



---

**Master 2 Mention Santé publique**

**Parcours : Pilotage des politiques et Actions en  
Santé Publique**

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **Août 2023**

---

**Aides-soignantes hospitalières aux Comores : un enjeu  
de professionnalisation ?**

---

**Said Abdou THOURAYA**



---

## Remerciements

---

Ce mémoire est le résultat d'une réflexion personnelle, participant au renforcement du système de santé Comorien, mon beau pays d'origine.

Je remercie Monsieur Arnaud CAMPEON, enseignant-chercheur, responsable de notre master, Directeur de mon mémoire, pour son accompagnement, sa patience, sa bienveillance et ses précieux conseils qui m'ont permis de dépasser mes limites.

Je remercie Madame Romy POTY, ma tutrice de stage de m'avoir accueilli au sein de l'Institut de Formation des Aides-Soignants (IFAS) de la Croix-Rouge française de Rennes pour ses conseils et son regard d'experte.

Je remercie ma famille, particulièrement ma mère pour sa patience face à mon absence pendant ces deux dernières années.

Je remercie mes camarades de classe pour leur soutien durant cette riche année studieuse.

Je remercie la Croix-Rouge Française pour son appui qui m'a permis de mettre en œuvre mon projet professionnel.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers le ministère de la santé pour m'avoir attribué cette précieuse mission. Ce travail m'a offert l'opportunité exceptionnelle de mieux comprendre notre système de santé et de tisser des liens significatifs avec les professionnels et les responsables impliqués sur le terrain le terrain.

Je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance envers l'Ambassade de France aux Comores pour leurs précieux soutien financier tout au long de cette dernière années de mon cursus de Master. Votre contribution a été d'une importance capitale.

Je remercie Madame et Monsieur Schweyer de m'avoir offert un environnement propice qui m'a permis de progresser rapidement dans l'accomplissement de ce travail.

Je tiens sincèrement à remercier l'ensemble des professionnels de santé qui ont généreusement offert du temps et de l'intérêt pour répondre à mes demandes d'entretien sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé.



## TABLE DES MATIERES

Introduction .....	1
Présentation du plan du mémoire : .....	5
I. Méthodologie : .....	5
Partie 1 : Cadre contextuel de la recherche .....	8
A. Construction socio-historique de la profession d'aide-soignante .....	9
A.1. Emergence de la profession en France .....	9
A.2. Dynamique évolutive de la formation des aides-soignantes en France .....	11
A.3. Face à un repositionnement de l'Aide-Soignant à travers le nouveau référentiel ...	13
A.4. Vers un changement de paradigme dans la relation aide-soignant/infirmier .....	16
B. Quel équivalent dans le contexte Africain ? .....	18
B.1. Dynamique évolutive des systèmes de santé .....	18
B.2. Logique des agents de santé communautaire (ASC) .....	20
B.3. Les familles : travailleurs "invisibles" dans les hôpitaux Africains .....	22
C. Focus sur le Contexte Comorien .....	23
C.1. Une situation socio-sanitaire confrontée à diverses problématiques .....	23
C.2. Une offre de soins confrontée à divers problématiques .....	26
Partie 2 : Analyse croisée avec les Comores .....	29
A. Perspective induite par les AS aux Comores .....	29
A.1. Dichotomie entre assistants-médicaux et aide-soignante .....	29
A.2. Une fonction avec des tâches disparates au gré des établissements de santé .....	33
A.3. Un personnel hospitalier aux origines diverses et variées .....	35
B. Les faisant fonction d'AS face à un travail fortement précarisé .....	37
B.1. Un travail mal rémunéré dans des structures étatiques .....	37
B.2. Un travail très difficile et peu connu .....	39
B.3. Une relation de travail basée sur des compromis .....	41
B.4. Expérience initiée dans un établissement public (Pôle chirurgical) .....	44
C. Vers la professionnalisation de l'activité des Faisant fonction d'AS aux Comores .....	48
C.1. Quand le contexte exige l'évolution des compétences des acteurs .....	48
C.2. La formation comme levier de la professionnalisation .....	50
C.3. Un référentiel de formation inspiré de l'expérience Française .....	52
II. Conclusion .....	55
III. Bibliographie .....	59
IV. Liste des annexes .....	71



---

## Liste des sigles utilisés

---

AFD	Agence Française de Développement
AM	Assistante Médicale
AS	Aide-soignante
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASH	Agent de Service Hospitalier
BM	Banque Mondiale
CAFAS	Certificat d’Aptitude aux Fonction d’Aide-Soignant
CHN	Centre Hospitalier National
CHRI	Centre Hospitalier de Référence Insulaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DEAS	Diplôme d’Etat d’Aide-Soignant
DGS	Direction Générale de la Santé
DPAS	Diplôme Professionnel d’Aide-Soignant
EMSP	Ecole de Médecine et de Santé Publique
FFAS	Faisant Fonction d’Aide-soignant
FNAAS	Fédération Nationale des Association d’Aide-Soignant
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier diplômé d’Etat
IDH	Indice de Développement Humain
IFAS	Institut de Formation d’Aides-Soignants
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d’Information
PNDRH	Plan National de Développement des Ressources Humaines
T2A	Tarifcation à l’Activité
UFAS	Union Française des Aides-Soignants
VAE	Validation des Acquis de l’Expérience



# Introduction

Le concept de professionnalisation trouve ses origines dans la sociologie américaine avant d'être adopté en Europe. Progressivement vers la fin du XIXe siècle, une sociologie des professions a commencé à prendre forme, s'occupant de « la fabrication des professions » (Wittorski, 2022, p. 333). D'après les travaux de Parsons, tels que repris par Wittorski en 2008, la professionnalisation signifie « *le processus par lequel une activité devient une profession libérale mue par un idéal de service* » (Wittorski, 2008, p. 12). Cette définition souligne l'émergence du concept dans un contexte de « marché libre », où les acteurs cherchaient à s'imposer dans un marché concurrentiel (Wittorski, 2008, p. 12). Pour Raymond Bourdoncle, dans son article publié en 2000, a montré que dans la racine du mot « professionnalisation », on retrouve le mot « profession » qui désigne une *“occupation déterminée, dont on peut tirer ses moyens d'existences”* (Bourdoncle, 2000, p. 119). Par conséquent, la sociologie des professions a commencé graduellement à explorer la manière dont les individus partageant les mêmes activités, s'organisent dans une logique de marché libre pour obtenir une reconnaissance et une autorisation d'exercer (Wittorski, 2022, p. 333).

Il est important de noter que le concept de professionnalisation a été l'objet d'un débat controversé entre différents courants de pensée<sup>1</sup>. Cependant, dans le contexte de notre recherche, la théorie développée par les *interactionnistes* (Hugues, 1996) nous semble particulièrement pertinente. Cette théorie analyse le processus de construction sociale d'une profession ainsi que les enjeux de reconnaissance (Wittorski, 2022). Selon cette perspective, Il s'agit d'un cheminement par lequel une activité évolue pour devenir un métier reconnu, avec une rémunération et une implication du groupe concerné. Toutefois, l'auteur a nuancé par la suite cette logique dans le cadre du contexte français, entre « reconnaissance de soi » dans un contexte de « hiérarchie étatique » (Wittorski, 2008, p. 12). Il est essentiel de noter que la définition de ce terme n'a pas été sans difficulté, car d'après les chercheurs, il est souvent employé dans des domaines assez variés et porte souvent à confusion. Pour Moukhtar Kaddouri en 2018, il ne donne pas en soi suffisamment d'indications sur la nature spécifique de la professionnalisation de même que sur la direction empruntée (Kaddouri, 2018).

Ce dernier a montré dans son article qu'il est important de mieux appréhender la direction de la professionnalisation. L'auteur souligne qu'elle peut être entreprise de différentes manières : la professionnalisation peut être issue d'une démarche personnelle, être initiée par les responsables institutionnels à l'endroit de leur personnel, ou résulter de l'initiative d'un groupe social pour obtenir

---

<sup>1</sup> Les fonctionnalistes (Parsons, 1939) et les interactionnistes (Hugues, 1996)

une reconnaissance (Kaddouri, 2018). Le deuxième cas nous évoque la démarche entreprise en France en 1949 lors de la création de la catégorie de personnel « aide-soignante » à l'hôpital.

En effet, pour surmonter la pénurie de personnel après la Seconde Guerre mondiale, les hôpitaux se sont retrouvés face à un personnel très diversifié, allant des « profanes » au savoir médical aux côtés des IDE et des faisant fonction d'infirmière quasi-analphabètes (Arborio, 2009, p. 51). Dans le but de réorganiser le personnel déjà en service, le titre d'aide-soignant a été inventé en 1949 par l'administration hospitalière pour restreindre l'accès à la profession d'infirmier. La loi du 8 avril 1946, qui a institué la profession d'infirmier, a établi les conditions d'exercices de celle-ci, exigeant la possession d'un Diplôme d'Etat (DE). Par la suite, le titre d'aide-soignant s'est progressivement consolidé dans la durée et il est aujourd'hui reconnu par un diplôme d'Etat (DE).

Lorsqu'il s'agit de la professionnalisation du personnel aide-soignant (AS), la France est souvent considérée comme un modèle du fait qu'elle propose une formation théorique et pratique d'une durée d'un an, débouchant sur l'obtention d'un DE. Dans certains pays où une profession similaire existe, un diplôme n'existe pas nécessairement pour donner lieu à l'exercice du métier (Arborio, 2016). En effet, bien que le renforcement des compétences soit souvent la première étape mise dans le processus de professionnalisation, les travaux de Richard Wittorski en 2008 soulignent que la professionnalisation couvre simultanément trois finalités : le développement des compétences, la construction d'une identité professionnelle et la recherche de reconnaissance (Wittorski, 2008).

Deux éléments majeurs ont contribué au XIXe siècle au développement ultérieur de la profession d'aide-soignante. Tout d'abord, la découverte de Louis Pasteur de l'asepsie qui est devenue une priorité dans le domaine médical (CGOS, 2023). Ensuite, l'évolution des techniques médicales qui a entraîné une réorganisation des établissements de soins (Causse, 2006). En conséquence, les tâches attribuées aux aides-soignantes commençaient à devenir de plus en plus techniques. Cette évolution a fait émerger l'idée de former le personnel au sein des établissements hospitaliers (Arborio, 2009). Cela marque également le début d'une dynamique de « transformation identitaire », concept analysé par Mokhtar Kaddouri en 2008. Selon l'auteur, cette dynamique s'observe lorsque l'organisation s'engage dans un processus de changement, entraînant une tension entre l'ancienne et la nouvelle professionnalité (Kaddouri, 2018). Cependant, à partir de 1960, l'évolution de la pratique médicale a conduit à une réorganisation de l'hôpital, accompagnée d'une délégation de certaines tâches aux catégories subalternes. Au fil du temps, le savoir-faire des AS s'est progressivement structuré, se concentrant davantage sur les pratiques d'aide et d'accompagnement aux personnes (Causse, 2006). A ce stade, il est possible d'affirmer que les AS constituent un groupe professionnel conformément à la perspective de la sociologie des professions. En effet, selon elle, il s'agit d'un « ensemble de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom et par conséquent doté d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail et caractérisée par une légitimité symbolique » (Dubar *et al.*, 2015, p. 239).

D'autres chercheurs ont examiné la catégorie professionnelle des aides-soignantes sous l'angle de la reconnaissance. Les travaux d'Anne-Marie Arborio, repris par François de Barros en 2016 ont fait référence à un « métier invisible » (Françoise de Barros, 2016). Une analyse menée par Charles Gadéa en 2002 nous a permis de mieux appréhender le caractère invisible de cette profession. Ce phénomène s'est construit du fait que les tâches effectuées par les AS relèvent a priori du « savoir domestique », souvent exécutées par des femmes de la « classe populaire », et situées au « pied » de la hiérarchie des paramédicaux (Gadéa, 2002).

Cependant, au sein de l'organisation hospitalier, l'AS se situe dans la hiérarchie des personnels hospitaliers entre l'ASH et l'infirmier (Arborio, 1995). Son rôle est désormais associé aux soins de la vie quotidienne de la personne, comme stipulé par le code de la santé publique aux articles R. 4311-3 à R. 4311-5<sup>2</sup>. Un autre angle exploré par Anne Marie Arborio en 2009, est que l'AS effectue un travail souvent considéré comme indigne, qualifié de « sale boulot » (Arborio, 2012, p. 118). Pour comprendre la signification du concept de « sale boulot », nous avons mobilisé l'une des axes développés par Hughes, cité par Dominique Lhuillier en 2005, qui renvoie aux tâches « physiquement dégoûtantes ou symbolisant quelque chose de dégradant et d'humiliant ». Selon l'auteur, chaque métier comporte une part de « sale boulot », se référant à des « tâches dévalorisées ou désagréables » (Lhuillier, 2005, p. 78). Ces tâches sont désagréables dans le sens où l'AS à l'hôpital est chargée, entre autres, de la toilette et du change des patients, ainsi que du nettoyage. De plus ces tâches sont souvent dévalorisées car elles sont considérées comme moins importantes que les soins directs, et elles constituent souvent des tâches que les infirmiers ne préfèrent pas effectuer. Par conséquent, les AS ne jouissent pas de la même reconnaissance professionnelle que le médecin ou l'infirmier (Lhuillier, 2005).

Le passage de 200 000 en 1990 (Arborio, 2009a, p. 52) à 400 000 en 2022 (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022) témoigne d'une évolution considérable au sein du système de santé français pour répondre aux défis posés par le vieillissement de la population. En 2009, la loi HPST a renforcé l'orientation et l'organisation du secteur de la santé vers un exercice coordonné favorisant la collaboration interprofessionnelle. De plus, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2016, qui promeut le « maintien à domicile des personnes âgées » a contribué à transformer le rôle de l'AS au service d'aide à domicile. Désormais, l'aide-soignant est habilité à « Dispenser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne » (Légifrance, 2005). Cette définition met clairement en avant le rôle crucial de l'AS dans l'accompagnement des personnes âgées en perte

---

<sup>2</sup> (Le ministre de la santé et des solidarités, 2005). <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010052.htm>  
Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

d'autonomie. Ainsi, le métier continue à évoluer et à gagner en importance en tant qu'enjeu sociétal pour faire face aux conséquences liées au vieillissement de la population.

L'aide-soignante actuelle exerce sa fonction au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, où elle collabore avec des professionnels de la santé et du social mobilisés autour de la prise en charge et de l'accompagnement de l'usagers. Cette notion de collaboration entre professionnel pour atteindre un but commun fait référence à l'identité collective de travail et d'équipe de soins. Selon la définition de la Haute Autorité de Santé (HAS) comme étant « un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. L'équipe se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin » (Dumas *et al.*, 2016, p. 47). En 2005, l'annexe 1 de l'article R.4311-3 à 4311-5 du code de la santé publique stipule que l'AS évolue généralement au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Des chercheurs ont démontré en 2016 que la qualité des actes médicaux et des soins, ainsi que la sécurité des patients, dépendent non seulement de l'expertise médicale, mais également de la capacité des différents acteurs à travailler ensemble (Dumas *et al.*, 2016). Anne-Marie Arborio a souligné que l'AS participe activement au processus thérapeutique, car elle partage les « mêmes matériaux » que le personnel technique le plus spécialisé (Arborio, 2012, p. 118)).

D'après l'analyse de François Xavier Schweyer en 2018, dans l'environnement hospitalier, la structuration de l'équipe de soins repose sur une hiérarchie marquée, où les médecins occupent la position dominante. Ils sont responsables de la prescription médicale, à laquelle les autres professions se réfèrent (Schweyer, 2018). Plus loin dans son analyse, l'auteur a analysé le fait que les IDE sont subordonnées aux consignes des médecins et délèguent une partie de leurs tâches aux AS. Ainsi, les ASH travaillent aux côtés des AS. L'AS assume des tâches à la fois déléguées et sous le contrôle de l'IDE (Schweyer, 2018). Cette relation de subordination de l'aide-soignant envers l'infirmier s'est également développée à l'échelle internationale, on parle de « Krankenschwester Helferin (aide-infirmier) » en Allemagne, de « care assistant » en Grande Bretagne et de « auxiliary nurse » ou « aide » aux USA dans une logique de division de travail (Gadéa, 2002). A titre personnel et appartenant à une profession paramédicale, nous avons côtoyé pendant plus de 10 ans ce type de professionnel dans un autre contexte international sous l'appellation « aide-soignant » sans qu'un diplôme préalable ne soit requis, comme c'est le cas en France aujourd'hui.

Notre travail de recherche vise à répondre à une demande formulée par le ministère de la Santé des Comorien, qui fait face à des enjeux liés à l'efficacité et à la qualité du système de santé. Des facteurs tels qu'une mauvaise perception de la population envers l'accueil et les soins offerts ont contribué à la sous-utilisation du système de santé (Dumont, 2016). Dans ce contexte, le ministère de la santé a exprimé son intérêt de créer la profession d'AS au sein de l'hôpital, conformément à l'article 177 du code de la santé publique (Code de la Santé Publique Comorien, 2020, p. 39). Dans l'analyse du

contexte des Comores, deux éléments se sont dégagés comme pertinents. Tout d'abord, la présence des « faisant fonction d'AS », qui sont reconnus uniquement au sein des établissements sanitaires. Une reconnaissance ancrée historiquement dans le développement des professions paramédicales inspirées du modèle français au sein du système de santé Comorien. L'objectif principal de notre travail est de répondre à cette demande du ministère de la santé des Comores. Pour ce faire, nous nous sommes interrogés sur : **en quoi la professionnalisation des aides-soignantes aux Comores constitue un enjeu pour la prise en charge des patients dans les hôpitaux ?**

### Présentation du plan du mémoire :

Pour répondre à cette problématique, nous avons fait le choix de nous baser sur l'expérience française. Ce choix découle non seulement de l'histoire étroitement liée des deux pays (en raison du contexte colonial), mais également de la proximité administrative et culturelle qui les caractérisent. La similitude linguistique entre les deux nations et l'utilisation fréquente par les Comores de textes et de lois français pour établir leurs propres règles renforcent cette connexion. De fait, les Comores utilisent la même dénomination, à savoir « aide-soignant », dans le code de la santé publique.

Ainsi, une première partie de notre travail consistera à analyser la logique qui a prévalu en France dans la création de la profession d'AS. Nous allons examiner l'évolution de la formation des AS à travers les différentes réformes et porter un regard sur le contexte international et africain de cette profession d'AS ou de ses équivalents. Cette partie nous permettra de poser un cadre socio-historique en nous appuyant sur le modèle français dans son développement historique. Elle nous aidera à mieux appréhender les périmètres d'action de cette profession et à explorer une dimension internationale et africaine en particulier (**Partie I**). Dans une deuxième partie, nous nous baserons sur les données recueillies aux Comores pour orienter nos analyses. L'analyse du système de santé Comorien se révèle pertinente pour mieux appréhender la situation sanitaire globale ainsi que celle des professionnels, tout en examinant les interactions entre le groupe professionnel étudié et d'autres acteurs. Nous accorderons une attention particulière aux expériences enrichissantes des hôpitaux et des individus exerçant comme « faisant fonctions d'AS ». Ces éléments nous permettront de dégager des préconisations mieux ajustées aux réalités spécifiques du contexte Comorien (**Partie II**).

### I. Méthodologie :

Le choix de traiter le sujet de « la profession d'aide-soignante aux Comores », s'est construit à partir d'une commande qui nous a été adressée par le ministère de la santé des Comores (voir annexe 1), ainsi que de nos propres objectifs professionnels. Cette décision trouve sa cohérence dans notre projet professionnel et s'inscrit en harmonie avec notre parcours vis-à-vis du Master Pilotage des

*Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

<2022-2023>

Politiques et Actions Santé Publique (PPASP). Nous aspirons à contribuer au renforcement du système de santé comorien, et ce sujet se révèle particulièrement pertinent étant donné qu'il aborde la question cruciale des ressources humaines, l'un des piliers fondamentaux d'un système de santé.

Guidés par nos expériences professionnelles et académiques, nous avons entrepris une réflexion approfondie pour définir notre approche et la perspective analytique que nous pourrions adopter. Nous avons basé nos réflexions à la fois sur nos connaissances théoriques et nos expériences pratiques, tout en gardant à l'esprit notre intention de stimuler une nouvelle dynamique professionnelle dans le système de santé Comorien. Dans un premier temps, nous avons amorcé notre démarche en mobilisant une approche hypothético-déductive. Cette phase préliminaire nous a permis de délimiter notre sujet et de nous familiariser avec les concepts et les notions liés à la profession d'aide-soignante, tels qu'explorés par les chercheurs. Nous avons pris le temps de parcourir les premiers éléments de bibliographie partagés par notre directeur de mémoire et avons mené nos recherches personnelles. Cette approche du terrain par la littérature nous a donné une vision des thèmes sous-jacents à la profession d'AS, comme le concept de « travail invisible » ou de « sale boulot ».

Notre réflexion s'est donc structurée autour de plusieurs axes d'analyse, tels que — La logique de création du titre AS en France (en réponse à quels besoins ?) — Les textes réglementaires encadrant ce métier — L'accès à ce titre — Les lieux d'exercices — La nature des relations avec les autres professionnels de santé— Les missions confiées, ainsi que les difficultés rencontrées

Cependant, en consultant les documents politiques et stratégiques des Comores, nous avons constaté que le titre d'AS était peu mentionné et analysé. Cette découverte a motivé un changement de notre approche et nous a poussés à repenser notre manière d'aborder le sujet. Nos échanges réguliers avec notre directeur de mémoire et notre tutrice de stage nous ont été précieux pour réorienter notre réflexion. Nous avons alors pris l'exemple de la région Bretagne en France, en étudiant comment cette région parvient à introduire de nouvelles professions et métiers dans son système de santé pour faire face aux enjeux spécifiques.

En nous appuyant sur le réseau professionnel de notre tutrice de stage, un premier entretien exploratoire a pu être réalisé avec une chargée de mission qui pilote l'animation des formations sanitaires et sociales au conseil régional de Bretagne. Ce premier entretien nous a été capital car elle nous a permis d'appréhender quelques éléments clés dans le présent et dans le futur dans le cadre de la création d'une nouvelle profession à savoir : — L'implication des acteurs que sont les professionnels qui travaillent directement avec les AS, les hôpitaux — L'adoption d'une démarche de concertation et de partenariat avec l'ensemble des personnes concernées — L'identification des partenaires — La

prise en compte de l'aspect économique du pays— La mise en avant de l'utilité de ce type de professionnel pour le système de santé.

Cependant, une approche inductive a été adoptée secondairement dans notre démarche de recherche. Elle nous a permis de mieux appréhender le terrain comorien en explorant les expériences riches des hôpitaux et en impliquant les acteurs dès le début. Cette approche avait pour objectif de prévenir toute perception négative de notre travail en tant qu'initiative imposée ou étrangère au contexte réel du système de santé des Comores. La lettre de mission signée par le ministère de la santé, nous a ouvert les portes des trois principaux hôpitaux de référence du pays, situés dans les trois îles (CHRI de Fomboni à Mwali, CHRI de Hombo à Ndzuani et CHN El-Maarouf à Ngazidja). La sélection de ces trois hôpitaux a été guidée par la volonté d'obtenir des données de qualité représentatives des trois régions sanitaires des Comores.

La méthodologie de notre recherche repose sur une approche mixte, combinant des méthodes qualitatives et quantitatives pour une compréhension approfondie du sujet. Du côté qualitatif, nous avons mené dix entretiens semi directifs d'environ 36 minutes à 1 heure chacun. Ces entretiens ont été réalisés auprès d'un échantillon diversifié de professionnels de santé comoriens, comprenant un directeur hospitalier, deux cadres hospitaliers, deux médecins dont un chef de service, cinq Faisant fonction d'aides-soignants (FFAS), dont deux entretiens collectifs avec quatre FFAS et un enseignant de l'Ecole de Médecine et de Santé publique (EMSP) (voir annexe 17). La constitution de notre échantillonnage s'est basée sur les informations fournies par les hôpitaux à ce qui concerne les FFAS interviewées. Pour les autres personnes interviewées, nous avons pris en compte les acteurs décisionnels de la pyramide sanitaire, le lieu d'exercice, les recruteurs et le personnel que FFAS côtoient.

Les entretiens que nous avons menés ont été structurés autour de différentes thématiques spécifiques, pour lesquelles nous avons élaboré trois grilles d'entretiens distinctes (voir annexe 12, 13, 14). Ces grilles nous ont permis de cibler les questions en fonction du rôle et de la perspective de chaque participant. Lors des entretiens avec les responsables des hôpitaux, nous avons abordé plusieurs aspects clés de la profession d'AS aux Comores notamment :

- ✓ L'intérêt d'avoir ce type de personnel ;
- ✓ Les missions ;
- ✓ Leur statut ;
- ✓ La vision à long terme.

Pour les cadres et médecins, nos questions étaient centrées sur les missions au sein des services (délégation, prescription, collaboration) pour comprendre les dynamiques et les relations entre les FFAS et d'autres professionnels aux sein des établissements. Enfin, lors de nos entretiens avec les FFAS, nous avons abordé des questions spécifiques liées à leurs missions—leurs difficultés—leur rythme de travail—leurs avantages— leur vécu et leur vision de professionnalisation du métier.

Pour la partie quantitative de notre recherche, nous avons recueilli des données secondaires auprès des hôpitaux. Pour ce faire, nous avons élaboré un fichier Excel que nous avons partagé avec les hôpitaux pour collecter les informations concernant les faisant fonction d'aides-soignants (FFAS). Ces données incluent des informations sur — Leurs tranches d'âge — Leurs niveaux de scolarité — Leurs sexes — Leurs statuts de salarié (fonctionnaire de l'État ou contractuelle de l'hôpital) — Leurs années d'exercice — Les services pour lesquels elles exercent.

Dans le cadre de notre démarche méthodologique, nous avons adopté une approche mixte combinant des éléments déductifs et inductifs, permettant ainsi de légitimer notre choix de prendre la France comme modèle de référence. Pour faciliter notre analyse, nous avons effectué une retranscription textuelle complète de chacun des entretiens réalisés (voir annexe 16). Grâce à la grille d'analyse thématique élaborée (voir annexe 15), nous avons pu identifier des tendances communes concernant la construction de la profession entre la France et les Comores.

Il est important de noter que les 10 entretiens ont été menés en distanciel, ce qui a constitué un défi supplémentaire. Nous avons utilisé le plateforme « google Meet » pour conduire ces entretiens, toutefois, cela a été rendu difficile en raison des perturbations fréquentes de la connexion aux Comores. A plusieurs reprises, nous avons dû reporter les entretiens à des dates ultérieures, parfois même pendant le week-end. Un autre défi était lié au décalage horaire, étant donné que les entretiens ont eu lieu entre mars et avril, avec un décalage de 2 heures entre les Comores et la France. La coordination des horaires pour les entretiens s'est avérée être un processus complexe en raison de ces contraintes temporelles.

## **Partie 1 : Cadre contextuel de la recherche**

Dans cette première partie, nous entreprendrons une double analyse. D'une part, nous examinerons la démarche adoptée par la France pour instaurer la profession d'aide-soignante, en mettant en lumière les réformes organisationnelles qui ont impacté à la fois la formation et l'évolution de cette profession. D'autre part, nous élargirons notre perspective à l'échelle internationale, en particulier en Afrique. Ce regard panoramique nous permettra d'appréhender la logique qui guide les pays d'Afrique subsaharienne, dont font partie les Comores, dans l'organisation des services de soins au sein des

établissements hospitaliers. Cette approche permettra de mieux cerner le territoire d'analyse concerné par notre travail de recherche (les Comores).

## A. Construction socio-historique de la profession d'aide-soignante

### A.1. Emergence de la profession en France

La professionnalisation des infirmiers est fortement liée à l'émergence du métier d'aide-soignant. En effet, ces deux professionnels exercent très souvent en binôme pour garantir le bien être du patient. Dans les travaux de Geneviève Latreiler, repris par Pierre Tripier dans les années 80, on parle de « métier » quand il réunit trois conditions à savoir, une formation spécifique, une reconnaissance par autrui et le regroupement des personnes concernées (Tripier, 1983). Cette théorie s'avère pertinente, car elle reflète la trajectoire suivie par la profession d'AS depuis son émergence dans le milieu hospitalier.

Au début du XIXème siècle, les hôpitaux ont été laïcisés, avec la gestion de l'hôpital confiée aux médecins. La profession d'infirmière était majoritairement exercée par des religieux et des individus d'origines diverses. A cette époque, aucune distinction n'était faite entre infirmiers et aides-soignantes. Ils se chargeaient principalement des tâches liées à l'hygiène, au nettoyage et dispensaient également des soins (CGOS, 2023). En conséquence, les rôles étaient répartis entre le personnel qui « soigne » et celui qui « sert » qualifiés respectivement de « fille de salle » ou « servante » (Arborio, 2012, p. 47). La priorité pour les hôpitaux était de pouvoir procéder à un reclassement de son personnel afin de limiter l'accès à la profession d'infirmier.

La loi du 8 avril 1946 a permis de définir les conditions d'exercice de la profession d'infirmière, exigeant la possession d'un Diplôme d'Etat. Toutefois, cette mesure n'a pas résolu complètement le problème, car il existait des individus en poste qui étaient privés de leur titre sans pour autant perdre leurs compétences. En réponse à cette situation, l'administration hospitalière crée le titre d'aide-soignant en 1949 (Arborio, 2016). Selon Anne-Marie Arborio, dans la deuxième édition de son ouvrage intitulé « un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital » publié en 2012, cette création a eu un effet symbolique, car des « filles de salle » et « des servantes » ont été promues par le titre d'AS sans une formation préalable. D'autres facteurs avaient également contribué au cours du XIXème siècle à la pérennisation de ce nouveau titre, notamment l'évolution des techniques médicales, et les découvertes pasteurienne (Causse, 2006).

A partir des années 1960, des changements organisationnels ont été observés dans les hôpitaux, avec délégation en cascade des tâches médicales à des catégories de personnel subalternes (Causse, 2006). L'importance de l'hygiène dans les hôpitaux a fait les aides-soignants des acteurs essentiels dans la

lutte contre les infections (CGOS, 2023). Dès 1956, un processus de professionnalisation est enclenché pour la profession d'AS, bien que différent de celui des infirmiers, évoluant en plusieurs étapes. Une perspective de carrière a commencé à se dessiner, avec la mise en place d'un « certificat attestant qu'au 1er janvier 1949, le candidat a eu au moins pendant 1 an, la charge effective d'un groupe de malade et d'autre part, est apte à participer aux soins à prodiguer aux hospitalisés » (Arborio, 2012, p. 38). A partir de 1956, ne pouvaient exercer la fonction d'aide-soignante que les personnes titulaires d'un certificat professionnel. L'arrêté du 23 janvier 1956 portant mise en place du CAFAS a autorisé l'aide-soignante à « donner des soins d'hygiène générale (...) sous l'autorité du personnel infirmier diplômé ou autorisé » (Légifrance, 1956). Le CAFAS devient obligatoire à partir de 1960. Parallèlement, on assiste à la création du BEP sanitaire et social, jouant un rôle essentiel dans le recrutement de ce personnel à la fonction publique hospitalière.

Au fil du temps, leur champ d'intervention s'est progressivement élargi. L'arrêté du 9 janvier 1978 a autorisé les AS à exercer dans les services de psychiatrie, et en 1981, elles ont été autorisées à intervenir dans les soins à domicile auprès des personnes âgées. Par la suite, en 1996, un circulaire du DGS a statué sur les rôles, les missions et le diplôme réglementant le métier d'AS. C'est ainsi que le DPAS a été remplacé par le DEAS (Légifrance, 2005). De plus, l'article D4391-1 est venu préciser les modalités de la formation et d'obtention du DEAS en laissant une place à la valorisation des Acquis d'expériences professionnels (Légifrance, 2020). Par conséquent, l'obtention du diplôme peut se faire de deux manières : soit par la validation de la totalité de la formation, en continu ou en discontinu, soit en suivant une ou plusieurs unités de formation (modules et stages) correspondant à une formation complémentaire en fonction des différents modes d'accès au diplôme. Il faut noter que le tournant des années 80 est marqué par la création d'une revue professionnelle s'adressant aux aides-soignants, ainsi que par la formation d'associations regroupant les personnes exerçant cette profession notamment la création de l'ANFAS en 1987 et la FNAAS en 1988 qui ont ouvert la voie développement et à la reconnaissance du métier d'AS (Arborio, 2012, p. 82).

Force est de constater que la création du titre d'aide-soignant apparaît comme étant un projet institutionnel porté par l'administration de l'hôpital. Toutefois, les évolutions organisationnelles et contextuelles ont contribué à la pérennité de cette profession. L'engagement des AS dans la défense de leurs intérêts et la clarification de leur identité ont progressivement renforcé leur position, trouvant écho dans divers textes de loi et arrêtés. Cette analyse nous confirme la problématique de « construction de soi » au sein d'une « hiérarchie étatique », comme évoquée par Richard Witorski en 2008. Le processus de professionnalisation, initié par l'institution employant les AS, soulève encore des questions non résolues, notamment en ce qui concerne les tâches entièrement déléguées dans le cadre du rôle propre de l'infirmier.

Pour Wittorski, les activités professionnelles sont guidées par des principes déontologiques et les individus exerçant ces activités bénéficient d'une certaine autonomie (Wittorski, 2008). A ce stade, il est essentiel de se pencher sur l'évolution du contexte où se développe la formation d'aide-soignant.

## A.2. Dynamique évolutive de la formation des aides-soignantes en France

Le contenu de la formation des aides-soignantes n'a pas cessé d'évoluer au fil des années afin de s'adapter aux besoins de santé publique. En 1956, les préoccupations étaient l'hygiène d'une manière générale. Pour cela, le CAFAS permettait de « donner des soins généraux à l'exclusion de tout soin médical, sous l'autorité de l'infirmier ». Cette formation comprenait dix mois de formation dont 40 heures de théorie (Légifrance, 1956). Les changements ultérieurs dans la formation ont été documentés dans un article rédigé par Simone Haquet, cadre de santé en 2003. La première révision significative a eu lieu en 1971, avec un arrêté fixant la durée de la formation à douze mois, incluant 220 heures d'enseignement, dont 100 heures de pratique et 4 stages encadrés. La même année, un autre arrêté a défini un nouveau programme de formation clarifiant le rôle de l'AS. Désormais son rôle a été recentré sur « les besoins fondamentaux de l'homme ». Cette philosophie de soins nous renvoie au modèle conçu par Virginia Henderson centré sur « 14 besoins de l'être humain » (Pellissier, 2006, p. 39). Dans cette philosophie, une personne est en bonne santé lorsqu'elle est capable de satisfaire seule ses besoins fondamentaux d'une manière autonome. Et donc la maladie rend la personne dépendante du professionnel de santé qui doit l'aider, l'accompagner. Cette période a vu émerger le concept d'« humanisation des hôpitaux ». La formation de l'AS a été orientée vers « la personne malade » dans l'objectif de privilégier une dimension humaine autant que technique.

