, il est de plus en plus difficile d'employer des AS à*

---

<sup>28</sup> Avenant n° 2007-01 du 17 janvier 2007 de la *Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951*.

Avec la valeur du point dans cette convention, cette prime représente un montant d'un peu moins de 50 euros brut par mois pour le salarié (soit autour de 37 € net / mois).

*temps partiel, car la rémunération n'est pas élevée, et il y a beaucoup de femmes seules (la profession est féminine à 90 %) : un salaire d'AS à temps partiel est insuffisant ».*

Pour un EHPAD de très grande taille (400 lits), le remplacement représente environ 90 personnes par mois (avec une centaine d'heures effectuées par chacune). L'établissement ressemble alors à « *une agence d'intérim* » : il remplace chaque absence, quels que soient le motif ou la durée, et entretient, pour cela, un « pool » d'AS remplaçantes, parmi lesquelles 60 à 70 sont très stables et interviennent régulièrement. Plusieurs d'entre elles ont d'ailleurs refusé un CDI, moins souple et moins rémunérateur. Tous les remplacements ne peuvent pas pour autant être faits aisément, particulièrement lors des périodes de congés scolaires (surtout pour ce qui est de l'été, de décembre et d'avril).

### → **La mutualisation de ressources entre structures**

Les expériences de mutualisation de moyens sont relativement nombreuses dans la Branche qui doit s'adapter à des difficultés de recrutement. Mais elles donnent des résultats variables.

Dans un établissement sanitaire, la mutualisation est ainsi vue comme « *un serpent de mer* » : on en parle, mais « *ça ne s'est jamais fait, car nous avons tous les mêmes besoins en même temps (épidémies de "gastro", de grippe, congés scolaires...).* Les ajustements se font en interne ».

Dans le secteur du handicap, la **mutualisation** apparaît ne pas faire partie de la culture professionnelle du secteur. La tentative d'un EEAP essayant de travailler avec le foyer pour adultes handicapés géré par une autre association du secteur, s'est ainsi avérée décevante. Le directeur transmettait les informations et CV nécessaires, mais sans réciprocité. Il lui apparaît donc qu'une mutualisation ne pourrait être efficace que s'il s'agissait d'une contrainte imposée aux établissements.

D'autres obstacles peuvent également s'opposer à une mutualisation : une polyclinique en secteur rural indique qu'elle a une activité spécifique sur son secteur géographique, les établissements dont l'activité est comparable étant éloignés. Elle ne pourrait guère espérer employer les IDE des EHPAD, ces dernières n'ayant « *plus forcément la capacité de travailler en clinique* ». Ainsi, la mutualisation qui « *serait profitable, est compliquée à mettre en place* ».

Il existe toutefois des expériences, surtout en EHPAD, qui fonctionnent concrètement et placent les établissements devant moins de difficultés qu'elles n'en auraient avec un fonctionnement isolé :

- L'EHPAD de 400 lits évoqué précédemment (pour son « pool » de remplaçantes), participe à un groupement d'employeurs, le GENESEMS (cf. encadré) qui « *emploie quelques salariés afin de pourvoir à des remplacements à long terme sur Bordeaux et la CUB* ». Il n'a toutefois pas encore eu à y recourir, les recrutements se faisant « *beaucoup par le "bouche à oreille"* ».
- L'EHPAD proche de la Côte Basque a également mis en place un partenariat, moins formel toutefois, avec trois autres établissements très proches géographiquement (« *nous représentons 3000 lits* »). Les structures échangent des informations lorsqu'elles recherchent des professionnels (que ce soit pour des CDD ou des CDI), en se renseignant pour voir si l'une d'entre elles n'a pas une AS qui va bientôt terminer un CDD. Quant aux recrutements conjoints, ils véhiculent leurs propres obstacles et peuvent réduire l'attractivité des conditions de travail : « *si on demande*

à un AS de travailler un week-end sur deux, et qu'une autre structure lui demande la même chose... »<sup>29</sup>.

- L'EHPAD situé au cœur du Pays-Basque a son directeur qui participe, avec 7 autres établissements de l'agglomération paloise, à une **association de directeurs** qui pourrait préfigurer un **groupement de coopération**<sup>30</sup>. **En matière de recrutement, les directeurs, qui se rencontrent chaque mois, se transmettent** des informations sur des personnes déjà reçues comme candidat (IDE récemment).

Mais ils ont également pu réaliser des achats communs, négocier des prix pour des achats propres mais commandés en plus grande quantité ou encore mettre en place des formations communes.

Ils envisagent aussi que leur groupement puisse réaliser des embauches pour un travail dans les différents EHPAD : un chauffeur pour un camion commun, un psychologue à temps plein (intervenant 1 jour sur chaque EHPAD), un art-thérapeute qui aurait un CDI à temps plein (la mutualisation permettant de ne pas proposer seulement un temps très partiel aux candidats), un IDE en CDI sur un poste de « remplaçant ».

La mutualisation est plus aisée dans le cas des **formations** et permet de réduire les coûts de transport et d'hébergement en les réalisant sur place, ce qui permet « *de vaincre les réticences de nos AS, souvent avec des enfants à charge, de partir loin de chez elles* ».

**GENESEMS : Le Groupement d'Employeurs pour de Nouveaux Emplois Sanitaires et Médico-Sociaux**

En collaboration avec le PLIE de Bordeaux, un groupement d'employeurs dans le secteur des métiers sanitaires et médico-sociaux, a vu le jour en mai 2008. Il regroupe différents établissements médicaux et des maisons de retraite. Il intervient sur 3 champs :

- ▶ la mise à disposition de personnel sur des qualifications spécifiques en temps partagé,
- ▶ un pool pour répondre aux situations d'absentéisme structurelles sur des qualifications de personnel soignant
- ▶ un système de « SAS » permettant le recrutement et la formation de personnel à des fins d'embauche définitive par l'établissement qui en ferait la demande.

[http://www.emploi-bordeaux.fr/pageEts.php?id\\_rubrique=42](http://www.emploi-bordeaux.fr/pageEts.php?id_rubrique=42)

<sup>29</sup> Un autre EHPAD s'est heurté très exactement à la même difficulté après avoir essayé avec deux autres établissements de mutualiser les offres d'emploi. Ces structures en restent donc aux échanges de CV et de recommandations sur les professionnels qu'ils sont conduits à connaître et à faire tourner les AS sur des contrats ponctuels.

<sup>30</sup> Ce groupement n'a pas encore pu trouver de cadre juridique d'organisation, en l'absence d'information obtenue auprès de la DDASS et du Conseil général.

## 6. La formation des AS

### 6.1 Données statistiques sur la formation des AS en Aquitaine

En Aquitaine, 27 centres assurent la formation conduisant au diplôme d'AS<sup>31</sup>.

Entre 2003 et 2007, plus de 5 600 diplômés sont sortis des IFAS aquitains, soit **1130 en moyenne chaque année**, avec une grande variation annuelle (de moins de 900 à plus de 1400).

Les femmes sont nettement majoritaires et même de plus en plus représentées parmi les diplômés (85% en 2003, 87% en 2005, 89% en 2007).

Le profil des élèves en IFAS a évolué ces dernières années :

- Les lycéens et étudiants en poursuite d'études sont de moins en moins représentés : pour l'année 2003, 13% des étudiants en IFAS étaient, l'année précédente, en cours d'études (secondaires ou supérieures), taux qui diminue chaque année et n'est plus, en 2007 que de 5%.

Parallèlement, les publics qui sont de plus en plus représentés sont les élèves qui étaient :

- o **en cours d'emploi** : 55,3% en 2003 **63,9%** en 2007.  
Ces emplois se répartissaient en 58% dans le secteur hospitalier et 42% dans d'autres secteurs.
- o **chômeurs** l'année d'avant : 15,7% en 2003 **21,2%** en 2007

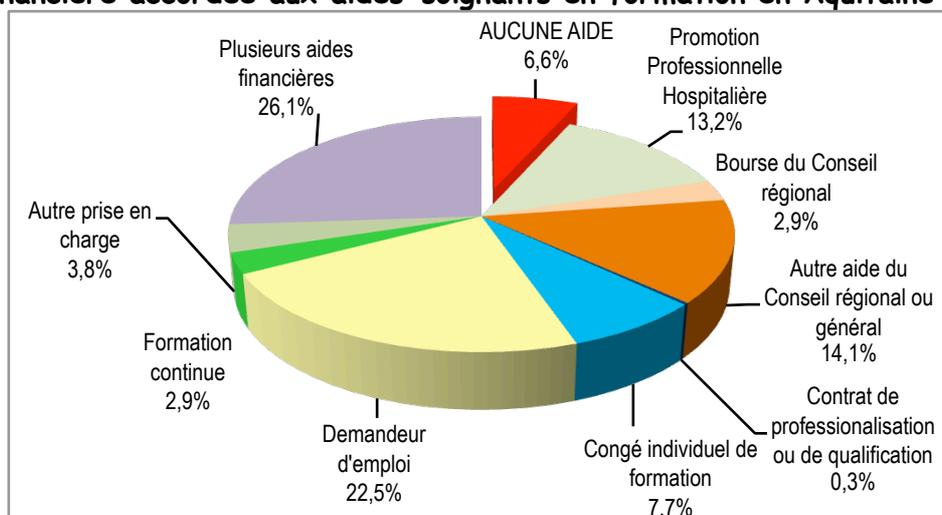
Par ailleurs, la part des élèves qui ont suivi, avant leur entrée en IFAS avec une préparation spécifique diminue aussi (6,5% en 2003, 3,1% en 2007).

En conséquence :

- les élèves sont un peu plus âgés : les 25 ans ou moins représentaient 34,2% en 2004 et 31,7% en 2007
- ce sont de plus en plus des personnes qui, l'année précédant la formation, résidaient en Aquitaine (cas de 87% des inscrits en 2003 et 2004, 90-91% en 2005 et 2006, 95% en 2007).

Selon les années, 92 à 95% des élèves bénéficient d'une **aide pour financer leur formation d'AS**.

#### Aide financière accordée aux aides-soignants en formation en Aquitaine en 2007



Source : DREES, enquête auprès des centres de formation aux professions de santé

<sup>31</sup> 4 en Dordogne, 12 en Gironde, 2 dans les Landes, 3 en Lot-et-Garonne et 6 dans le Pyrénées-Atlantiques.

## 6.2 La formation et le métier d'AS vus par les IFAS

La préparation au diplôme d'état d'aide-soignant peut se faire en suivant :

- **le cursus complet**, accessible sur concours.
- **le cursus partiel**<sup>32</sup>, ouvert
  - aux diplômés (assistantes de vie familiale, auxiliaires de vie sociale, aide à domicile, ambulanciers, auxiliaires de puériculture) bénéficiant de **passerelles** entre les diplômes, qui leur donnent une équivalence de droit à certaines UV du diplôme d'AS.
  - aux personnes qui ont entamé une **VAE** et souhaitent valider les UV complémentaires

Le profil des étudiants est assez différent suivant l'IFAS considéré :

- à l'IFAS Pierre Veaux<sup>33</sup>, Bordeaux (Gironde), 90% des élèves sont des demandeurs d'emploi (avec une moyenne d'âge autour de 37-38 ans) et le financement de la formation par le Conseil régional<sup>34</sup> a eu un effet notable sur le poids de ce public demandeur d'emploi. Les promotions récentes regroupent des élèves qui sont dans des situations personnelles assez complexes, avec « *avec des difficultés de vie, d'adaptation, de compétences...* » L'IFAS est donc conduit à mettre en place une **approche sociale** et à assumer un **rôle d'insertion professionnelle**. Avec un tel public, il faudrait dans l'équipe « *une fonction d'assistant de service social ou de conseiller en éducation sociale et familiale, comme cela existe dans les organismes de réinsertion. Sinon, c'est l'équipe pédagogique qui essaie de répondre à ces besoins* ». En outre, beaucoup de femmes en formation étant divorcées avec des enfants à charge, ce qui est difficilement compatible avec le rythme très soutenu de la formation, les absences sont nombreuses.  
*Remarque :* Cet IFAS a ouvert une formation à Lesparre qui fonctionne pour la 3<sup>ème</sup> année. La première année, 15 places ont été ouvertes, qui n'étaient pas toutes remplies, avec notamment des élèves de ce secteur préférant quand même venir étudier à Bordeaux. Cette année, la capacité est de 20 élèves et toutes les places sont occupées.
- au LEP La Morlette, Cenon (Gironde), il y aussi, dans le cursus complet, très majoritairement des demandeurs d'emploi en réorientation professionnelle, et quasiment aucun étudiant en poursuite d'études (1 seul cette année). Cet IFAS est géré et financé par le Rectorat qui voudrait n'accueillir que des élèves en formation initiale alors que la DDASS est satisfaite du public actuellement accueilli. La moyenne d'âge se situe autour de 28 ans.

