



Directeur des Soins

Promotion : **2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**La construction et la reconnaissance
de l'identité professionnelle Aide-
Soignante : levier de collaboration des
Directions des Soins Gestion et
Formation**

Philippe CHARRE

*« L'identité n'est jamais donnée, elle est toujours
construite et à (re)construire dans une incertitude plus ou
moins grande et plus ou moins durable. »*

Claude DUBAR

Remerciements

Je tiens à remercier très sincèrement :

- L'ensemble des professionnels de santé qui m'a accordé du temps et de l'intérêt pour répondre à mes sollicitations et à mes entretiens et sans qui ce travail de recherche n'aurait pu être élaboré.
- Les collègues élèves directeurs des soins de la promotion 2012 « Simone Veil » pour leur soutien, leurs encouragements et leur dynamisme qui m'ont permis des temps de « respiration » nécessaires.
- Isabelle MONNIER, directrice des soins, détachée au Ministère, pour ses remarques éclairées sur ma thématique qui ont donné un regard intéressant à mon travail.
- Catherine THOMAS, présidente du GERACFAS, pour la richesse des informations qu'elle m'a apporté et qui m'ont permis d'étayer mes propos.
- Christine MAGNE, ma tutrice de stage, pour sa disponibilité, son écoute et sa réflexion pertinente qui m'a guidé dans mes idées et mes questionnements.

...et enfin, un remerciement tout particulier à Cathy, pour sa compréhension, son soutien à mes côtés et ses conseils avisés qui m'ont motivé à mener à bien mon projet.

Sommaire

Introduction	1
1 Le concept de l'identité professionnelle	7
1.1 Historique de la profession aide-soignante	7
1.1.1 De la notion du titre à la naissance du métier	7
1.1.2 Evolution du processus de formation.....	9
A) <i>Une succession de réformes de programmes de formation</i>	9
B) <i>2005 : un référentiel de formation pour mieux définir le métier</i>	10
C) <i>La Validation des Acquis de l'Expérience : particularité du métier d'aide-soignant</i>	11
D) <i>Et demain, quelles perspectives ?</i>	13
1.1.3 Regard international sur l'existence d'un métier similaire	14
1.2 Les déterminants sociologiques de l'appartenance identitaire : éléments de construction d'une profession	16
1.2.1 La confrontation entre plusieurs identités	16
1.2.2 La reconnaissance comme pilier de fondation d'une identité.....	18
1.2.3 Les compétences professionnelles : levier majeur de professionnalisation et d'intégration identitaire	19
2 Le travail d'enquête et son analyse comme éléments de réponse aux interrogations	23
2.1 L'investigation du thème du mémoire	23
2.1.1 L'objet de la recherche	23
2.1.2 La méthodologie privilégiée.....	23
2.1.3 Les facilités et les limites de l'enquête.....	24
2.2 Les résultats et l'analyse de l'enquête	26
2.2.1 La technique de l'analyse des entretiens.....	26
2.2.2 Les résultats analysés des entretiens.....	27
A) <i>L'identité professionnelle de l'AS</i>	27
a) La reconnaissance d'une identité : consensus commun.....	27
b) Des compétences reconnues comme vecteur de motivation.....	29

c)	La reconnaissance de la valeur professionnelle des AS par les patients	31
<i>B)</i>	<i>L'encadrement dans la formation en alternance de l'aide-soignante</i>	<i>32</i>
a)	L'existence d'un tutorat remis en question	32
b)	Des objectifs de stage peu identifiés	34
c)	Une organisation de l'apprentissage clinique à optimiser	35
<i>C)</i>	<i>Le cas particulier des EAS en parcours partiel : la difficulté d'intégration comme frein à une reconstruction identitaire</i>	<i>37</i>
<i>D)</i>	<i>La collaboration entre le monde pédagogique et le monde professionnel existe-t-elle ?</i>	<i>38</i>
a)	Réflexions sur le lien entre les formateurs AS et le terrain de stage	38
b)	Des aides-soignantes peu sollicitées par les IFAS	39
2.2.3	La synthèse de l'analyse de l'enquête : tentative de réponse aux hypothèses.	40
<i>A)</i>	<i>Une collaboration formalisée ?</i>	<i>41</i>
<i>B)</i>	<i>Une communication structurée ?</i>	<i>41</i>
<i>C)</i>	<i>Une implication institutionnalisée?</i>	<i>42</i>
3	Les propositions : la part contributive et conjointe des Directions des Soins ..	43
	Préambule	43
3.1	Envisager l'évolution du métier d'aide-soignant.....	43
3.1.1	Les perspectives à moyen terme	43
3.1.2	L'anticipation comme moyen d'action.....	44
3.2	L'optimisation de l'encadrement pour les EAS	45
3.2.1	La création de nouveaux outils d'encadrement	45
3.2.2	Le tutorat : une fonction à valoriser	47
3.3	Valoriser l'image du métier aide-soignant	48
3.3.1	Intégration des professionnels dans une réflexion institutionnelle	48
3.3.2	Le renforcement de la communication inter-directions comme facteur de positionnement du rôle de l'AS.	49
	Conclusion	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