En réponse aux changements survenus en 1981, autorisant les AS à exercer à domicile et en psychiatrie (1971), un nouveau programme a été établi en février 1982 pour la préparation du CAFAS. Cette formation comprenait 350 heures d'enseignement théorique et pratique, ainsi que 24 semaines de stage. Ce nouveau contenu de la formation a renforcé les connaissances des AS en gérontologie et en psychiatrie, avec une augmentation de la durée des stages auprès des personnes âgées.

Face à ces évolutions, des tensions ont émergé entre les infirmiers et les AS. Les IDE ont observé une affirmation croissante des AS dans le champ sanitaire. Parallèlement, les infirmiers ont évolué avec une possibilité de devenir « chef de projet » en déléguant des tâches ponctuelles aux AS. Dans le but d'assurer l'adaptabilité des AS face aux diverses évolutions du système de santé, l'arrêté du 22 juillet 1994 a établi un programme de formation commun pour les AS et les auxiliaires de puériculture (AP). Toutefois, la formation s'est orientée différemment pour les AS, qui se sont spécialisées dans des domaines tels que les soins aux personnes âgées, l'accompagnement en fin de

vie, la psychiatrie et des thématiques de santé publique. Les AP, quant à elles, se sont centrées sur le domaine de l'enfance.

En outre, la transition du CAFAS au DPAS en 1996 a été accompagnée d'un arrêté daté du 22 octobre 2005 fixant les modalités d'accès à la formation sous condition de validation des épreuves de sélection comprenant une épreuve écrite et une épreuve orale (Légifrance, 2005). Dès lors, la formation se faisait pour une durée de 41 semaines soit 1435 heures dont 17 semaines d'enseignement théorique et 24 semaines de stage pratique. Cette formation est structurée autour d'un référentiel d'activités, de compétences, de certification et de formation diplômante, composé de huit modules, comme détaillé ci-dessous :

- Module 1 : Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne (4 semaines)
- Module 2 : L'état clinique d'une personne (2 semaines)
- Module 3 : Les soins (5 semaines)
- Module 4 : L'ergonomie (4 semaines)
- Module 5 : La relation – Communication (2 semaines)
- Module 6 : L'hygiène des locaux hospitaliers (1 semaine)
- Module 7 : La transmission des informations (1 semaine)
- Module 8 : L'organisation du travail (1 semaine)

Depuis 2015, des efforts ont été entrepris pour réinventer la formation des AS dans le but de formaliser certaines tâches qui étaient souvent sujettes à des glissements de compétences non officiels. L'objectif était de légitimer ces tâches, de former les AS et de les accompagner pour qu'elles puissent intervenir d'une manière sécurisée. Cependant, la première tentative n'a pas abouti. En 2019, le rapport El Khomri a mis en lumière les problématiques entourant les métiers associés au grand âge, parmi lesquels figurent les AS, face aux besoins croissants d'accompagnement des personnes âgées.

Il est prévu que le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie passe de 1,387 million à 1,479 million entre 2020 et 2025. Pourtant, les métiers du grand âge connaissent une diminution de leur attractivité, avec une chute de 25% du nombre de candidatures aux concours d'accès à la formation. Cette situation s'explique en partie par les conditions de travail particulièrement difficiles liées à une insuffisance d'effectifs (Myriam El Khomri, 2019). Pour donner suite à ce constat, une série de recommandations a été reformulée dans le but de moderniser et de changer l'image des métiers du grand âge.

Parmi les mesures annoncées pour redynamiser le métier d'AS, plusieurs points importants ont été annoncés. Il y a entre autres la suppression du concours d'accès à la formation d'AS pour la formation initiale et en apprentissage, l'ouverture de la formation à un large public, la suppression du quota

national pour la formation d'AS ainsi que la possibilité de financement via la région. La réingénierie mentionnée avait déjà prévu de porter le diplôme d'AS à un niveau IV.

Cependant, la crise sanitaire de la COVID-19 a retardé la mise en application de l'ingénierie de formation. Elle a mis également en évidence les difficultés du métier, notamment l'insuffisance de personnel, ainsi que les conditions de travail très difficiles. L'ancienne ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a souligné que « ce qui compte c'est le niveau de qualification à la sortie, pas à l'entrée » (Agnès Buzyn, 2020).

Face à cette observation, il est clair que les responsabilités de l'AS ne cessent d'évoluer pour s'aligner sur les enjeux changeant du système de santé. Malgré cette évolution graduelle, les AS conservent une autonomie limitée, car leurs interventions demeurent basées sur la délégation de tâches. Le présidente de l'UFAS a exprimé le souhait selon lequel « j'aimerais que l'aide-soignante puisse avoir un rôle autonome dans la chaîne des soins » (Surbled, 2010). Ainsi, l'autonomisation de la profession constitue désormais une préoccupation majeure des associations.

### A.3. Face à un repositionnement de l'Aide-Soignant à travers le nouveau référentiel

La réingénierie de formation de l'AS longtemps attendu a enfin vu le jour en juin 2021, marquant des changements significatifs. Cette réforme porte de nombreuses nouveautés, dont une revalorisation du diplôme d'AS, avec un passage de niveau 3 (certificat et brevet professionnel) au niveau 4 (Bac). Les mesures gouvernementales dans le cadre du programme « Ségur de la santé », ont également eu un impact considérable. Parmi celles-ci, une revalorisation salariale a été également observée. L'objectif de ces mesures est de promouvoir la profession et de la rendre plus attractive afin de surmonter les défis de recrutement dans le secteur sanitaire et médico-social.

La revalorisation du diplôme a eu pour conséquence une redéfinition du rôle et de la posture de l'AS, en favorisant davantage l'autonomie et l'implication dans des activités institutionnelles ainsi que dans la mise en œuvre de projets d'établissement (Roussely, 2023). Un arrêté publié le 10 juin 2021 a abrogé les dispositions de l'arrêté du 22 octobre 2005, en définissant le nouveau référentiel de formation et de certification du DEAS. Cette réforme a étendu la durée de la formation de 41 à 44 semaines, soit 1540 heures au total, réparties en 770 heures (22 semaines) d'enseignement théorique et 770 heures (22 semaines) en milieu professionnel (Légifrance, 2021). Le nouveau référentiel de compétence met l'accent sur le développement des compétences de l'AS pour faire face aux conséquences d'une population vieillissante, ainsi 5 blocs sont définis :

- **Bloc 1** - Accompagnement et soins de la personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale
- **Bloc 2** - Evaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration

*Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

<2022-2023>

- **Bloc 3** - Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants
- **Bloc 4** - Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention
- **Bloc 5** - Travail en équipe pluriprofessionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité/gestion des risques

Les 5 blocs de compétences correspondant à 10 modules<sup>3</sup> de formation représentés de la manière suivante :

<b>Blocs de compétence</b>	<b>Modules de formation</b>
Bloc 1	<b>Module 1</b> (147 h) Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale (Module spécifique AS) <b>Module 2</b> (21 h) Repérage et prévention des situations à risque (Module spécifique AS)
Bloc 2	<b>Module 3</b> (77 h) Evaluation de l'état clinique d'une personne (Module spécifique AS) <b>Module 4</b> (182 h) Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement (Module spécifique AS) <b>Module 5</b> (35 h) Accompagnement de la mobilité de la personne aidée
Bloc 3	<b>Module 6</b> (70 h) Relation et communication avec les personnes et son entourage <b>Module 7</b> (21 h) Accompagnement des personnes en formation et communication avec les pairs
Bloc 4	<b>Module 8</b> (35 h) Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés
Bloc 5	<b>Module 9</b> (35 h) Traitement des informations <b>Module 10</b> (70 h) Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risques

Au regard de l'ancien et du nouveau référentiel, une réunion d'échange avec une responsable pédagogique et une formatrice nous a permis de mieux apprécier les changements qui se sont opérés dans le contenu de la formation des AS. Leurs points de vue nous ont semblé intéressants afin

<sup>3</sup>Ameline, S. & Levannier, M. (2021). Un métier, une formation. Dans : , S. Ameline & M. Levannier (Dir), *DEAS: Tout-en-un* (pp. XI-XXIV). Paris: Vuibert. <https://www.cairn.info/deas--9782311660791-page-XI.htm>

d'apprécier les changements, les nouveautés entre l'ancien et le nouveau référentiel. Deux nouveaux modules se sont ajoutés dans le nouveau référentiel notamment le module (2) et (7). D'autres modules ont vu leur taille augmenter comme le cas du module (10) qui est passé de 35 heures à 70 heures. Quant au module (2) l'environnement familial a été rajouté afin que la personne soit prise en charge dans sa globalité. Selon ces deux responsables de formation, le nouveau référentiel est plus globaliste et intègre les expressions du moment avec plus de rigueur. Pour elles, l'AS a plus de responsabilité qu'avant car elle est engagée dans une démarche réflexive, de prise de recul et d'implication dans le parcours de l'utilisateur ainsi qu'au niveau des projets de l'établissement. L'exemple de la sensibilisation de l'AS dans le cadre de son parcours à la démarche qualité pour participer à la certification des établissements a été mise en avant par les deux responsables comme point positif.

Dans le cadre de cet échange, elles ont parlé du module (9) qui a été formulé pour s'adapter au contexte de digitalisation des hôpitaux. En effet, on assiste depuis les années 90 à une intégration croissante des technologies numériques et informatiques dans les établissements hospitaliers. Il est évident que la formation des professionnels s'adapte à cela puisque désormais les dossiers médicaux sont informatisés (Torki, 2022) Elles ont exprimé leur regret de voir la mise en situation professionnelle (MSP) organisée dans le cadre du module (2) et (3) être enlevée or ça permettait aux formateurs de l'institution d'aller en milieu professionnel et d'évaluer l'élève dans le cadre de son immersion professionnelle. Pour elle, les évaluations terrain sont aussi à revoir car dès la rentrée prochaine, les compétences pratiques des élèves seront évaluées sur les critères suivants - acquise- non acquise - en cours d'acquisition. Elles attirent l'attention sur une possibilité que l'élève soit diplômé avec des compétences théoriques validées en institution et des compétences pratiques en cours d'acquisition. Elles évoquent le risque que la formation ne perde en rigueur notamment par une disproportion entre la formation théorique et la pratique en vigueur au regard des changements sur le référentiel d'évaluation.

Toutefois, face à ce nouveau référentiel une série de nouveaux actes a été rajoutée dans le nouveau référentiel de formation. Désormais, l'AS est habilité à faire les actes qui suivent :

- Le recueil de la glycémie capillaire
- La pose de suppositoire (d'aide à l'élimination),
- L'application de crème et de pommade,
- La pose et le changement de masque pour l'aide à la respiration en situation stable chronique,
- La réalisation d'aspiration endotrachéale sur orifice trachéal cicatrisé et non inflammatoire...
- Le changement de lunette à oxygène courbe avec tubulure sans intervention sur le débitmètre,
- Le recueil aseptique d'urine hors sonde urinaire

*Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

<2022-2023>

Les Instituts de Formation d'Aides-Soignantes (IFAS) se sont également adaptés à ce nouveau référentiel en recrutant plus de formateurs pour assurer l'enseignement et les évaluations toutefois, un module sur le tutorat entre pairs a été planifié pour permettre aux diplômés d'encadrer leurs pairs. Des dispositifs d'accompagnement des apprenants ont été planifiés pour permettre un accompagnement personnalisé des élèves souvent issus d'un milieu différent de la santé. Il s'agit des accompagnements et des suivis pédagogiques individualisés et des travaux personnels guidés (Légifrance, 2021). Cette stratégie d'individualisation du parcours devrait permettre à l'élève de mieux progresser dans son parcours.

Contrairement à la définition de 1996, la nouvelle définition du métier stipule que « L'aide-soignant est habilité à dispenser des soins de la vie quotidienne ou des soins aigus pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et dans le cadre d'une responsabilité partagée » (Ministère de la Santé & de la Prévention, 2022). La nouvelle réglementation confère à l'AS des actes à réaliser en dehors de la présence d'infirmiers, « soins de la vie quotidienne » qui doivent répondre à deux critères qui sont : soins réalisables par la personne elle-même ou un aidant et les soins liés à un état de santé ou pathologie chronique stabilisé (IFAS, 2019).

Cette définition donne une nouvelle posture à l'AS. L'autonomie affichée n'est valable que dans les structures médico-sociales mais non dans les établissements de soins de type CHU et cliniques (Equipe MACSF, 2022). Nous pouvons donc nous questionner sur la nature de cette collaboration formalisée par les pouvoirs publics entre les infirmiers et les AS sachant que les deux protagonistes s'inscrivent historiquement dans une relation de subordination et de délégation de tâches.

#### A.4. Vers un changement de paradigme dans la relation aide-soignant/infirmier

Dans l'histoire de la construction de la profession d'AS, les tâches qui lui ont été confiées prennent leur origine dans un processus de délégation de tâche dans le cadre du rôle propre de l'infirmier. La profession d'AS est aujourd'hui en pleine évolution puisqu'elle continue de s'adapter aux enjeux auxquels le système de santé fait face. Dans le cadre de cette partie, il nous a semblé important d'analyser également la nature de la relation entre l'infirmier et l'aide-soignant aujourd'hui, à la suite des différentes réformes de la profession AS. À la suite du nouveau référentiel, l'article R. 4311-4 du 21 juillet 2021 du code de la santé publique a fait évoluer la relation entre l'aide-soignante et l'infirmière. Le nouveau règlement privilégie davantage la notion de « collaboration » et de « responsabilité partagée ». En effet, la collaboration constitue un paramètre important dans la prise en charge des patients. Cela permet d'avoir un accompagnement optimal du patient atteint d'une pathologie qui se trouve dépendant face au monde médical (Bouchard, 2017, p. 5). La manière dont

l'organisation de l'équipe de soins est structurée permet un travail de collaboration entre les infirmiers et les AS puisqu'ils travaillent en binôme.

Le principe de collaboration interprofessionnelle dans le domaine sanitaire et social semble primordial pour garantir la qualité des soins. Des chercheurs ont démontré que la qualité des actes médicaux et des soins, ainsi que la sécurité des patients ne dépend pas seulement de l'expertise médicale mais de la capacité des acteurs à travailler ensemble (Dumas *et al.*, 2016). Dans cette partie, il nous paraît important d'éclairer la notion de collaboration et ses enjeux puisqu'elle est au cœur du métier de l'AS. Le mot collaboration vient du latin « *cum laborare* » qui veut dire « travailler avec ». D'autres auteurs comme D'amour dans ses travaux de 1999, repris par Florence Policard en 2014, définissent la collaboration interprofessionnelle comme « un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante, au service du client » (Policard, 2014, p. 35). Pour l'auteur, il s'agit d'un espace dans lequel peut se structurer une action collective pour un but commun (réanimer le patient) (Policard, 2014, p. 35). Cela implique que chaque professionnel mobilise ses compétences en fonction de son rôle, de son expérience et de ses capacités. Christine Gangloff-Ziegler parle « d'une forme d'intelligence collective à l'origine d'une action de co-construction d'un bien, d'un service, résultat d'une mise en commun de savoirs (...), une forme d'organisation conjointe du travail où chacun des opérateurs est responsable pour sa part, parce qu'elle est identifiable, mesurable et prédéfinie par un coordinateur, responsable et représentant de l'autorité alors que le travail collaboratif est une forme d'organisation solidaire du travail où chacun est responsable pour le tout, sans que la part individuelle puisse être systématiquement isolée, la coordination se faisant par ajustement mutuel »(Gangloff-Ziegler, 2009, p. 105).

Nous admettons par rapport à ce qui précède que les tâches de l'IDE et l'AS se complètent or à la base elles sont de nature spécifique à chacune des professions. Quand on analyse en profondeur leurs tâches, l'IDE met en œuvre les soins infirmiers dans le cadre de son rôle propre et d'autres actes qui sont prescrits par le médecin. Cela représente des actes beaucoup plus techniques qui demandent une qualification acquise à la suite d'une formation et une mise en pratique. Parallèlement, l'AS prend en charge « des soins de confort, assiste les patients limités dans leur autonomie, s'occupe de la prise des constantes et transmet à l'infirmière des observations orales et écrites sur l'état des malades » (GMF, 2021). Il s'agit donc d'actes qui s'inscrivent dans la continuité des soins délivrés à la personne et cela exige une bonne entente et une bonne communication entre les deux professionnels dans l'espace où elles interagissent (GMF, 2021).

Réaliser des actes comme des soins d'hygiène corporelle, alimentaire, la surveillance des constantes pour l'AS à la demande de l'IDE permet d'harmoniser les deux fonctions pour une bonne prise en charge du patient. De fait, la responsabilité de l'infirmier ne se substitue pas au protocole du service, elle peut être recherchée en cas de faute de l'AS. Dans le cadre de la « théorie de la diversité », Weber et Donahue ont montré en 2001 dans le cadre de leur recherche que « la difficulté de mettre en synergie efficacement des compétences individuelles suggère la nécessité d'un leader pour encadrer les pratiques » (Policard, 2014, p. 39). C'est dans ce sens que le règlement en vigueur précise bien que l'IDE doit s'assurer que l'AS possède les qualifications requises, sait mener à bien ces actes et vérifier dans le temps imparti leur bonne exécution (Légifrance, 2021).

Ce mode de fonctionnement peut également permettre à l'AS de gagner en compétence. L'article R. 4311-4 du code de la santé publique précise les compétences de collaboration au titre de « *de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation* » (MACSF, 2018). Si la faute commise par l'AS relève d'une méconnaissance d'un geste technique mais théoriquement acquis, la responsabilité revient à l'IDE qui ne l'a pas suffisamment encadré. Cela étant, nous pouvons dire que la nature de cette collaboration se traduit par un travail d'équipe pour une prise en charge globale de la personne. On peut dire que l'AS fait plus d'actes de soins dans le nouveau référentiel mais la nature de la relation n'a pas changé, il continue à travailler sous la responsabilité de l'IDE. Nous pouvons reconnaître qu'il s'agit d'un bon début, que les règlements en vigueur prévoient de clarifier davantage la nature de la collaboration entre IDE et AS mais nous pouvons nous questionner sur une collaboration entre deux professionnels qui n'ont pas les mêmes compétences. Pour Marine Lamarche, chargée de mission RH au ministère des solidarités et de la santé, « l'objectif de la réingénierie est également d'assouplir la collaboration entre l'AS et l'infirmier » (Parvais, 2022). La logique voudrait que l'attribution des tâches aux catégories subalternes fasse évoluer la pratique de la catégorie supérieure. D'autres changements sont attendus par rapport à la profession infirmière afin d'éviter les tensions et de clarifier les règlements en vigueur.

## **B. Quel équivalent dans le contexte Africain ?**

### **B.1. Dynamique évolutive des systèmes de santé**

Il nous a semblé important, dans le cadre de cette partie, de nous orienter sur le contexte africain pour mieux poser le cadre puisque le pays concerné par cette recherche n'est pas suffisamment étudié dans la littérature. L'idée est de pouvoir éclairer la logique de l'organisation du système de santé. En Afrique subsaharienne, dont font partie les Comores, le système de santé a été largement influencé par le modèle sanitaire colonial. Pour Fatoumata Hane, la médecine moderne ne s'est pas structurée progressivement en Afrique mais a plutôt reproduit un « modèle occidentale » or les pays n'ont pas pu suivre (Hane, 2009). Cela remonte aux premières décennies des indépendances,

l'offre de soins a été à la base redirigée vers les hôpitaux, par conséquent les ressources étaient de plus en plus concentrées dans les hôpitaux soit 51 à 62% du dépenses sanitaires entre 1961 à 1981 (Jacquemot, 2012). Pour illustrer cela, l'auteur a pris l'exemple du CHU de Brazzaville qui pouvait avoir un budget équivalent de la dépense liée aux soins de santé primaire du Congo. En 1960, les nouveaux Etats indépendants ont tenté de conserver la gratuité des soins mais ils étaient confrontés à la pression démographique causée par l'augmentation de la population dans un contexte de crise mondiale (1970).

Les mesures économiques promues par la Banque Mondiale (Politique d'Ajustement Structurel) dans les années 1980 face à cette crise ont entraîné des conséquences dramatiques dans l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé africains. En effet, des nouvelles mesures ont vu le jour au sommet d'Alma-Ata (1978) et de Bamako (1987) afin de réduire les coûts des systèmes de santé jugés très élevés. Par conséquent, différentes mesures ont été annoncées (Schnitzler, 2014). Ces politiques ont été jugées trop ambitieuses au vu du contexte économique, entre la déclaration d'Alma-Ata qui a comme objectif « la santé pour tous en 2000 » et l'initiative de Bamako qui tend vers une politique de désengagement de l'Etat concernant la gratuité des soins. Dorénavant, le système de santé doit adopter un système de recouvrement des coûts intégrant la participation communautaire sous le principe d'Alma-Ata (Tizio, 2004). Pour Stéphane Tizon, le système de santé actuel est géré d'une manière contractuelle, les offreurs sont placés directement sous la tutelle des pouvoirs publics et à partir de ce moment, la communauté est devenue un partenaire privilégié (« communauté financeur ») du système de santé puisqu'elle joue un rôle important dans le financement, l'organisation et dans la production direct des soins (Tizio, 2004). Face à cette situation, notre analyse nous pousse à mettre en avant deux mouvements qui se sont opérés à deux niveaux de l'organisation du système de santé.

Au niveau de la demande, grâce à la politique initiée par l'OMS appelée « *community empowerment* » dans les années 1980, le rôle des « profanes » a été valorisé dans le système de santé pour faire face au problème d'accès aux soins. Beaucoup de pays Africains ont repris cette politique en mettant en avant le rôle des Agents de Santé Communautaire (ASC). On voit émerger dans le champ de la santé l'AS. Ils sont définis par l'OMS ainsi : « *Ils doivent être membres de la communauté, choisis par elle, être ses représentants, doivent aussi être supervisés par le système de santé sans faire partie de son organigramme et ont une formation plus courte que les professionnels de la santé* » (Diallo & Sainsaulieu, 2022, p. 6). Dorénavant, l'ASC est devenue un maillon essentiel dans l'offre de soins puisqu'ils sont dans l'ensemble des pays africains et dans les régions les plus reculées. Cette approche se retrouve également dans d'autres pays comme l'Amérique latine, en Asie du Sud-Est, Amérique du

Nord et au Québec sous l'appellation de « communauté locale » (Diallo & Sainsaulieu, 2022). Nous nous proposons de clarifier ce type de personnel, leur rôle afin d'éviter toute confusion avec les AS.

Parallèlement, au niveau de l'organisation de l'offre, l'hôpital s'est structuré en donnant une place importante à la famille sous le terme de « gardes-malade » selon Marie Schnitzler (Schnitzler, 2014). Le terme « garde-malades » est au pluriel puisque dans une étude réalisée au Bénin, l'auteur explique que pour un malade, il peut y avoir plusieurs membres de la famille au chevet de leur proche. Dans le même article, l'auteur explique que pour Mebtoul en 2010, « les familles sont contraintes d'investir activement les espaces domestiques et professionnels face aux multiples failles institutionnelles plus radicales et plus visibles dans les pays du Sud » (Schnitzler, 2014, p. 46). Cette pratique a vu le jour en partie du fait de l'insuffisance de personnel dans les hôpitaux. Toutefois, Marie Schnitzler dans son article qualifie les gardes malades de « travailleurs invisibles » (Schnitzler, 2014, p. 50). Dans ce sens, on se propose également de donner quelques éléments de clarification sur ces « invisibles » dans le contexte Africain.

Cette partie nous a permis de poser le cadre contextuel de la trajectoire des systèmes de santé Africains sous l'influence de la colonisation et des politiques complètement exogènes. Nous avons pu constater que le champ sanitaire mobilise plusieurs acteurs qui sont la communauté, les offreurs des soins pour tenter d'organiser l'offre et la demande afin de pallier les difficultés auxquels le système de santé est confronté. Il apparaît que les pouvoirs publics peinent à organiser le système de santé faute de ressources à la fois humaines, matérielles et financières.

## B.2. Logique des agents de santé communautaire (ASC)

Majoritaires dans les Pays Africains et mobilisés dans le domaine sanitaire, être ASC est loin d'être considéré comme une profession dans le sens de Raymond Bourdoncle qui stipule qu'il s'agit d'une « occupation déterminée, dont on peut tirer ses moyens d'existences » (Bourdoncle, 2000, p. 119). En effet, selon l'analyse fait par Abdoulaye Moussa Diallo et Ivan Sainsaulieu au Sénégal en 2022, les activités des ASC ne sont pas conformes au droit du travail car dominés par du « travail au noir, entrepreneuriat non déclaré, activités fondées sur des accords de gré à gré » (Diallo & Sainsaulieu, 2022, p. 6). Pour les auteurs, il existe un flou concernant la nature du travail des ASC, elle se confond entre travail rémunéré et gratuit à base de volontariat, entrepreneuriat ou salariat. Ces agents sont mobilisés dans l'objectif de réduire les inégalités d'accès à l'offre de soins entre les populations rurales et urbaines. Et d'ailleurs face aux obstacles liés à la vaccination contre la COVID-19, les intermédiaires ont été reconnus dans la mise en œuvre d'une politique de santé (Diallo & Sainsaulieu, 2022).

Une fois identifié par les membres de sa communauté, l'ASC reçoit une formation de cinq jours avant qu'il commence à organiser ses activités au village. Il s'agit des activités de promotion de la santé

et de traitement de certaines maladies courantes comme le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës des enfants de moins de 5 ans. Il identifie les personnes malades, les besoins de soins d'urgence auprès de la population, organise des sessions d'éducation à la santé selon les thématiques prioritaires (Marx, 2020). L'ASC travaille en étroite collaboration avec les structures de santé de proximité et peut participer aux réunions (Malou Adom *et al.*, 2019). Nous pouvons nous questionner sur une possible délégation de tâches de la part des professionnels vers le niveau communautaire (les ASC).

Depuis 2010, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne comme le Bénin, l'Éthiopie, et le Burkina Faso y compris les Comores en 2014, les ASC bénéficient d'une reconnaissance sociale soutenue par les gouvernements à travers les formations organisées à leur égard. Toutefois, ils ne bénéficient pas de certificat professionnel ou de diplôme universitaire avant d'exercer leur métier. Nous pouvons nous questionner sur ce groupe de semi-professionnels qui ne sont pas forcément du domaine de la santé mais qui interviennent en premier auprès des personnes malades avant les équipes de soins. Nous pouvons nous demander si cette approche n'accentue pas le détournement de l'utilisation des services de soins. Au Sénégal, la réalité est autre puisqu'il existe deux catégories d'ASC dits spécialisés et polyvalents. L'ASC spécialisé fait référence à la catégorie d'AS puisqu'ils interviennent à l'hôpital et ils se voient « déléguer les tâches que les professionnels paramédicaux n'ont pas envie de faire » (Diallo & Sainsaulieu, 2022, p. 12). Ils bénéficient d'une sorte de reconnaissance, de gratification hospitalière grâce aux services rendus mais une perspective de professionnalisation reste très limitée.

A l'opposé, les ASC polyvalents travaillent à « ciel ouvert », au niveau communautaire et en collaboration étroite avec les équipes cadres de district. Ils ont accès aux espaces intimes des patients et ils interagissent également avec les professionnels de santé (Diallo & Sainsaulieu, 2022, p. 14). Ceci confirme leur identité professionnelle de « polyvalence ». A noter que ces deux segments de professionnels ne correspondent pas à l'identité professionnelle étudiée dans le cadre de notre recherche « l'aide-soignant » bien que l'ASC spécialisé semble travailler en milieu hospitalier mais le titre d'AS ne lui est pas attribué du fait de son statut et sa formation. De plus, dans nos recherches, nous n'avons pas croisé de texte de loi qui régleme cette identité professionnelle d'ASC dans le système de santé ainsi que les mécanismes de collaboration avec les équipes cadres de district et la population. Les Comores, qui est le pays concerné par cette recherche, a défini sa stratégie de santé communautaire et a mis en place des ASC qui n'interviennent qu'au niveau communautaire pour des activités de prévention et de promotion de la santé (DGS Comores, 2018).

Nous pouvons dire que la faiblesse du système de santé face aux problèmes de ressources humaines et financières fait que le système de santé intègre une multitude de personnes pour tenter

de rompre les inégalités liées à l'accès à la santé. Le milieu communautaire apparaît comme un espace d'interaction entre professionnels de santé et ASC avec une forme de délégation de tâches qui mérite d'être analysée.

### B.3. Les familles : travailleurs "invisibles" dans les hôpitaux Africains

Cette partie cherche à éclairer la situation du fonctionnement des hôpitaux favorisés par des travailleurs profanes appelés « gardes malades » qui sont les membres de la famille accompagnant de leurs proches malades (Schnitzler, 2014). Cette situation est présente dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Nous nous sommes saisi des travaux de Marie Schnitzler sur le Bénin en 2014 pour éclairer cela. Pour l'auteur, les contextes de crise ont longtemps influencé l'offre ainsi que la qualité des soins de santé. Dans une logique de restriction budgétaire, les politiques prônées par la banque mondiale ont bloqué le recrutement du personnel. Au fur et à mesure, la famille s'est substituée au rôle des soignants dans les ménages et dans les établissements de santé (Schnitzler, 2014, p. 42). Concernant les gardes malades, il s'agit pour la plupart du temps une épouse, une mère, une sœur, un petit-fils ou une nièce. On peut donc s'interroger sur cette présence familiale à l'hôpital. Cependant, un cas illustré dans l'article de Marie Schnitzler « Gloria s'occupe des soins quotidiens tandis que sa tante prend les décisions relatives au traitement et aux soins puisqu'elle finance l'hospitalisation » (Schnitzler, 2014, p. 49). Il paraît évident dans ce cas précis qu'il y a une délégation de tâche de la part des équipes de soins vers les membres de la famille qui doivent obligatoirement financer les soins.

Toutefois, au sein même de la famille, il s'opère une division sexuelle des tâches pour le rôle du garde malade puisque l'auteur a souligné qu'ils sont pour la majorité des femmes. Et pourtant pour la plupart des pays Africains, la tenue des foyers et les tâches domestiques sont tenues par les femmes. Il a été démontré que parfois la famille renonce à l'hospitalisation à cause du sacrifice que doit faire une garde malade à l'hôpital puisque non seulement elle doit participer aux soins mais sert également de lien entre l'hôpital et l'espace domestique. Nous pourrions nous interroger sur la qualité de la prise en charge dans les cas où le malade n'a pas de famille pour l'assister « le malade doit apprendre à se débrouiller » (Schnitzler, 2014, p. 50), ce qui peut être facteur d'inégalité.

Le garde malade doit rester à la disposition de son proche hospitalisé jour et nuit et doit « assurer son bien-être, le nourrir, l'accompagner à la douche ou aux latrines, faire le change dans son lit et vider sa bassine lorsque les déplacements sont trop difficiles » (Schnitzler, 2014, p. 50). Parallèlement, l'auteur a mis en évidence que d'autres tâches sont attribuées aux gardes malades comme « maintenir un bras ou une jambe pendant la réalisation du soin ou prévenir l'infirmier lorsque la perfusion est terminée » (Schnitzler, 2014, p. 51). Contrairement à ce qu'on a pu voir dans l'historique de l'organisation des soins en France en lien avec l'histoire des AS, il apparaît clairement que le garde

malade représente un acteur à part entière dans le fonctionnement des hôpitaux en Afrique subsaharienne. Toutefois, malgré le rôle joué par les gardes malades, il existe une réelle reconnaissance au sein de l'organisation hospitalière. Elles constituent un « personnel invisible » au sens de Anne-Marie Arborio en 2001 comme l'a montré Marie Schnitzler dans son article sur le Bénin (Schnitzler, 2014, p. 51).

Pour le personnel soignant qualifié la présence des gardes malades, est qualifiée de « gênant » et « perturbant » (Schnitzler, 2014, p. 55). En effet, les grades malades s'approprient l'espace occupé à l'hôpital notamment la salle d'hospitalisation. Pour cela, les équipes de soins les accusent de perturber le travail hospitalier car « trop de va et viens, beaucoup de bruit dans les salles » ainsi que le fonctionnement hospitalier dans le respect des normes et règles d'hygiènes comme « des casseroles, des sacs, des vêtements ou un balai sont posés en dessous du lit du malade » (Schnitzler, 2014, p. 56). Ces pratiques nous questionnent sur la sécurité des patients car en Afrique les infections nosocomiales représentent un problème de santé publique avec une prévalence assez élevée qui varie entre 10 à 60 % (Bopaka *et al.*, 2021). En effet, les infections nosocomiales font référence aux « infections qui sont acquises dans un établissement de soins » (DGOS, 2023). Ils sont généralement liés à un transfert de germes se trouvant sur les mains d'un professionnel de santé vers le patient ou via des objets souillés (Bopaka *et al.*, 2021).

A noter que l'origine peut être complètement endogène ou complètement exogène. De fait, la sécurité des patients pose question dans les hôpitaux en Afrique avec un tel mode de fonctionnement qui est complètement différent du fonctionnement des hôpitaux des Pays du Nord à l'exemple de la France ou des AS sont formés pour intervenir auprès des malades avec des tâches bien structurées et réglementées. Il apparaît que la situation économique des pays d'Afrique subsaharienne n'est pas favorable au recrutement d'un tel personnel pour pallier le rôle de la famille mais puisqu'ils financent les soins, les pouvoirs publics pourraient voir dans quelle mesure ils peuvent pallier ce besoin. Surtout que les familles se retrouvent avec un double fardeau, le financement des coûts d'hospitalisation et l'exécution des tâches à la fois déléguées par les équipes de soins et attribuées d'office puisque personne ne le fera à leur place.