---

<sup>32</sup> A noter que le nombre d'élèves suivant un parcours partiel n'est pas limité par un quota. Toutefois, il faut que l'IFAS soit en mesure d'assurer ces formations (et de mettre en place le cursus de stages adéquat) et que les candidats, qui ne sont pas toujours en cours d'emploi, puissent trouver un financement. Le Conseil régional prend en charge 10% de la capacité totale, soit à Pierre Veaux, entre 9 et 11 parcours partiels chaque année.

<sup>33</sup> Il s'agit de l'IFAS le plus important d'Aquitaine : en 2009, 122 étudiants seront présentés au diplôme.

<sup>34</sup> « *L'aide régionale prend en charge les frais pédagogiques facturés par l'école [...] pour les personnes entrant en formation dans un établissement aquitain et agréé* ».

Sont concernés

- les demandeurs d'emploi non indemnisés
- les demandeurs d'emploi indemnisés (financement en partenariat avec le Pôle Emploi),
- les jeunes en poursuite de formation initiale

Source : Conseil régional d'Aquitaine

<http://aquitaine.fr/politiques-regionales/formation-apprentissage/formation-paramedicale-et-sociale.html>

- par contre, à l'IFAS de Marmande (Lot-et-Garonne), les élèves sont pour moitié des personnes de 30-35 ans avec déjà une expérience professionnelle et pour moitié des jeunes d'environ 18 ans qui poursuivent leurs études.

Ces IFAS accueillent chaque année quelques hommes dans les promotions, de l'ordre de 3 à 5 chacun<sup>35</sup>. Cette très faible représentation suscite des remarques variées suivant les IFAS :

- c'est « *dommage car ils passent bien dans les établissements* »
- ils sont « *très demandés par les employeurs* »
- ils peuvent répondre à des demandes de profils spécifiques de la part des employeurs, par exemple pour travailler « *dans des situations où il peut y avoir de l'agressivité, du type hôpital de centre-ville* » mais ne sont, à l'inverse, « *pas bien acceptés partout, notamment pour les soins intimes* ».

### → La sélection à l'entrée des IFAS

A Bordeaux (Pierre Veaux), il y a 5 ans, une centaine de candidats très motivés se présentaient pour intégrer la formation. Ils sont maintenant 450 et il est nécessaire d'être attentif aux motivations de ces candidats et à ce qu'ils aient pris conscience des caractéristiques du travail d'aide-soignant, au-delà de l'intérêt d'une formation entièrement financée et donnant un accès à l'emploi presque certain.

Or, les dispenses d'épreuves écrites d'admissibilité sont maintenant nombreuses : elles concernent les bacheliers et les titulaires d'un diplôme professionnel...<sup>36</sup>. Pour une responsable de formation, on peut d'ailleurs, dans certains cas, s'interroger sur la pertinence d'accorder une dispense à des assistant de vie familiale... Il n'y a donc plus, pour ces candidats, « *l'occasion de tester les difficultés de rapport à l'écrit et en situation professionnelle cela peut s'avérer un obstacle* ». Et « *il ne reste plus qu'un entretien d'une vingtaine de minutes qui peut s'avérer insuffisant pour cerner les candidats* », leurs motivations, leurs éventuelles difficultés psychologiques qui vont rendre les cours difficiles à suivre et qui peuvent conduire à des difficultés d'intégration durant les stages, des refus de l'autorité...

Pour la responsable d'un autre IFAS, la dispense accordée aux bacheliers, « *plus à l'aise à l'oral et dans les épreuves littéraires, risque de peser sur les profils des futurs étudiants, et de faire un barrage pour les non-bacheliers, empêchés de fait d'accéder à la formation initiale d'aide-soignante* » et c'est un point sur lequel l'IFAS est « *vigilant* »... En terme d'accès à la formation, les résultats des élèves montrent la difficulté à intégrer un IFAS : « *le concours est généralement obtenu au bout de 2 à 3 passages, et les candidats présentent 3 à 4 écoles chaque fois* ».

Les élèves d'IFAS interviewées ont également une vue critique sur les dispenses d'écrit. Elles remarquent que les bases de connaissance qu'impliquent certains cours ne sont pas forcément partagées par tous leurs camarades et que c'est surtout le cas pour ceux qui ont été dispensés de l'écrit de sélection et qui n'ont donc pas été conduits à préparer cette épreuve en étudiant (ou révisant) les thèmes abordés et notamment la biologie.

<sup>35</sup> Cela correspond à environ 20% chaque année à Cenon (5 hommes sur 26 élèves en parcours complet en 2009), 10 à 15% à Marmande (38 élèves en 2009) et 3% à Bordeaux / Pierre Veaux (3 hommes pour 90 élèves en parcours complet cette année).

<sup>36</sup> En 2007, d'après les données recueillies auprès des centres de formation (enquête DREES), 49% des élèves ont le baccalauréat, un diplôme de l'enseignement supérieur ou un « *diplôme d'une profession sanitaire ou sociale* » et ont donc dû être dispensés d'épreuve écrite.

## → Les abandons en cours d'étude

Les abandons en cours de formation peuvent être également reliés à la population caractéristique de chaque IFAS et sont globalement assez rares.

Ainsi, à Marmande, les élèves sont « *toutes extrêmement motivées. Il n'y a pas d'abandon* ». La directrice se dit admirative devant leur enthousiasme et leur motivation.

A Bordeaux, il y a en général 4 ou 5 abandons par an, en plus de reports de formation demandés (dans les cas de grossesse par exemple). A Cenon, « *depuis la rentrée de septembre, on a noté deux abandons, l'un pour des raisons de santé, l'autre pour une erreur d'orientation. Les abandons définitifs sont rares, les personnes demandent plutôt un report de scolarité (mais ne reprennent jamais !)* ».

## → Les obstacles financiers

Si le financement de la formation d'AS a beaucoup évolué ces derniers temps, avec la forte implication du Conseil régional et du Pôle Emploi, l'aspect budgétaire reste pourtant un obstacle important pour les élèves qui évoquent :

- La **perte de rémunération** est un problème et les informations émanant du Pôle Emploi apparaissent assez contradictoires suivant les interlocuteurs : la prise en charge devrait se faire « *jusqu'à la fin de la formation (décembre)* »... mais des élèves ont été informées qu'elle « *prendrait fin en mai* »... ce qui les conduit à douter de pouvoir poursuivre le cursus.
- Les **frais de déplacement**, malgré les efforts d'organisation des IFAS qui tiennent compte de cette question de la distance entre domicile et lieu de stage, constituent « *une lourde charge pour suivre la formation* ».  
Les élèves interrogées étudient à l'IFAS Pierre Veaux, qui détermine les lieux de stage en fonction « *des possibilités de mobilité* » des stagiaires, on l'a vu... Ces derniers souhaiteraient que le lieu de stage soit plutôt lié au lieu de résidence, ce qui semble être le fonctionnement de l'IFAS de Marmande. Car si l'élève est « *mobile* », il doit pouvoir également supporter le coût de cette mobilité...  
Les élèves s'étonnent également que le Pôle Emploi n'ait pas pu les informer des droits dont ils bénéficient en matière de **réductions pour les transports en commun**.

## → Le programme de formation et son adaptation à la pratique des AS

Malgré la refonte de 2005, le programme comporte encore des paradoxes pour la responsable de l'IFAS Pierre Veaux :

- l'**aspect social** de la prise en charge est absent du programme alors qu'il s'agit d'une compétence très importante dans la pratique des AS.
- Le programme est surtout technique, ce qui est insuffisant. Les élèves ont, pour la plupart, de grosses **difficultés de communication**, tant écrite que verbale. Avec la réforme, un module de Communication a été mis en place (avec un volume de 35 h) qui comporte la production d'un dossier écrit, mais cela s'avère encore insuffisant

Avec un programme moins lourd, les IFAS pourraient faire des heures de **soutien** pour travailler sur les manques des élèves, ce qui répondrait à un besoin important.

La formation est exigeante et l'aide à la préparation au concours nécessaire. A Pierre Veaux, la préparation proposée représente 238 heures.

En outre, il apparaît à la responsable qu'il faudrait qu'il n'y ait qu'**un seul diplôme regroupant les formations actuelles d'AS et d'AMP**, regroupant les contenus en matière de soins et d'accompagnement psychologique, ce qui n'exclut pas la mise en place

de modules de spécialisation... La persistance de deux diplômes différents, pour des professionnels conduit à réaliser des tâches si souvent similaires et dans le même type de structures, n'a pas vraiment de raisons d'être. D'ailleurs, on l'a vu, le fonctionnement actuel conduit beaucoup de professionnels à passer le diplôme qu'ils n'ont pas (ou à l'envisager ou à être invités à le faire par leur employeur).

A Cenon, la directrice pointe la nécessité de « *développer l'adaptabilité (à une équipe, à des rythmes, à une organisation...)* » et le fait que « *cela s'apprend dès la formation !* ». Pour elle, les « *autres IFAS sont trop frileux sur ce point* ».

La directrice de Marmande indique que, depuis la réforme, « *l'organisation est différente mais **le temps manque pour mobiliser ses connaissances**. En dix mois, on aborde une grande quantité de notions, de disciplines mais souvent on survole, le temps manque* ».

Pour les élèves, le temps consacré à la théorie apparaît insuffisant (contrairement au volume des stages, à leur répartition et à leur organisation) et certains enseignements mériteraient d'être plus approfondis.

Il y a certains cours qui apparaissent très poussés, ce qui les surprend (par exemple, l'appareil respiratoire), tout en étant réalisés sur une courte durée.

Au niveau pratique, les aides techniques (telles que lève-personne, verticalisateur, déambulateur... ces outils que dans le monde du handicap on dit méconnus des AS) ont été présentés aux élèves, avec une mise en application, le tout sur une journée. Pour les élèves, intéressées par ces éléments, c'était même un peu court. Et l'une d'elles indique que, avec les stages, c'est la troisième fois qu'on lui montre le fonctionnement d'un de ces appareils et qu'elle n'en a toujours pas compris le fonctionnement...

Plus généralement, les aspects pratiques enseignés durant la formation devraient pouvoir être suivis d'un temps d'application. Cela permettrait notamment d'éviter des situations rencontrées par les stagiaires qui sont mal à l'aise pour réaliser, en situation professionnelle auprès d'un usager, certains gestes qu'elles savent ne pas maîtriser.

Cette attente d'une mise en application qui succède à la découverte de gestes, de techniques... rejoint les attentes des élèves, évoquées à l'IFAS de Cenon, pour des temps pratiques consécutifs aux stages de terrain.

Si beaucoup d'éléments font, dans la formation, l'objet de critiques, il faut rappeler que les IFAS ont toutefois une « *certaine marge de manœuvre en termes de choix pédagogiques : modalités, intervenants, partenariats...* ».

A Pierre Veaux, l'IFAS a récemment complété l'équipe d'intervenants avec un psychologue et une personne spécialisée en gériatrie.

A Cenon, l'IFAS fait « *intervenir beaucoup de professionnels de terrain* » et a « *des partenariats avec les structures employeuses (recrutement et jurys, interventions, stages)* ». « *L'aspect psychologique est abordé largement, avec un psychologue très apprécié, qui anime aussi des groupes pour les aspects psychosociaux* ».

A l'IFAS Pierre Veaux, on évoque une autre liberté d'action : « *on envisage de réduire par rapport aux 70 places autorisées, en prenant 10 élèves de moins peut-être. Cela permettrait de mieux aider les parcours partiels* ». L'objectif est d'éviter le risque d'avoir « *des professionnels diplômés mais pas assez compétents. Or, il y a en IFAS des niveaux et des [degré] d'expérience très différents* ».