ASH : Agent des Services Hospitaliers

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CAFAS : Certificat d'Aptitude à la Fonction Aide-Soignante

CCA : Certificat de Capacité d'Ambulancier

CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CS : Cadre de Santé

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DEA : Diplôme d'État d'Ambulancier

DEAMP : Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique

DEAP : Diplôme d'État d'Auxiliaire de Puériculture

DEAS : Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant

DEAVS : Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale

DEI : Diplôme d'Etat d'Infirmier

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPAS : Diplôme Professionnel d'Aide-Soignant

DS : Directeur(trice) des Soins

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EAS : Elève Aide-Soignant

GERACFAS : Groupement d'Etudes, de Recherches et d'Actions pour la Formation Aide-Soignante

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAS : Haute Autorité de Santé.

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

IDE : Infirmière Diplômé d'Etat.

IFAS : Institut de Formation Aides-soignants

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

MSP : Mise en Situation Professionnelle

TPAVF : Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

Dans le monde de l'apprentissage et de la formation en constante évolution en termes d'exigences et de résultats attendus, associé à la qualité d'un management posant le socle d'une réelle acquisition des compétences, il apparaît indispensable de s'interroger : l'ingénierie de la formation initiale et l'accueil et l'intégration institutionnelle préparent-ils les soignants de demain à se construire une identité professionnelle ? Et, parmi ces professionnels de santé, il nous apparaît intéressant de centrer notre étude sur les aides-soignantes qui, outre leur rôle prépondérant au sein des organisations paramédicales, devient une catégorie professionnelle à ne pas négliger dans l'évolution hospitalière contemporaine. Cette évolution amène, au travers des multiples réorganisations d'activités et d'équipes, à se pencher sur le potentiel humain et sur la richesse professionnelle que ces professionnelles véhiculent.

En effet, la population des aides-soignantes représente à peu près 513 000¹ professionnels en France en 2009 dont 80% travaillent en institutions hospitalières. Il est à noter que les données démographiques concernant les aides-soignantes ne font pas partie, au contraire des infirmières par exemple, des statistiques de la DREES² sur le recensement des professions de santé. Ce qui peut en dire long en termes de reconnaissance, ne serait-ce que sur le plan national, de l'appartenance professionnelle du métier d'aide-soignant aux métiers de la santé.

Nous voyons bien ici l'enjeu de donner du sens à une carrière professionnelle d'aide-soignante du début de la formation jusqu'à l'intégration en service de soins. Plus que d'être dans une volonté d'acquérir un métier socialement sécurisant, c'est l'expression d'un engagement à faire partie d'une profession de santé qui semble motiver ces soignants. De plus, les valeurs, les compétences, voire les expertises qui vont qualifier son identité professionnelle vont lui permettre de s'adapter à l'identité collective et l'enrichir. Ainsi, l'aide-soignante devenant "acteur" du groupe doit pouvoir amener et partager ses points de vue et ses réflexions sans pour autant générer des systèmes de conflits au sein même de l'équipe. Elle doit être reconnue en tant que réelle plus-value professionnelle par l'équipe afin de s'épanouir pleinement dans sa fonction. Cette référence à une identité professionnelle reconnue et intégrée est une composante essentielle au désir de faire ce métier, comme le souligne F. OSTY : « La compréhension du désir de métier se réfère à trois dimensions : la compétence comme savoir pratique et

¹ Source <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/V0Z-Aides-soignants>.

² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

opérateur, l'identité comme d'un collectif d'appartenance et la régulation comme processus d'institutionnalisation des métiers. »³

Tout au long de notre carrière managériale en tant que Cadre de Santé, certains constats concernant la qualité et l'efficacité de l'encadrement de stagiaires aides-soignantes nous apparaissent être une problématique récurrente au sein des équipes de soins. Les interrogations portaient surtout sur les incertitudes quant aux véritables responsabilités inhérentes à la profession d'aide-soignante dans l'organisation hospitalière et comment les inculquer aux jeunes professionnels. Le rôle de l'AS dans la prise en charge pluridisciplinaire des patients est souvent interdépendant des disciplines des services où il exerce. Ce rôle peu défini est un des éléments qui « met en lumière des décalages et des tensions entre les modes d'organisation formels et informels des activités. »⁴. Il faut reconnaître que les professionnels de terrain chargés d'accompagner les élèves aides-soignantes ont des opinions et des représentations diverses de ce qui est l'identité "métier" de l'aide-soignante et, en fonction de leur expérience et de l'unité de soins où ils travaillent, n'ont pas les mêmes exigences dans l'identification et l'acquisition des compétences.