## C. Focus sur le Contexte Comorien

### C.1. Une situation socio-sanitaire confrontée à diverses problématiques

Les Comores forment un archipel de quatre îles<sup>4</sup> (Annexe 2), d'une superficie de 2 236 km<sup>2</sup> avec environ 969 996 habitants soit une population qui va atteindre 1.019.861 habitants d'ici 2025 d'après la projection démographique de 2003 à 2025 réalisée par le ministère de la santé avec l'appui de l'UNFPA publiée en 2010. Nous pouvons imaginer des enjeux démographiques puisque l'espérance de vie à la naissance est passée respectivement de 55 ans à 65,5 ans de 1991 à 2012 dont 64,3 ans chez les hommes contre 66,9 ans chez les femmes (OMS, 2019). L'AFD s'interrogeait déjà en 2020 sur les dynamiques évolutives de l'espérance de vie en Afrique qui a augmenté de 25 ans depuis 1950 pour atteindre 63 ans soit 9 ans en dessous de la moyenne mondiale qui est de 72 ans (AFD, 2023). Dans le même article, les Nations unies déclarent que l'espérance de vie devrait progresser à condition que les conditions de vie et d'hygiène continuent à s'améliorer pour atteindre le niveau actuel de longévité en Europe soit 78 ans (AFD, 2023). L'espérance de vie aux Comores apparaît supérieure à celle de l'Afrique même selon la temporalité respectivement différente 2015 et 2020. Si ce que dit l'AFD suit son cours, l'Afrique dont font partie les Comores pourrait être confrontée aux problématiques de vieillissement de la population.

En effet, le vieillissement de la population constitue un enjeu de santé publique en Europe et en France puisque ça questionne sur les choix des politiques publiques pour faire face aux effets liés à la perte d'autonomie, à l'accompagnement et à l'offre des services adaptés (Hentic-Giliberto & Stephan, 2018). Les Comores sont marquées par une fragilité sociale très élevée. En 2021, le PIB par habitant a progressé de 1421 USD contre 1362 USD en 2020, toutefois, selon l'Indice de Développement Humain (IDH), l'archipel est classé 156<sup>ème</sup> sur 189 pays (Direction Générale du Trésor, 2021). A noter que plusieurs sous-indicateurs de l'IDH demeurent catastrophiques et montrent que la pauvreté de la population est multidimensionnelle avec en première position la santé et l'éducation. Le taux de scolarisation a relativement évolué passant de 62% à 79,4% de 1990 à 2012 mais avec une disparité entre les hommes et les femmes, la part importante représente les hommes (ministère de la Santé Comorien, 2014). Nous savons que le niveau d'éducation d'un pays est un vecteur de développement et de réduction de la pauvreté. Or, la Banque Mondiale estime à 42,4 % le taux de pauvreté national en 2014 soit 23,5% de la population serait dans une extrême pauvreté avec environ 25 431 KMF par mois soit l'équivalent de 60 euros (Direction Générale du Trésor, 2021). Au regard de l'emploi, les Comores souffrent d'un taux de chômage pour les jeunes de 15 à 30 ans très élevé soit 41,6 %. Ce phénomène est plus marqué chez les femmes avec 54 % (Commissariat Général au Plan des Comores, 2017). De ce fait, cette situation constitue un énorme défi pour les pouvoirs publics en matière d'éducation et de formation professionnelle.

---

<sup>4</sup> Ngazidja, Mwali, Ndzuwani et Maoré

Cependant, 3000 employés étaient prévus par le gouvernement actuel sur différents secteurs y compris la santé afin de permettre l'amélioration des conditions de vie de la population. Ceci s'inscrit dans une ambition politique de « faire des Comores, un pays émergent à l'horizon 2030 ». L'amélioration des revenus de la population passe par l'emploi qui est un déterminant important pour lever la barrière d'accès à la santé pour les personnes. Cela offre une possibilité à l'Etat (pouvoirs publics) de collecter des fonds à travers les revenus des salariées afin de mettre en place un mécanisme de protection sociale dont le risque maladie, comme c'est le cas des pays du Nord.

En parlant de la santé, le système de santé comorien se heurte à des problématiques majeures de mortalité maternelle et infantile avec une prédominance des maladies transmissibles et une augmentation de la fréquence des maladies chroniques. Parallèlement, le secteur souffre d'insuffisance des financements, ce qui fait que les dépenses liées à la santé pèsent beaucoup sur les ménages soit 49,8 %, or ces ménages sont déjà fragilisés par la pauvreté liée à un taux de chômage très élevé. La participation de l'Etat est assez faible, soit 6,8% du PIB consacré à la santé (AFD, 2019).

Le système de santé repose officiellement sur le secteur public et privé toutefois, la population fait recours à la médecine traditionnelle en première intention (ministère de la Santé Comorien, 2014). Depuis 1994, les Comores ont procédé à une réforme du système de santé qui s'est structuré en 3 niveaux distincts<sup>5</sup> dans l'idée d'impliquer davantage le niveau communautaire (voir Annexe 3). Cette décentralisation a été accentuée en 2001 par la constitution qui a délégué aux gouverneurs de chaque île une autonomie de gestion à la fois administrative et financière. La logique mise en avant dans le secteur de la santé est de pouvoir « améliorer le financement des services, la qualité de soins et la disponibilité en médicaments » (Ministère de la Santé Comorien, 2014, p. 16).

Bien qu'en moyenne 63 % de la population ont une accessibilité géographique à une structure de santé dans un rayon de 5Km, le taux de fréquentation dans les établissements de santé reste faible soit une moyenne nationale de 10,25 % avec une disparité entre les îles soit 8,9 % à Mwali, 20,21 % à Ndzuani ( Dumont, 2016, p. 37). Le système de santé Comorien est sous-utilisé pour différentes raisons notamment une mauvaise perception de la part de la population du fait de la qualité de l'accueil et de la prise en charge ( Dumont, 2016). Le même article stipule que cette accessibilité géographique est relative au vu de l'état des routes dans le territoire, il aurait été intéressant d'avoir cet indicateur en termes de temps d'accès à un établissement de santé. La sous-utilisation du système de santé est due en premier au manque de confiance de la population envers le système de santé. Pour l'auteur, ce manque de confiance est lié entre autres au plateau technique des établissements de santé et aux

---

<sup>5</sup> National, Régional et périphérique

*Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

compétences des praticiens. Ce qui fait que l'attractivité est médiocre au regard de l'état d'hygiène de certains établissements, à la qualité de l'accueil et à la prise en charge globale ( Dumont, 2016, p. 39).

Le document de stratégie nationale de prévention de lutte contre les maladies non-transmissibles pointe entre autres « [...], la qualité de l'accueil, la propreté, la négligence, la confiance et la confidentialité [...] » constituent également des facteurs qui influencent la fréquentation dans les établissements de santé (Ministère de la Santé aux Comores, 2013). Cette situation nous fait penser à la catégorie d'aide-soignante qui dans son rôle en France, assure l'accueil du patient à son arrivée, lui explique comment fonctionne le service durant son séjour, veille à l'hygiène du malade, son confort pour le bien-être de la personne hospitalisée (Complémentaire Retraite des Hospitaliers, 2020). Pour l'auteur, ces facteurs poussent les Comoriens à se tourner vers des services alternatifs notamment la migration frontalière au vu de la proximité avec Mayotte ou à des services traditionnels qui ne sont pas formalisés dans le système de santé. Il faut savoir que le « remède » peut être délivré par la famille car cela fait partie du savoir familial ou par un ancien du village ( Dumont, 2016, p. 41). A cela s'ajoute une faiblesse dans la gouvernance et la régulation du secteur de la santé qui fait que le système de santé est confronté à une insuffisance de ressources humaines souvent mal réparties dans le territoire (AFD, 2019).

L'insuffisance de personnel qualifié reste assez problématique partout en Afrique et pour l'OMS cela entrave la fourniture et l'accès aux soins (OMS, 2022). Une prestation de soins nécessite la disponibilité d'un professionnel qualifié qui doit à son tour mobiliser des qualités humaines telles que « l'accueil de la personne dans sa globalité, la courtoisie, l'écoute, le dialogue, la confidentialité et (...), l'estime de l'autre et le respect de sa dignité » (Panel, 2007, p. 320).

Cette partie met en évidence les différents facteurs qui exercent une influence sur l'accès aux soins de la population Comorienne notamment la pauvreté liée au manque d'emploi dans un contexte de recouvrement des coûts (liés à la prestation des soins). L'accès géographique à une structure de santé qui demeure relatif selon le territoire entre les îles, la mauvaise perception des soins liée au mauvais accueil, le manque d'hygiène, de confidentialité et la négligence. C'est dans ce sens que nous pensons que la création de la profession d'AS pourrait répondre à un double enjeu notamment l'accès à l'emploi et l'amélioration de la qualité et la sécurité dans les établissements de santé. Bien qu'il existe un programme du ministère de la santé de renforcement du système de santé<sup>6</sup> financé par la Banque Mondiale dont une des composantes est l'amélioration des infrastructures, s'il n'existe pas de personnel formé pour les entretenir, le problème d'hygiène entre autres continuera à persister.

## C.2. Une offre de soins confrontée à divers problématiques

---

<sup>6</sup> Comores Projet d'Approche globale de renforcement du Système de Santé (COMPASS)

Le système de santé comorien est organisé autour de 6 piliers (Annexe 4). Les ressources humaines constituent l'un des piliers fondamentaux du système de santé puisque sans personnels de santé qualifiés en quantité suffisante, l'offre des soins dans les établissements de santé ne pourra pas être effectuée. Selon l'OMS, les ressources humaines représentent la quatrième dimension pour la couverture sanitaire universelle (CSU)(OMS, 2017). Le système de santé comorien emploie des professionnels majoritairement formés partout dans le monde, pour la plupart en Afrique, en Europe, en Amérique, en Asie et au Moyen Orient (ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, 2018, p. 18). Le code de la santé publique comorien distingue deux types de professionnels, médical<sup>7</sup> et paramédical<sup>8</sup> qui sont employés par la fonction publique de l'Etat ou en contrat avec les établissements de santé où ils exercent.

Au niveau national, il existe une école publique rattachée à l'Université des Comores chargée de la formation initiale des infirmiers et des sage-femmes et de la formation continue du personnel de santé. En moyenne, elle accueille 150 étudiants par an avec un taux de réussite de 80 % (ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, 2018). A noter que la formation du personnel de santé aux Comores a été initiée dans la période coloniale en 1973 dans les hôpitaux sous la dénomination de « école territoriale de formation du personnel paramédical » (Ecole de Médecine et de Santé Publique, 2023). Selon le Plan National de développement des Ressources humaines (PNDRH) des Comores élaboré en 2018, l'effectif total des ressources humaines en santé aux Comores a été estimé en 2017 à 2 756 à 1036 hommes et 1720 femmes. Parmi eux, 10,45 % représente les professionnels médicaux, 53 % les paramédicaux, 1,6 % de personnel administratif, 29 % de personnel d'appui et une autre catégorie classée autre qui représente 5,84 %. Nous pouvons nous questionner sur la pertinence et la qualité de ce type de personnel d'appui et autre qui représente 34,84 % de l'ensemble du personnel dans la mesure où ce type de personnel est directement recruté et employé par les hôpitaux (ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, 2018, p. 27). Il faut noter qu'en matière de répartition géographique, bien que la loi prévoit que c'est l'employeur (Etat) pour les fonctionnaires qui décide de l'affectation des professionnels, l'île de Ngazidja concentre 53 % du personnel de santé, 35,2 % à Ndzuani et 3,4 % à Mohéli.

---

<sup>7</sup> Médecins généralistes, spécialistes et les chirurgiens-dentistes

<sup>8</sup> «Sages Femmes, infirmiers, puériculteurs, technicien de laboratoire, préparateur en pharmacie, manipulateur en électro radiologie et imagerie médicale, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, prothésiste dentaire, ingénieur orthoprothésiste, technicien orthoprothésiste, ingénieur des travaux biologiques, ingénieur sanitaire, ingénieur biomédical, agent d'hygiène d'État, technicien orthophoniste, technicien orthoptiste»

*Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

Nous constatons un grand écart dans la répartition du personnel ; nous pourrions nous interroger sur l'accessibilité aux soins d'une manière équitable dans le territoire. Toutefois en termes de densité, les indicateurs ne sont pas clairement définis entre les îles. Il apparaît clairement que la catégorie des paramédicaux représente une part importante des professionnels, suivi du personnel d'appui qui pourrait questionner la qualité de la prise en charge que nous avons évoqué dans la partie précédente.

En ce qui concerne la répartition des professionnels selon le genre (Annexe 5), les femmes sont les plus représentées puisque la profession sage-femme est exercée à 100 % par des femmes, elles sont 57,62 % parmi les infirmiers, 59,18 % parmi les techniciens de radiologie (manipulateurs radio), 85,43 % parmi les techniciens de maintenance, 60,41 % parmi les agents d'assainissement, 73,04 % parmi les personnes d'appuis (tâches non définies) et 73,23 % parmi les personnes FFAS (Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, 2018, p. 31).

Nous les appelons « faisant fonction d'aide-soignant » puisqu'il s'agit d'un titre attribué par l'hôpital mais le PNDRH stipule que cette catégorie est prévue dans le code de la santé mais il n'existe pas une formation diplômante dédiée à cette catégorie de professionnel comme en France (Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, 2018, p. 20).

A noter que l'effectif des FFAS a sensiblement augmenté au regard des données que les trois hôpitaux cibles ont mis à notre disposition pendant nos enquêtes terrain. D'une manière générale, nous avons constaté que les femmes sont beaucoup plus représentées dans les catégories socioprofessionnelles dont il n'est pas exigé des études plus longues or elles ont la tranche d'âge la plus élevée. Selon notre analyse, cela pourrait être lié au fait que la société comorienne est matriarcale et donc c'est à travers les femmes que « se transmet l'identité, biens, statuts, droits, et devoirs » (Godelier, 2010, p. 37).

Un rapport de 2004 sur le programme d'action de Beijing<sup>9</sup> explique le rôle d'épouse et de mère attribué à la femme d'emblée par la société fait que la famille considère que le chemin de l'école n'est pas l'endroit idéal pour apprendre cela. Bien que cette tendance tende à se renverser ces dernières années, les familles accordent systématiquement une importance élevée à la scolarité du garçon. Et donc, leur bas niveau d'éducation et de formation professionnelle fait qu'elles ont une faible chance dans le marché du travail (Direction de la Promotion de la Femme, 2004, p. 6-10).

Cette partie nous a permis de mettre en lumière plusieurs problématiques liées aux ressources humaines en santé aux Comores. Du fait que le personnel médical soit majoritairement formé à

---

<sup>9</sup> Plateforme d'Action adoptée en 1995 à Beijing pour améliorer la situation des femmes à travers 12 domaines d'intervention [https://www.ritimo.org/IMG/pdf/plateforme\\_beijing.pdf](https://www.ritimo.org/IMG/pdf/plateforme_beijing.pdf)

l'extérieur, se pose la question de l'articulation entre pratique et culture professionnelle étrangère dans un autre territoire. A noter qu'il n'existe pas d'exigences fortes vis à vis de l'Etat auprès de l'Ordre des médecins dans la mesure où le pays est confronté à une insuffisance de personnel qualifié. Toutefois le PNDRH parle d'une perspective d'ouverture d'une faculté de médecine dans le cadre de l'ouverture du CHU à la capitale des Comores (Moroni). Une autre problématique qui nous paraît essentielle est celle de la prédominance des femmes dans les catégories subalternes de l'hôpital notamment les paramédicaux, FFAS et personnel d'appui probablement liée au rôle attribué à la femme dans la société.

## Partie 2 : Analyse croisée avec les Comores

Cette partie constitue la base de notre travail de recherche car elle consiste à faire une analyse dans une démarche inversée. Nous nous sommes basés sur les matériaux collectés sur le terrain afin de répondre à notre problématique de recherche. Cette analyse va se baser sur les trois hôpitaux ciblés. Pour cela, nous allons nous intéresser aux activités exercées par la catégorie des faisant fonctions d'AS, leurs profils, les missions qui leur sont attribuées et le type de relation qui existe avec les autres professionnels. Cela nous amènera à analyser leur qualité de vie au travail ainsi que la manière dont ils visualisent leur activité dans le futur. Afin de pouvoir dégager des orientations pour permettre au Ministère de la Santé de créer ce type de professionnel, nous allons analyser leurs tâches en lien avec le référentiel français pour proposer un référentiel qui cadre bien avec le contexte comorien et qui servira de base dans la mise en place de la formation des aides-soignantes aux Comores.

### A. Perspective induite par les AS aux Comores

#### A.1. Dichotomie entre assistants-médicaux et aide-soignante

Le système de santé Comorien a hérité depuis 1973 d'un personnel hospitalier appelé infirmier et sage-femme de « l'assistance médicale (AM) », un titre qui a été créé dans la période coloniale pour une formation d'une durée de 15 mois organisée au niveau de l'hôpital de référence national (CHN) pour pallier l'insuffisance de personnel qualifié (voir annexe 9). Seules les personnes déjà en poste pouvaient bénéficier de ce qui est appelé « renforcement des capacités » afin d'accéder à ce titre. Fatoumata Hane, dans sa thèse publiée en 2008 qualifie ces modèles de formation de « patrimoine sanitaire ». Une adaptation de la formation des professionnels infirmiers a été faite pour mettre en règle des bénévoles en poste formés sur le tas (Hane, 2009).

Les AM formés aux Comores peuvent exercer au même titre que les infirmiers et les sage-femmes diplômés (Ecole de Médecine et de Santé Publique, 2023). Nous pouvons dire que c'est la même logique poursuivie en France dans le cadre de la création des AS en France après la deuxième guerre mondiale comme l'a analysé Anne Marie-Arborio (Arborio, 2012). Cette démarche nous démontre la manière dont les établissements sanitaires font émerger ou évoluer des professions pour faire face aux contraintes environnementales à la fois politiques, économiques, sociologiques et culturelles (Samouilhan, 2005, p. 118).

Ce nouveau titre créé à l'hôpital est encore loin d'être dans la logique de « division fonctionnelle ou technique du travail » (Arborio, 2012, p. 65) puisque les AM ont été créés pour pallier les effectifs des infirmiers et sage-femmes et donc réaliser à ce titre des actes plus techniques de soins. Sous le régime révolutionnaire de 1976, la formation des AM a évolué et a été reprise par le ministère de la santé. L'école territoriale a été remplacée en le centre de formation de professionnelles paramédicales, la formation est donc sanctionnée par un diplôme (Ecole de Médecine et de Santé Publique, 2023). Désormais, seules les personnes titulaires d'un brevet de deuxième cycle ou du BAC pouvaient accéder à la formation d'AM. Nous pouvons d'ores et déjà constater une forte hétérogénéité de personnels d'origines différentes qui portent le même titre au sein de l'hôpital. D'une part, un personnel formé sur le tas et de l'autre, un personnel avec un parcours scolaire. Il nous a été difficile d'apprécier comment ce changement brusque a été vécu à l'hôpital au vu de l'introduction de cette contrainte d'accès à la formation mais surtout ce que ça généré comme changement dans la réalisation de leurs tâches.

Une fermeture momentanée a été observée en 1994 puisque le ministère avait comblé les besoins concernant ce type de personnel. Comme en France, il n'existe pas aux Comores un observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) auquel nous puissions nous appuyer pour documenter le gain au niveau de l'offre de soins (Schweyer, 2018). La réouverture a été effectuée en 2001 et sous l'impulsion du régime de l'époque, elle devient l'Ecole de Médecine et de Santé Publique (EMSP) et intègre l'Université des Comores (Ecole de Médecine et de Santé Publique, 2023). En 2020, le code de la santé publique promulgué a prévu dans son article 177, la création de la profession d'aide-soignante parmi les paramédicaux. Toutefois, une définition claire du profil et des missions n'a pas été mentionnée. La lecture du PNDRH et la base des données partagées par les trois hôpitaux<sup>10</sup> concernés par notre travail de recherche nous renseignent sur le personnel exerçant à l'hôpital et à qui le titre d'AS a été attribué, ce qui a été confirmé par un responsable du ministère de la santé, « *il y a des AS dans les hôpitaux (...) et dans les centres de santé de district ainsi que les postes de santé* » (Cadre du Ministère de la Santé, mars 2023).

---

<sup>10</sup> CHN El-Maarouf (à Ngazidja), CHRI de Hombo (à Ndzuani) et le CHRI de Fomboni (à Mwali)

La non-disponibilité d'une base de données harmonisée sur ce type de personnel au niveau national a fait que nous avons fait le choix de faire un focus sur les trois grands hôpitaux de référence de chaque île. Les AS sont passées de 77 en 2017 selon le PNDRH (ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, 2018, p. 30) à 161 en 2023 soit 135 femmes et 26 hommes. On se permet d'utiliser le pronom personnel « elles » au féminin puisque les femmes représentent 84% de l'effectif total du personnel faisant fonction d'AS dans les trois hôpitaux cibles soit un ratio femme/homme d'environ 5 femmes pour 1 hommes (voir annexe 6). En ce qui concernant leur âge « *c'est une population qui n'est pas loin de l'âge de la retraite ou qui a l'âge de la retraite* » (Enseignant de l'EMSP, mars 2023). Ces propos ont été confirmés dans les hôpitaux « *elles sont pour la plupart très âgées, elles vont partir à la retraite dans 2 ou 3 ans* » (Médecin chef de service, avril 2023). Cette perception d'une population âgée doit être nuancée. En effet, l'âge moyen est de 40 ans avec un écart de 40 ans entre l'âge minimum (24 ans) et l'âge maximum (65 ans). Cela signifie que la majorité des FFAS ont un âge qui varie de plus ou moins 10 ans (Écart Type) autour de 40 ans (la moyenne) en 2023 (voir annexe 8). La moitié des personnes FFAS ont 39 ans ou moins et l'autre moitié a plus de 39 ans (médiane). Cependant, l'âge majoritaire parmi elles est 24 ans (mode).

Le manque de littérature justifiant la création de ce type de personnel au sein des établissements de santé, nous a poussé à questionner les responsables du ministère de la santé et des établissements de santé sur l'utilité de ces faisant-fonction dans les hôpitaux ainsi que sur les besoins auxquels elles répondent. Cependant, les AM ont complètement disparu dans le nouveau code de la santé ainsi que dans les bases des données des hôpitaux. Des responsables en parlent au passé : « *on avait des Assistants médicaux (...), c'étaient des aides-soignantes améliorées pour faire face à l'insuffisance de personnel qualifié infirmier (...), au fil du temps (...) ils n'avaient pas de limites* » (Médecin chef de service, avril 2023). Le nouveau code de la santé publique n'a pas précisé si les AS telles que prévu va remplacer le titre d'AM ou non. Dans les propos du médecin chef de service interviewé, la différence entre les missions des AM et celles des AS apparaît clairement. De nos jours, l'EMSP continue à organiser la formation initiale des IDE et des Sage-femmes pour une durée de 3 ans, soit 998 professionnels formés de 2004 à 2021 (Ecole de Médecine et de Santé Publique, 2023). Toutefois pour y accéder il faut avoir obtenu le BAC. Un schéma sur l'évolution de la formation des paramédicaux depuis sa création de nos jours nous a permis de mieux appréhender les dimensions évolutives de la formation (Annexe 9). Pour le ministère de la santé qui a la charge d'élaborer les politiques et les stratégies du système de santé, le professionnel AS aura comme missions « *d'assurer un rôle de veille auprès du malade, mais aussi d'hygiène au sein de l'environnement globale du malade ainsi que le nettoyage et entretien du matériel de soins* » (Cadre du Ministère de la Santé, mars 2023).

Et donc il apparaît clair que ce type de personnel n'a pas été inventé pour répondre à une pénurie de personnel mais plutôt pour améliorer la qualité et la sécurité des soins car dans ses propos, le cadre du ministère de la santé parle de « veille », « d'hygiène », et « d'environnement du malade » et d'« entretien du matériel ». Cela nous renvoie en partie aux problématiques évoquées par la population concernant la mauvaise qualité de l'hygiène et de la prise en charge comme l'a mentionné Claire Dumont dans son article « la migration sanitaire au sein de l'archipel des Comores » en 2016.

La notion de « veille » et « d'hygiène » nous fait penser aux « devoirs domestiques des infirmiers » comme définis au 19ème siècle, délégués à l'AS notamment des tâches « d'hygiène et de confort » au sens analysé par Anne-Marie Arborio (2012, p. 19). Pour les hôpitaux, ce nouveau profil déjà créé à l'hôpital était dans « *l'initiative de travailler dans les normes hospitalières* » (Infirmier Cadre hospitalier, mars 2023). Les arguments avancés par le cadre hospitalier semblent rejoindre l'objectif du ministère de la santé puisqu'ils parlent tous les deux « d'hygiène » et de « normes hospitalières ».

L'OMS a élaboré en 2018 « les normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins » pour répondre à la problématique des infections liées aux soins de santé qui touchent entre 5 à 30 % des patients et qui engendrent une perte des ressources à la fois pour le système de santé et pour les ménages (OMS, 2008). A noter que la ligne directrice de ces normes est le respect des conditions d'hygiène dans le cadre des soins de santé. Il nous a été difficile d'aller plus loin dans l'analyse des motivations concernant la planification de ce titre d'AS dans le code de la santé en 2020 comme l'a analysé Dominique Lhuilier en 2005 qui a développé l'idée selon laquelle le travail des AS s'est construit dans un processus de délégation des tâches les moins nobles et les plus « routinières » des médecins aux infirmiers et des infirmiers aux AS (Lhuilier, 2005).

Un autre aspect que nous avons pu analyser est que les faisant fonction d'AS exercent dans différents services. Elles sont respectivement en majorité dans les services de chirurgie, aux urgences, au bloc opératoire, dans les maternités, en pédiatrie, dans les services de médecine, de réanimation et de stérilisation (Voir annexe 10). Anne-Marie Arborio dans son ouvrage « un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital » réédité en 2012 explique que les AS exerçaient à « différents endroits » dans les salles et dans les services généraux (Arborio, 2012, p. 41). En revanche, dans ce cas précis, nous constatons que les faisant fonction d'AS sont affectés directement dans les services pour la plupart connus pour une charge de travail assez élevée. Cependant, ces faisant fonctions ne travaillent pas seules puisqu'elles exercent essentiellement leur fonction en milieu hospitalier, ce qui signifie qu'elles travaillent dans une équipe de soins. La partie suivante nous permettra de mieux analyser concrètement les tâches confiées aux faisant fonctions dans les hôpitaux au regard de l'AS en France ainsi que la nature des relations avec les autres catégories professionnelles.

## A.2. Une fonction avec des tâches disparates au gré des établissements de santé

Les aides-soignants en France comme les faisant fonctions d'AS aux Comores en binôme avec les infirmiers. Pour François-Xavier Schweyer, les AS « travaillent sous le contrôle et par délégation de l'infirmier » (Schweyer, 2018, p. 131). Si cela est clairement démontré par des chercheurs en France, il a été difficile de nous positionner sur la nature des tâches transférées (déléguées ou imposées) aux faisant fonctions d'AS.

Nous avons employé le mot « fonction » qui est un terme polysémique utilisé ici comme défini dans le Dictionnaire de l'Académie française : « rôle d'un élément dans un ensemble ; ensemble des propriétés d'un organe concourant à un même but chez l'être vivant » (Hatchuel & Geffard, 2019, p. 287). Nous avons mobilisé cette définition car au vu de l'effectif des faisant fonctions disponibles dans les hôpitaux, elles jouent un rôle primordial dans le bon fonctionnement dans hôpitaux. Ce qui a bien été justifié auprès d'un responsable d'établissement « *c'est la cheville ouvrière ou le talon d'Achille de l'hôpital* » (Directeur hospitalier, mars 2023). Ces propos tenus par un Directeur hospitalier nous confirment bel et bien l'importance d'avoir ce type de personnel dans les hôpitaux. Nous avons fait le choix de ne pas utiliser le terme métier en parlant des faisant fonction d'AS comme c'était le cas en France puisque selon l'analyse de Claire Tourmen en 2007, un « métier se créerait quand des gens d'un même domaine se regroupent pour négocier la définition des rôles, des tâches, des savoir-faire et connaissances » (Tourmen, 2007, p. 18).

Dans le cas des faisant fonctions d'AS aux Comores, lors des entretiens, nous avons pu constater qu'elles n'étaient pas informées que le titre qui leur a été attribué, est devenu une priorité de professionnalisation. Pour le système de santé, « *Les choses doivent évoluer, car nous avons prochainement un CHU et la mise en place de l'assurance maladie Généralisée* » (Cadre du Ministère de la Santé, mars 2023). Lors des échanges effectués avec le ministère de la santé, bien que nous n'ayons pas eu accès au document, il a été indiqué qu'il existe un document appelé « cadre normatif » qui décrit pour chaque type de personnel planifié dans le système de santé ses missions. Ce qui est loin d'être le cas de la France où les pouvoirs publics mettent en place des lois pour réglementer l'ensemble de l'exercice professionnel dans le champ sanitaire, social et médico-social. Ce qui nous a poussé à questionner d'une part, les faisant fonctions d'AS et de l'autre, les responsables des établissements qui les recrutent sur les tâches attribuées. Puisqu'elles ne se sont pas constituées en groupe professionnel nous pouvons dire que les tâches qu'elles accomplissent sont dictées par les seules règles institutionnelles comme l'a analysé Anne-Marie Arborio dans la deuxième édition de son ouvrage « un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital » (2012, p. 64).

Nous nous permettons d'orienter notre analyse dans ce sens puisqu'un cadre hospitalier dans un hôpital nous a révélé que le rôle du faisant fonction d'AS « *aux urgences, c'est la préparation du matériel de soins, les boîtes de suture, nettoyer le matériel de soins, préparer le chariot d'urgence, nettoyer les appareils utilisés et les arranger* » or dans le service de réanimation, leur activité est différente : « (...) *toilette du malade, échange des draps, distribution des médicaments, surveillance des paramètres vitaux, alimentation du malade, ils font beaucoup de choses en collaboration avec la famille* » ; pour clôturer, la personne interviewée a montré que « *au niveau du reste des services c'est la famille qui fait ces tâches* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023).

La réalisation de ces tâches plus techniques de soins - la prise des paramètres vitaux - la surveillance des malades - la distribution des médicaments, nous montre d'une part, qu'elles travaillent directement auprès des malades et, d'autre part, avec les professionnels prestigieux (médecin, infirmier), ce qui est jugé valorisant par l'ensemble des faisant fonctions « *on nous appelle docteur* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Cette logique a été démontrée par François-Xavier Schweyer pour dire que les AS ont accès à la « dignité thérapeutique » qui est une expression de Freidson (Schweyer, 2018, p. 131). D'autre part, les tâches comme « l'échange des draps, l'aide à toilette, l'aide à l'alimentation » nous renvoient à des actes assimilés aux tâches ménagères comme l'a analysé Anne-Marie Arborio dans la deuxième édition « un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital ». D'une manière plus globale, ça correspond également en partie aux rôles attribués à l'AS en France puisqu' elle « *dispense des soins de la vie quotidienne ou des soins aigus pour préserver la continuité de la vie, restaurer le bien-être et l'autonomie en collaboration étroite avec son équipe, dont le médecin et l'infirmier* » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022).

Toutefois, nous pouvons déjà mentionner dans cet hôpital, les faisant fonction d'AS ne sont pas affectées dans tous les services puisque les familles sont amenées à intervenir comme l'a mentionné un faisant fonction travaillant dans un autre hôpital au service des urgences : « *c'est le garde malade qui s'occupe de l'hygiène de son proche (...), qui fait la toilette, qui change la couche et les draps, si la personne peut s'alimenter c'est la famille qui le fait* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Ces propos justifient bien l'implication de la famille dans la prise en soin et le fait qu'aux urgences même dans des hôpitaux différents, le malade n'est pas assisté de la même manière.

Un infirmier cadre a montré que le faisant fonction d'AS « *doit s'occuper (...) du matériel pour faciliter la réalisation du soin par le soignant* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023) en l'occurrence l'infirmier. Ce qui a été justifié par un autre faisant fonction qui travaille dans un service de maternité pour expliquer ses journées types « (...) *couper les compresses et stériliser [...], préparer les instruments pour les interventions chirurgicales et la stérilisation des champs* » (Faisant fonctions d'AS, mars 2023). Dans le même établissement en entretien collectif avec la fonction précédente, une autre faisant

fonction qui travaille dans un service de réanimation explique : « *je fais les toilettes des malades, les changes, vides les poches urinaires et autres, les paramètres vitaux, la prise des médicaments et je participe aux transmissions* ». Et dans un autre établissement un autre faisant fonction d'AS fait plus que le travail d'un secrétariat médical : « *accueil et enregistrement (...) donne un ticket pour payer à la caisse (...) et fait les statistiques journalières pour remettre à l'infirmière cadre du service* » (Médecin chef de service, avril 2023). L'ensemble de ces propos témoignent d'une multitude de tâches diverses et variées d'un hôpital à un autre et même au sein d'un même hôpital. Des tâches qui sont plus techniques (soins), administratives et domestiques. Ce phénomène s'est observé en France dans les années 1960 du fait d'une insuffisance de l'offre des formations infirmières. Pour pallier cela, les institutions proposaient d'autres fonctions aux AS comme « secrétaire hospitalier », dans l'idée de désengorger les infirmiers en poste des tâches administratives (Arborio, 2012, p. 74).

D'autres faisant fonctions administrent des soins au même titre que les infirmiers : « *je prends les paramètres vitaux, je pose une voie veineuse, je surveille les patients, j'administre les traitements* » (Faisant fonctions d'AS, mars 2023b). Cette situation nous fait penser à une mauvaise répartition des tâches au sein des équipes de soins ou à une pénurie de personnel qualifié. Nous avons analysé un réel flou entre le rôle des faisant fonctions d'AS et le rôle des infirmiers dans leur exercice quotidien. Lors d'un entretien collectif, nous avons pu observer un faisant fonction d'AS interrompre l'entretien par ce qu'elle a été interpellée pour poser une voie veineuse dans son service. Il serait souhaitable que les hôpitaux puissent éclaircir le rôle de chacun dans la limite des exigences professionnelles pour la qualité et la sécurité des soins d'autant plus que ce personnel n'est pas formé pour réaliser les tâches que les établissements hospitaliers leur confient. Etant donné que leur travail n'est pas encadré, un fort glissement de tâches s'opère de la part des infirmiers aux catégories subalternes qui sont les faisant fonctions. Toutefois, il est difficile pour nous de dire que ces tâches représentent un « sale boulot » (Arborio, 2012) au vu de leur hétérogénéité.