Cette relative liberté peut également comporter des inconvénients : pour la responsable de Pierre Veaux, les IFAS « *fonctionnent souvent comme des écoles, comme s'ils avaient des jeunes engagés dans un parcours de formation... Or, il s'agit en fait d'un diplôme*

*professionnel, avec des professionnels qui doivent figurer dans l'équipe de formation et non pas que des permanents qui risquent au fil du temps de perdre la connaissance du terrain ».*

### → Les stages et leur cadre

*« Les stages cliniques sont organisés par les instituts de formation en collaboration avec les structures d'accueil »<sup>37</sup> : l'IFAS est en charge de trouver les lieux de stage et, à Bordeaux (Pierre Veaux) comme à Marmande, le principal critère de choix est lié à la capacité de mobilité des élèves et à la proximité par rapport à son domicile.*

Les stages s'organisent en 6 périodes de 4 semaines et la responsable de Pierre Veaux s'interroge sur la nécessité d'un tel volume. La difficulté est de trouver des stages dans les cinq catégories de structures où l'élève doit se former.

En chirurgie par exemple, il est très difficile de trouver suffisamment de stages, en raison notamment de la réduction du nombre de services. Avec ces regroupements qui sont appelés à se poursuivre et ne devraient laisser que quelques établissements spécialisés, il existe un risque que ce cadre de stage ne soit pas disponible pour tout le monde. Il faut rappeler que la chirurgie est une activité de soins dans laquelle très peu d'AS travailleront à l'issue de leur formation.

Par contre, les EHPAD sont très demandeurs. Et c'est dans ces structures, ainsi que les USLD, que se fait principalement l'insertion des diplômés dans l'emploi, ces établissements ayant un grand besoin de personnel *« habilité à faire des toilettes »*.

Le programme des enseignements n'est pas vraiment en adéquation avec cette réalité du marché de l'emploi.

Pour le conseiller en formation continue interrogé, il manque une *« formation en gérontologie (soit filière spécifique, soit complément de formation), qui permettrait aux AS qui désirent vraiment de se spécialiser dans les métiers auprès des personnes âgées d'acquérir les outils nécessaires ; cela revaloriserait également ce secteur d'emploi »*.

D'autant que, à Pierre Veaux, on remarque que *« la gériatrie est en cours de revalorisation et il faut poursuivre dans ce sens, mettre en avant l'enrichissement lié à l'intervention dans ce secteur »*.

La prise en charge de la personne handicapée est également très peu développée dans le cursus d'AS. Par contre, en terme de lieux de stages, avec les centres de réadaptation fonctionnelle, les établissements d'hébergement et de soins pour adultes handicapés (FAM, MAS), les stagiaires de Pierre Veaux, par exemple, n'ont pas plus de difficultés pour s'adapter dans ce secteur.

L'évolution d'un diplôme est un processus très lent, qui implique une remontée du terrain vers le Ministère, des réflexions... et *« une réforme n'intervient qu'environ 4 ans après, alors que la situation a déjà pu évoluer »* à nouveau.

Durant les stages, les élèves disent avoir été confrontées à un écart entre la théorie et la pratique : *« le temps disponible pour les actes ! »*. La toilette enseignée ne peut être réellement pratiquée de la même façon dans un EHPAD et les stagiaires sont parfois rappelées à l'ordre sur le nombre de toilettes qu'il leur reste à faire. Comme l'exprime un Conseiller en formation continue, *« depuis la convention tripartite, ce qu'on attend d'une AS, c'est qu'elle réalise x toilettes en un temps imparti ; on ne prend pas suffisamment en compte que l'AS est aussi auxiliaire de vie sociale. On veut cantonner l'AS aux tâches techniques, même si la dimension humaine est abordée dans les études »*.

---

<sup>37</sup> Arrêté du 22 oct. 2005 relatif au DPAS.

Par contre, en maternité, l'expérience vécue par une élève est différente, avec l'impression d'avoir le temps de s'occuper pleinement des patientes. Ce stage est décrit comme une bonne expérience, le rôle de l'AS paraissant très intéressant en maternité, même s'il n'a pas provoqué « *le déclic* »... Toutefois, l'accueil des stagiaires à l'hôpital est assez faible, il faut une bonne autonomie, la capacité à rechercher soi-même des informations...

En service de chirurgie en clinique, l'élève concerné a également réalisé un stage satisfaisant, avec une bonne intégration à l'équipe, étant même « *sollicitée par les IDE pour voir des actes même s'ils ne sont pas du ressort des AS* »

En EHPAD, les expériences ont été diverses : « fantastique » grâce notamment à l'existence d'une section Alzheimer qui correspond aux attentes professionnelles de l'intéressée ou décevant, avec des difficultés pour le travail en équipe, peu d'écoute de la part des professionnels. Les EHPAD ont pu également donner l'impression, aux élèves interrogées et à leurs camarades qui ont leur ont fait part de leur propre expérience, « *d'être un "bouche-trou"* » et conduire à travailler plus que prévu dans la convention de stage : « *l'après-midi dans certaines structures, on est en effectifs de week-end et les stagiaires réalisent le travail* ».

Dans ces structures, des stagiaires ont été confrontées à l'usure morale des professionnels, « *pouvant entraîner des réactions délicates avec certains patients* ». Pour elles, en EHPAD ou en MAS, il y a beaucoup d'aspects relationnels, « *toujours avec les mêmes personnes qui restent longtemps* » et une habitude, voire une lassitude, peuvent ainsi modifier les relations avec les usagers.

Pour la responsable de l'IFAS de Cenon, « *les étudiants aimeraient parfois être mieux encadrés. Les équipes reçoivent énormément de stagiaires, et sont parfois un peu lasses, peu disponibles. Par contre, les stagiaires ne servent pas à remplacer des postes vacants (sauf parfois en maison de retraite ?). Il n'y a quasiment pas de tutorat (5 %), alors que c'est spécifié dans le référentiel. C'est plus la structure que les IFAS qui doit le proposer, tout comme les outils d'évaluation [que l'IFAS propose effectivement] ; c'est un point qu'il faudrait débattre entre les partenaires* ».

**Dans ce même centre de formation**, le stage de fin de formation à option est décrit comme permettant « *aux étudiants de choisir le lieu où ils voudraient travailler après* ». A Bordeaux, ce fonctionnement ne semble pas réellement possible. Les élèves témoignent en effet que « *pour les stages, malgré des demandes, on peut ne pas avoir certains champs* ». Par exemple, une élève, dont le projet professionnel est de devenir auxiliaire de puériculture après son diplôme d'AS, sait déjà qu'aucun de ses stages ne se déroulera en maternité, « *alors que d'autres qui n'y tiennent pas y vont* ».

Dans un même ordre d'idées, le poids des divers secteurs et leurs besoins respectifs font que, souvent, les élèves font deux stages en gériatrie, dont le dernier stage, "optionnel", qui est pourtant décrit, rappelons-le, dans l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au DPAS, comme « *organisé en fonction du projet professionnel de l'élève en accord avec l'équipe pédagogique* ».

L'IFAS se heurte donc à la difficulté concrète d'organisation de ces stages et la responsable de Pierre Veaux a beaucoup insisté sur la complexité de ce travail, rendu plus lourd encore quand l'école accepte de prendre en plus des parcours partiels qui doivent aussi être accueillis sur le terrain<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Selon notre interlocutrice, sur les 12 IFAS girondins, seuls celui de Cenon, en plus de Pierre Veaux, prend des parcours partiels.

Il faut rappeler la taille des promotions dans cet IFAS (70 parcours complets sur le site de Bordeaux même – hors Lesparre donc – et 30 parcours partiels). A Cenon, où le stage à option est décrit comme lié aux attentes des élèves, le nombre de parcours complet est de 26 seulement.

Par ailleurs, le parcours des stages que va suivre l'élève est arrêté dès le début de l'année. Si ce n'est pas en soi un obstacle à ce que le dernier stage soit conditionné par les attentes professionnelles de l'élève, cela implique tout de même que ce dernier ait déjà déterminé ces attentes en début de cursus et qu'il n'en change pas, sous peine que le stage ne soit plus en concordance au moment où il se déroule.

### → Le cadre d'étude en IFAS

Les IFAS doivent également être attentifs à se doter des équipements techniques pour mettre les gestes techniques en pratique (comme par exemple les lavabos spécifiques que l'on retrouve dans les établissements hospitaliers).

A Pierre Veaux où des élèves ont été rencontrées, la situation est particulière, puisque les locaux actuels sont utilisés pour la première fois pour accueillir une promotion. Il y a donc encore des ajustements à réaliser, un des deux groupes étant d'ailleurs mieux loti et la rotation des salles prévue pour éviter cette inégalité n'ayant pas encore été mise en place au moment de l'entretien.

Pour autant, ces élèves ont soulevé là une remarque qui pourrait bien concerner des IFAS installés de façon plus "définitive"... et les inciter à adapter leurs locaux si nécessaire.

### → Les attentes des élèves sur leur insertion dans l'emploi

« *Les étudiants arrivent souvent avec le souhait de travailler en centre hospitalier* » à l'issue de la formation, « *ce qui évolue ensuite au fil des stages* ». Cette évolution d'une image-type du cadre d'exercice de l'AS vers un projet plus personnel et construit sur la base de plus d'éléments de connaissance montre l'importance de la découverte de cadres variés au travers des périodes de formation sur le terrain.

En milieu rural, il apparaît que le principal souhait des AS en ce qui concerne leur emploi futur est « *avant tout de rester sur place quel que soit le type d'établissement* » et, en cela, « *les AS ont des avis moins tranchés, sont moins catégoriques que les IDE, sont plus ouvertes dans leur choix* ».

Cinq étudiantes d'IFAS ont été rencontrées. Deux étaient auparavant ASH, une assistante maternelle et deux ont travaillé dans des secteurs sans lien avec le sanitaire ou le social (commerce ou encore immobilier).

Pour toutes, c'est l'aspect relationnel qui les attire et les a conduites dans cette formation<sup>39</sup>.

Elles ont des projets professionnels variés et déjà bien réfléchis, souhaitant travailler :

- en MAS,
- avec des enfants (après une poursuite d'étude en puériculture)
- à l'hôpital pour travailler en équipe (après avoir été assistante maternelle et travaillé seule)
- avec des personnes âgées atteintes de démences ou en soins palliatifs
- en psychiatrie

L'une d'entre elles envisage d'exercer d'abord en intérim pour découvrir plusieurs structures travaillant dans le champ qui l'intéresse (la prise en charge médicalisée des adultes handicapés) avant de se fixer en toute connaissance de cause.

Outre l'élève qui souhaite s'inscrire en formation d'auxiliaire de puériculture dès l'obtention de son diplôme d'AS, trois élèves savent déjà qu'elles souhaitent passer le diplôme d'AMP après celui d'AS, « *pour le côté relationnel* », mais qu'elles souhaitaient également être AS pour avoir la double compétence et connaître l'éventail des interventions (avec les toilettes, l'accompagnement dans le quotidien). En définitive, une seule indique vouloir être AS, tout simplement.

<sup>39</sup> Pour celle qui a travaillé dans l'immobilier, il y a aussi le besoin d'avoir une activité ayant une utilité sociale et apportant un service à des gens qui en ont besoin...

Plusieurs seraient intéressées par le métier d'IDE, mais c'est alors le financement des 3 années d'étude qui leur paraît compliqué<sup>40</sup>. Certaines indiquent par contre que l'exercice des IDE, tel qu'elles ont pu l'observer, ne les intéresse pas du tout : « *elles font beaucoup de paperasse, d'administratif, de transmissions... alors que les AS sont auprès des patients, les aident...* ». Outre cette question du contact privilégié des AS, il y a aussi la nature différente des soins et la relation que cela implique : « *l'arrivée d'une IDE dans la chambre d'un patient est le signe, pour lui, qu'il va subir des soins « désagréables » tandis que nous, on est là pour s'occuper de lui, l'aider à sa toilette, nous lui faisons du bien* ».

### → L'insertion dans l'emploi pour les diplômés

Les AS fraîchement diplômés n'ont en général aucune difficulté à trouver un emploi, la demande étant très forte.

Ils reçoivent en général plusieurs propositions... et cela peut être l'école qui est elle-même « *très sollicitée par les employeurs potentiels, publics et privés* ».

En outre, « *parfois les étudiants sont approchés en amont, notamment lors des stages* », qu'ils mettent également parfois à profit pour prospecter : « *ils poussent d'eux-mêmes la porte du bureau du personnel* ».