### A.3. Un personnel hospitalier aux origines diverses et variées

La situation qui se vit dans les établissements de santé ciblés dans le cadre de cette recherche est la même que celle qu'a vécu l'administration hospitalière française au moment de la création du titre AS. Anne-Marie Arborio dans son analyse sur la deuxième édition de son ouvrage « un personnel invisible », a analysé la pluralité de situations qui se révélait diverses et variées derrière le titre d'AS notamment en termes de pratiques de travail, d'âge, d'ancienneté et d'origine sociale (Arborio, 2012, p. 5). Ceci dans l'idée d'analyser la trajectoire des AS dans une perspective de carrière hospitalière. Ici le terme trajectoire qui a été employé également par Anne-Marie Arborio sous-entend le « parcours individuel » au sein de l'organisation hospitalière (Arborio, 2012, p. 6).

Cependant, nous avons fait le choix d'orienter notre angle d'analyse sur le parcours professionnel de ce groupe d'individus qui ont eu accès au titre d'AS dans les établissements hospitaliers comoriens sans formation préalable. Nous nous sommes orientés dans ce sens puisque dans notre analyse, le parcours de chaque individu semble influencer la division des tâches au sein des hôpitaux. Nous avons fait le choix de ne pas analyser leurs « origines sociales » puisque dans les documents stratégiques des Comores, nous n'avons pas croisé l'expression « classe populaire » qui semble être l'origine sociale des AS en France (Arborio, 2012).

Concernant leur parcours professionnel, la base de données nous a renseigné sur le parcours scolaire de seulement 23 % des AS, soit 37 personnes de notre échantillon de 161 faisant fonctions d'AS au niveau des trois hôpitaux malgré le canevas unique que nous avons partagé. Nous nous sommes demandé si le niveau de scolarité ne faisait pas partie des informations recherchées par les établissements sanitaires lors du recrutement des faisant fonction d'AS. Sur les 37 personnes dont le parcours scolaire a été renseigné, 43 % ont un niveau collège, 30 % un niveau lycéen, 16 % un niveau universitaire, 3 % un niveau primaire et 8 % n'ont aucun parcours scolaire. Et sur les 5 faisant fonctions d'AS interviewées soit 4 femmes et un homme, ils ont déclaré avoir échoué au bac à plusieurs reprises (Voir annexe 6).

Pour les personnes qui ont un niveau universitaire, ça ne nous a pas étonné puisqu'un faisant fonction qui travaille aux urgences nous a révélé que « *Il y a même un bachelier qui travaille avec nous* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Ceci illustre la pluralité de situation de chaque individu avant l'entrée à l'hôpital. Un autre paramètre semble être déterminant du parcours du faisant fonction à l'hôpital, c'est le fait d'être volontaire du Croissant rouge Comorien. Il s'agit de l'équivalent de la Croix-Rouge française au niveau local et qui est chargé d'organiser des formations de premiers secours pour l'ensemble de ses bénévoles adhérents. Lors des entretiens, nous avons pu repérer qu'avoir ce statut suppose d'emblée pour les hôpitaux, un savoir-faire dans le domaine sanitaire comme déclaré par un infirmier cadre : « *la majorité d'AS sont à la base des volontaires du Croissant-Rouge comorien initialement formés au secourisme et donc ils viennent avec quelques notions de la santé* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). Ces propos ont pu être justifiés par un faisant fonction volontaire du Croissant-Rouge comorien aux urgences : « *Les formations dont j'ai bénéficié en tant que volontaire m'ont permis d'accéder à l'hôpital et à la fonction d'AS* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Nous avons également cherché à comprendre les types de formations dispensées par le Croissant-Rouge comorien puisqu'un chef de service interviewé affirme que : « *J'ai appris à faire les paramètres vitaux (...) et formé sur plusieurs pathologies comme les maladies diarrhéiques, des notions d'anatomie et physiologie de l'homme (...) appris les soins de base comme faire un pansement, faire une injection* » (Un faisant fonction d'AS, mars 2023).

Dans cette logique, nous pouvons dire que ce sont les caractères individuels de chaque FFAS qui sont mis en avant pour que chaque établissement s'en saisisse pour ajuster le fonctionnement institutionnel comme l'a analysé Anne-Marie Arborio (2012, p. 6). Ceci a été justifié par un faisant fonction qui est rentré directement à l'hôpital sans le statut préalable de volontaire du Croissant-Rouge Comorien mais plutôt via le réseau personnel de son mari « [...] *mon mari connaissait le directeur de l'hôpital (...) il a fait les démarches (...), je suis resté dans le même service depuis 9 ans* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023a). Pendant qu'un autre AS ayant le statut de volontaire explique que : « *J'ai commencé comme AS et Brancardier pendant 2 ans à mon arrivée(...) depuis 2010, mes tâches ont changé, je travaille comme secrétaire pour l'accueil et l'orientation des patients* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Ces propos font référence au propos de Becker (1986), cités par Anne-Marie Arborio dans son analyse « l'organisation se construit à partir d'un processus d'ajustement mutuels des actions de tous les acteurs impliqués » (Arborio, 2012, p. 7). Il a été difficile de se prononcer sur l'existence d'une catégorie professionnelle unique du simple fait qu'un groupe d'individus exercent sous le même titre à l'hôpital avec des parcours et origines divers et variés. Il est donc important d'analyser la manière dont les établissements fonctionnent grâce à une "main-d'œuvre hétérogène" pour garantir une prise en charge de qualité auprès des patients.

Cependant, étudier leurs parcours, nous a permis de voir de quelle manière nous pouvons capitaliser l'expérience actuelle des hôpitaux avec cette catégorie de faisant fonction inventée dans la hiérarchie des équipes de soins pour faire fonctionner les hôpitaux. Ainsi, nous pouvons déjà constater que les tâches confiées sont diverses et variées. Certaines relèvent du rôle des infirmiers comme « la pose d'une voie veineuse ». Pour aller plus loin, la partie suivante va nous permettre de faire un focus sur la qualité de vie au travail des faisant fonction d'AS dans les trois hôpitaux ciblés. Cela nous permettra d'analyser les types de collaboration qui existent entre les faisant fonctions et les autres membres de l'équipe de soins, de mettre en avant les difficultés auxquelles elles font face ainsi que la reconnaissance de leur rôle dans l'organisation hospitalière.

## **B. Les faisant fonction d'AS face à un travail fortement précarisé**

### **B.1. Un travail mal rémunéré dans des structures étatiques**

Aux Comores, la réforme du système de santé a accordé une autonomie de gestion administrative et financière depuis le 1er janvier 1995 aux trois hôpitaux concernés par notre recherche (Note d'information sur la réforme du système de santé aux Comores de 1994, 1996). Une gestion assurée par les différentes instances<sup>11</sup> mises en place. Toutefois, les hôpitaux se sont retrouvés

---

<sup>11</sup> Conseils d'administration, Comité de direction dirigé par le directeur Général.  
Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

progressivement confrontés au non-versement des subventions de l'Etat prévues par la réforme et à une baisse de recettes liée à la tarification des actes. De plus, sous l'influence des politiques d'ajustement structurel de la Banque Mondiale, la loi n'autorise pas le recrutement qui n'a pas pour objet de pourvoir à la vacance d'un poste prévu au budget (ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, 2018) (Voir annexe 7).

Pour faire face à ces difficultés, le Plan National de Développement des Ressources Humaines (2018-2022) des Comores évoque l'existence d'agents de santé avec un statut précaire qui sont employés dans les établissements de santé sous le statut de contractuels (avec l'établissement), de bénévoles (sans salaire) et stagiaires (en début de carrière) comprenant l'ensemble des catégories professionnelles. Nous pensons qu'une telle situation masque les insuffisances de personnel qualifié dans les différents services. La notion de précarité citée précédemment n'est pas employée ici pour désigner un groupe social en situation de pauvreté liée au chômage, difficulté d'accès à l'éducation et à l'éducation, mais plutôt pour éclairer les conditions de travail aux caractères instables, incertains de l'activité des FFAS avec des salaires peu élevés (ASBL Fondation Travail-Université, 2013, p. 2). Nous qualifions le travail des faisant fonctions d'AS de précaire puisqu'il met en évidence le fait de constituer un emploi instable, avec un revenu insuffisant et sans perspective de la part des gens qui l'exercent (ASBL Fondation Travail-Université, 2013).

En effet, la base de données partagées par les trois hôpitaux ciblés nous renseigne que 95% des faisant fonctions sont des contractuels des établissements contre 5% ayant un statut de fonctionnaire de l'Etat. Lors d'un entretien accordé par un directeur hospitalier, il a expliqué que les faisant fonctions d'AS fonctionnaires « [...] étaient recrutées à la suite de la constitution de 2001 relative à l'autonomie des îles mais actuellement, la fonction publique est recentralisée » (Directeur hospitalier, mars 2023). En parlant de rémunération peu élevée, le salaire varie de 71 euros (minimum) à 153 euros maximum soit un salaire moyen de 76 euros. L'écart entre le salaire minimum et maximum est énorme puisqu'il est égal à 81 euros (étendu). Un faisant fonction a montré que « *en tant que père de famille c'est compliqué de vivre avec mon salaire* » (Un faisant fonction d'AS, mars 2023). Les propos de ce père de famille nous démontrent que malgré le fait qu'il ait un emploi avec des revenus, il se retrouve dans une situation de précarité (Jamal & Abdallah, 2016).

Quant à la disparité entre les salaires, un cadre hospitalier a montré que « [...] ça dépend de l'ancienneté ». Nous avons également cherché à savoir si les compétences de la personne et les tâches qu'elles réalisent sont prises en compte mais il a montré que « *les compétences de la personne ne sont pas prises en compte dans la définition de la rémunération de l'aide-soignante* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). En parlant d'ancienneté, l'analyse de la base de données concernant les trois hôpitaux nous a montré que le nombre d'années d'expérience des faisant fonctions d'AS en 2023 varie

entre 1 à 31 ans avec une moyenne de 10 années. Nous n'avons pas trouvé des éléments de réponses quant aux stratégies mises en place par les faisant fonctions pour négocier leur rémunération comme l'a analysé Anne-Marie Arborio concernant des AS qui profitaient de leur position et de leurs compétences acquises à l'hôpital pour exiger une amélioration de leur salaire (Arborio, 2012, p. 271). Selon un faisant fonction d'AS « *on nous donne une indemnité à la fin du mois [...] mais c'est très peu par rapport aux activités qu'on fait* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Ces propos sont confirmés par la lecture du PNDRH qui indique que ce niveau de rémunération jugé assez faible crée une démotivation du personnel pouvant nuire à la qualité des soins.

Au vu de leur ancienneté, nous avons questionné la politique des établissements hospitaliers puisque dans le Pays, le départ à la retraite pour les paramédicaux est fixé à 55 ans. D'autant plus que le pays dispose d'un système de prévoyance social géré par la caisse de retraites concernant les salariés à la fois du secteur public et privé. Bien que les établissements hospitaliers représentent le seul employeur des faisant fonctions d'AS, un directeur explique « *la majorité va partir à la retraite (...) le problème, ils n'ont jamais cotisé à la caisse de retraite [...]* » (Directeur hospitalier, mars 2023). Cette situation mérite d'être étudiée puisque le Plan National de lutte contre les MNT (2022-2029) a montré que seules les personnes qui travaillent dans « l'informel » comme les agriculteurs, les pêcheurs et les artisans n'ayant pas cotisé ne bénéficient pas de cette prestation (Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, 2020, p. 6). Et donc, nous nous sommes interrogés sur la manière dont un emploi informel arrive à se structurer dans une structure étatique puisque la politique des établissements hospitaliers n'a pas mis en place un mécanisme de prévoyance sociale pour ce personnel. Des chercheurs comme Khalil Jamal et Zouhairi Abdallah ont montré que le travail informel est une forme de précarité de l'emploi (Jamal & Abdallah, 2016).

En dehors d'un contexte purement français, des chercheurs ont pris en compte d'autres paramètres pour expliquer la précarité dans le contexte africain. En effet, dans le cadre d'une étude menée au Maroc, la précarité est définie comme « une fragilité et une absence de sécurité sociale, physique et économique » (Jamal & Abdallah, 2016, p. 3). Dans le cadre de la stratégie mondiale des RH, l'OMS estime que 20 à 40 % des dépenses de santé liées au personnel de santé correspondent à des gaspillages par faible capacité de gestion et de leadership (OMS, 2020). Nous pensons qu'il est important pour les établissements de santé de revoir leur politique de management pour s'aligner à la politique nationale de protection sociale qui est peu développée à ce jour.

## B.2. Un travail très difficile et peu connu

Des chercheurs ont démontré que les risques psychosociaux (RPS) contribuent au dysfonctionnement organisationnel des établissements de santé. Ceci est lié aux différentes réformes

*Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

<2022-2023>

hospitalières qui ont impulsé un nouveau mode de gestion sous le principe du *new public management*<sup>12</sup>. Ce sont des procédures bureaucratiques du secteur privé introduites dans les établissements publics dans une logique de performance économique (Cristofalo *et al.*, 2018 ; Bah M. L, Mohamed A.A 2021). Dans ce même article, les auteurs ont démontré que la performance des établissements est conditionnée par - la qualité des services produits - l'implication des agents - la qualité des relations sociales entre les agents et les valeurs partagées. Dorénavant, ce mode de fonctionnement implique l'utilisation dans les services publics de nouveaux instruments (T2A, PMSI) de « pilotage » et de « supervision » des activités très orientés vers l'efficacité et la performance (Van Haeperen, 2012, p. 87). Cependant, l'insuffisance des ressources humaines qui se vit dans les établissements sanitaires et médico-sociaux met à mal ce nouveau mode de fonctionnement puisque les professionnels de santé sont submergés entre autres à la fois par une charge de travail et éventuellement une répartition de tâches jugées souvent « peu rationnelle » (Améziane, 2016, p. 12).

Dans ce sens, entre une logique de performance économique en France dans les établissements de santé et une régression économique dans les hôpitaux aux Comores, le fonctionnement des établissements se heurte à des difficultés pour assurer la gestion quotidienne.

L'analyse des entretiens nous a révélé une charge de travail très difficile et un rythme de travail intense pour le personnel faisant fonction d'AS dans les hôpitaux ; elles ne sont pas formées pour y faire face. En effet, le rythme de travail du personnel faisant fonction d'AS n'est pas différent du reste des professionnels puisque un infirmier cadre chargé d'élaborer le planning des équipes explique que : « *j'ai une équipe qui travaille la matinée de 7 h 30 jusqu'à 14 h 30 et une autre équipe qui vient prendre la garde de 14h30* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023), les faisant fonctions font partie de l'équipe et même souvent leurs jours de repos ne sont pas respectés aux même titre que les infirmiers « *la hiérarchie ne respecte pas nos jours de repos (...) dès qu'il y a une aide-soignante qui manque, on doit reprendre le travail (...) or ce n'est pas le cas pour les infirmiers* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Ces propos nous interpellent sur la notion d'absentéisme qui a été analysée par Laurent Brami, Sébastien Damart et Frédéric Kletz en 2013 comme l'une des manifestations préoccupantes pouvant impacter l'organisation et le fonctionnement des services. Dans cet article, les auteurs ont montré que l'absentéisme est révélateur de la non prise en compte du bien-être de la catégorie du personnel concernée ou cela peut avoir des effets sur la qualité des soins et la performance des établissements (Brami *et al.*, 2013).

---

<sup>12</sup> Van Haeperen, B. (2012). Que sont les principes du New Public Management devenus : Le cas de l'administration régionale wallonne. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LI, 83-99. <https://doi.org/10.3917/rpve.512.0083><https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2012-2-page-83.htm>

D'autres difficultés ont été mentionnées par les faisant fonctions d'AS interviewées à savoir, les conditions de travail qui impactent en partie leur santé souvent liées aux postures adoptées durant une journée de travail et à la lourdeur des tâches confiées. Une faisant fonction qui travaille à la maternité a expliqué qu'elle a souvent un « *Mal de dos une fois à la maison, des douleurs liées au changement de posture debout/assise et des douleurs au niveau jambe* » (Faisant fonctions d'AS, communication personnelle, mars 2023a). Un autre faisant fonction d'AS travaillant aux urgences parle de « *maux de dos et de la hanche* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Bien qu'aux Comores, on parle peu de la médecine du travail, ces propos exprimés par les aides-soignantes nous font penser aux troubles musculosquelettiques qui représentent 80 % des maladies professionnelles reconnues en France (Brami *et al.*, 2013, p. 172).

Un autre aspect mis en avant par les faisant fonction concerne l'évolution et la complexification des tâches que les équipes se voient confier : « *[...] aux urgences, on n'a pas les mêmes pathologies qu'avant (...) les choses deviennent difficiles (...) je n'ai pas eu d'autres formations* » (Un faisant fonction d'AS, mars 2023). Ces propos nous interrogent sur la limite et l'épuisement de ce personnel inventé dans les hôpitaux face à de nouvelles pratiques émergées dans leur environnement. Il est primordial de revoir les conditions de travail de ce personnel pour éviter les burn-out, l'épuisement professionnel ou la souffrance au travail qui sont des facteurs nuisibles pour le fonctionnement des services. Lors des échanges avec les faisant fonctions, nous avons pu repérer la difficulté pour eux de se repérer au milieu des équipes concernant leurs tâches : « *souvent je travaille partout* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023).

En France, face aux difficultés que vivent les professionnels de santé dans les établissements, la notion de qualité de vie au travail (QVT) a été promue pour permettre de lier l'efficacité économique, le bien-être à la fois physique et mental des professionnels et la qualité des soins offertes aux usagers (Cristofalo *et al.*, 2018). Pour le ministère de la santé et de la prévention, plusieurs leviers sont mobilisés pour garantir la QVT notamment « les conditions de travail, de l'environnement, (...) de la formation et de l'évolution professionnelle » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023). De ce fait, il nous paraît important pour les hôpitaux de revoir les conditions de travail de ce personnel pour lui permettre de travailler efficacement pour garantir la qualité des soins.

### B.3. Une relation de travail basée sur des compromis

Le développement croissant de la médecine a entraîné progressivement une technicisation et une spécialisation de plus en plus grande des actes médicaux avec des avancées notables sur les modes de diagnostics et de traitement, ce qui implique une profusion d'informations entre les professionnels (Haberey-Knuessi & Morgan De Paula, 2013). Dans cet article, les auteurs ont déclaré le fait qu'autour

*Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

<2022-2023>

d'un patient hospitalisé se mobilisent plusieurs professionnels de spécialités différentes pour intervenir simultanément, ce qui impose des échanges directs ou indirects entre les professionnels et les équipes de soins (Haberey-Knuessi & Morgan De Paula, 2013). Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire mobilisée pour un projet commun qui est l'accompagnement et la prise en charge de la personne soignée. Pour cela, le fonctionnement de l'équipe exige certaines règles et valeurs communes comme l'existence d'une « hiérarchie », qui est « la personne qui rappelle l'objectif du groupe en définissant les règles de fonctionnement et les moyens de réalisation ». Un autre élément à prendre en compte concerne les « membres » qui sont mobilisés pour la réalisation des objectifs. Chaque activité à réaliser exige la mise en commun des compétences de chaque membre à des niveaux de performance diverses (Collectif-AMP-AES-AVS, s. d.).

En France, l'article R. 4311-4<sup>13</sup> du code de la santé publique a précisé les modalités de la relation entre l'aide-soignante et l'infirmière. Pour éviter la confusion, l'article R.4311-5<sup>14</sup> a listé les actes relevant du rôle propre de l'infirmier et ceux pouvant être délégués à son initiative à l'AS dans le cadre de ses compétences. Il s'agit donc des relations qui sont réglementées par la loi mais non des relations établies sur la base des négociations internes.

Au Comores, les entretiens nous ont révélé que les faisant fonctions d'AS travaillent au sein des équipes pluridisciplinaires malgré le fait qu'ils ne soient pas formés pour y faire face. Pour la plupart, elles font partie d'une équipe de soins comme l'a expliqué un médecin d'un service de réanimation interviewé dont l'équipe est constituée « [...] D'un médecin, 2 infirmiers, 1 aide-soignant et un agent d'entretien » (Médecin chef de service, mars 2023). Un autre personnel de santé au statut d'agent d'entretien existe, au même niveau que l'ASH en France, toutefois, il n'existe pas de formation spécifique pour cette catégorie comme l'est pour les faisant fonctions d'AS. Un autre faisant fonction qui travaille dans un service des urgences explique que dans son équipe, il y a 11 personnes « *un médecin, 4 infirmiers, 3 aides-soignants, 1 brancardier, 1 standardiste et un secrétaire [...]* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Il est vrai que l'effectif des professionnels peut varier selon les types d'activités et le volume mais il est important que les administrations hospitalières analysent la cohérence entre le besoin et les effectifs.

Contrairement à la France, les relations entre les professionnels ne sont pas formalisées, les faisant fonctions travaillent sous différentes formes avec les professionnels. Toutefois, les notions de "collaboration" et "d'aide" ont été les plus employées par l'ensemble des personnes interviewées. Un cadre hospitalier interviewé explique que : « [...] *l'aide-soignant aide l'infirmier à faire ses tâches et ensuite (...)* Ils sont dans la collaboration, car c'est un travail de complémentarité », quant à la relation

---

<sup>13</sup> (Légifrance,2021).[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043856905](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856905)

<sup>14</sup> (Légifrance,2021).[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043856893](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856893)

directe entre le faisant fonction d'AS et l'infirmier la « *collaboration est privilégiée entre l'infirmier et l'aide-soignant, car l'infirmier lui délègue certaines tâches* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023).

La collaboration mise en avant par le cadre interviewé nous interroge car en France, elle est rendue possible dans la mesure où l'AS détient les compétences appropriées pour réaliser l'acte que l'infirmière lui aura délégué (GMF, 2021). Or pour le cas des Comores, nous pensons qu'il n'est pas logique que les infirmiers délèguent des actes de soins à un personnel qui n'est pas formé, d'autant plus que pour la plupart elles sont formées sur le tas. Une autre faisant fonctions interrogée sur le type de relation qu'elle entretient avec les professionnels et la manière dont les tâches lui sont confiées déclare : « *On collabore, [...] le médecin peut me demander directement des choses concernant l'alimentation du patient, ou l'hygiène* » (Faisant fonctions d'AS, mars 2023a). Nous pensons qu'une observation directe dans les différents services comme l'a réalisé Anne-Marie Arborio serait nécessaire pour mieux apprécier ces types de collaboration. Les propos de ces faisant fonctions montrent que ce que Anne-Marie Arborio qualifie de « *personnel invisible* » (Arborio, 2012) n'est pas le cas dans les hôpitaux aux Comores. Ceci a été justifié par un faisant fonction, interviewé qui nous fait savoir que : « *on peut discuter avec les médecins sans problème, il n'y a pas de barrière et les médecins peuvent s'adresser à nous* » (Faisant fonctions d'AS, mars 2023b).

Dans un autre hôpital, le chef de service interviewé a confirmé que : « *il y a des entraides entre les membres de l'équipe surtout pour les AS et les infirmiers* » (Médecin chef de service, mars 2023). Toutefois, dans ses propos, il a mis en avant le fait que : « *Les médecins ordonnent aux infirmiers et les infirmiers surveillent les AS et les agents d'entretien* ». Dans ce sens, le rôle de l'infirmier aux Comores mérite d'être interrogé car l'infirmier en tant que profession possède un rôle propre et un rôle prescrit par les médecins. La notion de « *ordonner* » employé par le médecin chef interviewé nous questionne sur la réorganisation de l'offre en France face à la pénurie des médecins, qui a abouti à plus de partage des tâches entre infirmiers et médecins pour garantir la qualité des soins (Dispas, 2016, p. 64). Il ne s'agit donc pas d'ordonner mais de collaborer pour la prise en charge des patients, une collaboration qui mérite d'être encadrée par le législateur.

Cette partie a permis d'appréhender le flou qui existe au sein des équipes de soins. La relation de « *collaboration* », « *d'entraide* » mise en avant par les personnes interviewées nous paraît difficile à mettre en place dans le sens où les rôles des professionnels pouvant être « *propres* » ou « *délégués* » ne sont pas clairement établis. Les faisant fonctions apparaissent comme supports des infirmiers dans le cadre de leurs missions comme l'a expliqué ce médecin chef :

« *Assister l'infirmier (..) il travaille au côté de l'infirmier, lui servir en cas de soins, l'infirmier ne peut pas à la fois préparer le matériel et faire les soins, il faut une personne pour l'aider* » (Médecin chef de

Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2022-2023>

service, avril 2023). De ce fait, la place du « patient » est à questionner au sein des trois hôpitaux puisque selon Laure Marnilloud, il s'agit d'une personne malade, souffrant, remis aux mains des professionnels (Marnilloud, 2019).

#### B.4. Expérience initiée dans un établissement public (Pôle chirurgical)

Nous avons fait le choix de faire un focus sur une expérience initiée dans un des hôpitaux ciblés dans l'optique de montrer la part ajoutée de la professionnalisation des AS dans le fonctionnement d'un établissement hospitalier par rapport au cas des hôpitaux français.

Situé dans la capitale, le centre hospitalier dessert 750 000 habitants. Avant sa démolition en 2017, il avait une capacité de 350 lits et employait environ 590 agents toutes catégories confondues dont 76 médecins et 264 infirmiers et sage-femmes. La structure a connu plusieurs évolutions depuis son ouverture dans les années 1950 à nos jours, toutefois, le constat est loin de satisfaire la demande des soins au niveau national (Conférence des Partenaires au Développement des Comores, 2019). Un rapport établi en décembre 2019 par la Conférence des partenaires au Développement des Comores nous a éclairé sur différentes raisons ayant motivé la réforme de l'hôpital national de référence en CHU.

Au-delà de la vétusté des infrastructures et de l'insuffisance des équipements s'ajoutent l'absence de sécurité alimentaire, le manque d'hygiène, l'absence de prise en charge globale et transversale intersectorielle qui ont induit un manque de confiance des usagers vis-à-vis du centre hospitalier de référence national. Nous nous sommes interrogés sur le souci d'une « prise en charge globale et transversale intersectorielle » car aujourd'hui, pour un meilleur accompagnement et prise en charge des usagers, on privilégie plus la « multidisciplinarité » comme la « transversalité » et « l'interdisciplinarité » dans l'objectif de mettre en commun plusieurs domaines de compétence, plusieurs disciplines pour prendre en compte les besoins de l'utilisateur dans sa globalité (Canouï, 2012, p. 49).

Le constat fait dans cet établissement hospitalier est que les activités liées aux actes médicaux, aux hospitalisations et aux consultations médicales ont largement baissé entre 2010 et 2015 (voir annexe 9). Lors de cette conférence organisée à Paris, il a été montré que le projet de faire évoluer cet hôpital en CHU constitue une réponse face aux évacuations sanitaires qui représente environ 6,7 milliards de Francs Comorien soit 13,5 millions d'euros. De plus, la structure tentera d'apporter une réponse face à la pauvreté via une offre d'emplois (Conférence des Partenaires au Développement des Comores, 2019, p. 6).

Dans le cadre des différentes réformes qu'a connu l'établissement, un nouveau pôle a vu le jour en 2014 avec un autre mode de gestion financier qui n'est pas commun aux établissements

publics. Le pôle chirurgical qui regroupe plusieurs services dont le bloc opératoire et le service de réveil et de réanimation fonctionne au tarif journalier soit 175 euros la journée. Quant au contenu des services fournis selon l'explication de l'infirmier cadre interviewé, « *c'est le service qui fournit les draps, l'alimentation et qui accompagne le malade tout au long de son séjour* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). De fait, le malade admis dans les services cités précédemment sont pris en charge à 100 % par l'hôpital, la famille n'est pas sollicitée pour accompagner le malade comme c'est le cas dans le reste des services. Quant à ce mode de fonctionnement, nous avons pu interviewer l'infirmier cadre qui nous a montré que c'était dans « *[...]l'initiative de travailler dans les normes hospitalières (...), on s'est donné le temps et les moyens pour mettre en place cela* ». L'infirmier cadre hospitalier interviewé a montré qu'avant le lancement des activités, des formations ont été organisées à l'endroit des faisant fonctions affectées dans le service concerné, « *le conseil des soignants a proposé des modules de formation afin de les initier à certains gestes parmi lesquels le bain du malade* ». Dans ces propos, nous pourrions parler de changement de paradigme puisque plus loin, il a expliqué que « *nous les avons formés afin de mieux accompagner les patients et les soins* », nous voyons que l'attention est portée sur le patient hospitalisé puisqu'il parle de « bain du malade ». Nous pouvons dire que l'acquisition de nouvelles compétences pour les faisant fonction apparaît ici comme un enjeu stratégique pour l'établissement pour être à la hauteur des concurrents comme l'a analysé Thierry Ardouin dans la cinquième édition de son ouvrage « ingénierie de formation » en 2017 (Ardouin, 2017a, p. 13).

Quant à l'organisation des formations et au financement, il a montré que c'était avec l'appui de « l'administration centrale de l'hôpital et les cadres de santé ». Ce qui nous semble « logique » car les missions de l'établissement sont notamment - Prévention - Soins - Enseignement - Recherche. A noter que la formation dans cet établissement a été initiée pendant la période coloniale avec la formation des infirmiers et sage-femmes AM (Annexe7).

Un autre aspect qui nous semble important à souligner est que l'établissement est administré ces dernières années par des directeurs ayant fait leur carrière dans l'administration hospitalière en France. Le directeur actuel qui a pris ses fonctions en 2019 a plus de 15 ans d'expérience dans la gestion hospitalière en France d'après une interview qu'il a accordée au journal Al-Watwan en mars 2020. Il a également montré dans son interview que sur 250 patients hospitalisés dans le service de réanimation pour une durée de 2 à 5 jours, 12 à 15 % ne paient pas le service.

Toutefois, il a ajouté que le problème n'est pas le paiement mais « plutôt les familles des patients qui évacuent leurs malades » (Abouhariat, 2020). Nous n'avons pas pu échanger en direct avec le directeur malgré les échanges de courriels, toutefois lors de notre interview avec un cadre hospitalier, nous avons pu constater qu'il est à l'origine de plusieurs initiatives notamment « *un*

*Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

<2022-2023>

*reclassement a été fait en 2021, c'étaient justement à l'initiative du nouveau directeur* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). Cette logique nous paraît pertinente puisque c'est la démarche poursuivie par l'administration hospitalière française a abouti à la création du titre AS. Il est évident que le reclassement est une étape nécessaire dans un contexte où on est face à un public pluriel comme le sont les faisant fonctions d'AS et comme l'a analysé Anne-Marie Arborio (Arborio, 2016).

Le reclassement du personnel subalterne du service analysé a abouti à la création du profil agent de service hospitalier (ASH) qu'on retrouve dans les hôpitaux français en dessous de l'AS, chargé essentiellement de l'entretien des locaux (Lhuilier, 2005). L'infirmier cadre interviewé l'a mentionné dans ses propos : « *avant on les appelait techniciens de surface et aujourd'hui, on les appelle ASH [...], Ils s'occupent spécialement de l'hygiène des locaux* ». Il a également montré que la démarche a été motivée par l'évolution des pratiques dans les différents services : « *les choses se complexifient, aujourd'hui pour déposer un échantillon au laboratoire, l'aide-soignant doit consigner sur un cahier et donc, il faut au moins des AS qui savent lire et écrire* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). Il s'agit de la démarche initiée dans les hôpitaux pour identifier le personnel qui « soigne » et celui qui « sert » aboutissant à la promulgation de la loi du 8 avril 1946 qui interdisait désormais l'exercice de la fonction d'IDE sans diplôme d'Etat (Arborio, 2016). Nous pouvons dire que désormais l'environnement évolue, des nouvelles normes s'imposent aux AS qui travaillent dans cet établissement notamment savoir « lire » et « écrire ».

Le directeur dans son interview a montré son ambition de vouloir améliorer l'accueil, l'environnement et les conditions d'hébergement, la lutte contre les infections nosocomiales. Pour cela, le cadre hospitalier interviewé nous a fait comprendre qu'il y a une bonne dynamique déjà lancée dans le pôle chirurgical avec les faisant fonctions d'AS, qu'ils ont formés au sein de l'hôpital en termes de collaboration dans le cadre des tâches confiées, selon lui, « *les équipes travaillaient en collaboration, nous avons élaboré des fiches de poste pour les infirmiers, les AS et ASH* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). La notion de fiche de poste que nous avons retrouvé spécifiquement dans ce pôle chirurgical nous semble importante car selon Pascal Moulette, Olivier Roques et Luc Tironneau en 2019, elle sert à traduire par écrit le contenu du travail confié à une personne, ses missions et son positionnement hiérarchique ainsi que les liens avec les autres membres (Moulette *et al.*, 2019, p. 36).

Nous pensons qu'il serait souhaitable dans le cadre de ce travail de s'inscrire dans cette dynamique déjà lancée dans cet hôpital particulièrement dans le pôle chirurgical pour accompagner la professionnalisation de ce groupe d'individus qui exerce la fonction de faisant fonction. D'autant plus que nous pouvons parler de l'existence d'une culture commune et d'une reconnaissance vis-à-vis des autres professionnelles du service puisque selon le cadre interviewé « *les médecins peuvent interpeller directement les AS (...) on essaye de réduire la distance qui peut exister entre médecins, cadre, infirmier,*

*AS et ASH pour faciliter le travail* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). L'interpellation de l'AS par un médecin ou autre est liée au fait que ses tâches sont bien définies, formalisées et connues par tous, sous sa responsabilité. Ces tâches sont entre autres « *la toilette complète du malade au lit, l'aide à l'alimentation, aide à la mobilisation du patient, vidange des poches, l'accompagnement du malade durant son séjour* » a expliqué l'infirmier cadre hospitalier du service. Quant aux avantages liés à ce mode de fonctionnement par rapport aux autres services, le cadre hospitalier a énuméré le fait que « *cela aurait permis de soulager les familles et d'éviter leur présence 24 h à 24 h tout au long du séjour* ». Ainsi, il a rajouté que ça permet de réduire « *les garde-malades nombreux qui encombrant nos services* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). Ces propos nous semblent cohérents du fait que l'entourage occupe un espace important d'accompagnant et de financement des soins du proche malade dans les hôpitaux Africain. D'une part, il n'existe pas un mécanisme de protection sociale et, d'autre part, il y a une insuffisance de personnel qualifié comme l'a analysé Marie Schnitzler en 2014 (Schnitzler, 2014).

Cependant, l'établissement souhaite se repositionner au niveau national pour pallier les besoins en soins et faire face à des nouveaux défis liés à la croissance démographique, l'augmentation des besoins de santé, au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques. Pour cela, 33 spécialités ont été prévues avec une capacité de 650 lits. Les besoins des ressources humaines sont 1544 agents de santé toutes catégories confondues à former et recruter (Conférence des Partenaires aux Développement des Comores, 2019, p. 16). Pour les besoins en AS, ils sont estimés à 342 aides-soignantes à former et recruter pour le prochain CHU (ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre, 2018, p. 39). Et donc pour l'établissement, la professionnalisation de l'activité des faisant fonction d'AS « *c'est une priorité pour notre hôpital* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). Nous nous sommes interrogés sur la vision de l'établissement pour recruter et former 342 AS dans le cadre de l'ouverture du CHU. L'infirmier cadre interviewé a expliqué que la vision de l'établissement est de pouvoir valoriser « *les compétences de celles qui sont en fonction, identifier les manquements et faire une formation pour elles (...) ensuite recruter des nouvelles AS pour les former* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). Ces propos ont nourri notre réflexion sur la professionnalisation de l'activité des faisant fonctions d'une manière globale. Le reclassement et la formation sont des étapes observées dans la construction du métier d'AS en France. Nous pensons nous saisir de cette expérience enrichissante dans le cadre de nos orientations.

## C. Vers la professionnalisation de l'activité des Faisant fonction d'AS aux Comores

### C.1. Quand le contexte exige l'évolution des compétences des acteurs

La professionnalisation de l'activité des faisant fonction d'AS telle que prévue dans le code de la santé Comorien, apparaît pour nous comme une volonté des institutions à « faire bouger » les pratiques des acteurs pour s'adapter aux exigences des usagers et à la complexité grandissante de la prise en charge (Wittorski, 2008, p. 12) comme l'a expliqué un directeur hospitalier interviewé : « *Je pense que développer la profession d'AS est aujourd'hui important car le besoin est réel* » (Directeur hospitalier, mars 2023). Il apparaît clairement qu'il ne s'agit pas de la volonté du groupe faisant fonction d'AS car non seulement le groupe n'a pas de projet commun mais aussi, ses membres ne sont pas suffisamment informés des préconisations prévues dans le code de la santé publique.

Pour le cas des Comores, nous pouvons dire que l'enjeu porté par le Ministère de la santé et les établissements hospitaliers n'est pas de constituer une profession dans « l'espace social » comme l'a analysé Richard Wittorski dans son article en 2008 mais plutôt d'accompagner une adaptabilité d'organisation du travail face aux exigences liées à la « modification continue des compétences en lien avec l'évolution des situations de travail » (Wittorski, 2008, p. 13). De fait, entre une logique initiée par les institutions et une logique initiée par les acteurs, les entretiens semis-directifs constituent une première passerelle par l'implication des faisant fonctions d'AS, car la professionnalisation d'une activité professionnelle implique de faire évoluer leurs compétences au profit des évolutions contextuelles avec des nouvelles normes de travail (Wittorski, 2008, p. 13).

Pour un faisant fonction interviewé, « *on est souvent appelé à écrire à la demande de l'infirmier ou à lire pour ne pas se tromper de patient, d'échantillon d'analyse ou de dossier* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Par-là, nous constatons une complexification technique puisque des nouvelles compétences sont exigées pour exercer ce rôle. Et au niveau contextuel, un cadre de santé dans un hôpital a expliqué que « *on a des problèmes avec les patients qui reviennent de l'île de Mayotte (...), ils exigent que ce soit à l'équipe de s'occuper de leur poche une fois à l'hôpital, mais non la famille* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). Par là le fonctionnement classique des établissements se confronte aux changements de regard qu'a la population du fait de sa forte mobilité au niveau de l'île voisine de Mayotte où il existe des AS formées pour accompagner les usagers hospitalisés durant leur séjour au même titre qu'en France.

Par ailleurs, nous avons cherché à comprendre la manière dont les établissements se sont organisés pendant la période COVID-19 dans la mesure où les mesures de sécurité imposées ne laissaient pas une place à la famille. Un médecin interviewé a montré que : « *nous avons été accompagnés par des volontaires du Croissant-Rouge comorien dans la réalisation des tâches quotidiennes des malades corvidés hospitalisés* » (Médecin chef de service, avril 2023). Or ces

volontaires ne sont pas formés pour effectuer des tâches en milieu hospitalier. Quant à la nature de cet accompagnement, il a expliqué que : « *l'Etat qui avait débloqué les moyens ainsi que les partenaires pour faire fonctionner l'hôpital durant la pandémie* » (Médecin chef de service, avril 2023).

Nous pouvons dire que la COVID a mis en lumière l'importance des tâches qui sont exécutées à la fois par les faisant fonction et les familles et le besoin de faire évoluer ce type de personnel dans les hôpitaux. Nous pensons qu'une perspective de promotion des faisant fonctions d'AS comme l'a analysé Anne-Marie Arborio en 2016 dans son article « *promouvoir ou former ?* » serait idéale pour les établissements hospitaliers afin de pouvoir fidéliser un personnel déjà expérimenté et habitué au fonctionnement des services affectés (Arborio, 2016, p. 248).

Pour la majorité des personnes interviewées, la valorisation des expériences des personnes déjà en poste paraît importante : « *il faut identifier les manquements auprès du personnel faisant fonction afin de renforcer leur compétence* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). Et du côté des AS : « *Je pense qu'il faut faire en sorte qu'on ait les mêmes compétences (...) faire une formation pour tout le monde (...) et avoir quand même un diplôme* » (Faisant fonctions d'AS, mars 2023 ). Et selon un enseignant de l'école de médecine et de santé publique : « *ils ont acquis de l'expérience (...) on peut formaliser ça même si la personne a un niveau primaire* » (Enseignant de l'EMSP, mars 2023). Nous pouvons par ces propos nous référer à la trajectoire de la profession d'AS en France depuis sa création dans les établissements de santé qui est passée par - un simple reclassement du personnel- une promotion interne par le chef de service - Mise en place du CAFAS - DPAS et DEAS. Nous pouvons espérer à ce stade nous saisir de l'expérience française et nous orienter directement vers le DEAS dans la mesure où la promotion interne se fait déjà dans les établissements ciblés : « *après plusieurs années (...) le cadre du service atteste que la personne peut exercer le rôle d'aide-soignant en lien avec les compétences pratiques acquises* » a expliqué un directeur hospitalier interviewé (Directeur hospitalier, mars 2023).

De ce fait, nous proposons d'orienter la réflexion vers le reclassement du personnel faisant fonction d'AS dans les hôpitaux et la mise en place du DEAS. Le reclassement des faisant fonctions pourra être formalisé par la validation des acquis d'expérience (VAE). Concernant la mise en place d'un DEAS, l'accès se fera via la mise en place d'une formation qui permettra de définir la profession au niveau national avec une mise en avant de ses positions et des mécanismes de collaboration avec les autres professionnels. Ce changement pourrait potentiellement aboutir à une réorganisation de la division de travail en collaboration avec les infirmiers et les médecins de sorte à favoriser l'autonomisation du futur groupe professionnel à mettre en place, à savoir les AS.

## C.2. La formation comme levier de la professionnalisation

Aux Comores, nous sommes convaincu que d'une part, les pratiques des professionnels y compris celles des FFAS, doivent se développer et évoluer pour répondre aux besoins changeant des usagers. D'autre part, il est impératif de revoir l'organisation au sein des hôpitaux. Il a été établi par des chercheurs que la configuration des services et des équipes de soins représente un élément essentiel en termes de qualité et de sécurité des soins (Dumas et al., 2016, p. 47).

En France, la mise en œuvre de la loi sur l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>15</sup> a eu pour effet de recentrer l'attention sur le patient dans le processus de soins, et une meilleure structuration des professionnels de la santé a été rendue possible grâce à la stratégie « Ma santé 2022 : un engagement collectif » (ARS, 2021). Repenser à l'organisation des soins dans les établissements des soins et à la division des tâches dans les hôpitaux aux Comores nous semblent primordial pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques des patients.

En parlant de développement et d'évolution de pratiques des faisant fonctions d'AS aux Comores, nous souhaitons proposer au ministère de la Santé des Comores de mettre en place un DEAS avec un accès soit via la validation des acquis d'expérience (VAE) ou via une formation initiale d'AS. En France, la loi relative à la modernisation sociale de 2002 a mis en place la VAE, qui permet à un adulte qui possède une expérience professionnelle d'un an, quel que soit son statut (salarié ou bénévole) d'accéder à un diplôme sans passer par une formation formalisée ou un examen (Maillard, 2020, p. 94). Ce dispositif permet de valoriser les expériences, et de garantir l'égalité des chances à tout le monde quel que soit son parcours (Maillard, 2020).

Les personnes interviewées ont donné leurs avis concernant les modalités d'accès au nouveau titre d'AS au Comores qui pour elles passe par la formation. Ils ont donc mis en avant quelques orientations liées à l'organisation de la formation comme l'explique ce cadre du Ministère de la santé : « *les formations doivent être organisées dans les hôpitaux avec l'encadrement pédagogique de l'école de médecine et de santé publique* » (Cadre du Ministère de la Santé, mars 2023). Pour l'enseignant de l'EMSP interviewé, bien que la formation soit organisée dans les établissements hospitaliers, « *[...] l'ingénierie doit être assurée par l'école de médecine et de santé publique sanctionnée (...), et un diplôme qui sera validé par le ministère de la Santé* » (Enseignant de l'EMSP, mars 2023). Quant aux explications liées au fait que la formation soit dispensée dans les établissements, « *cela permettra de créer un lien direct entre ces catégories socio-professionnelles d'emblée lors de leur formation initiale et une facilité de collaboration à l'hôpital autour du malade* » (Enseignant de l'EMSP, mars 2023). Cette approche nous paraît logique dans le sens où ça va favoriser le développement de la culture du travail en équipe. A noter qu'au commencement des formations paramédicales notamment les AM dans les

années 1970 ont été initiées dans les hôpitaux (CHN). Ce qui implique que cette initiation existe déjà (Ecole de Médecine et de Santé Publique, 2023) (Voir annexe 9). Toutefois, au vu de la pluralité de leur niveau de scolarité et des exigences dans les établissements de santé, nous avons questionné également les professionnels terrain en ce qui concerne le profil des nouvelles personnes qui peuvent être admises à la formation. Pour le ministère de la santé : « [...] *la personne doit avoir son BEPC (...) soit capable de comprendre et assimiler certaines problématiques de santé et travailler en équipe avec les autres professionnels de santé* » (Cadre du Ministère de la Santé, mars 2023).

Parler du BEPC qui est le brevet du premier cycle montre combien le niveau est trop bas contrairement en France où les AS ont pour la plupart un parcours scolaire. Cependant, la majorité des responsables interviewés au niveau des établissements et de l'EMSP était unanime sur le fait qu'on ne doive pas non plus baisser le niveau d'exigence : « *la personne doit avoir un niveau terminal au lycée, il ne faut pas non plus baisser le niveau pour valoriser la fonction* » (Enseignant de l'EMSP, mars 2023). Pour ce responsable, le niveau d'exigence pourrait introduire d'emblée un manque de valorisation de la profession et des personnes qui l'exercent.

D'autres propositions ont été faites pour éviter le risque d'exclure d'autres personnes qui souhaitent intégrer la formation comme l'a expliqué un cadre de santé : « *si une personne fait le choix après son BAC de devenir AS, qu'on lui laisse faire le cursus* » (Infirmier cadre hospitalier, mars 2023). Cette proposition nous semble cohérente puisqu'à l'école des sage-femmes et des infirmiers, pour y accéder, il faut avoir un BAC scientifique (Voir Annexe 9). Les AS interviewées ont également manifesté individuellement leur souhait de continuer leur carrière à l'hôpital en tant qu'AS comme l'explique cette AS dans un service des urgences : « *j'ai envie de continuer à travailler à l'hôpital (...) si la formation est ouverte, je vais m'inscrire pour être formée et avoir un diplôme d'aide-soignante du métier que j'exerce* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Dans l'analyse des propos de cette faisant fonction, il se dégage la notion de motivation et de reconnaissance qui sont des éléments importants pour les professionnels. En effet, ces éléments peuvent être source de difficultés dans la gestion des équipes puisque les professionnels revendiquent aujourd'hui plus de reconnaissance et une prise en compte de leur compétence (Diez & Carton, 2013). En parlant de reconnaissance, les faisant fonctions interviewées semblent percevoir une forme de reconnaissance sociale de leur travail qui contribue aujourd'hui à leur motivation : « *on nous appelle docteur (...) c'est quand même réconfortant* » (Faisant fonction d'AS, mars 2023). Pour Lise Causse, dans son article en 2008, la position des AS fait qu'elles restent longtemps auprès du malade, ce qui fait qu'elles tirent un bénéfice secondaire entre autres la reconnaissance du malade (Causse, 2008) mais aussi de son entourage pour le cas précis.

Cependant, en tenant compte des besoins évolutifs des usagers, de l'environnement hospitalier dans sa complexité et des profils des faisant fonctions dans les établissements de santé, nous avons pu repérer plusieurs problématiques soulevées dans les documents stratégiques nationaux et par les personnes interviewées qui tournent autour de : - l'accueil- l'hygiène des locaux- l'entretien du matériel-gestion des déchets – la surveillance des patients hospitalisés – la sécurité des patients- insuffisance de compétence pour réaliser les différentes tâches confiées. Et en lien avec la littérature, nous avons pu repérer également un problème dans la définition des tâches déléguées aux faisant fonctions - l'existence d'un contour flou entre leurs missions et celles des infirmiers - beaucoup de glissement de tâches d'un service à un autre - un problème de reconnaissance de la part du personnel exerçant le rôle (activité mal rémunérée) - le faible accompagnement de la personne hospitalisée (pallié par la présence de la famille). A noter qu'il n'est pas anodin de parler de professionnaliser des faisant fonctions d'AS puisque cela constituerait également une offre d'emploi aux jeunes afin d'améliorer la qualité de vie et lutter contre la pauvreté.

### C.3. Un référentiel de formation inspiré de l'expérience Française

Dans cette partie, nous souhaitons mener une analyse approfondie pour lier les besoins de l'organisation, la situation des acteurs concernés par la professionnalisation et le contexte local des Comores afin d'en ressortir une proposition de référentiel de formation. Nous avons saisi l'opportunité offerte par le code de la santé publique qui a prévu pour la profession d'AS, de mieux asseoir la profession mais aussi du fait qu'il existe au niveau national "un projet d'offre des soins" qui parmi les activités planifiées compte le développement des formations initiales et continues y compris celles des aides-soignantes comme l'a expliqué un cadre du ministère de la santé interviewé : *«on a l'appui d'un projet de la Coopération Régionale pour la mise en place de cette profession »* (Cadre du Ministère de la Santé, mars 2023).

La création de cette profession va accompagner les initiatives en cours dans le système de santé notamment la mise en place l'assurance maladie généralisée (AMG), la transformation de l'hôpital de référence national en CHU dans l'objectif d'assurer une prise en charge dans les établissements hospitaliers. Des chercheurs ont démontré que l'élaboration d'un référentiel demande d'avoir une vision globale du contexte dans lequel il s'élabore et de pouvoir mettre en corrélation les différents facteurs pouvant influencer son opérationnalisation (Ardouin, 2017b).

Ainsi, la ligne directrice de ce présent référentiel est de pouvoir assurer une cohérence entre les objectifs nationaux et le contexte socio-économique local qui représente un enjeu majeur dans la formalisation de la catégorie d'AS. Pour Nadine Postiaux, on attend comme référentiel d'une manière générale « ce qui vient faire référence » pour un groupe de personnes (Postiaux, 2013, p. 259). Dans ce chapitre, l'auteur a défini trois types de référentiel à savoir - référentiel de compétence - Référentiel de formation - référentiel d'évaluation (certification) (Postiaux, 2013). Selon l'auteur, un référentiel de

compétence cherche à décrire plus ou moins les compétences attendues à la fin d'une formation, alors qu'un référentiel de formation est le développement opératoire du référentiel de compétence. Ce dernier apporte des précisions sur le contenu, les méthodes et les moyens d'atteindre les compétences définies (Postiaux, 2013, p. 260).

Quant au référentiel d'évaluation selon l'auteur, il cherche à confirmer ou infirmer que la personne atteint les compétences visées (Postiaux, 2013, p. 260). Pour atteindre compétences visées, cela passe par la formation, Thierry Ardouin parle de la formation comme de la « recherche du développement de l'individu dans toutes ses dimensions en adéquation avec son contexte et son environnement » (Ardouin, 2017c, p. 10). Pour Thierry Ardouin en 2017, il s'agit d'une « liste d'une série d'actes, de performances observables détaillant un ensemble de capacités (référentiel de formation) ou de compétences (référentiel de métier) » (Ardouin, 2017b, p. 111).

Conscients de la complexité de l'exercice d'élaboration d'un référentiel qui s'inscrit souvent dans une démarche collective de projet, nous avons dégagé des domaines d'intervention où l'AS se doit d'intervenir pour satisfaire les exigences des établissements hospitaliers, des usagers en faisant valoir sa pratique professionnelle. Pour améliorer la qualité et la sécurité des patients dans les hôpitaux un AS doit intervenir au côté de l'utilisateur comme c'est le cas en France. Nous pensons que le législateur ou les établissements hospitaliers doivent revoir l'organisation des services, la division des tâches entre infirmiers et AS de sorte à positionner le rôle de l'AS au côté de l'utilisateur. Le respect du droit et de la dignité de la personne soignée constitue une valeur fondamentale du référentiel d'AS en France (Ameline & Levannier, 2021).

En France le rôle de l'AS « s'inscrit dans une approche globale de la personne et prend en compte la dimension relationnelle des soins ainsi que la communication avec les autres professionnels, les apprenants et les aidants » (Ameline & Levannier, 2021). Aux Comores, nous proposons d'axer, les compétences des AS sur les quatre domaines suivants - **la prévention des infections - l'accompagnement de la personne - la surveillance du patient - la relation et communication entre les équipes et les familles**. Nous avons fait le choix d'être le plus large possible afin de permettre aux acteurs mobilisés pour la formation professionnelle des AS aux Comores d'avoir une marge de manœuvre quant aux évolutions contextuelles.

Ainsi, en collaboration avec les enseignants de mon lieu de stage (IFAS de la Croix-Rouge de Rennes), nous avons réalisé une analyse croisée entre le référentiel de compétences en vigueur en France des AS et les problématiques spécifiques soulevées aux Comores. Cette démarche avait pour objectif de maintenir une cohérence entre les exigences à la fois des établissements de santé, les

besoins des usagers et les attentes du groupe concerné (Faisant fonction d'AS). Il est important de souligner qu'à la différence de la France, où la formation des AS n'a cessé de se réorganiser pour faire face aux défis du système de santé, principalement le vieillissement de la population, les enjeux aux Comores gravitent notamment autour de la mauvaise qualité de l'hygiène dans les établissements de santé, de l'accueil des usagers, de la communication avec les familles, de la collaboration avec les professionnels, de l'entretien du matériel, l'accompagnement de la personne hospitalisée, de la gestion des déchets.

Cependant, pour aller au bout de la démarche, nous avons mobilisé une triade de questions classiques mais encore d'actualité, bien qu'elles soient souvent jugées plus généralistes, qui sont :

- ✓ Que faut-il connaître ? (Savoir)
- ✓ Que faut-il maîtriser ? (Savoir-faire)
- ✓ Comment faut-il se comporter ? (Savoir être) (Ardouin, 2017b, p. 118).

A noter que la réponse à la troisième question liée au savoir être sera complétée par les organismes de formation en lien avec le ministère de la santé.

Nous nous sommes permis de formuler une proposition visant à développer et à améliorer les compétences des AS aux Comores sur la base des quatre domaines susmentionnés. Nous avons organisé ces dernières en blocs de compétence avec une déclinaison en 8 modules de formation. Cette structure constitue le référentiel de formation qui conduit à la maîtrise des quatre blocs de compétences. Nous avons pris en considération le fait que les AS travaillent essentiellement dans les établissements de santé puisque les soins à domicile ne sont pas encore développés aux Comores. En nous référant du modèle français, le programme de formation pourrait adopter également une approche en alternance comprenant 651 heures (soit 17 semaines) d'enseignements théoriques et 651 heures (soit 17 semaines) de pratique, pour un total approximatif de 1302 heures de formation, équivalant à environ 34 semaines de formation (Voir annexe 11). En termes de structuration, les blocs de compétences se déclinent comme suit :

- ✓ **Bloc 1** : Prévention des risques infectieux de l'environnement hospitalier
- ✓ **Bloc 2** : Accompagnement de la personne dans les activités de la vie quotidienne
- ✓ **Bloc 3** : Surveillance de l'état clinique d'une personne
- ✓ **Bloc 4** : Relation et communication avec les équipes pluriprofessionnelles et la famille

Dans le cadre du Bloc 4, nous préconisons de mettre en avant « l'éducation thérapeutique » du patient, concept défini largement par l'OMS comme « Un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et

de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible, et maintenir ou aménager la qualité de la vie. L'éducation devrait rendre capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec la maladie » (Tillard, 2014, p. 347).

Pour les individus occupant le rôle de faisant fonction d'AS, nous pensons que l'idée serait d'opter pour la VAE afin de légitimer leurs compétences dans ces blocs de compétences et obtenir ainsi le DEAS. Comme ça se fait en France, cela constitue un acte officiel certifiant que la personne maîtrise les savoirs et les savoir-faire liés au diplôme sollicité (Ardouin, 2017b, p. 114). Les institutions responsables de la mise en place des formations pourraient se concerter avec le Ministère de la Santé pour définir le format approprié de cette démarche.

## II. Conclusion

En revisitant l'historique de la manière dont la médecine moderne s'est structurée en Afrique, nous avons pu acquérir une meilleure compréhension du contexte dans lequel l'offre des soins s'est progressivement construite, en particulier dans le territoire ciblé par cette recherche. Par conséquent, nous avons pu constater que l'influence de « l'héritage sanitaire » (Fatoumata Hane, 2009) issu de la période coloniale continue d'affecter à ce jour les modalités d'organisation des formations, même après plusieurs décennies d'indépendance. De plus, aux difficultés des jeunes nations indépendantes à s'approprier le fonctionnement des systèmes de santé hérités, se sont rajoutées successivement des politiques totalement externes et pour la plupart perçues comme contradictoires.

En effet, un contraste se dessine entre une politique visant à faciliter l'accès aux soins de santé primaires (Alma-Ata 1978) et celle qui encourage un modèle de financement des soins par les communautés (Initiative de Bamako 1987), fortement impactées par la pauvreté. Les pouvoirs publics peinent à ce jour à organiser les systèmes de santé en raison du manque de ressources humaines, matérielles et financières. A cela s'ajoutent les politiques d'ajustement structurel de la Banque Mondiale promues dans les années 80 visant à réduire les dépenses. Ces dernières ont exacerbé la situation en entraînant diverses mesures, notamment le « gel » des recrutements des ressources humaines, comme observé aux Comores.

Nous avons pu voir que cette situation a poussé les pays à adopter des mesures palliatives pour faire face à l'insuffisance d'un personnel qualifié. Par ailleurs, nous avons observé que les hôpitaux ont été contraints de s'organiser en s'appuyant largement sur des agents non professionnels pour maintenir leur fonctionnement, un schéma similaire à celui de l'Union des Comores. Nous pouvons citer également l'approche « *community empowerment* » initiée par l'OMS dans les années

80, qui a accordé une importance accrue aux acteurs “profanes” au sein du système de santé. Une approche qui s’est déclinée progressivement par la mise en place des stratégies de santé communautaire conduisant à la création du profil d’Agents de Santé Communautaire (ASC) dans le but d’établir une proximité maximale avec la population.

Ainsi, aborder la professionnalisation d’une activité telle que celle des aides-soignants dans un pays africain n’est pas chose facile, car le domaine de la santé est constitué par une diversité d’acteurs difficiles à appréhender. En parlant d’une diversité d’acteurs, nous pouvons parler d’une part, des « garde-malades » présents dans de nombreux établissements de santé en Afrique, et d’autre part, des ASC qui opèrent au niveau communautaire dans le domaine de la promotion de la santé.

Cependant, la mobilisation d’un contexte occidental tel que la France considérée comme modèle dans la professionnalisation des aides-soignants, nous a permis de voir la manière dont les pouvoirs publics font bouger les pratiques à la fois des organisations hospitalières et des professionnels, afin de mieux répondre aux besoins de l’usager. En outre, même si l’appellation « d’aide-soignant » avait à l’origine été créée par la bureaucratie hospitalière pour reclasser un personnel aux origines et aux compétences diverses, la structuration et l’évolution du titre n’a cessé de s’adapter aux enjeux de santé publique entre autres associés au vieillissement de la population. Nous avons pu voir que progressivement, au-delà d’une simple reconnaissance au sein de la hiérarchie hospitalière, l’organisation des AS en association a impulsé un mouvement de redéfinition du métier, associé à la base à des tâches purement domestiques.

En outre, la reconnaissance par le législateur à travers des lois définissant la profession, ses missions et les modalités d’accès à celle-ci, notamment avec la mise en place d’un Diplôme d’État d’Aide-Soignant (DEAS), a permis une meilleure structuration de la profession. De plus, nous avons également pu voir que la profession s’oriente de plus en plus vers l’accompagnement des personnes âgées. A cela s’ajoute le fait que progressivement, la profession gagne en autonomie dans la collaboration avec les infirmiers, particulièrement avec l’attribution de nouveaux actes de soins comme en témoigne le nouveau référentiel de 2021.

Dans l’ensemble, nous avons constaté que les besoins des usagers sont en constante évolution et deviennent de plus en plus complexes. Ce qui nécessite une approche de prise en charge pluridisciplinaire, ainsi qu’une adaptation de l’organisation des établissements de santé afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des patients.

En effet, la littérature mobilisée au cours de notre recherche a mis en évidence l’importance de l’organisation des établissements de santé et de la collaboration entre les équipes pluridisciplinaires

pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Néanmoins, il est difficile de généraliser cette conclusion aux Comores, car nos investigations sur le terrain ont révélé l'existence d'un profil que nous avons qualifié de « faisant fonction d'AS » au sein des équipes de soins. Ces individus n'ont pas reçu une formation spécifique pour les responsabilités qu'ils assument auprès des patients et des équipes de soins. En 2023, leur nombre s'élève à 161, comprenant 135 femmes et 26 hommes, répartis dans les trois hôpitaux de référence visés par notre recherche (CHN El-Maarouf à Ngazidja, CHRI de Fomboni à Mwali et CHRI de Hombo à Ndzuanani). De plus, nous avons pu voir qu'au vu de leur rôle au sein de l'hôpital, ils sont largement reconnus en tant que « cheville ouvrière » comme l'a souligné un directeur hospitalier.

La mission qui nous a été confiée par le ministère de la santé, à savoir l'analyse et l'orientation de la création de la profession d'aide-soignante aux Comores conformément à l'article 177 du code de la santé publique promulgué en 2020, n'est pas anodine compte tenu du contexte. En effet, nous avons pu voir que les établissements de santé sont confrontés à une faible fréquentation associée entre autres à une perception négative de la qualité des soins disponibles dans les hôpitaux marquée par une forte mobilité de la population vers l'étranger pour des meilleurs soins. Nous avons pu repérer que les problématiques liées à la qualité de l'accueil, l'accompagnement du malade, l'hygiène, ainsi que de l'entretien des locaux, des installations et du matériel, constituent un problème majeur dans les établissements de santé. De plus, nous avons constaté une confusion quant aux rôles respectifs dans le binôme infirmier et faisant fonction d'AS. A cela s'ajoute la complexité des tâches dévolues aux faisant fonction, affectant pour la plupart leur santé, notamment les troubles musculo squelettiques comme démontré par les faisant fonction d'AS interviewés.

Dans notre analyse approfondie, nous avons constaté que l'Union des Comores s'est lancée dans une réforme majeure de son système de santé pour répondre aux besoins de santé de la population. Une réforme englobant des initiatives significatives, notamment la mise en place d'une assurance maladie généralisée et la transformation du centre de référence national en Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Dans cette perspective, il nous paraît « logique » d'envisager la professionnalisation des aides-soignants dans la mesure où l'assurance maladie généralisée exige une prestation de soins de qualité de la part des établissements. De plus, la transition de l'hôpital de référence national vers un CHU implique une restructuration de l'organisation hospitalière pour accueillir les 36 spécialités prévues. Cela nécessite également une évolution des pratiques professionnelles, particulièrement pour le personnel subalterne afin d'être à la hauteur des nouvelles responsabilités.

En parlant d'évolution des pratiques, l'expérience enrichissante des faisant fonctions d'AS a guidé l'identification de quatre blocs de compétences essentielles pour les futures Aides-soignants : —La Prévention des risques infectieux dans l'environnement hospitalier (1) — L'accompagnement de la personne dans ses activités de la vie quotidiennes(2) — La surveillance de l'état clinique d'une personne (3) — La relation et la communication avec les équipes pluriprofessionnelles et la famille (4). Nous pensons que l'acquisition de ces blocs de compétences par les aides-soignants permettra d'améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués dans les hôpitaux aux comoriens. Laisser des patients aux mains d'un personnel n'ayant pas les compétences requises pour effectuer des soins impacte la sécurité des usagers pris en charge dans les hôpitaux.

De plus, cela dépasse le simple fait d'initier une nouvelle dynamique professionnelle dans le territoire comorien. Il s'agit en réalité de créer des emplois (342 postes d'AS prévus dans le cadre du CHU) dignes, conformes aux réglementations en vigueur. Cela pourrait avoir un impact significatif sur la réduction du taux de chômage et de la pauvreté.

Etant conscients de la situation économique des établissements de santé, en raison notamment de l'instabilité des subventions, prévues dans le cadre de la réforme de 1994 visant à faciliter leur fonctionnement, nous pensons que la disponibilité d'un personnel qualifié (aide-soignant) pour assurer un bon accueil, un accompagnement, l'entretien des locaux et du matériel pourrait améliorer l'attractivité dans les services hospitaliers. Ainsi, l'amélioration de l'attractivité dans les établissements pourrait potentiellement favoriser la fréquentation et contribuer à l'augmentation des recettes générées à travers les prestations des services.