En ce qui concerne l'appui que l'IFAS peut apporter dans cette prise de fonction, à Pierre Veaux on rappelle qu'il n'y a pas de moyen pour une « *action d'accompagnement* », qui est du ressort du Pôle Emploi. Par contre, l'IFAS peut transmettre quelques informations à l'établissement en quête de professionnels ou, comme au GRETA, proposer « *quelques outils en fin de cursus (le contrat, le profil de poste, le CV) et quelques sessions prévues pour travailler le projet professionnel* ».

### → Difficultés de recrutement et attractivité des établissements

La directrice de l'IFAS de Cenon pense que, « *en cas de difficulté de recrutement, les partenariats avec une école d'AS sont une bonne chose, ainsi que l'accueil pour des stages, et la qualité de l'intégration* ». Ainsi, le Centre hospitalier spécialisé de Cadillac a une « *politique d'emploi est très aboutie : lors du stage, l'étudiant est accueilli, entouré, encadré, et à la fin, il repart avec [des informations sur] les conditions d'emploi et de rémunération* ». Dans un même ordre d'idées, « *le CHU de Bordeaux (en partenariat avec le GRETA) permet à 150 personnes par an depuis 20 ans de suivre des formations de remise à niveau, une préparation au concours et de suivre les cours d'infirmier, avec promesse d'embauche à terme...* ».

Il est vrai que ces démarches émanent de structures sanitaires importantes et qu'elles ne sont pas forcément reproductibles dans toutes les structures.

---

<sup>40</sup> La question du financement peut d'ailleurs apparaître parfois un peu oubliée dans les dispositifs mis en place. Nous citerons pour exemple une remarque du conseiller en formation continue, qui indique : « *en 2000, une loi propose aux AS avec plus de 3 années d'ancienneté de devenir infirmier sans concours, mais avec un examen de niveau par la DRASS. Cela a créé un espoir très important, mais il reste le problème du financement. Qui peut payer ces trois années de formation d'infirmier ?* ».

## → La formation continue : des risques à prendre en compte

Le conseiller du GRETA évoque le champ de la formation continue en attirant l'attention sur certains risques : les coûts de certaines formations à la mode, qui grèvent fortement les budgets des établissements ou encore les formations parfois déconnectées de la réalité du terrain, ce qui peut conduire à un sentiment de frustration puisque l'application des valeurs promues en formation ne va pas être possible...

Ainsi, « *aujourd'hui, on parle beaucoup de formations à l' « humanitude » dans les maisons de retraite ; c'est à dire accompagner le geste technique de relations humaines pour rentrer dans le schéma de communication de la personne. On va former 3 personnes sur 3 ans (pour le même budget, on pourrait former toutes les ASH à un module de gérontologie)... On peut former ces personnes, mais si on ne leur donne pas ensuite les moyens et le temps de mettre en pratique ce qu'elles ont appris, cela risque de les frustrer et de générer un ferment de burn-out... Aujourd'hui, les choix de formation semblent plus résulter de l'habileté des vendeurs que de la réflexion et des besoins réels de l'acheteur* ».

Pour un IFAS, il y a un risque dans le fait que UNIFAF mette « *en avant des thèmes prioritaires, mieux financés* », car cela se fait au détriment « *des autres besoins* », que les établissements peuvent avoir tendance à ne plus mettre en avant dans leurs besoins de formation...

## → La Validation des acquis de l'expérience

La VAE est considérée comme un **dispositif intéressant**, offrant « *une possibilité à des personnes qui font des tâches en décalage avec leur diplôme initial d'obtenir un diplôme plus en adéquation avec ce qu'elles font ou ce à quoi elles aspirent* ».

Pour les structures, elle permet des ajustements de compétences et de faire évoluer des situations de « *faisant fonction* ». « *Dans le domaine de la santé, l'employeur est parfois force de proposition, et soutient la démarche. Ainsi, pour le diplôme d'AS, c'est souvent la structure qui pousse des ASH, veilleuses de nuit... à devenir AS* ». De plus, « *la plupart des employeurs qui ont encouragé une employée à entamer une VAE acceptent de financer l'accès aux UV supplémentaires (coût de la formation et salaires pendant sa durée)* ».

Par contre, « *l'inconvénient du système est qu'il est très long à mettre en place. Entre la mise en place du livret de recevabilité, les temps de formations, la passation devant le jury... l'ensemble de la démarche peut durer 4 ans ! D'autant plus que la DRASS a été débordée de demandes, rien qu'en Lot-et-Garonne, plus de 4000 personnes ont fait la demande de VAE AS. La VAE a été créée pour accélérer la formation mais c'est un peu le contraire qui s'est passé* ».

Deux livrets doivent être constitués, à différents moments de la démarche :

→ **Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant**

**Livret de recevabilité de la demande**, qui récapitule les informations relatives au demandeur et les activités exercées en rapport direct avec le contenu de l'activité

**Livret de présentation des acquis de l'expérience**, qui décrit le parcours professionnel, les activités et formations réalisées, le projet personnel, les motivations et les expériences dans 8 domaines :

- aide et accompagnement d'une personne dans les actes de la vie quotidienne
- observation et mesure de l'état clinique d'une personne
- réalisation de soins dans un contexte médicalisé

- installation et mobilisation des personnes
- communication auprès de personnes soignées ou aidées
- entretien des locaux et du matériel
- recherche et transmission d'informations pour assurer la continuité des soins
- organisation du travail du demandeur au sein d'une équipe

Si la démarche est longue et complexe pour les salariés, l'IFAS de Marmande indique que c'est aussi « *assez lourd à suivre pour les formateurs qui doivent adapter leur enseignement et leur pédagogie par rapport aux autres élèves. Mais les personnes qui s'engagent dans cette voie sont très motivées, impliqués, prêtes à fournir beaucoup de travail personnel. Parmi elles souvent des personnes titulaires du diplôme d'ASH ou de DEAVS* ».

« *Beaucoup de candidats viennent de maisons de retraite, ce qui est une difficulté supplémentaire pour ces personnes, car **le référentiel s'appuie plus sur le métier d'AS à l'hôpital*** ». C'est également le cas pour les nombreuses personnes travaillant dans des structures d'aide à domicile.

« *Pour ces personnes, le jury ne valide pas le cursus complet. Il manque notamment les modules "Connaissance des maladies" et "Hygiène hospitalière" », « qui sont centrés sur des fonctions hospitalières, fort éloignées de ce que vivent ces AS au quotidien ».*

Les jurys d'AS sont constitués de représentants des DRASS, de soignants (IDE, AS), de responsables d'écoles de santé (« *bien décidés à ne pas brader le diplôme, et qui nient la possibilité d'exercer si on [n'en est pas titulaire]*»), et de représentants d'institutions (hôpitaux, cliniques, maisons de retraites...).

Or, il n'existe pas de crédits pour financer la présence des membres du jury et leur travail de préparation. Il est difficile de constituer un jury de professionnels et on prend parfois des gens qui n'ont pas forcément pris toute la mesure de leur rôle et ne sont pas toujours compétents pour l'exercer.

D'après le Conseiller en formation continue du GRETA, « *les statistiques de la VAE donnent :*

- *15 à 25 % de validation totale*
- *15 à 25 % aucune validation*
- *le reste correspond aux validations partielles ».*

A Marmande, le plus souvent, 1 des 8 modules seulement est validé.

A Pierre Veaux, on estime qu'il n'y a « *même pas 10% de diplômes au premier coup. Au mieux, 4 validations sur 8 et 5 ans pour le faire... mais **ensuite il peut manquer une école pour suivre les modules qui restent !*** », puisque, on l'a vu, peu nombreuses sont celles qui prennent des parcours partiels.

Les résultats obtenus par un candidat ne paraissent pas toujours liés à ses seules compétences et expériences, dans la mesure où « *certaines jurys refusent de valider le moindre module* » (« *ainsi, les deux premières « faisant fonction AS » de [...] la plus grosse maison de retraite de Gironde, n'ont obtenu aucun module, ce qui est complètement décourageant pour les candidats, et pour la structure en général* »), « *tandis que d'autres valident tout* »...

Les candidats à la VAE doivent tous suivre un module de formation obligatoire, qui est « *une formation "accélérée" de 70 H à suivre en 4 semaines maximum* ».

Et « *les candidats qui ont constitué le livret 1, puis le livret 2, et suivi le module de formation obligatoire, qui ont été poussés et financés par leur employeur, et qui échouent, sont triplement pénalisés :*

- *ils sont déçus*

- ils déçoivent leur employeur
- ils doivent valider les modules manquants (ce qui a un coût en argent et en temps) ».

Pour la responsable de l'IFAS Pierre Veaux, la VAE est clairement un « **dispositif très intéressant... mais pas pour les AS** ».

Pour ces professionnels, c'est une voie trop compliquée. La constitution des livrets est déjà une étape qui provoque beaucoup d'abandons par **manque d'aide** et, souvent, du fait de difficultés à manier l'écrit.

Un élément paradoxal est d'ailleurs signalé par notre interlocutrice, qui a pu vérifier, notamment en discutant avec des représentants d'un OPCA (*branche professionnelle des établissements privés sanitaires, sociaux et médico-sociaux à statut commercial*), qu'il n'y a pas de possibilité d'obtenir des informations et de discuter sur les difficultés, les échecs... alors que la VAE représente « *un financement important* ».

### → Perspectives et pistes d'action

La vision que les responsables d'IFAS ont de l'avenir diffère : tandis que l'une indique que « *les perspectives sont inquiétantes avec, d'ici 2012-2015, 50% des AS en activité qui vont partir à la retraite* », une autre s'interroge : « *à l'heure actuelle, il manque d'AS sur le marché, mais pour combien de temps ?* »...

L'implantation différente entre ces deux IFAS explique certainement cette divergence : si en milieu rural le vieillissement des salariés peut sembler être un facteur de tension important et préfigurer un manque de professionnels, par contre, dans la CUB, les AS nouvellement formées paraissent très nombreuses et la prudence peut conduire à ne pas considérer les besoins futurs comme parfaitement déterminés.

Pour le conseiller en formation continue, il y a 3 « *actions prioritaires à mettre en œuvre* » dans les établissements :

- **inclure la VAE dans la GPEC** : « *il faut réfléchir en amont de la VAE et prendre en compte le fait qu'il faudra envisager des formations complémentaires* » et s'interroger
- « *sur la pertinence d'une formation en gérontologie plus globale, qui intéresse tout le monde, de la secrétaire à la directrice, en passant par les ASH, AS, IDE, cadres...* »
- « *d'avantage [qu'à l'heure actuelle] sur l'acte d'achat de formation dans une perspective pluriannuelle* ». Il indique que « *trop d'argent est dépensé dans les formations obligatoires (ex : extincteurs)* ».

A l'IFAS de Cenon, l'attention est attirée sur la nécessité, tant dans la formation initiale que dans les parcours partiels, de « **développer la fonction conseil en amont des formations**, afin d'éviter les erreurs d'orientations, qui se soldent par des AS en poste non motivées », si ce n'est pas le fait d'avoir un CDI. « *Le GRETA travaille à cela lors des sélections, en faisant intervenir des professionnels impliqués dans les partenariats. Mais il reste un risque de se tromper* », on l'a vu, un entretien de 20 minutes ne permettant pas toujours une bonne appréciation des caractéristiques du candidat.

« *Il faudrait pouvoir mieux valider le projet des gens, surtout pour les formations partielles. Ainsi, une aide à domicile voulant devenir AS ne mesure pas l'énorme différence entre les deux postes (contexte de travail), et tombe parfois de haut quand elle est confrontée à la réalité du terrain...* ». Pour cela, la directrice travaille avec des structures d'aide à domicile, afin de recevoir les candidats et de les aider dans leur projet professionnel.

Enfin, il faut rappeler l'importance de l'information, dans des champs aussi complexes que ceux de la formation, d'une part, et de l'action sanitaire et sociale, d'autre part.

L'occasion en est donnée par les remarques d'une élève d'IFAS, qui indique qu'elle a cherché, sans résultat, des informations sur le site web de la DRASS : quel est réellement le rôle de la DRASS dans les formations ? qu'en est-il de la formation d'AS, ses modules... ? ce champ lui est apparu incomplet et mal expliqué.