De plus, nous pensons que repositionner le patient au cœur de la prise en charge est primordial pour mieux repenser d'une manière optimale l'organisation des soins et la dynamique des équipes, en les alignant sur le projet de soins. En tenant compte du fait que notre travail a été principalement réalisé à distance, nous pensons qu'il aurait été intéressant de coupler les entretiens avec une observation directe comme l'a fait Anne-Marie Arborio. Cependant, les 10 entretiens que nous avons menés sur les 14 prévus à la base ont largement contribué à approfondir notre compréhension du sujet traité

### III. Bibliographie

#### **Chapitres d'ouvrages :**

- Ameline, S., & Levannier, M. (2021). Un métier, une formation. In *DEAS* (p. XI-XXIV). Vuibert.  
<https://www.cairn.info/deas--9782311660791-p-XI.htm>
- Arborio, A.-M. (2009a). 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». In *Sociologie des groupes professionnels* (p. 51-61). La Découverte.  
<https://doi.org/10.3917/dec.demaz.2010.01.0051>
- Arborio, A.-M. (2009b). 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». In *Sociologie des groupes professionnels* (p. 51-61). La Découverte.  
<https://doi.org/10.3917/dec.demaz.2010.01.0051>
- Arborio, A.-M. (2012). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital* (2<sup>e</sup> éd.).  
<https://journals.openedition.org/lectures/10767>
- Ardouin, T. (2017a). Chapitre 1. Vous avez dit formation ? Vous avez dit ingénierie ? In *Ingénierie de formation: Vol. 5e éd.* (p. 7-20). Dunod. <https://www.cairn.info/ingenierie-de-formation--9782100769421-p-7.htm>
- Ardouin, T. (2017b). Chapitre 7. Référentialisation et référentiels. In *Ingénierie de formation: Vol. 5e éd.* (p. 109-130). Dunod. <https://www.cairn.info/ingenierie-de-formation--9782100769421-p-109.htm>
- Ardouin, T. (2017c). Introduction. In *Ingénierie de formation: Vol. 5e éd.* (p. 1-3). Dunod.  
<https://www.cairn.info/ingenierie-de-formation--9782100769421-p-1.htm>
- Ardouin, T. (2017d). Introduction. In *Ingénierie de formation: Vol. 5e éd.* (p. 1-3). Dunod.  
<https://www.cairn.info/ingenierie-de-formation--9782100769421-p-1.htm>
- Canouï, P. (2012). Transversalité, multidisciplinarité, interdisciplinarité à l'hôpital. La pédopsychiatrie de liaison : une activité en relation avec les autres équipes transversal. In *La pédopsychiatrie de liaison* (p. 47-52). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.segur.2012.01.0047>
- Causse, L. (2006). L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : Un travail dévalorisé et occulté. In *Le bas de l'échelle* (p. 67-79). Érès.  
<https://doi.org/10.3917/eres.lelay.2006.01.0067>
- Cristofalo, P., Dariel, O. P. dit, & Routelous, C. (2018). 5. La qualité de vie au travail : Un levier sous-estimé de la performance. In *Manager une organisation de santé* (p. 99-119). Presses de l'EHESP.  
<https://doi.org/10.3917/ehesp.minvi.2018.01.0099>
- Domergue, M. (2003). 7. "Les politiques d'ajustement structurel sont la clé de la croissance et de la prospérité pour les pays en voie de développement". In *Petit bréviaire des idées reçues en économie* (p. 73-81). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.econo.2003.01.0073>

- Douillet, A.-C., Lebrou, V., & Sigalo Santos, L. (2019). Transversalité. In *Dictionnaire des politiques publiques: Vol. 5e éd.* (p. 658-666). Presses de Sciences Po.  
<https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0658>
- Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015a). Introduction générale. In *Sociologie des professions* (p. 7-18). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.dubar.2015.01.0007>
- Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015b). Présentation. In *Sociologie des professions* (p. 237-242). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.dubar.2015.01.0237>
- Foirry, J.-P. (2017). L'Initiative de Bamako : Quels bénéfices pour les populations africaines ? In J.-D. Rainhorn & M.-J. Burnier (Éds.), *La santé au risque du marché : Incertitudes à l'aube du XXIe siècle* (p. 53-69). Graduate Institute Publications. <http://books.openedition.org/iheid/2521>
- Fossier, A., & Letrillart-Bénard, O. (2017). Chapitre 6. Déléguer. In *Profession manager commercial: Vol. 2e éd.* (p. 209-217). Dunod. <https://www.cairn.info/profession-manager-commercial--9782100758906-p-209.htm>
- Hatchuel, F., & Geffard, P. (2019). Fonction. (Function – función). In *Dictionnaire de sociologie clinique* (p. 287-289). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0287>
- Kaddouri, M. (2018). Professionnalisation et dynamiques identitaires. In R. Wittorski (Éd.), *La professionnalisation en formation : Textes fondamentaux* (p. 247-259). Presses universitaires de Rouen et du Havre. <https://doi.org/10.4000/books.purh.1541>
- Marmilloud, L. (2019). 2. Être patient, être malade. In *Donner vie à la relation de soin* (p. 37-80). Érès. <https://www.cairn.info/donner-vie-a-la-relation-de-soin--9782749264394-p-37.htm>
- Moulette, P., Roques, O., & Tironneau, L. (2019). 10. Les fiches de poste. In *Gestion des ressources humaines: Vol. 3e éd.* (p. 36-40). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.moule.2019.01.0036>
- Pellissier, J. (2006). Réflexions sur les philosophies de soins. *Gérontologie et société*, 29 / 118(3), 37-54.  
<https://doi.org/10.3917/gs.118.0037>
- Postiaux, N. (2013). Référentiel de formation. In *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 259-264). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0259>
- Schweyer, F.-X. (2018). Chapitre 6. Sociologie des professions du champ sanitaire et social. In *Le management en santé* (p. 121-137). Presses de l'EHESP.  
<https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0121>
- Tillard, B. (2014). 29 Professionnels de santé. In *Traité des sciences et des pratiques de l'éducation* (p. 341-350). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.beill.2014.01.0341>
- Wittorski, R. (2022). Professionnalisation. In *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation: Vol. 2e éd.* (p. 333-336). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.jorro.2022.01.0333>

## **Articles de revues :**

- Améziane, F. (2016). *Le New Public Management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST*. <https://shs.hal.science/halshs-01324556/document>
- Anne-Marie Arborio. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 93-93-126. Persée. <https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1338>
- Arborio, A.-M. (1995a). Quand le « sale boulot » fait le métier : Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, 13(3), 93-126. <https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1338>
- Arborio, A.-M. (1995b). Quand le « sale boulot » fait le métier : Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, 13(3), 93-126. <https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1338>
- Arborio, A.-M. (2016). Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante. *Revue française des affaires sociales*, 3, 241-262. <https://doi.org/10.3917/rfas.163.0241>
- Bah M. L, Mohamed A.A. (2021). Management des RPS dans les établissements de santé. *Editions universitaires européennes*. <https://www.morebooks.shop/store/fr/book/management-des-risques-psychosociaux-dans-les-%C3%A9tablissements-de-sant%C3%A9/isbn/978-3-639-50290-9>
- Bopaka, R. G., Ossale Abacka, K. B., Bemba, E. L. P., Okemba Okombi, F. H., Koumeke, P. P., & Illoye Ayet, M. (2021). Infection nosocomiale dans le service de pneumologie du CHU de Brazzaville. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 13(1), 164. <https://doi.org/10.1016/j.rmra.2020.11.351>
- Bouchard, J. (2017). Présentation du dossier. Le patient en observation. *Politiques de communication*, 9(2), 5-15. <https://doi.org/10.3917/pdc.009.0005>
- Bourdoncle, R. (2000). « Professionnalisation, formes et dispositifs ». *Recherche & formation*, 35(1), 117-132. <https://doi.org/10.3406/refor.2000.1674>
- Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 61(3), 168-189. <https://doi.org/10.3917/mav.061.0168>
- Cadet J-P. (2001). Le dédoublement de la professionnalité chez les aides-éducateurs. *Recherche & Formation*, 37(1), 75-75-90. Persée. <https://doi.org/10.3406/refor.2001.1711>
- Causse, L. (2008). Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : Des mouvements d'amour contradictoires et réversibles. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6(2), 85-105. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0085>
- Chanial, P. (2010). Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin. *Revue du MAUSS*, 35(1), 135-150. <https://doi.org/10.3917/rdm.035.0135>  
Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- de Barros, F. (2016). Anne-Marie ARBORIO, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital, Paris, Anthropos-Economica, coll. Sociologiques, 2001, rééd. 2012, 334 p. *Corps*, 14(1), 177-180.  
<https://doi.org/10.3917/corp1.014.0177>
- Diallo, A. M., & Sainsaulieu, I. (2022). Les agents de « santé communautaire » au Sénégal. Unité et segmentation d'un groupe semi-professionnel en milieu rural et péri-urbain. *Sciences sociales et santé*, 40(3), 5-28. <https://doi.org/10.1684/sss.2022.0229>
- Dicom\_Boris.R. (2023). Je découvre les métiers du grand âge. *Ministère de la Santé et de la Prévention*.  
<https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/metiers-grand-age/article/je-decouvre-les-metiers-du-grand-age>
- Diez, R., & Carton, P. (2013). De la reconnaissance à la motivation au travail. *L'Expansion Management Review*, 150(3), 104-112. <https://doi.org/10.3917/emr.150.0104>
- Dispas, H. (2016). *Une affaire de complémentarité*.
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : Ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, 205(1), 45-67.  
<https://www.cairn.info/revue-rimhe-2016-1-page-45.htm>
- Gadéa, C. (2002a). Anne-Marie Arborio, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, 20(3), 121-125. [https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_2002\\_num\\_20\\_3\\_1803](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_3_1803)
- Gadéa, C. (2002b). Anne-Marie Arborio, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, 20(3), 121-125. [https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_2002\\_num\\_20\\_3\\_1803](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_3_1803)
- Gadéa, C. (2002c). Anne-Marie Arborio, Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, 20(3), 121-125. [https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_2002\\_num\\_20\\_3\\_1803](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2002_num_20_3_1803)
- Gangloff-Ziegler, C. (2009). Les freins au travail collaboratif. *Marché et organisations*, 10(3), 95-112.  
<https://doi.org/10.3917/maorg.010.0095>
- Godelier, M. (2010). Systèmes de parenté, formes de famille Quelques problèmes contemporains qui se posent en Europe occidentale et en Euro-Amérique. *La revue lacanienne*, 8(3), 37-48.  
<https://doi.org/10.3917/lrl.103.0037>
- Haberey-Knuessi, V., & Morgan De Paula, E. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 8-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0008>
- Hentic-Giliberto, M., & Stephan, S. (2018). Les impacts du vieillissement de la population française sur les systèmes sanitaires et médico-sociaux : Une analyse des revues académiques et professionnelles depuis la loi ASV. *Management & Avenir Santé*, 4(2), 99-123. <https://doi.org/10.3917/mavs.004.0099>
- Jacquemot, P. (2012). Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins. *Afrique contemporaine*, 243(3), 95-97. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0095>

- Jamal, K., & Abdallah, Z. (2016). À propos de la notion de précarité. *Sciences & Actions Sociales*, 3(1), 8-18.  
<https://doi.org/10.3917/sas.003.0008>
- Lagadec, A. M. (2009). L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences : Ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs. *Recherche en soins infirmiers*, 97(2), 4-22. <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0004>
- Lanher, S. (2016a). L'estime professionnelle selon E C. Hughes. *Terrains/Théories*, 4, Article 4.  
<https://doi.org/10.4000/teth.694>
- Lanher, S. (2016b). L'estime professionnelle selon E C. Hughes. *Terrains/Théories*, 4, Article 4.  
<https://doi.org/10.4000/teth.694>
- Laugier, S., & Molinier, P. (2009). Politiques du care. *Multitudes*, 37-38(2-3), 74-75.  
<https://doi.org/10.3917/mult.037.0074>
- Lhuillier, D. (2005). Le « sale boulot ». *Travailler*, 14(2), 73-98. <https://doi.org/10.3917/trav.014.0073>
- Maillard, F. (2020). La certification pour tous : Une arme à double tranchant. *La Pensée*, 404(4), 93-105.  
<https://doi.org/10.3917/lp.404.0093>
- Malou Adom, P. V., Makoutodé, C. P., Ouendo, E. M., & Makoutodé, M. (2019). Modèle d'intégration des agents de santé communautaire dans le système de santé (Bénin, Togo). *Santé Publique*, 31(2), 315-326. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0315>
- Marx, P. (2020). La santé communautaire : Un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? – Focus sur plusieurs expériences internationales de soins communautaires. *Regards*, 58(2), 191-197. <https://doi.org/10.3917/regar.058.0191>
- Meessen, B., & Van Damme, W. (2005). Systèmes de santé des pays à faible revenu : Vers une révision des configurations institutionnelles ? *Mondes en développement*, 131(3), 59-73.  
<https://doi.org/10.3917/med.131.0059>
- Noël-Hureaux, E. (2015). Le care : Un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 7-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>
- Panel, P. (2007). L'hôpital public. *Etudes*, 407(10), 319-330. <https://www.cairn.info/revue-etudes-2007-10-page-319.htm>
- Paugam, S. (2014). Type idéal. *Sociologie*. <https://journals.openedition.org/sociologie/2481>
- Philippe, C. (2012). *La construction et la reconnaissance de l'identité professionnelle Aide-Soignante : Levier de collaboration des Directions des Soins Gestion et Formation*.
- Policard, F. (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : L'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives. *Recherche en soins infirmiers*, 117(2), 33-49. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0033>
- Ridde, V. (2011). Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso. *Cahiers d'études africaines*, 201(1), 115-143. <https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.16603>  
 Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

- Roussely, B. (2023). L'évolution de la formation AS et AP : Dossier. *Soins cadres - ISSN : 0183-2980, n°140*, 5-30. <https://www.em-premium.com/revue/scad/31/140>
- Samouilhan, S. (2005). Une professionnalisation à promouvoir. *Empan*, 59(3), 118-122. <https://doi.org/10.3917/empa.059.0118>
- Schnitzler, M. (2014). Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : Une thématique négligée ? *Sciences sociales et santé*, 32(1), 39-64. <https://doi.org/10.3917/sss.321.0039>
- Tantchou, J. (2017). En Afrique, la matérialité du soin au cœur des tensions soignants-soignés ? *Sciences sociales et santé*, 35(4), 69-95. <https://doi.org/10.1684/sss.2017.0405>
- Tizio, S. (2004). Entre état et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement ? *Revue Tiers Monde*, 179(3), 643-663. <https://doi.org/10.3917/rtm.179.0643>
- Torki, A. (2022). Impact du Dossier Patient Informatisé sur la qualité des soins. L'expérience d'un centre hospitalier au Luxembourg. *Projectics / Proyética / Projectique*, Hors Série(HS), 57-79. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0057>
- Tourmen, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : Quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé Publique*, 19(hs), 15-20. <https://doi.org/10.3917/spub.070.0015>
- Tripier, P. (1983). Geneviève Latreille, La naissance des métiers en France 1950-1975, étude psychosociale. *Sociologie du travail*, 25(3), 363-364. [https://www.persee.fr/doc/sotra\\_0038-0296\\_1983\\_num\\_25\\_3\\_1941\\_t1\\_0363\\_0000\\_1](https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1983_num_25_3_1941_t1_0363_0000_1)
- Van Haepere, B. (2012). Que sont les principes du New Public Management devenus ? Le cas de l'administration régionale wallonne. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LI(2), 83-99. <https://doi.org/10.3917/rpve.512.0083>
- Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17(2), 9-36. <https://doi.org/10.3917/savo.017.0009>

#### **Décrets-lois-circulaires :**

- AU (2020). Code de la Santé Publique Comorien, 20-003/AU
- Légifrance, (2005). SANT4—Bulletin Officiel N°2006-1 : Annonce N°52, 2005, Pub. L. No. N°2006-1, R. 4311-3 à R. 4311-5 . <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010052.htm>
- Légifrance, 8 (2020). Chapitre Ier : Aides-soignants (Articles D4391-1 à R4391-8)— Pub. L. No. D4391- 1 à R4391- [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022035103/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022035103/)
- Légifrance, (1956). Arrêté du 23 janvier 1956 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et d'aide soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés. - <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006073055>
- LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), 2019-774 (2019).
- Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture, (2021). <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646217>

Légifrance, (2021). Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant., (2005).

Article R4311-4—Code de la santé

publique [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043856905](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856905)

Note d'information sur la réforme du système de santé aux Comores de 1994, § II (1996).

Comores—DECRET N° 95—124 PR Portant promulgation de la loi relative au code de la santé publique et de l'action sociale pour le bien-être de la population, 95-124 PR (1995).

<http://clr.africanchildforum.org/country/20>

### **Sitographies :**

Adrien Renaud. (2019, septembre 30). *La réforme du métier d'aide-soignant avance, à pas de velours... -*

*Onsil.* <https://www.onsil.fr/blog/2019/11/19/la-reforme-du-metier-daide-soignant-avance-a-pas-de-velours/>

AFD. (2019, octobre 10). *Renforcer les services de santé aux Comores (PASCO 2).*

<https://www.afd.fr/fr/carte-des-projets/renforcer-les-services-de-sante-aux-comores-pasco-2>

AFD. (2023, octobre 20). « Atlas de l'Afrique AFD » : *Le boom de l'espérance de vie.*

<https://www.afd.fr/fr/actualites/atlas-de-lafrique-afd-le-boom-de-lesperance-de-vie>

AFD-Comores. (s. d.). *PASCO : Programme d'appui au secteur de la santé aux Comores.* Consulté 29 juin

2023, à l'adresse <https://www.afd.fr/fr/carte-des-projets/pasco-programme-appui-secteur-sante-comores>

AfricaNews. (2020, mai 7). *Coronavirus : L'archipel des Comores enregistre un premier décès.* Africanews.

<https://fr.africanews.com/2020/05/07/coronavirus-l-archipel-des-comores-enregistre-un-premier-deces/>

Agence de services et de paiement. (2021, novembre 15). *Validation des acquis de l'expérience (VAE) dans*

*le domaine sanitaire et s....* <https://www.asp-public.fr/aides/validation-des-acquis-de-l'experience-vae-dans-le-domaine-sanitaire-et-social-candidats-la-vae>

Agnès Buzyn. (2020, février 12). *Déclaration de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé,*

*sur les modalités d'accès au concours et les mesures pour renforcer l'attractivité du métier d'aide-soignant à Paris le 12 février 2020.* vie-publique.fr. <http://www.vie-publique.fr/discours/273455-agnes-buzyn-12022020-metier-daides-soignants>

*Aide-soignant.* (2023a, mai 16). Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-soignant>

*Aide-soignant.* (2023b, juin 11). Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-soignant>

ARS. (2021, mars 11). *Ma santé 2022 : Décloisonnement et réorganisation des soins.*

<https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>

Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2022-2023>

- Bauer, D. (2021a, décembre 21). *Aide-soignante : Profession invisible ?* Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. <https://www.actusoins.com/356713/aide-soignante-profession-invisible.html>
- Bauer, D. (2021b, décembre 21). *Aide-soignante : Profession invisible ?* Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. <https://www.actusoins.com/356713/aide-soignante-profession-invisible.html>
- C.G.O.S. (2023, février 24). *Histoire et évolution du métier d'aide-soignante*. Complémentaire Retraite des Hospitaliers. <https://crh.cgos.info/informations/histoire-et-evolution-du-metier-d-aide-soignante>
- CGOS. (2023, avril 24). *Histoire et évolution du métier d'aide-soignante*. Complémentaire Retraite des Hospitaliers. <https://crh.cgos.info/informations/histoire-et-evolution-du-metier-d-aide-soignante>
- Collectif-AMP-AES-AVS. (s. d.). *L'équipe pluridisciplinaire*. Collectif -AMP-AES-AVS. Consulté 12 juillet 2023, à l'adresse <http://collectif-amp-aes.wifeo.com/lequipe-plurisdiciplinaire.php#>
- Commissariat Général au Plan des Comores. (2017, juin 3). *Le Programme de création d'emplois rapides : Le nouveau concept comorien pour repousser le chômage de masse*. <http://www.cgp.km/article.php?id=17>
- Complémentaire Retraite des Hospitaliers. (2020, août 31). *L'aide-soignante à l'hôpital au relation au cœur de la relation patient/soignant*. Complémentaire Retraite des Hospitaliers. <https://crh.cgos.info/informations/l-aide-soignante-a-l-hopital-au-coeur-de-la-relation-patient-soignant>
- DGOS. (2023, juin 21). *Les infections nosocomiales*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/article/les-infections-nosocomiales>
- Direction Générale du Trésor. (2021). *Indicateurs et conjoncture—COMORES | Direction générale du Trésor*. <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/KM/indicateurs-et-conjoncture>
- Equipe MACSF. (2022, février 3). *Ce qui change pour les aides-soignants*. MACSF.fr. <https://www.macsf.fr/actualites/ce-qui-change-pour-les-aides-soignants>
- GMF. (2021, février). *La collaboration infirmière aide-soignante, ça ne s'improvise...* <https://www.gmf.fr/service-public-gmf/fonction-publique-hospitaliere/collaboration-infirmiere-aide-soignante>
- Idéal-type | Melchior*. (s. d.). Consulté 20 juillet 2023, à l'adresse <https://www.melchior.fr/notion/ideal-type>
- IFAS, C.-L. C. C. (s. d.). *Le métier d'Aide-soignant*. Consulté 31 janvier 2023, à l'adresse <https://www.ch-lecateau.fr/metier-aide-soignant.html>
- L'aide-soignante à l'hôpital au relation au cœur de la relation patient/soignant*. (2020, août 31). Complémentaire Retraite des Hospitaliers. <https://crh.cgos.info/informations/l-aide-soignante-a-l-hopital-au-coeur-de-la-relation-patient-soignant>

- Le métier d'aide-soignant*. (2019, décembre 24). IFAS Deauville. <https://ifas-deauville.fr/le-metier-daide-soignant/>
- MACSF. (2018, mai 8). *Collaboration infirmier et aide-soignant*—MACSF. MACSF.fr. <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/collaboration-infirmiers-aides-soignants>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022, octobre 26). *Aide-soignant*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-soignant>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023, juillet 10). *Qualité de vie au travail*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/>
- Nardelli, B. (2021, décembre 1). *Comment le Covid a dégoûté des milliers de soignants : Chloé, aide-soignante à Bordeaux, témoigne*. actu.fr. [https://actu.fr/nouvelle-aquitaine/bordeaux\\_33063/comment-le-covid-a-degoute-des-milliers-de-soignants-chloe-aide-soignante-a-bordeaux-temoigne\\_46882189.html](https://actu.fr/nouvelle-aquitaine/bordeaux_33063/comment-le-covid-a-degoute-des-milliers-de-soignants-chloe-aide-soignante-a-bordeaux-temoigne_46882189.html)
- OMS. (2022, juin 22). *Des pénuries chroniques de personnel entravent les systèmes de santé en Afrique, d'après une étude de l'OMS*. OMS | Bureau régional pour l'Afrique. <https://www.afro.who.int/fr/news/des-penuries-chroniques-de-personnel-entravent-les-systemes-de-sante-en-afrique-dapres-une>
- Parvais, A. (2021, juin 14). *Réingénierie de la formation d'aide-soignant, que dit la réforme ?* Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/aides-soignants-ap/admission-et-etudes-asap/reingenierie-de-la-formation-daide-soignant-que-dit-la-reforme>
- Parvais, A. (2022, juin 13). *Binôme aide-soignant et infirmier : Quelle évolution après la réingénierie de la formation ?* Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/profession-ide/interprofessionnalite/binome-aide-soignant-et-infirmier-quelle-evolution-apres-la-reingenierie-de-la-formation>
- Surbled, M. (2010, mai 15). *Thérèse Palla, une aide-soignante engagée*. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. <https://www.actusoins.com/3734/therese-palla-une-aide-soignante-engagee.html>

### **Thèses :**

- Claire Dumont. (2016). *Migration sanitaire au sein de l'archipel des Comores : Parcours de soins des patients comoriens insuffisants rénaux chroniques terminaux vers Mayotte*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01369580/document>

Hane, F. (2007a). *Émergence de la fonction soignante : Reconfigurations professionnelles et politiques publiques autour de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal* [These de doctorat, Paris, EHES].  
<https://www.theses.fr/2007EHES0278>

Hane, F. (2007b). *Émergence de la fonction soignante : Reconfigurations professionnelles et politiques publiques autour de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal* [These de doctorat, Paris, EHES].  
<https://www.theses.fr/2007EHES0278>

Ibrahim Barreh Adaweh. (2008). *Organisation de l'offre de soins d'une région sanitaire. République de Djibouti* -. [https://www.memoireonline.com/04/12/5697/m\\_Organisation-de-loffre-de-soins-dune-region-sanitaire-Republique-de-Djibouti7.html](https://www.memoireonline.com/04/12/5697/m_Organisation-de-loffre-de-soins-dune-region-sanitaire-Republique-de-Djibouti7.html)

POUSSE, V. (2018). *Analyse de pratiques et professionnalisation des aides-soignants*.

### **Rapports- documents politiques-stratégies**

Arborio, A.-M. (2005). *Hommes et femmes aides-soignants : Deux métiers différents ?*

<https://shs.hal.science/halshs-00005651/document>

Direction de la Promotion de la Femme. (2004). *Rapport d'Evaluation National de la Plateforme d'action de BEIJING*. <https://www.un.org/womenwatch/daw/Review/responses/COMOROS-French.pdf>

Insee. (2019). *4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050—Insee Première—1767 (1767)*.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>

Myriam El Khomri. (2019). *Rapport El Khomri : Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge—Ministère de la Santé et de la Prévention*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/personnes-agees/article/rapport-el-khomri-plan-de-mobilisation-nationale-en-faveur-de-l-attractivite>

OMS. (2019a). *OMS Comores RAPPORT ANNUEL 2019.pdf*.

<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2021-01/OMS%20Comores%20RAPPORT%20ANNUEL%202019.pdf>

OMS. (2019b). *OMS Comores RAPPORT ANNUEL 2019.pdf*.

<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2021-01/OMS%20Comores%20RAPPORT%20ANNUEL%202019.pdf>

Agnès Buzyn. (2020). *Discours d'Agnès BUZYN sur les Aides-soignants—12 février 2020—Ministère de la Santé et de la Prévention*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/discours-d-agnes-buzyn-sur-les-aides-soignants-12-fevrier-2020>

ASBL Fondation Travail-Université. (2013). *Travail\_precaire.pdf*. [http://www.ftu-namur.org/fichiers/2013\\_04\\_Travail\\_precaire.pdf](http://www.ftu-namur.org/fichiers/2013_04_Travail_precaire.pdf)

Cabinet d'Elisabeth Borne. (2021). *Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie : Un an d'avancées majeures pour les professionnels*. <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/plan-d-action-pour-les-metiers-du-grand-age-et-de-l-autonomie-un-an-d-avancees>

Comores-Politique nationale de santé (2005-2014). (2005).

<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/96301/113761/F-1336523857/COM-96301.pdf>

Conférence des Partenaires aux Développement des Comores. (2019). *Ph3-hopital.pdf*.

<https://cpadcomores.com/uploads/media/5dd5529e236f3/ph3-hopital.pdf?token=/uploads/media/5dd5529e236f3/ph3-hopital.pdf>

DGS Comores, D. C. (2018). *Stratégie Nationale de Santé Communautaire 2018-2022*.

<https://fr.scribd.com/document/427589763/Strategie-Sante-Communautaire-2018-2022-finale>

Ecole de Médecine et de Santé Publique. (2023). *Outil support de la formation en santé en Union des Comores*.

Ministère de la Santé aux Comores. (2010). *Comoros\_hrh\_strategic\_plan\_2010-2014.pdf*.

[https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/country\\_docs/Comoros/comoros\\_hrh\\_strategic\\_plan\\_2010-2014.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/country_docs/Comoros/comoros_hrh_strategic_plan_2010-2014.pdf)

Ministère de la Santé aux Comores. (2013). *Document de Stratégie Nationale de Prévention et de Lutte Contre les Maladies non Transmissibles*.

Ministère de la Santé Comorien. (2014). *POLITIQUE NATIONALE DE SANTE 2015-2024*.

<https://www.fao.org/faolex/results/details/fr/c/LEX-FAOC186291/#:~:text=La%20vision%20de%20la%20Politique,effective%20de%20tous%20les%20acteurs>

Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre. (2018). *Plan National de développement des ressources humaines pour la santé 2018-2023*.

Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Protection Sociale et de la Promotion du Genre. (2020).

*Politique Nationale de lutte contre les Maladie non Transmissibles 2020-2029*. [https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/COM\\_B3\\_FULL%20Brochure%20SD%20politique%20MNT%20Comores.pdf](https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/COM_B3_FULL%20Brochure%20SD%20politique%20MNT%20Comores.pdf)

Ministère de la santé des Comores, Ministère de la Santé, de la Solidarité, de la Cohésion Sociale, & de la Promotion du Genre. (2014). *Comores—Politique nationale de santé (2015-2024)*.

[https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=fr&p\\_isn=111131&p\\_country=COM&p\\_classification=01.08](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=fr&p_isn=111131&p_country=COM&p_classification=01.08)

OMS. (2008). *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*.

<https://www.who.int/fr/publications-detail/essential-environmental-health-standards-in-health-care>

OMS. (2017). *Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé*.

<https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241513111>

OMS. (2018).

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137152/ccsbrief\\_com\\_fr.pdf;jsessionid=6F6C916CDBE724B0D25D40017283DC38?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137152/ccsbrief_com_fr.pdf;jsessionid=6F6C916CDBE724B0D25D40017283DC38?sequence=1)

Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2022-2023>

OMS. (2020). *Cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332180/9789290313304-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=pour%20la%20sant%C3%A9,-,La%20Strat%C3%A9gie%20mondiale%20sur%20les%20ressources%20humaines%20pour%20la%20sant%C3%A9,troisi%C3%A8me%20objectif%20de%20d%C3%A9veloppement%20durable.>

#### IV. Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission du Ministère de la Santé

Annexe 2 : Carte de l'archipel des Comores

Annexe 3 : Schémas du système de santé Comorien

Annexe 4 : Schémas de l'organisation de l'offre de soins

Annexe 5 : Répartition des ressources humaines par sexe en Union des Comores en 2017

Annexe 6 : Base de données des faisant fonction d'AS pour les trois hôpitaux ciblés (CHN El-Maarouf, CHRI de Fomboni et CHRI de Hombo) aux Comores en 2023

Annexe 7 : Schémas de l'évolution du Système de Santé Comorien

Annexe 8 : Synthèse de données concernant les FFAS des trois hôpitaux ciblés (CHN El-Maarouf, CHRI de Fomboni et CHRI de Hombo) aux Comores en 2023

Annexe 9 : Schémas de l'évolution de la formation des paramédicaux à l'EMSP aux Comores

Annexe 10 : Répartition des faisant fonction d'AS selon les services dans les trois hôpitaux ciblés (CHN El-Maarouf, CHRI de Fomboni et CHRI de Hombo) aux Comores en 2023

Annexe 11 : Proposition de référentiel de Compétence et de formation pour les AS aux Comores

Annexe 12 : Grille d'entretien pour les faisant fonction d'aides-soignants

Annexe 13 : Grille d'entretien pour l'administration hospitalière

Annexe 14 : Grille d'entretien pour les médecins et cadre hospitaliers

Annexe 15 : Grille d'analyse des entretiens

Annexe 16 : Retranscription intégrale d'un entretien avec un faisant fonction d'AS

Annexe 17 : liste des personnes interviewées

**UNION DES COMORES**  
Unité - Solidarité - Développement

Ministère de la Santé, de la Solidarité,  
de la Protection Sociale et de la  
Promotion du Genre

**SECRETARIAT GENERAL**

**Le Secrétaire Général**



**جمهورية القمر المتحدة**

وحدة - تضامن - تنمية

وزارة الصحة والتضامن و التماسك الاجتماعي  
ومشاركة المرأة

الأمين العام

Ref. N°22 305 / MSSSPG/SG

Date 27 / 07 / 2022

A

Monsieur **Arnaud CAMPÉON**, Responsable du  
parcours « Pilotage des politiques et Actions en Santé  
Publique »  
Master 2 Santé Publique à l'EHSP de Rennes (France)

**Objet :** Lettre de mission à l'endroit de Said Abdou THOURAYA, Etudiante inscrite en  
master 2-PPASP pour l'année académique 2022-2023 à l'EHESP de Rennes

Monsieur,

L'Union des Comores fait partie des pays Africains en développement, de ce fait nous  
sommes confrontés à relever plusieurs défis dans le système de santé notamment en  
termes de ressources humaines.

La formation des ressources humaines demeure une difficulté majeure puisque la seule  
école nationale existante au sein de l'Université des Comores ne forme que des  
infirmiers.es et des sage-femmes. Les médecins généralistes et spécialistes Comoriens sont  
formés à l'extérieur du pays. Par ailleurs, il faut noter que les seuls profils existants  
officiellement dans le système de santé sont les médecins, les infirmiers.es et les sage-  
femmes. Il est prévu dans la mise en application du code de la santé (article 177)  
promulgué par le Président de la République en 2021, entre autres, le développement de la  
filière d'aide-soignante.

Aux vues des avancées observées en France dans ce domaine et la qualité de  
l'enseignement dispensé à l'EHESP, nous voulons saisir l'opportunité que Madame Said  
Abdou THOURAYA se trouve actuellement en formation au sein de l'EHESP pour nous  
aider à justifier l'utilité d'une telle filière dans le système de santé et afin de nous proposer  
un projet de formation pour mettre en place cette filière en Union des Comores.

Cette mission sera une réelle opportunité de renforcer notre collaboration avec la Croix-  
Rouge française, son employeur, qui possède plusieurs écoles de formation en France et  
dans d'autres pays. Il existe, en effet, des opportunités de financement destinées à  
développer et promouvoir ce type de formation sur le plan national.

Par ailleurs, la stratégie internationale de la Croix-Rouge française couvre les domaines de la formation paramédicale, notamment pour les aides-soignants.

Nos attentes sont que Madame Said Abdou Thouraya puisse nous livrer :

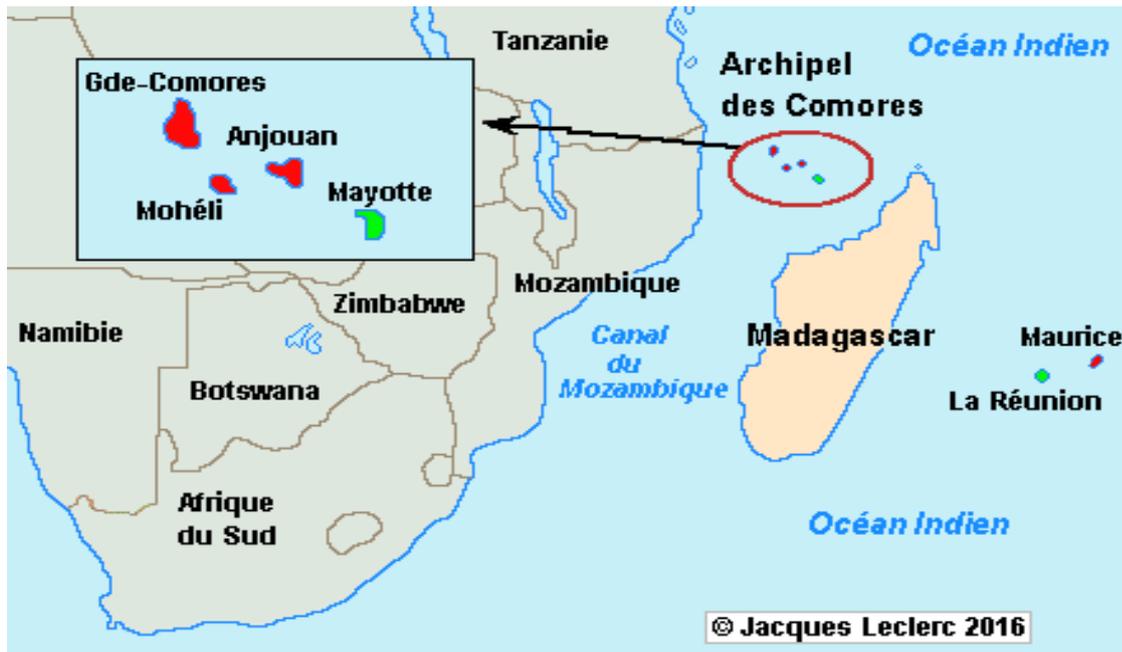
1. Un rapport situationnel justifiant l'utilité d'une telle filière dans le système de santé (le terme « aide-soignant » est actuellement utilisé dans le pays, de manière informelle, par les professionnels de santé) ;
2. Un projet de formation, comprenant le curriculum répondant au contexte local de l'Union des Comores.

Le Ministère de la Santé mettra à disposition toute la documentation sollicitée pour faciliter ce travail ainsi que l'accompagnement nécessaire.

En d'autres termes, nous sollicitons, Monsieur, votre appui et votre accompagnement afin de faciliter ce besoin essentiel pour le système de santé comorien.