### 6.3 Le point de vue des différents professionnels sur la formation des AS

#### □ La formation initiale

Les AS exerçant dans le champ du handicap estiment que leur formation de base n'a que peu abordé les questions liées au handicap et qu'elle est avant tout centrée sur le soin dans un cadre hospitalier : « *L'aspect psychologique manque dans cette formation, y compris pour observer dans le sanitaire, la personne est uniquement prise en compte à travers son problème de santé et pas suffisamment écoutée* ».

Dans le cadre de la prise en charge de personnes polyhandicapées, il apparaît que le travail n'est pas facile pour une AS qui n'aurait pas une compétence additionnelle d'AMP, la polyvalence étant nécessaire. Il pourrait donc y avoir un intérêt particulier à créer un complément de formation aux AS, un module « AMP », qui offrirait une double compétence, permettant de mieux s'adapter au vieillissement du public des établissements et aux glissements de tâches inévitables qui vont intervenir entre AS et AMP du fait des réductions budgétaires et donc des postes de soignants.

Travaillant aux côtés des AMP, les AS les jugent pertinents dans l'approche du handicap, en particulier mental et certains suggèrent que puisse être intégré à leur formation initiale un « **programme AMP allégé** ».

Les AS travaillant dans le secteur des personnes âgées considèrent que leur formation est bien adaptée à l'exercice de leur métier mais y voient aussi des lacunes notamment sur les pathologies psychiatriques touchant les personnes âgées et qui sont de plus en plus fréquentes parmi le public des EHPAD.

Les AS du secteur sanitaire sont ceux qui expriment le moins de réserves mais regrettent néanmoins le décalage constaté entre la formation et la réalité du terrain en terme de temps qu'il est possible de consacrer à chaque personne, pour les toilettes par exemple ce qui nuit à la qualité des interventions et réduit au minimum le temps relationnel.

Ces derniers, comme les autres, évoquent parfois le récent changement dans la formation dont la durée a été réduite de 2 mois<sup>41</sup>, ce qui semble peu propice à des approfondissements.

Globalement, les directeurs font les mêmes constats que les AS au niveau des manques dans la formation initiale et ceci apparaît de façon plus marquée dans le secteur des personnes âgées. Les AS sortant de formation connaissent assez peu le public constitué par les personnes âgées : incontinence, pathologies neurologiques ou mentales... En outre, selon eux, la formation est « *hospitalière. Il manque un volet sur le projet de soin et le projet de vie en maison de retraite* » et les EHPAD n'occupent pas une place suffisante dans les lieux de stage. Un directeur évoque l'idée « *d'envisager une qualification différente, spécifique à ce secteur et à ce métier. Cela pourrait prendre la forme de filières spécialisées : AS sanitaire / AS gérontologie, quitte à prévoir des UV supplémentaires pour accéder au secteur sanitaire avec le diplôme en gérontologie et vice-versa* »...

---

<sup>41</sup> Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant

Par ailleurs, dans le secteur du handicap, on retrouve l'idée, évoquée par des AS, de l'intérêt d'une double compétence AS / AMP et d'encourager la formation des AMP du secteur au métier d'AS.

Néanmoins, les limites repérées par des directeurs ne constituent pas pour eux un obstacle rédhibitoire à l'opérationnalité de ces professionnels et le **recours à la formation continue est fréquent pour apporter les compléments nécessaires** (ce qui sera développé au paragraphe suivant).

Au-delà des contenus de formation, une question apparaît en particulier dans le secteur des personnes âgées : celle de la sélection des AS en amont de leur entrée en formation. Les directeurs estiment ainsi que les organismes de formation devraient être particulièrement vigilants, lors des recrutements, à la motivation des élèves « *Il faudrait qu'on leur explique mieux ce qu'est ce métier : horaires décalés, travail le week-end, la nuit, les difficultés inhérentes au cœur du métier : être confronté à la mort, à la souffrance, à la déchéance humaine, penser à ses propres parents bientôt confrontés à cela...* ».

Enfin, les directeurs, comme les AS, **regrettent que la durée de la formation ait diminué** car la création d'un module spécifique optionnel dans la formation initiale serait très utile pour aborder de façon plus approfondie certains aspects du métier plus spécifiques en fonction des publics ou de secteurs d'activité.

## □ La formation continue

Dans tous les secteurs, les AS se **déclarent intéressés par la formation continue** et identifient de nombreux thèmes autour desquels ils voudraient améliorer leur savoir-faire ou approfondir leurs connaissances.

La plupart d'entre eux ont participé à des colloques, des formations intra-muros ou en externe au cours des 3 dernières années. Toutefois, quelques-uns n'ont pas pu y accéder, faute de budgets suffisants ou de propositions répondant à leurs besoins en interne.

Ces formations sont en général très appréciées et les AS interrogées se disent très demandeurs (mais constatent parfois que certains de leurs collègues AS n'en suivent jamais).

Sont également appréciés dans ces formations, les échanges avec les autres AS, voire d'autres professionnels et les témoignages que peuvent apporter des familles dans le champ du handicap par exemple. Les AS disent également faire des retours dans leur service à l'issue de ces formations sur ce qu'ils ont appris pour en faire bénéficier leurs collègues.

De leur côté, les directeurs se déclarent très attentifs à la formation de leur personnel pour dynamiser les équipes et leur permettre de prendre du recul. De plus, le public, ses besoins, les méthodes d'intervention, la législation évoluent et « *le personnel est obligé de s'adapter, ceux qui viennent de démarrer comme ceux qui ont 20 ans de métier* ».

Parfois, ces directeurs notent qu'il peut être difficile de mobiliser certains AS qui manquent de confiance en eux et qui « *ne paraissent pas vraiment motivés pour évoluer* ». Il faut donc les rassurer, les encourager et aussi privilégier les formations qui ne sont pas trop loin. **La distance du lieu de formation** est un critère important de sélection pour éviter des coûts additionnels importants, ce qui peut limiter le choix et conduire à exclure des formations pourtant intéressantes.

Au-delà des frais de déplacement, **le manque de moyens pour former les équipes**, en particulier dans les établissements pour personnes âgées, est jugé assez préoccupant. Le budget du plan de formation vient en concurrence avec d'autres postes, les remplacements par exemple. Ce manque de crédits est ainsi dénoncé : « *la bien-traitance est mise en avant*

*par les politiques mais existe-t-il des moyens pour assurer une formation cohérente derrière cela ? »*

Au bout du compte, des directeurs constatent que cet état de fait conduit à des situations paradoxales où des formations à contenu très intéressant ne sont pas faites par manque de moyens et que, dans le même temps, des formations sont faites parce qu'attrayantes financièrement mais qui s'avèrent finalement peu intéressantes.

Parmi les thématiques déjà abordées ou souhaitées, tant par les AS que par les directeurs (qui semblent se rejoindre globalement sur leur identification), peuvent être citées :

⇒ Dans le champ handicap :

- les aspects relationnels et psychologiques
- le croisement entre soins et polyhandicap
- le travail en équipe
- les relations avec les familles
- les actes de la vie quotidienne : alimentation/déglutition, hygiène, techniques d'habillage...
- la prévention de la maltraitance
- la sexualité
- les gestes techniques d'urgence, la sécurité
- la manutention, l'ergonomie...
- le vieillissement des personnes handicapées
- parfois, des techniques plus pointues comme l'audiothérapie
- les valeurs, le projet de service, le projet individuel

⇒ Dans le champ des personnes âgées :

- les pathologies liées à l'âge : maladie d'Alzheimer et troubles du comportement, maladie de Parkinson, démence vasculaire et dégénérative...
- la communication non verbale, toucher/massage
- diverses techniques : prise en charge de l'incontinence, pansements, verticalisateurs, défibrillateur
- les soins palliatifs, la fin de vie, le soutien des familles
- comme dans le champ du handicap, les manutentions et l'ergonomie, prévention de la maltraitance
- l'usure professionnelle, stress
- la formation informatique pour faciliter les transmissions d'information<sup>42</sup>

⇒ Dans le champ sanitaire, on retrouve en partie les mêmes thématiques que dans le champ des personnes âgées auxquelles s'ajoutent :

- des sujets plus spécifiquement hospitaliers : infections nosocomiales, hémovigilance, pharmacologie, suivi du diabète, annonce d'une maladie grave...
- éducation thérapeutique / santé publique
- certains aspects juridiques...

Dans ce champ sanitaire, certains AS expriment le regret qu'il n'y ait pas de formations réellement professionnalisantes qui leur soient spécifiquement destinées (après plusieurs années d'expériences) et que les formations internes ne sont pas toujours suffisantes pour leur permettre d'être « *opérationnels dans toutes les situations* ».

Par ailleurs, pour les AS entrés en activité depuis assez longtemps, un directeur évoque une nécessaire remise à jour des connaissances à travers une formation continue

---

<sup>42</sup> A titre anecdotique, signalons que l'AS concernée indique que, toutes ses collègues n'ayant pas été formées, les transmissions continuent de se faire par écrit...

« réactualisation des fonctions d'AS », formation qu'il n'a pas toutefois encore expérimentée mais qu'il lui paraît intéressante.

## □ La validation des acquis de l'expérience

La VAE fait l'objet de **représentations assez négatives** de la part des AS. Elle est considérée comme une entreprise quasiment insurmontable, demandant une énergie sans faille : « Une AMP a fait une VAE à 50 ans. Elle a eu du mal. A la fin, elle pensait qu'elle n'allait jamais la passer... » ou n'aboutissant qu'à un diplôme dévalorisé « celles qui vont au bout de la démarche ont du mérite. Pourtant, elles sont mal vues quand elles arrivent en poste » .

En outre, des informations erronées semblent circuler : « On dit que la VAE ne sera bientôt plus possible... » ou encore « la VAE, ça ne me concerne pas, tant qu'on ne pourra pas faire de VAE d'infirmière... ».

Toutefois, des expériences de VAE réussies sont quand même citées, facilitées notamment par le fait de déjà posséder un diplôme au départ de la démarche : « une AMP est devenue AS, elle a eu 3 modules à passer, c'était simple et rapide ».

Les personnes faisant fonction d'AS ont été incitées à acquérir une qualification via la VAE mais cela n'est pas vraiment ressenti comme nécessaire : « on a peut-être quelques lacunes mais je pense qu'on a autant de compétences que quelqu'un qui a suivi la formation, je n'ai plus rien à prouver »<sup>43</sup> ou alors c'est une autre qualification qui paraît plus attractive : « J'envisage de redémarrer une VAE... plutôt vers auxiliaire de puériculture ». La motivation de cette personne vient plus d'une **crainte d'un manque de reconnaissance** que d'un réel besoin de qualification : « Ce qui me gêne le plus, c'est le regard des autres : il y en a qui nous font sentir que nous n'avons pas le diplôme... ».

Par contre, s'engager dans cette démarche n'est pas sans risque en terme d'image et de reconnaissance au sein de l'établissement : dans le cas d'un « faisant fonction » qui a échoué à obtenir son diplôme par la VAE, alors qu'il était tout à fait intégré et considéré pour ses compétences par ses collègues, son échec a modifié les représentations des autres professionnels et a été pris comme le signe qu'il n'avait en réalité pas la compétence requise pour occuper son poste.

Pour les directeurs du champ du handicap, la VAE est considérée comme une procédure intéressante mais qui est très longue à mettre en place. Elle demande une motivation et une autonomie importante. Pour la VAE AS, il semble impossible de réussir les 8 modules du premier coup, ce qui risque d'entraîner le découragement des candidats. Toutefois, si au départ les personnes sont déterminées et bien prévenues de la lourdeur de la démarche, les résultats sont positifs « la VAE n'a pas posé de problème aux personnes l'ayant entreprise, pas de retour négatif ni de plainte particulière », d'où l'importance de la préparation et de l'accompagnement des candidats.

Certains signalent parfois des exigences insuffisantes dans les premiers temps dans l'attribution d'un diplôme par la VAE, notamment ME vers ES, mais ce problème ne semble plus persister à l'heure actuelle (ceci peut contribuer à expliquer le ressenti des AS sur la mauvaise image du diplôme obtenu par la VAE).

Les directeurs voient aussi une qualité à la VAE par rapport à un CIF : les délais d'acceptation du dossier qui, même s'ils sont longs, restent plus raisonnable que pour un CIF (qui nécessite 3 à 5 ans d'attente avec un dossier à renouveler chaque année).