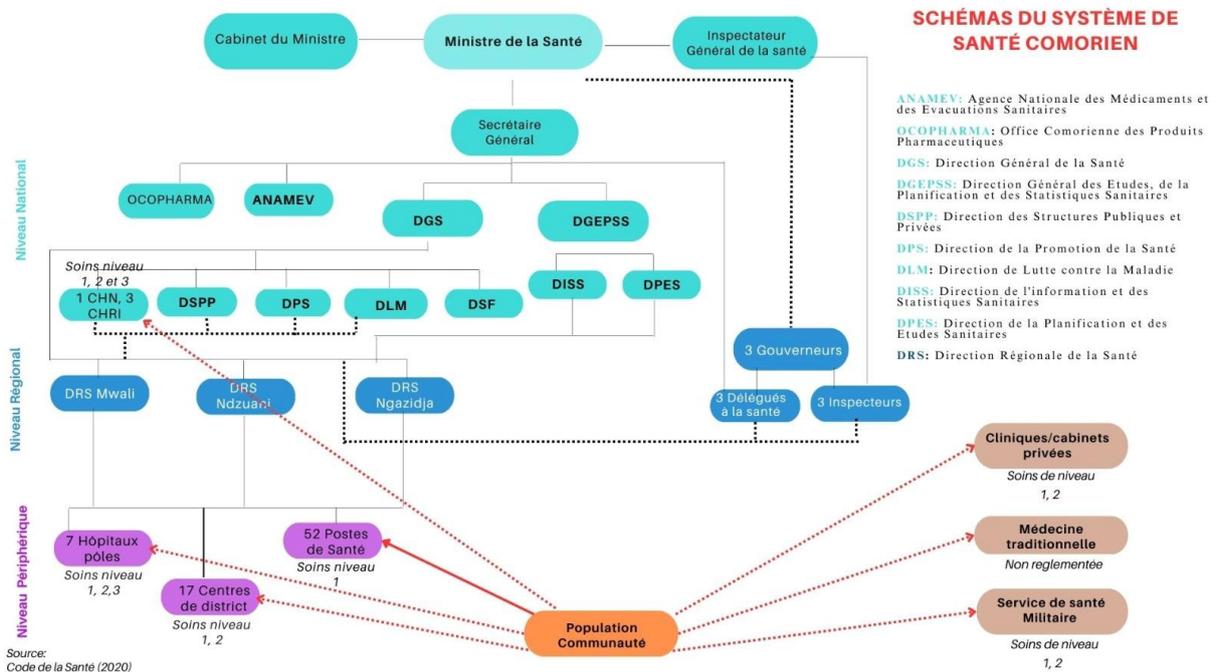
  
Dr. ABOUBACAR Said Anli

## Annexe 2 : Carte de l'archipel des Comores



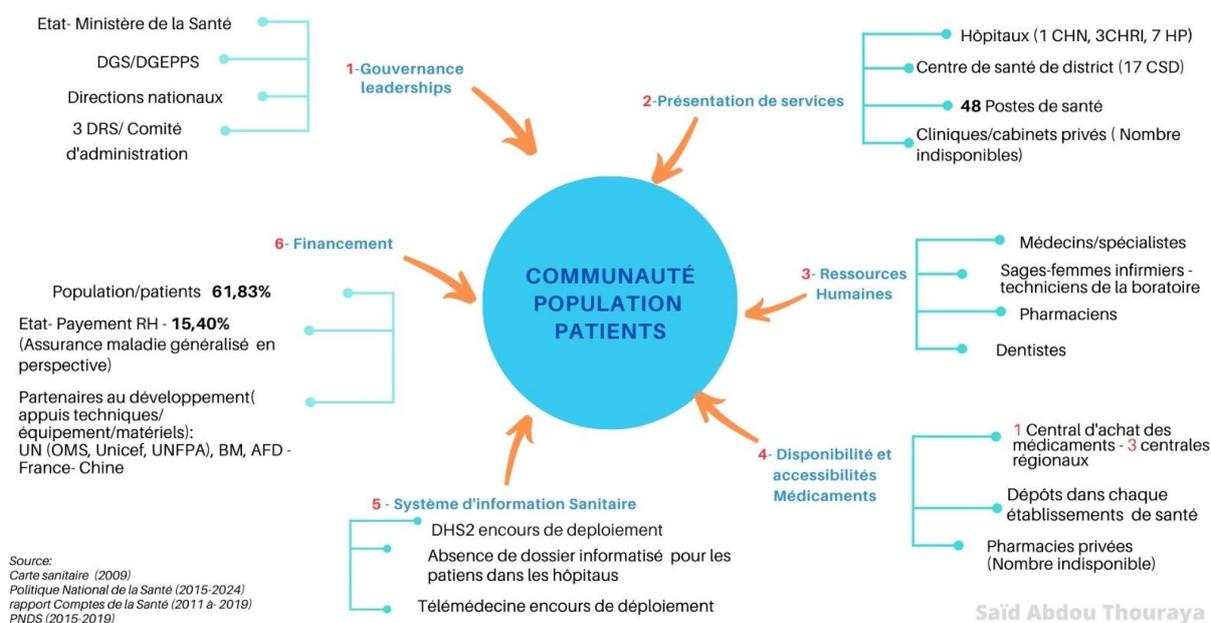
Source : <https://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/comores.htm>

## Annexe 3 : Schémas du système de santé Comorien



## Annexe 4 : Schémas de l'organisation de l'offre de soins

## ORGANISATION DE L'OFFRE



Source:  
Carte sanitaire (2009)  
Politique National de la Santé (2015-2024)  
rapport Comptes de la Santé (2011 à 2019)  
PNDS (2015-2019)

### Annexe 5: Répartition des ressources humaines par sexe en Union des Comores en 2017

Catégorie	Sexe		Total	% Féminin
	Masculin	Féminin		
Médecin spécialiste	75	15	90	16,66%
Médecins généraliste	93	37	130	28,46
Pharmacie	24	12	36	33,33%
Chirurgiens dentiste	26	6	32	18,75%
Infirmier diplômé d'Etat Spécialiste	51	28	79	25,31%
Sage-femme Diplôme d'Etat spécialistes	0	3	3	100%
Infirmier Diplômé d'Etat	253	344	597	57,62%
Sage-femme Diplômé d'Etat	3	481	484	99,3%
Technique de Laboratoire	3	5	8	62,5%
Technicien de Radiologie	80	116	196	59,18%
Préparateurs Pharmacie	16	3	19	15,78%
Aides-Soignants	19	52	71	73,23
Technicien de maintenance	44	258	302	85,43%
Administrateur	38	6	44	13,63%
Agent d'assainissement	154	235	389	60,41%
Personnel d'appui	31	84	115	73,04%

Saïd Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2022-2023>

Autres	126	35	166	21,08%
	1036	1720	2759	62,34%

Source : PNDRH 2018-2022

**Annexe 6 : Base de données des faisant fonction d'AS pour les trois hôpitaux ciblés (CHN El-Maarouf, CHRI de Fomboni et CHRI de Hombo) aux Comores en 2023**

Structure	Agés	Sexe	Niveau d'étude	Année d'entrée en service
Hombo	65	M	Néant	2 007
Hombo	52	F	Collège	2 006
Hombo	56	F	Néant	2 006
Hombo	41	F	Néant	2 020
Hombo	34	F	Universitaire	2 014
Hombo	38	F	Lycée	2 021
Hombo	34	F	Universitaire	2 013
Hombo	33	F	Lycée	2 014
Hombo	35	F	Universitaire	2 014
Hombo	48	F	Collège	2 003
Hombo	35	M	Universitaire	2 010
Hombo	36	M	Universitaire	2 017
Hombo	35	M	Universitaire	2 019
Hombo	38	F	Collège	2 012
Hombo	48	F	Primaire	2 008
Hombo	52	F	Collège	2 001
Hombo	45	M	Lycée	2 006
Hombo	47	M	Collège	2 002
Hombo	42	F	Lycée	2 001
Hombo	39	F	Collège	2 017
Hombo	36	F	Collège	2 017
Hombo	42	M	Collège	2 017
Hombo	58	M	Collège	2 000
Fomboni	30	M	Lycée	2 011
Fomboni	35	F	Lycée	2 012
Fomboni	32	F	Lycée	2 022
Fomboni	43	F	Lycée	2 003

Fomboni	53	M	Collège	1 998
Fomboni	47	M	Collège	1 992
Fomboni	52	F	Collège	2 007
Fomboni	45	F	Collège	1 999
Fomboni	58	M	Lycée	2 000
Fomboni	43	F	Lycée	2 008
Fomboni	55	F	Collège	1 996
Fomboni	30	F	Collège	2 011
Fomboni	48	M	Collège	1 993
Fomboni	33	F	Lycée	2 011
CHN El-Maarouf	54	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	42	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	39	F	Vide	2015
CHN El-Maarouf	38	F	Vide	2016
CHN El-Maarouf	48	M	Vide	2015
CHN El-Maarouf	28	M	Vide	2017
CHN El-Maarouf	33	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	47	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	38	F	Vide	2011
CHN El-Maarouf	54	F	Vide	1996
CHN El-Maarouf	47	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	42	F	Vide	2002
CHN El-Maarouf	33	F	Vide	2011
CHN El-Maarouf	35	F	Vide	2018
CHN El-Maarouf	28	M	Vide	2018
CHN El-Maarouf	34	F	Vide	2014
CHN El-Maarouf	27	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	65	F	Vide	1996
CHN El-Maarouf	34	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	44	F	Vide	2012
CHN El-Maarouf	42	F	Vide	2011
CHN El-Maarouf	32	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	36	F	Vide	2017

CHN El-Maarouf	45	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	41	F	Vide	2011
CHN El-Maarouf	36	F	Vide	2015
CHN El-Maarouf	52	F	Vide	2015
CHN El-Maarouf	47	F	Vide	2003
CHN El-Maarouf	36	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	36	F	Vide	2019
CHN El-Maarouf	39	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	31	M	Vide	2020
CHN El-Maarouf	47	F	Vide	2020
CHN El-Maarouf	41	M	Vide	2020
CHN El-Maarouf	43	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	29	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	29	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	49	F	Vide	2015
CHN El-Maarouf	31	F	Vide	2019
CHN El-Maarouf	31	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	41	F	Vide	2014
CHN El-Maarouf	39	M	Vide	2017
CHN El-Maarouf	50	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	48	M	Vide	1997
CHN El-Maarouf	53	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	45	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	32	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	45	M	Vide	2004
CHN El-Maarouf	40	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	53	F	Vide	2011
CHN El-Maarouf	49	F	Vide	2011
CHN El-Maarouf	42	F	Vide	2011
CHN El-Maarouf	38	F	Vide	2019
CHN El-Maarouf	33	F	Vide	2020
CHN El-Maarouf	42	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	51	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	39	M	Vide	2017
CHN El-Maarouf	46	F	Vide	2011

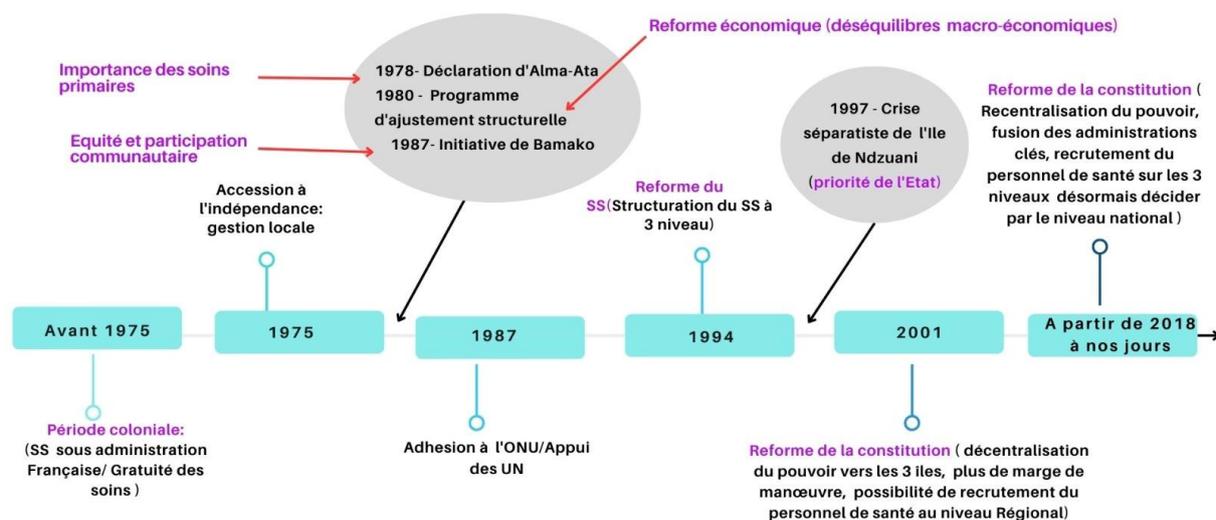
CHN El-Maarouf	46	F	Vide	2011
CHN El-Maarouf	37	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	37	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	49	F	Vide	2002
CHN El-Maarouf	39	F	Vide	2011
CHN El-Maarouf	56	F	Vide	2002
CHN El-Maarouf	33	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	34	M	Vide	2017
CHN El-Maarouf	35	F	Vide	2015
CHN El-Maarouf	53	F	Vide	2019
CHN El-Maarouf	32	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	34	F	Vide	2017
CHN El-Maarouf	27	F	Vide	2018
CHN El-Maarouf	48	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	48	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	48	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	36	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	36	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	53	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	53	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	48	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	49	F	Vide	1995
CHN El-Maarouf	47	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	41	F	Vide	2012
CHN El-Maarouf	53	F	Vide	1996
CHN El-Maarouf	54	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	54	F	Vide	2004
CHN El-Maarouf	50	F	Vide	2010
CHN El-Maarouf	38	F	Vide	2015
CHN El-Maarouf	51	F	Vide	2002
CHN El-Maarouf	53	F	Vide	2002
CHN El-Maarouf	39	F	Vide	2002
CHN El-Maarouf	40	F	Vide	2006

CHN El-Maarouf	41	F	Vide	2018
CHN El-Maarouf	41	F	Vide	2018
CHN El-Maarouf	34	F	Vide	2018
CHN El-Maarouf	33	F	Vide	2018
CHN El-Maarouf	50	F	Vide	2018
CHN El-Maarouf	39	F	Vide	2020
CHN El-Maarouf	28	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	31	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	30	M	Vide	2021
CHN El-Maarouf	32	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	41	F	Vide	2009
CHN El-Maarouf	30	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	43	F	Vide	2018
CHN El-Maarouf	33	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	M	Vide	2020
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2019
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2020
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	M	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021
CHN El-Maarouf	25	F	Vide	2021

**Source: Base de données transmises par les trois hôpitaux en 2023**

## Annexe 7 : Schémas de l'évolution du Système de Santé Comorien

### CONTEXTE EVOLUTIF DU SYSTEME DE SANTÉ (SS) COMORIEN



Saïd Abdou Thouraya

## Annexe 8 : Synthèse de données concernant les FFAS des trois hôpitaux ciblés (CHN El-Maarouf, CHRI de Fomboni et CHRI de Hombu) aux Comores en 2023

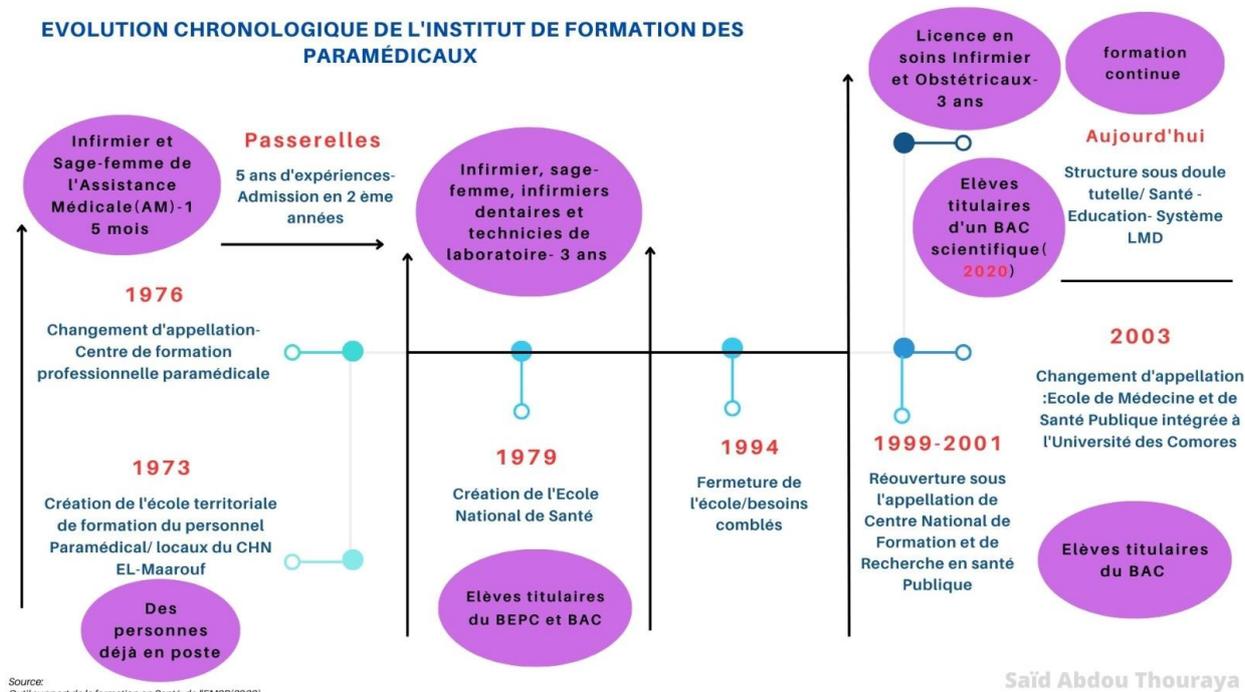
Indicateur	NB
Nombre de Femmes faisant fonction d'AS	135
Nombre d'Hommes faisant fonction d'AS	26
Âge Maximum des faisant fonction d'AS	65
Âge Minimum des faisant fonction d'AS	25
Moyenne d'âge des faisant fonction d'AS	39,71
Etendu concernant l'âge des faisant fonction d'AS	40
Écart-type concernant l'âge des faisant fonction d'AS	9,56
Ratio F/H concernant l'âge des faisant fonction d'AS	5,19
Médiane concernant l'âge des faisant fonction d'AS	39
Mode concernant l'âge des faisant fonction d'AS	25
Nombre de Fonctionnaire de l'Etat des faisant fonction	7
Nombre salarié concernant l'âge des faisant fonction d'AS	154
Nombre de bénévolat faisant fonction d'AS	0
Nombre d'années d'expérience Minimum des faisant fonction	1
Nombre d'années d'expérience Maximum des faisant fonction	31

Saïd Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<2022-2023>

Moyenne d'années d'expérience des faisant fonction	10
--	----

## Annexe 9 : Schémas de l'évolution de la formation des paramédicaux à l'EMSP aux Comores



## Annexe 10: Répartition des faisant fonction d'AS selon les services dans les trois hôpitaux ciblés (CHN EL-Maarouf, CHRI de Fomboni et CHRI de Hombo) aux Comores en 2023

Services hospitaliers	Nombre de faisant fonction
Bloc	16
Cardiologie	7
Centre COVID	3
Chirurgie	21
Clinic Adulte	6
Annexe Ntsaweni	7
Kinésithérapie	1
Laboratoire	2
Maternité	15
Médecine	9
Néonatalogie	6
Ophtalmologie	2
ORL	2

Pédiatrie	16
Réanimation	8
Réveil	5
Standards	1
Stérilisation	7
Stomatologie	5
Triage	1
Urgence	21
<b>Total général</b>	<b>161</b>

*Source : Base de données transmises par les trois hôpitaux en 2023*

Annexe 11 : Proposition de référentiel de Compétence et de formation pour les AS aux Comores

Bloc de compétence	Compétence	Module de formation
<p><b>Bloc 1:</b> Prévention des risques infectieux de l'environnement hospitalier</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier et choisir les produits appropriés au matériel en respectant les règles de bonne pratique</li> <li>2. Utiliser et les techniques de nettoyage et de désinfection appropriées pour lutter contre les risques de contamination et de désinfection</li> <li>3. Appliquer les principes d'hygiène dans l'espace occupé par l'usager visant à prévenir les infections et leur transmission</li> <li>4. Respecter les circuits et procédures liées à la gestion des linges salles et des déchets</li> <li>5. Adapter les règles et procédure d'hygiène et d'entretien du matériel en fonction du lieu d'intervention</li> </ol>	<p><b>Module 1</b> (35 h)</p> <p>Entretien des locaux et des matériels et prévention des risques associés</p>
<p><b>Bloc 2:</b> Accompagnement de la personnes dans les activités de la vie quotidiennes</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluer le degré d'autonomie et de fragilité de la personne et ajuster continuellement son intervention</li> <li>2. Mettre en œuvre un accompagnement personnalisé des activités de la vie quotidiennes (alimentation, sommeil, élimination, hygiène corporelle, mobilisation)</li> <li>3. Mobiliser les ressources de la personne pour maintenir ses capacités</li> <li>4. Adapter la communication avec la personne et l'entourage pendant les activités</li> </ol>	<p><b>Module 2</b> (147h)</p> <p>Accompagnement d'une personne dans les activités de sa vie quotidienne et de sa vie sociale</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluer les capacités d'une personne à réaliser les éléments constitutifs d'un déplacement</li> <li>2. Utiliser les dispositifs d'aide à la mobilisation en respectant les règles de sécurité et d'ergonomie</li> <li>3. Installer les personnes en tenant compte de leur situation</li> </ol>	<p><b>Module 3</b> (35h)</p> <p>Accompagnement de la mobilité de la personne aidée</p>

<b>Bloc 3:</b> Surveillance de l'état clinique d'une personne	1. Identifier les signes permettant d'identifier les signes cliniques de la personne en fonction des observations réalisés et des informations recueillies 2. Mesurer les paramètres vitaux et ainsi que d'autres paramètres de surveillance en utilisant les outils adaptés 3. Évaluer l'état clinique d'une personne à partir de l'analyse de l'ensemble des informations en mettant en place un raisonnement clinique 4. Identifier le caractère urgent d'une situation et alerter 5. Transmettre à l'oral et à l'écrit des informations utiles et nécessaire à l'équipe de soins pour la prise en charge adapté	<b>Module 4</b> (77 h) Evaluation de l'état clinique d'une Personne
	1. Mettre en œuvre des soins personnalisé en collaboration avec l'infirmier et l'équipe de soins 2. Organiser les activités de soins selon l'état clinique en collaboration avec l'infirmier 3. Évaluer la qualité des soins et ajuster son intervention si nécessaire	<b>Module 5</b> (182 h) Mise en œuvre des soins adaptés, évaluation et réajustement
<b>Bloc 4:</b> Relation et communication avec les équipes pluriprofessionnelles et la famille	1. Identifier son propre champ d'intervention et les activités de chaque professionnel, des lieux et situations d'intervention 2. Apporter une contribution à la démarche qualité et à la gestion des risques 3. Apporter une contribution au projet de soins et au projet collectif et institutionnel	<b>Module 6</b> (70h) Travail en équipe pluri professionnelle, qualité et gestion des risque
	1. Rechercher, organiser et hiérarchiser des informations nécessaires à la prise en soins selon les outils adaptés 2. Relayer des informations pertinentes en lien avec le projet de soins à l'équipe pluriprofessionnel	<b>Module 7</b> (35 h) Traitement des informations

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apporter des conseils à la personne et à l'entourage dans le domaine de l'éducation à la santé, de l'hygiène de la vie courante et de la sécurité.</li> <li>2. Apporter des informations pratiques adaptées lors de l'accueil dans le service dans le cadre du respect du règlement intérieur.</li> <li>3. Identifier les informations pertinentes à transmettre à la personne et à son entourage en tenant compte de la situation et de la collaboration avec l'infirmiers.</li> </ol>	<b>Module 8 (70h) Relation et communication avec la personne et son entourage</b>
--	---	---

**I. Présentation de la personne interviewée :**

- Nom et prénom, âge (si vous le souhaitez), niveau d'étude, parcours professionnel.
- Pouvez-vous me décrire votre parcours scolaire ? Comment êtes-vous devenu aide-soignant ? Avez-vous réalisé un autre métier avant ?

**II. L'entrée à l'hôpital :**

- Depuis quand êtes-vous en poste ?
- Comment êtes-vous entré à l'hôpital ? Quel âge aviez-vous à l'entrée ?
- Comment se sont passées vos premières journées de travail ? Comment l'avez-vous vécu ?
- Qui a été responsable de votre recrutement / arrivée dans le service ?
- Qui est votre responsable hiérarchique ? pouvez-vous nous décrire votre équipe de soins ?
- Avez-vous travaillé dans plusieurs services différents ?
- Qui vous a reçu dans le service ? Avez-vous eu quelques présentations/orientations du fonctionnement du service ? de l'hôpital ?

**III. Une journée type / Les conditions de travail :**

- Pouvez-vous me partager en détail une journée de travail ?
- Quels sont vos horaires de travail ?
- Que pensez-vous de vos conditions de travail ? Comment ont-elles évolué pour vous depuis votre prise de fonction ? (Horaires ? charge de travail ? charge mentale ? Qualité de l'accompagnement hiérarchique ? Qualité du matériel ? Qualité du travail en équipe ? Rythmes (jours/nuits) problématiques récurrentes non solutionnées ? relations avec les usagers ? avec les familles ? gestion des conflits ?)
- Pensez-vous que votre métier soit difficile ? Est-ce qu'il y a des conséquences sur votre santé ? Sur votre vie de famille ? existe-t-il une différence selon les types de service affectés ?
- Pouvez-vous me parler de vos relations avec les patients ? Et les accompagnant/la famille ?
- Que pensez-vous de vos conditions de travail ?
- Pouvez-vous nous partager la nature de vos relations avec les autres membres de l'équipe de soins ? question de la reconnaissance ? identité professionnelle ?
- En dehors de l'hôpital, réalisez-vous des missions à domiciles ? quelles natures ?

**IV. Missions/tâches confiées :**

- Comment définissez-vous votre métier ?
- Pouvez-vous me décrire vos missions ? la nature des tâches que l'on vous confie ?

## Annexe 13 : Grille d'entretien pour l'administration hospitalière

---

### I. Présentation de la personne interviewée :

- Nom et prénom, âge (si vous le souhaitez), niveau d'étude, état civil
- Parcours professionnel ?

### II. Responsabilité actuelle :

- Depuis quand êtes-vous en poste ? Comment êtes-vous arrivé à ce poste ?
- Pouvez-vous me détailler le périmètre de vos missions ? vos responsabilités au sein de l'hôpital ?
- Pouvez-vous me partager le nombre et la catégorie de professionnels de votre structure ? ainsi que leur statut ? (Contractuel, fonctionnaire de l'Etat et bénévoles)

### III. Recrutement du personnel/ faisant fonction d'AS :

- Pouvez-vous m'expliquer la procédure de recrutement dans votre hôpital ? Pouvez-vous nous dire comment est recruté le personnel de l'hôpital ?
- Et en ce qui concerne les AS ?
- Pouvez-vous nous éclairer sur pourquoi vous recrutez ce type de personnel en leur attribuant le titre d'AS ? pour quelles missions ? Comment appréciez-vous leur rôle dans le fonctionnement de l'hôpital ?
- Quels sont les critères d'accès à ce titre au sein de votre institution ?
- Existe-t-il des formations destinées à ce personnel ? ont-ils des fiches de postes décrivant leurs missions ?

### IV. Vision du métier d'aide-soignant :

- Comment votre hôpital envisage-t-il de développer ce métier ?
- Pour quelle finalité ?
- Pensez-vous que ce métier est important pour l'hôpital ? Pourquoi ?

## Annexe 14 : Grille d'entretien pour les médecins et cadre hospitaliers

---

### I. Présentation de la personne interviewée :

- Nom et prénom, de vos missions ? vos responsabilités au sein de l'hôpital ? Quel impact à l'extérieur ? Médecine de ville ? Santé publique ? La nature âge (si vous le souhaitez), niveau d'étude, état civil
- Parcours professionnel ? Expérience au sein de l'hôpital ?

## II. **Responsabilité actuelle :**

- Depuis quand êtes-vous en poste ? Pouvez - vous me décrire les étapes qui vous ont conduit à ce poste ? Comment êtes-vous arrivé au poste de chef de service ?
- Pouvez-vous me détailler le périmètre de vos tâches ?
- Pouvez-vous me partager le nombre de personnel/équipes de soins et leur profil dans votre service ?
- Pouvez-vous me partager une journée type en tant que médecin chef de service ?
- Comment est constituée une équipe de soins ? Qui sont les membres ?
- Quelle est la nature des relations entre les membres de chaque équipe (lien hiérarchique/fonctionnel...etc.)
- Quelle est la nature de votre relation avec les équipes de soins ?

## III. Le personnel AS :

- Comment les AS sont affectés dans votre service ? pour quelles missions ?
- Quelle position occupe l'AS au sein de votre service ? Équipe de soins ?
- Pourquoi votre service a besoin d'AS ?
- Quelle est la nature de votre relation avec le personnel faisant fonction d'AS ?
- Existe-il une fiche de poste dans le service pour les AS affectés ? Qui sont chargés de leur encadrement ? avec vous des mécanismes d'évaluation de leur compétence.

## IV. Vision du métier d'aide-soignant :

- Comment votre service envisage-t-il de développer ce métier ? pour quelle finalité ?
- Pensez-vous que ce métier est important pour votre service ? Pourquoi ?

### Annexe 14 : Grille d'analyse des entretiens

1. Cadre du ministère de la santé, 2. infirmier cadre hospitalier, 3. Faisant Fonction d'AS, 4. Directeur hospitalier, 5. Faisant Fonction d'AS, 6. Médecin chef de service, 7. Enseignant de l'EMSP, 8. Infirmier Cadre hospitalier, 9. Médecin chef de service, 10. Faisant Fonction d'AS

Thématiques analysées	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Particularité/clarification de contexte				« Les AS fonctionnaires, elles étaient recrutées pour donner suite à la constitution de 2001 relative à l'autonomie des îles »  « Actuellement, la fonction		« La population voyage beaucoup pour Mayotte »	« Notre système de santé confronté à une dynamique de mobilité de malade vers les pays voisins pour se faire soigner »  « on a des chantiers en cours	« Fonctionnement du Pôle chirurgical (CHN) » « [...]l'initiative de travailler dans les normes hospitalières (...) on s'est donné le temps et les moyens pour mettre en place cela »	« on avait des Assistants médicaux(...), c'étaient des aides-soignantes améliorées pour faire face à l'insuffisance de personnel qualifié infirmière (...), au fil du temps (...) ils	« [...], Il y a même un bachelier qui travaille avec nous car avec son BAC littéraire, elle ne peut pas accéder à l'école d'infirmier(..), elle est intéressée par le

				publique est décentralisée »			notamment l'Assurance Maladie Généralisée et prochainement l'ouverture du CHU » « Le système de santé comorien évolue, on a la construction d'un CHU, réhabilitation et construction du CHRI de Hambo et	« C'est le service qui fournit les draps, l'alimentation et qui accompagne le malade tout au long de son séjour »  « Le reclassement a été fait en 2021, c'étaient justement des plaidoyers qu'on a faits auprès du nouveau directeur. »	métier des soins »
--	--	--	--	------------------------------	--	--	---	--	--------------------

							Fomboni(...)			
							»			

<p>Profil des faisant fonctions d'AS</p>		<p>« Des personnes qui ont passé le BAC plusieurs fois et qui ont échoué »</p>	<p>« j'ai passé le Baccalauréat 3 fois, je n'ai pas eu [...] »  « j'ai un niveau de terminal, j'ai échoué deux fois le Baccalauréat »</p>		<p>« je n'arrivais pas à suivre à l'école »  « je n'ai pas eu mon BAC »</p>	<p>« C'est une population qui n'est pas loin de l'âge de la retraite ou qui a l'âge de la retraite »</p>		<p>« La majorité d'AS sont à la base des volontaires du Croissant-Rouge comorien initialement formés au secourisme et donc ils viennent avec quelques notions de la santé »</p>	<p>« les AS qui sont à l'hôpital aujourd'hui n'ont pas forcément un niveau lycée »</p>	<p>« En Tant que volontaire du croissant rouge-comorien, j'ai fait plusieurs formation de santé de base et de premier secours» "j'ai appris à faire les paramètres vitaux (...) et formé sur plusieurs pathologies comme les</p>
--	--	--	---	--	---	--	--	---	--	--

										maladies diarrhéiques , des notions d'anatomie et physiologie de l'homme (...) apprit les soins de base comme faire un pansement, faire une injection»
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Accès à l'hôpital			« [...] mon mari connaissait le directeur de l'hôpital (...) il a fait les démarches (...), je suis resté dans le même service depuis 9 ans »		« mon beau-frère, qui était cadre dans le service de pédiatrie, m'a fait intégrer l'hôpital »			On retrouve ces deux cas à l'hôpital :  « Le Croissant-Rouge les envoie pour effectuer un stage à l'hôpital, après leurs stages, l'hôpital sélectionne la plupart qui savent lire et écrire et les affectent dans les différents services selon les besoins »	« ce sont aussi des gens qui ont accédé à l'hôpital via des connaissances ou des raisons purement politiques »	« J'ai appris que l'hôpital avait lancé un appel d'offre pour recruter des AS et j'ai postulé, j'ai été retenue et signé mon premier contrat en décembre 2008 »  « Le directeur des ressources humaines
-------------------	--	--	---	--	---	--	--	---	--	---

								<p>« il y a une petite partie qui vient de l'extérieur sans un vécu préalable dans le domaine de la santé - négocier avec les cadres des services pour apprendre et dans le temps, elles ont appris des choses et elles sont restés dans la durée comme AS »</p>	<p>qui était là, est un ami à moi et donc il a appuyé mon dossier »</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Tâches confiés	<p>«Assurer un rôle de veille auprès du malade, mais aussi d'hygiène au sein de l'environnement globale du malade ainsi que le nettoyage et entretien du matériel de soins »</p>	<p>«AS va intervenir dans l'hygiène des soins, préparer le chariot, le matériel de soins, nettoyer et ranger le matériel »</p> <p>« l'aide-soignant doit s'occuper (...) du matériel pour faciliter la réalisation du soin par le soignant »</p> <p>« Aux urgences, c'est</p>	<p>« [...] découper les compresses et stériliser (...), préparer les instruments pour les interventions chirurgicales et la stérilisation des champs »</p> <p>« Ma mission est de s'assurer que les boîtes d'instruments chirurgicaux, les compresses et les champs soient stériles et prêts à être utilisés »</p>	<p>« Dans le service de chirurgie ou de réanimation, aide au niveau de l'alimentation du malade et de son hygiène, assure la surveillance continue et observe le changement de comportement du malade, alerte</p>	<p>«je prends les paramètres vitaux, je pose une voie veineuse, je surveille les patients, j'administre les traitements »</p>	<p>« Chaque membre de l'équipe à son rôle propre »</p> <p>« les infirmiers veillent à la prescription faite par le médecin et l'aide-soignant aide l'infirmier sur l'hygiène et l'alimentation du patient »</p>		<p>«la toilette complète du malade au lit, l'aide à l'alimentation, aide à la mobilisation du patient, vidage des poches, l'accompagne ment du malade durant son séjour »</p>	<p>“ Assister l’infirmier (..) il travaille au côté de l’infirmier, lui servir en cas de soins, l’infirmier ne peut pas à la fois préparer le matériel et faire les soins, il faut une personne pour l’aider »</p> <p>« Ces AS jouent le rôle de brancardier,</p>	<p>« on est responsable de l'hygiène du service, l'hygiène des surfaces, le nettoyage des lits, les chariots, les plateaux »</p> <p>« la responsabilité d'aller déposer les échantillons d'analyse au laboratoire le matin et aller</p>
----------------	--	---	--	---	---	---	--	---	---	---

	la préparation du matériel de soins, les boîtes de suture, nettoyer le matériel de soins, préparer le chariot d'urgence, nettoyer les appareils utilisés et les arranger »	«je regarde les fiches des patients hospitalisés, (..)ce qu'il y a à faire, les toilettes, les changes, vider les poches urinaires et autres, les paramètres vitaux, la prise des médicaments et je participe à la visite médicale du chef de service »	l'infirmier en cas de problème constaté «		« dans notre service de réanimation [...] L'aide-soignant a un rôle propre sans attendre la décision de l'infirmier ou du médecin			ce sont eux qui soulèvent les malades qui les transferts vers le bloc ou du bloc vers les chambres d'hospitalisation »	recupérer les analyses en fin de journée » « prépare le matériel de soins pour une perfusion, pour une suture, pour un pansement » « on est à leur côté pour faciliter leur travail »
--	--	---	---	--	---	--	--	--	---

		surveillance des paramètres vitaux, alimentation du malade, ils font beaucoup de choses en collaboration avec la famille »	pour les surveiller et voir s'il faut changer des draps ou changer de position ou donner à manger»			tour, visiter les malades et identifier les besoins en termes d'hygiène et l'état des draps. Il va faire les toilettes des patients, faire l'échange des draps et des habits »				« Secrétaire : « J'ai commencé comme AS et Brancardier pendant 2 ans à mon arrivée(...) depuis 2010, mes tâches ont changé, je travaille comme secrétaire pour l'accueil et l'orientation
		« Au niveau du reste des services c'est la famille qui fait ces tâches »				« Concernant l'alimentati				

						<p>on, il s'agit d'un rôle prescrit par le médecin, mais c'est l'aide-soignant qui veille à l'alimentation du patient en lien avec la famille »</p>				<p>des patients”</p> <p>“accueil et enregistrement (...) donne un ticket pour payer à la caisse (...) et fait les statistiques journalières pour remettre à l'infirmière cadre du service</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---

<p>Relation/Collaboration avec les équipes de soins</p>		<p>« [...] l'aide-soignant aide l'infirmier à faire ses tâches et ensuite (...) Ils sont dans la collaboration, car c'est un travail de complémentarité »,</p> <p>« collaboration est privilégiée entre l'infirmier et l'aide-soignant, car l'infirmier lui délègue certaines tâches »</p>	<p>“On collabore, il ne me donne pas d'ordres [...] le médecin peut me demande directement des choses concernant l'alimentation du patient, ou l'hygiène”</p> <p>« jamais eu de réunion entre nous »</p>		<p>« je travaille en parfaite collaboration avec les sage-femmes »</p> <p>« je travaille en collaboration avec les infirmiers »</p> <p>« on peut discuter avec les</p>	<p>« il y a des entre aides entre les membres de l'équipe surtout pour les AS et les infirmiers »</p> <p>« il y a une hiérarchie, les médecins ordonnent aux infirmiers et les infirmiers surveillent les AS et les</p>		<p>« Les équipes travaillaient en collaboration, nous avons élaboré des fiches de poste pour les infirmiers, aides-soignants et Agent de service hospitalière »</p> <p>« il y a parfois des entraides entre l'infirmier et l'aide-soignant » - « l'aide-soignant peut faire appel à</p>		<p>« je peux dire qu'on est dans la collaboration. on s'entraide »</p> <p>« les médecins comprennent que c'est un travail à la chaîne, si le standardiste ou le secrétaire n'est pas à sa place, le circuit se</p>
---	--	--	--	--	--	---	--	---	--	--

					<p>médecins sans problème, il n'y a pas de barrière et les médecins peuvent s'adresser à nous »</p>	<p>agents d'entretien »</p> <p>« ça m'arrive de m'adresser directement à lui puisqu'il a un rôle propre auprès du malade »</p>		<p>l'infirmier pour faire les bains »</p> <p>« on a des journées d'échanges entre les équipes [...] on aborde quelques thématiques comme la technique de dilution des produits utilisés pour le nettoyage »</p> <p>«le médecin est le chef hiérarchique de l'équipe et</p>	<p>perturbe à l'urgence »</p> <p>« Tout le monde coopère »</p> <p>« un brancardier ne peut pas travailler seul quand il y a beaucoup de malades, on est obligé de l'aider »</p>
--	--	--	--	--	---	--	--	--	---

								<p>parmi les infirmiers, il y a un chef d'équipe et au-dessous, il y a l'AS et l'ASH. Mais l'AS n'est pas le chef de l'ASH »</p> <p>« le médecins peut interpeller directement un AS »</p> <p>« on essaye de réduire la distance qui peut exister entre médecins,</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

									cadre, infirmier, AS et ASH pour faciliter le travail »		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

<p>Niveau de rémunération</p>		<p>« une rémunération de base à 35 000 KMF et ensuite, ça évolue selon les années, ça peut donc aller jusqu'à 50 000 KMF »</p> <p>« [...] ça dépend de l'ancienneté, les compétences de la personne ne sont pas prises en compte dans la définition de la</p>	<p>« on nous donne une indemnité à la fin du mois (...)mais c'est très peu par rapport aux activités qu'on fait »</p>							<p>« J'ai un contrat de puis 2008 et j'ai été payé 30000 KMF, à partir de 2021, ils ont rajouté 10000 KMS à tous les AS. On est actuellement payé 40000 KMF »</p> <p>« J'ai constaté une augmentation, j'ai</p>
-------------------------------	--	---	---	--	--	--	--	--	--	---

		rémunération de l'aide-soignante" «								<p>demandé au Daf, il m'a dit qu'ils ont harmonisé leur grille salarial pour un salaire minimum de 40000 KM F au sein de l'hôpital »</p> <p>« en tant que père de famille c'est compliqué de vivre avec mon salaire »</p>
--	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---

<p>Difficultés ( QVT, conditions de travail), parcours au sein de l'établissement</p>	<p>« il y a des AS dans les hôpitaux (...) et dans les centres de santé de district ainsi que les postes de santé »</p> <p>Cas du pôle chirurgical du CHN :</p> <p>« la prise en charge des patients hospitalisés prend en compte</p>	<p>« on a des problèmes avec les patients qui reviennent de l'île de Mayotte (...) c'est à l'équipe de s'occuper du patient une fois à l'hôpital, mais non la famille »</p>	<p>« Mal de dos une fois à la maison, des douleurs liées au changement de posture debout/assise et des douleurs au niveau jambe »</p> <p>« je pense que ce n'est pas normal qu'on n'ait pas les mêmes compétences en tant qu'aide-soignant [...] depuis 9 ans, je ne fais que plier des compresses »</p>		<p>« le salaire est trop bas par rapport aux tâches qu'on réalise » - « on a le même salaire depuis. »</p>					<p>« souvent je travaille partout »</p> <p>« Les conditions de travail ont évolué difficilement (...), aux urgences, on n'a pas les mêmes pathologies qu'avant (...) les choses deviennent difficiles (...) je n'ai pas eu d'autres</p>
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	---

	<p>l'alimentation, les toilettes du malade, l'échange (...)</p> <p>Les familles sont plutôt soulagées «</p>		<p>« je suis resté dans le même service depuis 9 ans »</p>							<p>formations »</p> <p>« les maux de dos, de la hanche »</p> <p>« on fait beaucoup de tâche qui ne nous appartient pas »</p> <p>«la hiérarchie ne respecte pas nos jours de repos (...) dès qu'il y a une aide-</p>
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

										<p>soignante qui manque, on reprendre le travail (...) ce n'est pas le cas pour les infirmiers »</p> <p>« l 'hygiène du malade ce n'est pas nous qui le faisons, avec le charge de travail qu'on a, c'est impossible de le faire</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Reconnaisances/ Quelques avantages</p>			<p>« on nous appelle docteur (...) c'est quand même réconfortant »</p>		<p>« (...) on nous appelle des docteurs, la population nous reconnaît et nous estime beaucoup »</p>			<p>« Ça permis de soulager les familles et d'éviter leur présence 24 h à 24 h tout au long du séjour”</p> <p>« Ça permettra de soulager les familles et d'éviter leur présence 24 h à 24 h tout au long du séjour. Je pense que l'expérience dans le service de réanimation a démontré l'efficacité et</p>		<p>« De nouer des relations au vu de mon poste de secrétaire d'accueil »</p> <p>« Travailler aux urgences m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les situations d'urgence »</p>
---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

									l'adhésion de la famille »		
Définition de l'AS		« un aide-soignant et c'est quelqu'un qui est là pour aider le soignant, il ne va pas le remplacer, mais il va faciliter les tâches que le soignant doit faire auprès du malade »	« Accueillir le patient, l'installer, l'aider à manger, car ce sont souvent des patients qui ne sont pas autonomes et donc il faut les faire la toilette complète, les donner à manger, faire l'échange des draps »	« c'est la cheville ouvrière ou le talon d'Achille de l'hôpital » « une fois que le malade est arrivé, il organise l'accueil, l'installation, s'occupe du		« il s'agit d'une personne qui aide le malade et les soignants »		« il s'agit d'un métier à part entière »	« ils sont là pour assister les infirmières à faire leur travail »		

				confort du malade »						
Vision	« on a l'appui un projet de la Coopération Régionale pour la mise en place de cette profession »  « Les choses doivent évoluer, car nous allons où voir prochaineme nt un CHU » et « la mise	« il faut au moins quelqu'un qui a un niveau terminal pour pouvoir comprendre les modules théoriquement »  « il faut identifier les manquements auprès du personnel faisant fonction afin	« Je pense qu'il faut faire en sorte qu'on ait les mêmes compétences(...)f aire une formation pour tout le monde (...) et avoir quand même un diplôme »  « pense que l'aide-soignant doit intervenir beaucoup plus au côté du malade, mais	« Je pense que développer la profession d'AS est aujourd'hui important car le besoin est réel »  « ils ont acquis de l'expérience. Maintenant, on peut formaliser ça même si la personne		« c'est la famille qui achète les médicamen ts, qui amènent les draps, l'alimentati on »  « La famille est donc présente au chevet du malade durant le séjour à l'hôpital »	“[...] l'ingénierie doit être assurée par l'école de médecine et de santé publique sanctionnée (...) et un diplôme qui sera validé par le ministère de la Santé »  « Cela permettra de	« on ne doit pas garder le même fonctionnemen t de garde- malade »  « valoriser les compétences de celles qui sont en fonction, identifier les manquements et faire une formation pour elles. Et ensuite recruter des	« [...] inciter les jeunes qui ont abandonné les études au lycée à en faire le métier. Et ouvrir une école de formation d'AS et la formation doit être sanctionné par un diplôme comme les	« j'ai envie de continuer à travailler à l'hôpital (...)si la formation est ouverte, je vais m'inscrire pour être formé et avoir un diplôme d'aide- soignant du métier que j'exerce”

	<p>en place de l'assurance maladie Généralisé »</p> <p>« [...]la personne doit avoir son BEPC (..) soit capable de comprendre et assimiler certaines problématiques de santé et travailler en équipe avec les autres professionnels de santé »</p>	<p>de renforcer leur compétence »</p> <p>« A la maison, c'est la famille qui s'occupe de la personne malade, je pense que si on développe ça, ça leur permettra de se reposer un peu »</p>	<p>souvent, on se retrouve à faire des tâches de l'infirmier »</p>	<p>a un niveau primaire »</p> <p>« Dans le cadre de leur formation, je pense qu'il faut utiliser la langue locale car l'important c'est la compréhension et la pratique »</p> <p>« la personne doit avoir un</p>			<p>créer un lien direct entre ces catégories socio-professionnelles d'emblée lors de leur formation initiale et une facilité de collaboration à l'hôpital autour du malade »</p> <p>« la personne doit avoir un niveau</p>	<p>nouvelles AS pour les former »</p> <p>« J'ai proposé au niveau de l'administration que les formations se fassent sur place à l'hôpital collaboration avec l'école de médecine et de santé publique »</p> <p>«il serait souhaitable d'avoir un niveau lycée</p>	<p>infirmiers et sage-femme »</p>	<p>« ce qu'il faut changer (...) qu'on ne nous demande pas d'aller nettoyer les surfaces, les toilettes, le sol (...) ce n'est pas le rôle de l'aide-soignant (...) mais des techniciens de surface »</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---	-----------------------------------	---

	<p>« les formations doivent être organisées dans les hôpitaux avec l'encadrement pédagogique de l'école de médecine et de santé publique »</p>			<p>niveau terminal au lycée, il ne faut pas non plus baisser le niveau pour valoriser la fonction »</p>			<p>terminal au lycée, il ne faut pas non plus baisser le niveau pour valoriser la fonction</p>	<p>surtout les personnes qui ont raté leur BAC « «si une personne fait le choix après son BAC de devenir AS, qu'on lui laisse faire le cursus » « les choses se complexifient, aujourd'hui pour déposer un échantillon au laboratoire, l'aide-soignant doit consigner sur un cahier et donc, il faut au</p>		
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--

								moins des AS qui savent lire et écrire »  « c'est une priorité pour notre hôpital »		
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

## Annexe 15 : Entretien avec un faisant fonction d'aide-soignant hospitalier aux Comores

---

*Merci pour votre temps, on va essayer d'aller à l'essentiel vu le problème de connexion que vous avez. L'objectif de cet entretien est d'étudier le travail des aides-soignants à l'hôpital afin de voir dans quelle mesure la profession peut être formalisée. Ce travail conditionne également l'obtention de mon diplôme de master 2 à l'École des hautes études en santé publique*

*Si vous êtes d'accord, je souhaite enregistrer notre entretien pour pouvoir le valoriser plus tard dans la rédaction de mon mémoire (sous couvert d'anonymat, si vous le souhaitez).*

*Concernant la première question, je vais vous laisser vous présenter ainsi que votre parcours professionnel :*

Moi, c'est Y, je suis mariée, j'ai un enfant. Je travaille au CHN El-Maarouf. Je suis le coordinateur du premier secours au Croissant Rouge-Comorien. Je suis volontaire du Croissant-Rouge. J'ai quitté l'école en terminal, je n'ai pas eu mon BAC mais j'ai fait des études supérieures dans une institut de formation. J'ai fait deux ans de formation, j'ai travaillé pendant 6 mois à l'aéroport comme stagiaire avant de postuler pour être aide-soignant au CHN.

**Pouvez-vous m'en dire plus comment vous êtes passé d'agent de Douane à aide-soignant au CHN ?**

Entant que volontaire du croissant rouge-comorien, j'ai fait plusieurs formations de santé de base et de premier secours. J'ai appris que l'hôpital avait lancé un appel d'offre pour recruter des AS et j'ai postulé, j'ai été retenue et signé mon premier contrat en décembre 2008.

**Et comment as-tu vécu tes premiers jours à l'hôpital sachant que tu as été formé juste comme volontaire du premier secours mais non AS ?**

Les formations que j'ai bénéficié en tant que volontaire m'ont permis d'accéder à CHN et à la fonction d'AS

**Pouvez-vous me détailler le contenu de la formation dont vous avez bénéficié au Croissant-Rouge Comorien ?**

On nous a appris à faire les paramètres vitaux, on nous a formés sur plusieurs pathologies comme les maladies diarrhéiques, des notions d'anatomie et physiologie de l'homme. On a également appris les soins de base comme faire un pensement, faire une injection. Toutefois, ce qui était au cœur de notre formation c'est le secourisme.

**Pouvez-vous me dire davantage dans quel service vous avez été affecté et ainsi que les tâches qu'on vous avait confié ?**

Depuis 2008, je travaille dans le service des urgences. J'ai commencé comme AS et Brancardier pendant 2 ans. A partir de 2010, mes tâches ont changé, je travaille comme secrétaire pour l'accueil et l'orientation des patients dans le service des urgences.

**Je voulais revenir sur ton arrivée aux urgences, comment s'est déroulé ton accueil ? qui vous a accueilli ? Vous êtes sous la responsabilité de qui ?**

Ouais, la première personne qui m'a accueillie, c'est que l'infirmier cadre hospitalier. C'est lui qui m'a expliqué ce que je dois faire. Il m'a surtout expliqué mes limites. Il m'a dit que je devais être aux côtés de l'infirmier mais non seul.

**Vous avez dit au début que vous avez signé un contrat depuis 2008. Je voulais savoir, est ce que votre contrat a changé depuis 2010, vu que vos missions ont changé ? quand est-il de votre salaire ? a-t-il évolué ?**

J'ai un contrat de puis 2008 et j'ai été payé 30000 KMF, à partir de 2021, ils ont rajouté 10000 KMF à tous les AS. On est actuellement payé 40000 KMF

**Si je comprends bien, il y a eu une valorisation salariale, vous pensez que c'est lié à quoi ? à la COVID ? avez-vous eu des explications ?**

Non, on n'a même pas signé un autre contrat. J'ai constaté une augmentation, j'ai demandé au DAF, il m'a dit qu'ils ont harmonisé leur grille salariale pour un salaire minimum de 40000 KM F au sein de l'hôpital.

**Est-ce que tu connaissais quelqu'un à l'hôpital avant et qui vous a un peu aider pour le dépôt de vos dossiers ou vous avez juste répondu à l'appel d'offre ?**

Oui, j'ai répondu à l'appel d'offres mais il y avait beaucoup de dossiers. Le directeur des ressources humaines qui était là, est un ami à moi et donc il a appuyé mon dossier.

**Je voulais revenir sur vos missions d'aide-soignant. Quelles sont les tâches qu'on vous a confiées ?**

Je prends les paramètres vitaux, quand ils sont débordés je les aidais à faire des soins infirmiers comme la prise d'une voie veineuse, je fais des injections car en tant que secouriste, j'ai appris à le faire. Mais tout ça sous la supervision et les ordres de l'infirmiers.

**Est-ce que vous pouvez me partager vos tâches au quotidien une fois dans le service ? en tant qu'AS ou secrétaire d'accueil ?**

Une fois dans le service, on est responsable de l'hygiène du service, l'hygiène des surfaces, le nettoyage des lits, les chariots, les plateaux. Deuxième responsabilité, c'est l'AS qui a la responsabilité d'aller déposer les échantillons d'analyse au laboratoire le matin et aller récupérer les analyses en fin de journée. Dans le cadre des soins infirmiers, c'est l'AS qui prépare le matériel de soins pour une perfusion, pour une suture, pour un pansement. Quand l'infirmier réalise des soins et qu'il a besoin de quelque chose, c'est l'AS qui se déplace pour aller récupérer. Toute la journée, on est à leur côté pour faciliter leur travail.

**Si j'ai bien compris vous avez la responsabilité de l'hygiène des locaux et des surfaces, du nettoyage et de la préparation du matériel ? Quand est-t-il de l'hygiène de la personne hospitalisée ? Est-ce que vous avez des tâches spécifiques auprès des personnes hospitalisées ?**

Non, l'hygiène du malade ce n'est pas nous qui le faisons, avec la charge de travail qu'on a, c'est impossible de le faire. C'est le garde malade qui s'occupe de l'hygiène de son proche. Nous on ne le fait pas. On n'est pas nombreux, on est souvent 2 ou 3 ANS aux urgences dans chaque équipe.

**Si j'ai bien compris, c'est la famille qui s'occupe de l'hygiène de leur proche. Je voulais savoir pour les personnes qui sont admises pour un AVC par exemple ou autre et qui ne peuvent pas assurer leurs propres besoins, et qui ont besoin de plus d'assistance ? Comment ça se passe dans le service ?**

Personne ne le fait, c'est le garde-malade qui fait la toilette, qui change la couche et les draps, si la personne peut s'alimenter c'est la famille qui le fait.

**Quand est-il de la vidange de la poche des urines ? c'est la garde malade qui le fait ?**

Non, c'est l'AS qui le fait, qui vide la poche des urines

**Est-ce que c'est possible que le malade vous demande de lui assistée sur une tâche de la vie quotidienne ?**

Ouais, ça arrive si la garde malade n'est pas là. On est obligé de l'assister car ça serait une non-assistance d'une personne en danger.

**Je voulais revenir sur ton parcours aux urgences. Si j'ai bien compris, tu es affecté au secrétariat pour l'accueil. Est-ce que ça t'arrive d'aller aussi aider les infirmiers pour réaliser des soins ? Quelles sont tes tâches en tant que secrétaire ?**

Bien sûr que oui, souvent je travaille partout. Quand les infirmiers sont débordés avec beaucoup de malades, L'infirmier cadre me demande d'aller aider mes collègues.

Souvent on peut m'appeler pour aller déplacer une bouteille d'oxygène et le brancher. Vous savez, la plupart des AS sont des femmes et souvent elles ont besoin d'aide pour des tâches lourdes. Si en petite chirurgie, on a beaucoup d'accidents, on m'appelle pour aller aider. Il faut savoir qu'il y a d'autres secrétaires avec qui je travaille mais elles ne sont pas de profession médicale mais moi je porte la blouse blanche une fois aux urgences. Cela fait que je peux travailler des deux côtés - accueil et prise en charge.

**Pouvez-vous me partager vos tâches en tant que secrétaire ?**

C'est moi qui accueille les personnes qui sont venues d'eux même, j'enregistre son identité, son âge et son lieu de résidence. Et je le fais patienter en attendant l'infirmier. C'est l'infirmier qui prend les signes cliniques et les paramètres vitaux. Après la consultation, la personne me revient avec le dossier rempli par le médecin, je récupère son dossier et j'enregistre à nouveau la décision du médecin et je lui donne un ticket en mentionnant la somme que la personne doit aller payer à la caisse. Si c'est une personne qui n'est pas hospitalisée. Si la personne est hospitalisée, l'infirmier me renvoie le dossier pour que je mentionne dans le registre que la personne est hospitalisée.

**Je voulais vous demander également votre rythme de travail ? Et avec qui travaillez-vous ? votre journée type ? Est-ce que les journées se ressemblent ?**

Je fais des gardes de 14h00 à 8h00 du lendemain. Il y a 4 équipes aux urgences, on est censé nous reposer 72 heures. Quand je prends le service à 14h00, je fais la transmission avec la personne qui était là le matin. Il m'explique comment s'est déroulée la journée, s'il y avait des personnes accidentées, s'il y avait des décès, s'il y a eu des transferts. Il faut savoir qu'à la fin de chaque journée de travail, il faut faire également les statistiques journalières. C'est le secrétaire qui fait les statistiques journalières. Au cours de la journée, si possible je fais des pauses prières, s'il y a beaucoup de malades j'attends le soir. Je fais également une pause à 20h pour aller dîner. Aux urgences, toutes les 15mn, il y'a un malade qui entre.

**Les statistiques que vous faites, vous les remettez à qui ?**

A la fin de la journée, il faut dépouiller le registre, faire les statistiques journalières selon le canevas à notre disposition et remettre à l'infirmière cadre du service.

**Pouvez-vous partager votre sentiment aujourd'hui par rapport à votre travail aux urgences ? Est-ce que vous aimez ce que vous faites ? Est ce qu'il y a eu des changements avec la crise covid ? Vous êtes passé de AS à secrétaire même si vous avez le même contrat et le même statut ?**

Je suis contente de mon travail, j'aime ce que je fais. Je ne gagne pas beaucoup d'argent car en tant que père de famille c'est compliqué de vivre avec mon salaire mais mon travail me permet de connaître beaucoup de personnes, de nouer des relations au vu de mon poste de secrétaire d'accueil. Quand les membres de ma famille arrivent, je les facilite. L'expérience qu'j'ai eu aux urgences me permet aujourd'hui de faire les premiers soins à la maison si ma fille ou ma femme est malade avant d'aller à l'hôpital. Travailler aux urgences m'a permis d'approfondir mes connaissances sur les situations d'urgence. Tout ça fait qu'aujourd'hui, j'ai envie de continuer à travailler à l'hôpital et aux urgences.

**Et les conditions de travail ? pouvez-vous m'exposer votre point de vue ?**

Personnellement, je pense que les conditions de travail ont évolué difficilement, je pense qu'aux urgences on n'a pas les mêmes pathologies qu'avant. Ce qui fait que les choses deviennent difficiles car nous, on n'a pas évolué, je n'ai pas eu d'autres formations que ce que j'ai eu en tant que volontaire du Croissant-Rouge Comorien. Aujourd'hui, je fais fonction de secrétaire mais je n'ai jamais été formé à ça.

**Depuis 2008 que vous avez commencé en tant qu'aide-soignant, brancardier et secrétaire, pensez-vous que votre travail a influencé votre état de santé ? Quels impacts pouvez-vous mentionner aujourd'hui ? ou avec la famille.**

Personnellement, ce sont les maux de dos, de la hanche, ce n'est pas moi seul mais mes collègues se plaignent aussi.

**Je voulais revenir sur la relation que vous avez au sein de votre équipe, les infirmiers, les médecins ? Comment appréciez-vous la relation qui existe entre vous et votre équipe ? Et quelle est ta position ?**

*Said Abdou Thouraya - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*

<2022-2023>

En moyenne, on est 11 personnes dans une équipe de garde, 1 médecin, 4 infirmiers, 3 aides-soignants, 1 brancardier, 1 standardiste et un secrétaire. C'est l'équipe normale mais la plupart de temps, on peut se retrouver en sous-effectif. Pour la relation, je peux dire qu'on est dans la collaboration. On s'entraide le plus souvent. Je suis satisfait de la relation qu'on a car je dirais que les médecins comprennent que c'est un travail à la chaîne, si le standardiste ou le secrétaire n'est pas à sa place, le circuit se perturbe à l'urgence. Il y a un respect du rôle de chacune. Tout le monde coopère.

Par exemple, un brancardier ne peut pas travailler seul quand il y a beaucoup de malades, on est obligé de l'aider.

**Si j'ai bien compris, les aides-soignants passent la majorité de leur temps à aider les autres membres du personnel quel que soit les infirmiers ou les brancardiers ?**

Oui, oui exactement, on fait beaucoup de tâche qui ne nous appartiennent pas.

**Et que ce qui te plaît aujourd'hui dans ton travail ?**

Ah, bonne question, c'est juste que dans la société, j'ai beaucoup de considération. On m'appelle docteur puisque je porte une blouse à l'hôpital. Et on se sent fière. Dans mon village, on m'appelle docteur.

**Est ce qu'il y a d'autres avantages que tu perçois à l'hôpital en tant qu'AS ou au même titre que les infirmiers ?**

On n'a pas les mêmes avantages que les infirmiers, les infirmiers bénéficient souvent des formations. Mais au même titre que tout le personnel de l'hôpital, on a une réduction de 50% sur l'ensemble des prestations pour nous et pour la famille.

**Pour finir, le ministère de la Santé souhaite formaliser la profession d'aide-soignant, je voudrais connaître votre point de vue par rapport à votre expérience :**

Personnellement, je pense que ça serait une bonne chose. Moi si la formation est ouverte, je vais m'inscrire pour être formé et avoir un diplôme d'aide-soignant. Pour moi, c'est important d'avoir un diplôme du métier que j'exerce.

**Est-ce que ça vous arrive de vous réunir entre AS et parler de votre profession ? ou de vos conditions de travail ?**

Non, on ne s'est jamais réuni pour parler de notre profession. On se réunit par service mais non l'ensemble des AS pour parler de notre profession. On n'a pas un représentant qui pourrait nous réunir.

**Pour vous, qu'est-ce qu'il faut améliorer dans votre travail aujourd'hui ?**

Je pense que ce qu'il faut changer, c'est le fait qu'on ne nous demande pas d'aller nettoyer les surfaces, les toilettes, le sol. Je pense que ce n'est pas le rôle de l'aide-soignant et c'est très fatigant comme tâche. Je pense que c'est le rôle des techniciens de surface.

**Si j'ai bien compris vous n'avez pas des techniciens de surface aux urgences ?**

Oui, on a une technicienne de surface mais elle travaille de 7h00 à 12h00. Ce qui fait qu'à partir de 12h00, il n'y a personne pour s'occuper de l'hygiène des locaux, des urines qui traînent dans les

chambres ou les vomissements. Et ce sont les aides-soignants qui assurent cela. C'est très difficile d'être partout avec des tâches très lourdes.

**Pensez-vous que votre travail est reconnu vis-à-vis de votre hiérarchie ?**

Je peux dire qu'il n'y a pas la même considération avec les infirmiers. Dans le service, la hiérarchie ne respecte pas nos jours de repos de 72 heures alors que pour les infirmiers ça ne change pas. On n'a souvent que 48h de repos car dès qu'il y a une aide-soignante qui manque, on nous appelle pour reprendre le travail et pourtant ce n'est pas le cas pour les infirmiers.

**Pour vous, quel profil doit avoir un AS aux Comores ?**

Pour moi, l'aide-soignant doit avoir au moins un niveau terminal, quelqu'un qui sait lire et écrire car on est souvent appelé à écrire à la demande de l'infirmier ou à lire pour ne pas se tromper de patient, d'analyse ou de dossier. Mais aux urgences les AS savent lire et écrire. Il y a même un bachelier qui travaille avec nous car avec son BAC littéraire, elle ne peut pas accéder à l'école d'infirmier. Mais comme elle est intéressée par le métier des soins, elle fait fonction d'AS pour apprendre et devenir AS.

**Je pense que j'ai fini mes questions. Merci pour votre temps. Je ne sais pas si tu as des choses à rajouter.**

Mon téléphone va s'éteindre, je pense que j'ai tout dit. Et merci à toi aussi pour cet échange, ça m'a permis de me questionner sur mon travail.

## Annexe 16 : liste des personnes interviewées

N°	Fonction/Profession	Service	Lieu de l'entretien	Date	Durée
1	Cadre du ministère de la Santé	Service des ressources humaines	En Visio	09/03/2023	45mn
2	Infirmier cadre hospitalier	Surveillant Général	En Visio	14/03/2023	48mn
3	Deux Faisant fonction d'AS	Maternité et Réanimation	En Visio	11/03/2023	1h12mn
4	Directeur hospitalier	-	En Visio	15/03/2023	36mn
5	Deux Faisant fonction d'AS	Pédiatrie et Maternité	En Visio	15/03/2023	45mn
6	Médecin chef de service	Réanimation	En Visio	18/03/2023	48mn
7	Enseignant de l'EMSP	EMSP	En Visio	19/03/2023	1h18mn
8	Infirmier cadre hospitalier	Pôle chirurgical	En Visio	22/03/2023	48mn
9	Médecin chef de service	Chirurgie	En Visio	1er /04/2023	52mn
10	Faisant Fonction d'AS	Urgence	En Visio	26/04/2023	54mn

THOURAYA

Said Abdou

25 août 2023

Master 2 Mention Santé Publique

Parcours : Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publiques

Promotion : 2022-2023

Aides-soignantes hospitalières aux Comores : un enjeu de professionnalisation ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique de Rennes

**Résumé :**

Ce travail s'inscrit dans le contexte de la volonté politique de l'Union des Comores à créer la profession d'aide-soignante en milieu hospitalier conformément aux dispositions du code de la santé publique promulgué en 2020. Il repose sur la capitalisation des expériences comoriennes, réalisée à travers des entretiens professionnels menés auprès des responsables d'hôpitaux, des médecins, des cadres hospitaliers et des personnes exerçant les fonctions d'aide-soignant. Une analyse de données provenant des trois hôpitaux concernés, ainsi que l'expérience française dans la professionnalisation de l'activité des aides-soignantes, a permis d'approfondir la base de réflexion.

Dans un contexte marqué par une pénurie de personnel qualifié et une faible fréquentation des établissements hospitaliers due au manque de confiance liée à la prise en charge globale, la professionnalisation de l'activité des individus exerçant la fonction d'aide-soignant aux Comores se pose comme un enjeu crucial pour améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients.

Les résultats de notre recherche ont mis en évidence l'expérience enrichissante des hôpitaux Comoriens à travers les individus exerçant la fonction d'aide-soignant qui accomplissent un éventail varié de tâches comprenant des soins médicaux, des soins d'hygiène et de confort, ainsi que des responsabilités administratives et d'entretien du matériel médical. Cependant, une certaine confusion persiste quant à la nature exacte des missions attribuées aux personnes exerçant cette fonction et au type de collaboration existant au sein des équipes pluridisciplinaires. Ces aspects méritent une attention particulière, car ils jouent un rôle clé dans l'organisation de la prise en charge en lien avec le projets de soins destinées aux usagers.

Au niveau national, diverses opportunités se dessinent en faveur de la professionnalisation de l'activité des individus exerçant la fonction d'aide-soignant. Parmi celles-ci, citons la création d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ainsi que la mise en place de l'assurance maladie généralisée, qui requiert une prise en compte plus approfondie des besoins des patients en matière d'accompagnement. C'est dans cette optique que la formation apparaît comme un élément clé pour la professionnalisation des aides-soignantes. En tirant parti de l'expérience française, nous avons pu identifier les problématiques et les besoins, ce qui nous a permis de formuler une proposition de référentiel de compétences et de formation.

Par ailleurs, la professionnalisation de cette activité permettrait de répondre à un véritable enjeu : la lutte contre la pauvreté et l'autonomisation des femmes, étant donné que la majorité des individus exerçant les fonctions d'aide-soignant sont en majorité des femmes.

Enfin, une réflexion collective sur la régularité des subventions accordées aux hôpitaux serait susceptible d'améliorer la position de ce personnel, qui est majoritairement composé de travailleurs contractuels des établissements hospitaliers.

**Mots clés : Professionnalisation, collaboration, équipe de soins, référentiel**

***L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.***