---

<sup>43</sup> Cette personne explique son absence de diplôme par des circonstances extérieures à ses motivations « j'ai voulu passer le diplôme, j'ai même eu le concours, mais les mutations répétées de mon mari m'en ont empêchée.. »

Toutefois, dans ce champ du handicap, les demandes pour devenir AS sont rares via la VAE<sup>44</sup>.

Dans le secteur des personnes âgées, les directeurs sont beaucoup plus sceptiques sur la pertinence de la VAE, en particulier pour les faisant fonction que les exigences réglementaires<sup>45</sup> contraignent à obtenir le diplôme « *alors qu'elles assument pleinement leur fonction* ».

Plusieurs des personnes qui se sont engagées dans la VAE dans ces conditions ont échoué (découragement, difficulté à se remettre à niveau, à étudier...), ce qui est décourageant pour elles-mêmes et pour leurs collègues. Pour autant, ces personnes donnent entière satisfaction et occupent leur emploi avec professionnalisme « *elles sont plus motivées, plus efficaces et plus proches des résidents que des anciens demandeurs d'emploi, juste sortis de la formation d'AS, choisie parce que le secteur embauche...* »

Certains directeurs constatent aussi que des salariés choisissent la VAE par peur du concours d'entrée en école de formation mais ils se disent peu convaincus que cette voie sera réellement plus facile pour accéder au diplôme d'AS.

Par ailleurs, actuellement aucun AS souhaitant devenir infirmier ne le fait par la VAE mais par d'autres biais, notamment contrat de professionnalisation (pour lequel on regrette qu'il n'y ait plus de budget à UNIFAF).

Dans le secteur sanitaire, le recours à la VAE semble relativement rare, du moins dans les structures retenues dans l'échantillon. Cette rareté est expliquée par la lourdeur de la démarche. Les directeurs estiment plus raisonnable d'encourager les personnes intéressées à suivre la formation classique d'AS, qui leur apportera plus de connaissances.

Par ailleurs, un problème est soulevé par Bagatelle qui outre, sa maison de santé, gère aussi des maisons de retraite : le risque que la VAE amplifie la désaffectation des établissements pour personnes âgées par les AS : « *dans la mesure où ce sont souvent des agents de service des maisons de retraite qui demandent la VAE, ces personnes, une fois diplômées, sont ensuite susceptibles de se tourner plutôt vers une structure de soins* ». En outre, le coût de la formation aura été assumé par l'EHPAD sans qu'il en ait, au bout du compte, le bénéfice.

## □ Formation qualifiante complémentaire et perspectives professionnelles

Les AS interviewés font part de projets très diversifiés quant à leur avenir avec cependant un point commun : la quasi-totalité, même s'ils envisagent de s'engager dans une formation diplômante, souhaitent continuer à exercer leur activité dans le champ sanitaire et social.

Parmi les projets recensés, on peut distinguer 3 parcours-types :

### ⇒ Entrer en formation d'infirmier,

- soit ce projet est en cours de réalisation, avec souvent la volonté de continuer à exercer dans la même structure, ce qui ne semble pas toujours possible, faute de création de poste (exemple d'un AS en FAM qui souhaiterait pouvoir y exercer ses nouvelles fonctions mais qui, en raison des incertitudes quant au financement d'un nouveau poste d'IDE, pense se tourner vers le milieu hospitalier et a d'ailleurs déjà été sollicité par l'hôpital le plus proche).
- soit les AS concernés sont à la recherche d'un financement ou d'une modalité d'accès à la formation notamment par la VAE. Certains évoquent des parcours émaillés de

<sup>44</sup> les demandes les plus fréquentes de VAE concernent les sans diplômes qui veulent devenir AMP, les AMP vers ME et les ME vers ES

<sup>45</sup> Dans le cadre des conventions tripartites

déception, « je n'ai rien trouvé pour une VAE IDE ; j'ai tenté le concours IDE, et je l'ai raté à 3 points... » ou encore « j'ai présenté le concours infirmier, car il y avait un fonds spécial Unifaf ; j'ai eu l'écrit et, avant l'oral, j'ai appris que ce fonds spécial n'existait plus. La seule solution qui reste est un CIF, pour lequel il faut attendre parfois 5 ou 6 ans (alors que la durée de validité du concours est de 2 ans), et qui ne prend en charge qu'un an. Qui va financer les deux autres années de la formation d'infirmier ? ».

Quelques structures évoquent la mobilité verticale qui est possible pour les aides-soignants en poste :

- un EHPAD indique que « trois ou quatre IDE doivent partir à la retraite assez prochainement et ces postes seront pourvus en interne par mobilité verticale ».
- dans une association gestionnaire du secteur du handicap, « on finance des formations d'infirmières pour nos aides-soignantes en interne. C'est un moyen de les fidéliser. C'est un gros coût financier : on paie leur formation, elles restent salariées et on les remplace sur trois ans. On fait ça aussi en prévision de l'ouverture du nouvel établissement où il nous faudra aussi des infirmières ».

#### ⇒ **Acquérir une autre qualification pour élargir son champ d'activité**

Le souhait de compléter sa formation par une « approche psychologique », type DEAMP, apparaît assez fréquemment dans le secteur handicap et personnes âgées. Les AS souhaiteraient avoir cette formation complémentaire de psychologie et pensent que, de leur côté, les AMP devraient être aussi formés aux gestes techniques : ces deux formations prises individuellement étant considérées comme incomplètes pour intervenir auprès d'un public handicapé ou âgé. Cette opinion est souvent partagée par les employeurs qui pensent que cette double qualification peut être profitable aussi bien au salarié qu'à la structure.

Les activités socio-éducatives et d'animation attirent plusieurs AS d'EHPAD :

- l'une d'elles, impliquée dans des tâches d'animation, a fait une demande pour devenir **moniteur-éducateur** par la VAE. La direction de l'établissement lui a indiqué qu'il était préférable d'obtenir une VAE pour devenir AMP. Mais cette professionnelle, qui côtoie des AMP, juge qu'elle en a déjà presque les fonctions et l'expérience et que cela ne présente donc pas d'intérêt pour elle. Elle compte donc redemander une VAE pour devenir moniteur-éducateur cette année. Son projet personnel est de travailler dans un établissement pour enfants handicapés et elle est prête, pour cela, à se déplacer dans toute la moitié sud de la France. Pour elle, qui a aussi en charge, depuis des années, l'accueil des stagiaires AS, sans d'ailleurs avoir suivi de formation particulière pour l'aider dans ce travail de tutorat, le secteur privé se caractérise par un manque de perspectives professionnelles.
- une autre aimerait passer un **diplôme dans le champ de l'animation**<sup>46</sup>. En effet, elle fait déjà de l'animation et coordonne et organise ce domaine d'activités auprès des AMP de l'EHPAD, ayant suivi une formation d'animatrice de jeunes enfants et exercé auprès de ce public pendant 8 ans. La demande va prochainement être réalisée, dans le cadre d'un CIF, dispositif choisi en concertation avec la direction de l'établissement. La VAE n'est en effet ni possible (son expérience antérieure d'animation auprès d'enfants aurait un impact assez faible sur la validation, tandis

---

<sup>46</sup> Le DEJEPS, créé par décret le 20 novembre 2006, et ayant remplacé le DEFA. Diplôme de niveau III délivré par le ministère de la jeunesse et des sports, il atteste d'une « qualification dans l'exercice d'une activité professionnelle de coordination et d'encadrement à finalité éducative dans les domaines d'activités physiques, sportives, socio-éducatives ou culturelles », avec deux spécialités : animation socio-éducative ou culturelle et perfectionnement sportif.

que son expérience en EHPAD est insuffisante en animation) ni même souhaitée (elle souhaite suivre la formation intégralement, pour son contenu, et notamment les aspects administratifs de l'animation).

Dans le secteur sanitaire, les possibilités pour les AS semblent plus restreintes, très peu de DU ou de formations diplômantes leur étant ouvertes. L'une d'elles compte néanmoins faire un DU Soins palliatifs mais est assez amère sur l'offre qui lui est accessible : « *On ne peut pas se former ni évoluer à part des formations techniques courtes* ».

### ⇒ **Continuer à exercer en tant qu'AS**

Une partie des AS rencontrés souhaitent rester AS. Ces personnes disent apprécier leur emploi actuel, travaillent en bonne coordination avec les autres professionnels, y compris les médecins, et se sentent « *bien considérés par leur hiérarchie* », ont des activités variées, ce qui leur permet de continuer d'apprendre.

D'ailleurs, plusieurs ont une implication, appréciée, dans l'encadrement ponctuel de stagiaires voire même dans la formation d'aide-soignant (participation au « *conseil technique*<sup>47</sup> *pour les deux bilans en cours de formation* » et une intervention annuelle sur le métier d'AS).

La relation avec la personne compte beaucoup pour ces salariés et peut expliquer leur choix de ne pas s'engager dans la formation d'infirmier, par exemple : « *IDE, ça ne me tente pas... je préfère mon poste, qui est plus près de la personne que pour l'IDE qui a beaucoup de tâches administratives* ».

Toutefois, certaines personnes expriment des attentes sur l'évolution de leur métier et souhaiteraient que le rôle de l'AS puisse être « *davantage défini et stable d'un secteur d'activité à l'autre* ». Ainsi, pour une salariée ayant travaillé dans divers secteurs d'activité, la variabilité des fonctions de l'AS qu'elle a pu observer notamment par rapport à celles de l'IDE ne lui permet pas toujours de bien suivre les protocoles tels qu'ils lui ont été enseignés. Pour autant, elle trouve enrichissant de réaliser de nouvelles tâches, sous couvert de l'IDE, dès lors que les responsabilités sont bien établies.

Des inquiétudes apparaissent aussi parfois liées à l'évolution des établissements. En maison de retraite, la montée en force de la médicalisation fait craindre d'être cantonné à des gestes techniques sans plus avoir de temps pour le côté relationnel et le bien-être des résidents (les aider à se coiffer, à prendre soin d'eux-mêmes).

Enfin, certains, tout en restant AS, se disent prêts à changer de secteur d'activité, le domicile notamment semble attractif.

---

<sup>47</sup> « *Dans chaque institut de formation d'aides-soignants, le directeur est assisté d'un conseil technique, qui est consulté sur toute question relative à la formation des élèves. [...] Le conseil technique est présidé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son représentant. Il comprend, outre le directeur de l'institut :*

a) *Un représentant de l'organisme gestionnaire*

b) *Un infirmier, enseignant permanent de l'institut de formation, élu chaque année par ses pairs*

c) *Un aide-soignant d'un établissement accueillant des élèves en stage, désigné pour trois ans par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales*

d) *Le conseiller technique régional en soins infirmiers ou le conseiller pédagogique dans les régions où il existe*

e) *Deux représentants des élèves élus chaque année par leurs pairs*

f) *Le cas échéant, le coordonnateur général des soins de l'établissement dont dépend l'institut ou son représentant* ». Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant

## 7 L'usure professionnelle, physique et morale, chez les AS

Les AS exercent un métier particulièrement touché par l'usure professionnelle, qui est « *fréquente et pouvant prendre une grande ampleur dans ce métier* ».

A côté de l'usure morale, les organismes sont également fortement sollicités et les troubles musculo-squelettiques identifiés comme un risque lié à la fois aux tâches des aides-soignants (manipulation des patients) et à la conception des lieux de travail<sup>48</sup>.

*Remarque :* Le module 4 de la formation d'AS, « **Ergonomie** » comporte, dans son volume de 35 heures, des enseignements relatifs notamment à la manutention, pour qu'elle soit réalisée dans de bonnes conditions tant pour le patient que pour le professionnel.

Le programme comporte ainsi parmi les « *savoirs théoriques et procéduraux* », les « *méthodes de manutention* », les « *techniques de prévention des accidents dorso-lombaires* », le « *port de charge et ses conséquences sur l'anatomie du corps humain* »... et parmi les « *savoirs pratiques* », « *les positions et attitudes professionnelles correctes* », « *les conséquences du port des charges lourdes seront traitées en lien avec des lieux et des conditions d'exercice variées (matériel présent, locaux...)* »...

Même dans une équipe où « *de nombreux départs en retraite récents ont conduit à un net rajeunissement de l'équipe* », cela « *n'empêche pas des phénomènes d'usure : trois licenciements pour inaptitude sont intervenus sur les 5 dernières années, deux pour raisons physiques et un pour des problèmes psychologiques* ».

Et même les débutants, s'ils n'ont pas encore eu le temps d'être concernés par l'usure, voient « *que cela touche des collègues* ».

De nombreuses AS évoquent, à travers des témoignages éloquentes :

- **leurs propres difficultés**, physiques, « *je suis en réflexion, j'essaye d'anticiper, j'ai peur de l'après... J'essaye de parler autour de moi, j'envisage de demander un poste adapté ; ou de demander une formation (c'est valorisant, ça permet de souffler)* » ou morales, « *moi aussi, cela m'arrive d'en avoir marre* ». « *J'ai été concernée ; je suis partie voir ailleurs (en clinique)... et je suis revenue ! C'est un métier difficile, il faut savoir rebondir. Le vieillissement, la mort, c'est usant. En formation d'AS, on n'est pas formé à accompagner à la mort, mais à soigner, donc se battre pour la vie. L'issue est inéluctable en maison de retraite, c'est pourquoi l'accompagnement et l'écoute des résidents sont importants* ».
- **leurs stratégies**, « *de changer d'équipe régulièrement (environ tous les 2 ans)* », pour « *éviter de tomber dans la routine, qui mène à la lassitude ; ça me dynamise, me remotive* » ou encore « *de participer à des ateliers en dehors du groupe, à des activités transversales, qui évitent d'être cloisonnée dans une tâche répétitive...* ». Il apparaît souhaitable que le changement d'équipe, pour l'instant démarche personnelle, soit « *institutionnalisé* » pour que les salariés ne le prennent pas comme une sanction.
- **l'absence de collègues à leur poste**, en arrêt depuis plus ou moins longtemps, usées « *physiquement et professionnellement* » et le vécu douloureux des personnes en arrêt de maladie de longue durée.

---

<sup>48</sup> Cf. le site "Travailler mieux – La santé et la sécurité au travail" - <http://www.travailler-mieux.gouv.fr>  
Risques / aides-soignants : [http://www.travailler-mieux.gouv.fr/spip.php?page=metier-risques&id\\_article=220](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/spip.php?page=metier-risques&id_article=220)

- **le comportement de collègues au travail**, qui interroge sur la motivation qui a conduit à exercer ce métier : « *il y a des collègues qui arrivent à 6 heures du matin, et qui en ont déjà marre (physiquement et moralement)* ».

Les directeurs ont conscience de ce problème : « *Les AS, je les sens fragiles. Elles portent une grosse charge de travail. Elles ne peuvent pas travailler en binôme dans notre structure* », par manque de moyens.

Et la « *configuration des bâtiments rajoute des difficultés pour travailler en équipe. Il n'y a pas assez de matériel adapté pour faciliter la tâche (lève-malade, chaises de pesée...)* car il en faudrait une pour chacun des 5 pavillons ».

Le matériel (« *des tables à hauteur variable, des chaises réglables confortables, un lève-malades* ») et l'organisation des interventions à plusieurs sont en effet des moyens de rendre l'aspect physique du travail moins difficile. Pourtant le métier reste physiquement contraignant « *même si nous avons maintenant des aides techniques, un matériel adapté* », « *on a plus de matériel spécifique, mais tout le monde a mal au dos* ».

Les facteurs d'usure décrits sont nombreux et variés :

- « *Ce n'est pas vraiment le patient, le boulot, qui usent, mais ce qui est autour : les horaires, la nuit, les week-ends, et être toujours moins pour faire toujours plus. Avant, les horaires étaient plus durs, mais il y avait moins de pression sur le boulot, et plus de temps pour les patients* ». « *Il y a beaucoup de travail, la surcharge, le manque de personnel. C'est très difficile parfois, 12 h par jour, 3 jours de suite !* ».
- Toutefois certains patients sont plus difficiles que d'autres : « *lorsqu'une personne Alzheimer est suivie, c'est très dur à gérer* ». En outre, les AS peuvent être affectés par ce que vivent les usagers dont ils s'occupent.
- L'impression de ne pas pouvoir réaliser une « *une prise en charge de qualité* »
- Avec le vieillissement des usagers, caractéristique des structures pour personnes handicapées et pour personnes âgées, les prises en charge sont de plus en plus lourdes, de plus en plus médicales, et physiquement plus dures avec plus de manutention.
- Et les professionnels avancent en âge, la retraite devant même maintenant être prise plus tard : la « *volonté de conserver les gens dans leur emploi risque de se révéler problématique, car une AS à 64 ans ne peut plus manipuler des patients ; dans les années à venir, l'usure professionnelle et le taux d'absentéisme risquent de grimper... (personnels de plus en plus âgés, patients de plus en plus lourds et suivis sur des courtes durées)* » ce qui va réduire les compensations que les AS trouvent dans la relation avec leur patient...

Et malgré la mobilisation de toutes sortes de ressources, l'usure continue de s'imposer : « *j'entends parler de lassitude, d'automatismes, de fatigue, qui peuvent aller jusqu'à la dépression. Physiquement, les AS sont une population « complètement cassée ». Nous avons ce qu'il faut : du matériel (lève-malades, verticalisateurs, lits médicalisés presque partout), nous sommes à 2 pour visiter les malades les plus lourds, de la formation, un psychologue qui vient nous voir une fois par mois. Nous pouvons parler avec lui des patients, mais aussi des problèmes que nous rencontrons. Mais il faudrait que nous soyons plus nombreux, ça diminuerait un peu le stress ; quelque jours de repos supplémentaires. C'est surtout la charge de travail qui pèse* ».

Pour réduire l'usure psychologique, il apparaît nécessaire :

- d'avoir des projets, de mettre en place de nouvelles activités, de nouvelles façons de faire, ne pas rester dans le quotidien
- de travailler en complémentarité avec les autres corps de métiers, d'échanger. Il peut exister « *des rivalités entre professionnels (par exemple les kinés et les AMP qui nient*

*parfois l'importance du côté soins* ». Il est donc important « *de mieux communiquer, expliquer ce que chacun fait pour aboutir à une prise en charge plus pertinente des résidents, les aider à maintenir leur acquis* ». « *L'équipe est le plus important : il faut bien s'entendre, avoir les mêmes objectifs, les mêmes façons de travailler, et un bon encadrement (qui donne des directives claires et intervient quand ça ne va pas)* ».

En outre, les structures mettent en place différents dispositifs :

- une formation sur les risques professionnels
- une formation sur l'usure psychologique
- une présence formalisée : « *l'équipe est présente dans les moments difficiles. En fin de vie, un cadre ou un infirmier est auprès de l'aide-soignante* »
- « *des réunions avec le médecin coordonnateur permettent d'évoquer cela, voire des formations à l'extérieur* ». « *Depuis peu, nous avons les interventions d'un gériatre, avec qui on aborde des thèmes. Ca va être une bonne ressource* »

Encore faut-il que l'organisation de l'établissement permette de bénéficier des accompagnements qu'il met en place pour ses salariés : « *Il existe un groupe de parole par service, mais il faut s'y réunir pendant le service où il peut y avoir tout autre chose à gérer...* ».

Même dans un établissement qui a « *des moyens humains et techniques suffisants* », les difficultés existent. La seule solution envisageable est alors de changer de fonction ou de cadre d'exercice, pour une moindre pénibilité physique et une évolution personnelle.

La mobilité a été utilisée par une AS pour combattre l'usure : elle a « *changé plusieurs fois de secteur d'activité* » : « *AS est un métier qui ouvre beaucoup de portes et il faut en profiter pour changer de poste... Rester trop longtemps sur le même poste conduit à ne plus se renouveler à ne plus porter la même attention aux patients et du coup à risquer de freiner leur évolution* ».

Mais l'on voit que la mobilité des AS est faible et se heurte à de nombreux obstacles (formation, différences de pratiques suivant les secteurs, faible niveau salarial...).

## 8 Formation, recrutement et emploi des AS : pistes d'action

Les besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux en aides-soignants sont d'ores et déjà importants et appelés à augmenter considérablement dans les prochaines années, à la fois du fait d'une demande de soins croissante liée au vieillissement de la population et du fait des départs en retraite des AS issus de la génération du baby-boom.

Dans la Branche, la question du vieillissement des professionnels n'apparaît pas, de façon générale, très importante ; toutefois, dans certains départements (au premier rang desquels, celui de la Dordogne avec 17% d'AS ayant atteint 55 ans en 2007) et certains secteurs (le handicap où 13% des AS ont 55 ans ou plus), la situation est plus préoccupante et va conduire à la nécessité de remplacer, dans les prochaines années, beaucoup de professionnels partant en retraite.

Pour l'Aquitaine, les besoins actuels d'AS semblent être de l'ordre d'un peu plus d'un millier par an, ce qui correspond à peu près au nombre de professionnels formés chaque année. Or, les établissements de la Branche sont, pour le recrutement, en concurrence directe avec les structures publiques mais aussi avec les établissements privés à but lucratif dans les secteurs d'activité où ils sont implantés (sanitaire et gérontologie).

Et il apparaît que le recrutement est particulièrement difficile dans les établissements pour personnes âgées de la Branche, qui sont appelés, en outre, à voir leurs besoins augmenter. Il est donc crucial, si la Branche veut pouvoir maintenir une qualité de service satisfaisante dans ses établissements qu'elle puisse recruter les professionnels formés à hauteur de ce que les budgets permettent et que ceux-ci n'y travaillent pas par défaut et soient motivés.

A la lumière de l'expérience des professionnels interrogés, il apparaît important de mettre en place des réflexions et des actions dans les domaines suivants (domaines dont les frontières ne sont pas hermétiques et que peuvent impacter conjointement certaines des actions évoquées) :

### ⇒ L'image du métier d'aide-soignant

Trois aspects méritent une attention particulière :

- Améliorer l'**image du métier et des tâches** qui sont assurées, notamment en mettant en avant les objectifs médicaux, relationnels et psychologiques qui peuvent être visés à travers les actes de soins, au premier rang desquels la toilette. Mobiliser pour cela les outils d'information et de communication, dans des cadres variés (collèges, lycées, médias...).

La réalisation de la toilette<sup>49</sup> peut se faire en recherchant :

- l'hygiène et la propreté du patient, bien évidemment, permettant la prévention des dégradations corporelles (escarres) et le confort du patient
- la communication verbale et non verbale (à travers le toucher) à l'occasion de la toilette, qui peut conduire à une observation et un recueil d'informations auprès du patient
- la réhabilitation du patient, à travers les mouvements et la conscience du corps
- le confort du soignant (pendant la réalisation de la toilette mais aussi comme résultat de la propreté du patient)

<sup>49</sup> Nous reprenons ici (et complétons) les objectifs décrits dans un article de l'IGM sur l'Humanitude <http://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/toilettes1.html>

- la maîtrise budgétaire (la technique permettant la réduction du coût de la toilette mais aussi des économies liées aux soins ainsi apportés et à la prévention en résultant).
- **Améliorer l'identité professionnelle des AS**  
L'aide-soignant ne réalise que des tâches qui sont de la compétence de l'infirmier qui lui en délègue l'exécution ; « *la division du travail s'accroît et la multiplication des tâches déléguées empêche la reconnaissance du travail, notamment de celui des aides soignants, et renforce la division hiérarchique : on assiste à une limitation des possibilités de promotion* » (CAS / DARES, 2007). Dans certains cas, il peut être recruté à la place d'un infirmier, pour des raisons économiques.
- Favoriser une plus grande **ouverture de la profession aux hommes** en faisant évoluer les représentations et permettre ainsi :
  - de répondre aux besoins actuels des établissements d'employer plus d'hommes dans certains contextes.
  - d'anticiper l'augmentation prévisible des besoins en aides-soignants dans les secteurs sanitaire et médico-social, en ouvrant un nouveau vivier de professionnels

#### ⇒ La sélection des candidats à la formation

- Améliorer la sélection des candidats à travers le **repérage de leurs motivations, compétences et difficultés** pour réduire les abandons en cours d'étude qui sont toutefois assez rares et, **surtout**, les difficultés qui peuvent émerger dans le cadre professionnel.
- Doter pour cela les instances en charge de la sélection des moyens, des outils et du temps nécessaire pour le faire.

#### ⇒ La formation d'aide-soignant

- Relancer une réflexion concertée avec les acteurs concernés (financeurs des prises en charge et des formations, prescripteurs de prises en charge, organismes de formation, OPCA, instances de représentations des établissements et des professionnels...) **sur les diplômes, à la fois, d'AS, d'AMP et d'Auxiliaire de puériculture.**
- Prendre en compte dans ce travail les **évolutions récentes** (notamment celles liées à la médicalisation des maisons de retraite et de nombreux foyers pour adultes handicapés) et **celles qui se profilent** (incluant les besoins croissants de prise en charge du grand âge, de médicalisation des personnes dépendantes...)
- Axer ces réflexions sur toutes les dimensions :
  - les besoins de préparation à l'entrée en formation
  - le volume et l'organisation des formations
  - les stages, leur organisation, les cadres d'exercice
  - les besoins des élèves en IFAS (soutien sur les matières enseignées, capacités de communication, difficultés personnelles entravant le bon déroulement de la formation, difficultés financières y compris en relation avec les stages) et les possibilités d'action
  - les pistes d'évolution des diplômes :
    - les passerelles et allègements de formation
    - l'ajout à la formation d'AS de modules complémentaires optionnels : aspects médico-psychologiques (proches de ceux

dispensés aux AMP), spécificités de la gérontologie et des troubles psychiatriques...

- la fusion du DEAS et du DEAMP (avec la mise en place ou non de modules de spécialisation)

Dans le cadre de modules de spécialisation, en déterminer également la nature et l'objectif : formation additionnelle visant à une meilleure employabilité en fonction du choix professionnel et à une spécialisation au service des usagers OU cadre restreignant l'exercice à un secteur particulier, auquel cas, des passerelles devront être étudiées.

#### ⇒ La politique des établissements et services en matière d'emploi et de formation

- Inciter les établissements à s'engager dans des **démarches** résolument **stratégiques** de gestion des ressources humaines (emploi, compétences, formations) et de **planification** de leur évolution
- Proposer un **accompagnement** dans ces démarches
- Accompagner les expériences de **groupements de coopération** et les **groupements d'employeurs** dans le cadre de tentatives de mutualisation d'offres d'emploi, de formations, d'achats...

#### ⇒ L'attractivité et la capacité de fidélisation des secteurs d'activité et des établissements

Les points à améliorer :

- **l'image des établissements** et services sanitaires et médico-sociaux et **des publics** qui y sont pris en charge
- la **connaissance de ces secteurs**, de leurs missions et de leur fonctionnement, notamment à travers les dispositifs scolaires et de formation et les stages en milieu professionnel
- les **conditions salariales** et le **revenu disponible** des emplois d'aides-soignants

Il existe, on l'a vu, des primes en fonction du cadre d'exercice.

D'autres pistes de travail doivent être explorées, pour prendre notamment en compte les situations de travail à temps partiel et le revenu très réduit qui en découle pour les aides-soignants, surtout quand il s'agit de femmes isolées avec enfants (apparemment très représentées parmi les AS) pour lesquelles cette rémunération est la principale ressource du foyer.

Des solutions peuvent être expérimentées pour assurer un revenu suffisant à ces professionnels :

- ouverture coordonnée de postes à temps partiel par plusieurs structures, assurant un temps de travail à temps plein ; il faudrait toutefois structurer un tel fonctionnement en évitant que les AS soient conduites à travailler tous les week-end.
- création de structures multiservices avec polyvalence des salariés (par exemple, activités de soins, d'animation, d'accompagnement à l'extérieur, de stimulation "mémoire") et interventions dans différents cadres (domicile, groupes d'usagers, environnement urbain)<sup>50</sup>. Outre le temps plein proposé ainsi aux salariés, ce type de structures assure une offre complète et coordonnée par les professionnels pour les usagers.

---

<sup>50</sup> Le rapport du CAS et de la DARES (déjà cité) sur les métiers en 2015 cite l'exemple « d'une association d'aide aux personnes âgées intervenant le matin à domicile et organisant des activités en commun avec une maison de retraite l'après-midi ».

- **l'entrée dans l'emploi**

- **fidéliser** les **stagiaires** par des bourses ou des mesures pré-salariales
- mettre en place des **dispositifs favorisant l'intégration** dans le premier poste (semaine d'adaptation encadrée par un salarié référent, découverte du fonctionnement de l'ensemble de la structure...)

- **les conditions de travail**

L'amélioration des conditions de travail peut passer par un ensemble de mesures, incluant la formation, le cadre bâti, les équipements techniques... Nous mettrons ici l'accent sur la nécessité de :

- **doter les structures des moyens suffisants, notamment en personnel**, pour assurer leurs missions dans un souci de qualité du service rendu à l'utilisateur et en permettant une sécurité et un confort suffisants pour les professionnels

Au-delà de ce besoin général, deux aspects méritent une attention particulière. Il s'agit de :

- **renforcer l'encadrement intermédiaire**, avec des personnels qualifiés en Gestion des ressources humaines.  
Ce besoin est tout particulièrement crucial dans le champ de l'intervention à domicile (les AS se trouvant dans des situations d'isolement et pouvant être conduits à gérer seuls, dans l'instant des conflits, des difficultés), de la prise en charge des personnes âgées et de celle des personnes handicapées.
- lever les ambiguïtés et les paradoxes qui caractérisent la question des **glissements de tâches**.

Dans les établissements de santé, les "glissements de tâches", expression qui désigne « *le fait que des catégories de personnel non habilitées exécutent des tâches théoriquement réservées aux professions désignées par la réglementation* », ne sont plus tolérés légalement<sup>51</sup> et le personnel en est informé. Mais au quotidien, les soignants sont confrontés à des réalités, au premier rang desquelles le ratio d'encadrement des usagers et l'existence de moments où l'équipe est réduite (nuit, week-end, congés scolaires, arrêts maladie...).

Les glissements de tâches apparaissent donc, dans les circonstances actuelles, exister toujours et être relativement incontournables... mais les injonctions des établissements étant très claires, la responsabilité en est reportée sur les personnels qui sont contraints à pratiquer des actes hors du cadre strictement défini de leur compétence. « *La menace n'est pas tant celle d'une sanction disciplinaire prononcée par l'hôpital, que d'une absence de "couverture" de la part de l'hôpital* ». Les soignants se trouvent donc soumis à une pression pour réaliser, sans la moindre faute, tout acte qui leur est interdit et imposé... alors que les « *problèmes partie de l'exercice ordinaire de la profession infirmière, mais sont rendus invisibles par l'écran du statut* ».

- **reconnaitre la montée en expertise des aides-soignants**

L'aide-soignant est limité, quelles que soient son ancienneté et son expérience, à des soins restreints au domaine du nursing (ce qui est plus

---

<sup>51</sup> Voir sur cette question : Jounin et Wolff, 2006 (déjà cité)

limité même qu'un élève infirmier en stage), comme si ses savoir-faire n'évoluaient pas.

Cet état de fait impose une limite aux possibilités de mobilité, question qui sera évoquée plus loin, mais plus simplement constitue, dans le cadre de travail de l'AS un obstacle à la qualité de ses conditions de travail et de reconnaissance.

- **lutter contre l'usure professionnelle** : il ne s'agit pas tant de combattre un élément de tension sur le marché du travail que d'assumer une responsabilité sociétale : il est inacceptable une société ne mette pas en œuvre les moyens pour protéger ses soignants.
  - Permettre aux professionnels de réfléchir sur leur pratique et de recevoir le soutien nécessaire
  - Favoriser, pour les aides-soignants ne pouvant plus exercer en raison d'une **invalidité, des possibilités de reclassement professionnel.**
- développer les **aides extra-professionnelles** facilitant l'activité professionnelle pour la population quasi-exclusivement féminine des aides-soignants (crèches, garderies notamment<sup>52</sup>).

Les structures sanitaires et médico-sociales ne sont pas forcément en mesure de mettre en place de telles solutions (si ce n'est dans le cas des grosses structures ou des organismes gestionnaires de plusieurs établissements). Mais des groupements d'employeurs pourraient se saisir de ces objectifs (au sein du secteur médico-social mais même, plus largement, avec d'autres structures du même territoire géographique, publiques comme privées, commerciales ou non).

#### ⇒ Le champ de la formation continue

- **Inform**er sur la formation continue, ses modes de financement, l'offre existante (les connaissances des AS en la matière étant très partielles et parfois erronées)
- **Répondre aux besoins** de formation continue des établissements et des professionnels, tout en encourageant les formations qui permettent des échanges inter-établissements voire inter-sectoriels et celles qui permettent une mise en application des apports
- Développer les **dispositifs de (co-)financement** pour accompagner ces actions de formation et offrir des perspectives de carrière aux salariés
- Accompagner :
  - la **diversification des voies d'accès à la qualification**
  - les personnels '**faisant fonction**' dans une formation diplômante
- **Evaluer le dispositif de Validation des acquis de l'expérience** (atouts et faiblesses) en recueillant les données statistiques pertinentes (coûts, volume de candidatures, taux de réussite...) et les témoignages des acteurs impliqués, pour envisager de le faire évoluer

---

<sup>52</sup> Y compris sur des horaires "atypiques", tôt le matin, tard le soir, la nuit, le week-end

### ⇒ **Les perspectives d'évolution de carrière, y compris en cas d'invalidité**

- Améliorer pour les AS les **voies d'accès à des diplômes permettant une mobilité fonctionnelle et verticale**, en prenant en compte les pratiques spécifiques des secteurs du handicap et des personnes âgées

Parmi les évolutions de carrières évoquées par les AS :

- L'accès au métier d'**infirmier**
- L'accès aux diplômes et aux compétences reconnus dans les **métiers socio-éducatifs** (DEAMP, DEME) ou **d'animation** (DEJEPS notamment)

L'attention actuelle se porte sur les professionnels du secteur médico-social qui ont fréquemment des rôles d'animation (en gérontologie principalement) ou d'appui éducatif au sein des équipes (en établissement pour personnes handicapées). Néanmoins, il faudra également envisager pour les AS du sanitaire, peu ou pas sollicités dans ces activités, des modalités particulières pour ne pas leur fermer cette possibilité d'évolution professionnelle.

- Etudier **l'évolution possible des référentiels d'activité et des compétences**<sup>53</sup>, en relation avec les différents modes d'exercice professionnel des AS, en revalorisant à ce niveau les pratiques hors du champ sanitaire.
- Organiser des **passerelles entre les différents cadres d'exercice** des AS : sanitaire / médico-social, domicile / institution, secteur privé / secteur public...

### ⇒ **Les capacités d'anticipation et de réactivité devant les évolutions**

- Investir dans une démarche de **veille stratégique** autour de :
  - l'estimation quantitative et de l'analyse qualitative des besoins actuels et futurs
  - l'évolution des formations et des métiers

---

<sup>53</sup> cf. Arrêté du 25 janvier 2005 sur la VAE

## Annexe

### Les entretiens réalisés

#### **31 entretiens :**

→ 12 entretiens avec des AS (10 femmes, 2 hommes, entre 25 ans et plus de 50 ans).  
Secteur d'activité : sanitaire (4), handicap (4, dont 3 dans le secteur adultes) et personnes âgées (4)

Le plus souvent, ils sont AS de formation initiale. L'un a validé une 1<sup>ère</sup> année en IFSI.

Quelques personnes proviennent d'autres horizons professionnels et se sont reconvertis (armée, sport, brocante...).

Les parcours sont assez diversifiés : la plupart, en particulier ceux ayant plusieurs années d'expérience, ont travaillé dans plusieurs secteurs d'activité : sanitaire (différents services : médecine, chirurgie, long séjour, psychiatrie), personnes âgées, crèches... Notons, toutefois, que le champ du handicap n'est pas connu des AS travaillant actuellement dans d'autres secteurs.

→ 2 entretiens avec des faisant-fonction (2 femmes), exerçant dans le secteur du handicap

→ 12 entretiens avec le directeur / directeur-adjoint / DRH / directeur des soins des structures employant ces AS ou personnels faisant fonction interviewés.

→ 4 entretiens avec des responsables de la formation d'AS (dans 3 IFAS) ainsi qu'un conseiller en formation continue

→ 1 entretien de groupe avec des élèves en cours de formation en IFAS