Du côté des équipes de formation, il y a une vision pédagogique de ce que doit être une aide-soignante en tant que professionnelle de soins. Elle se doit d'avoir des compétences bien spécifiques, en lien avec sa formation et l'intégration de ses connaissances. S'appuyant sur le référentiel de formation, les formateurs s'attachent à transmettre une idée précise du métier d'aide-soignant et par là-même, un certain sens identitaire auquel doit appartenir ces futurs professionnels. Le projet pédagogique des IFAS (*Instituts de Formation des Aides-Soignants*) a une importance essentielle dans le déroulement de l'apprentissage des activités inhérentes aux AS ainsi que sur la transmission des valeurs professionnelles en lien direct avec l'univers hospitalier. A l'instar d'A. VILBROD⁵, on distingue 4 éléments pour qualifier une appartenance soignante : l'histoire, les valeurs, la formation et le statut. L'aboutissement de la formation constitue donc un des fondements de l'identité même. Et il est légitime de penser que l'IFAS et le monde hospitalier se doivent d'inculquer des valeurs communes.

Mais pour pouvoir atteindre cette reconnaissance d'identité professionnelle, encore faut-il pouvoir la construire en amont. Dans cette sphère interactive entre l'élève aide-soignante, l'acquisition de connaissances par sa formation et le groupe de

³ OSTY F. ; « Le désir de métier : Engagement, identité et reconnaissance au travail » ; Edition PUR, Rennes, 2003, p. 47.

⁴ ARBORIO A.M. ; « Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital » ; Edition Anthropos, Paris, 2001, p. 74.

⁵ VILBROD A. ; « Les fondements de l'identité professionnelle » ; Revue informations sociales, 2001, n° 94

professionnels pédagogues et soignants qui vont l'entourer, le futur professionnel va devoir se construire et se réaliser. Or, il m'apparaît que la problématique majeure est de savoir si les pairs, voire les infirmières de terrain, en collaboration avec les équipes de formateurs des IFAS, favorisent pleinement l'acquisition des compétences et des valeurs professionnelles du métier d'aide-soignant, et, par voie de conséquence, permettent-ils la construction de leur identité ?

Ce qui nous amène à poser comme question de départ :

Comment un Directeur des Soins hospitalier, responsable de l'encadrement d'élèves aides-soignantes et du positionnement des aides-soignantes dans l'institution, et une Direction d'Institut de formation, garante des enseignements et de l'évolution des compétences de ces élèves, favorisent la construction et la reconnaissance d'une réelle identité professionnelle aide-soignante ?

Cette thématique de l'identité professionnelle de l'aide-soignante, de son initiation à sa stabilisation, et les réflexions qui en émanent font apparaître plusieurs questionnements auxquels se joint des hypothèses qui peuvent donner des éléments de réponse.

Ainsi, si nous nous plaçons du côté de la pédagogie adoptée lors de l'apprentissage du métier d'aide-soignant :

- Peut-on considérer que les EAS ont les moyens de construire cette identité dans l'acquisition des compétences durant la formation d'aide-soignante ?
- Est-ce que les outils d'encadrement et d'évaluation sont bien adaptés au quotidien professionnel des aides-soignantes ?

Mais si cette identité professionnelle est aussi à co-construire avec les professionnels de terrain :

- La confrontation d'un EAS avec ses futurs collègues permet-elle l'acquisition des normes et valeurs professionnelles ?
- La collaboration des AS avec les infirmières et les autres professionnels du soin, gage d'une réelle qualité dans les prises en charge de patients, permet-elle un positionnement professionnel responsable au sein des équipes de soins ?

Enfin, si la question principale de ce travail est de savoir comment les aide-soignantes parviennent à se construire une identité de métier :

- Les futurs professionnelles arrivent-elles à ressentir un sentiment d'appartenance à leur famille professionnelle ?

- L'institution hospitalière se donne-t-elle les moyens d'intégrer et de valoriser les aides-soignantes dans la politique générale des soins ?

De ces questionnements se dégagent certaines hypothèses telles que :

- **Une collaboration formalisée, selon diverses thématiques, entre Cadres de Santé formateurs et Cadres de Santé d'unité faciliterait une professionnalisation performante.**
- **Une relation et une communication structurée entre le monde pédagogique et l'univers hospitalier pour faire concorder les exigences et les attendus des uns et des autres concernant les AS avantageraient leur construction identitaire.**
- **Une implication favorisée des professionnels AS dans des projets institutionnels et des enseignements thématiques permettrait une confirmation de leur identité professionnelle par la reconnaissance de leurs compétences.**

Compte tenu de l'hétérogénéité des élèves AS en âge et en parcours professionnels, intégrer des futurs aides-soignantes assurant un exercice professionnel fiable et performant dans des organisations est une responsabilité partagée entre les deux Directions des Soins, d'Institut et de Gestion. L'efficacité de leur collaboration donnera un sens à une pratique qui permettra de mieux cadrer les attendus de la fonction et du métier d'aide-soignant, dans toute sa dimension éthique et pratique.

Afin de réaliser ce travail de recherche au plus près de la problématique de la construction identitaire de l'aide-soignante, il nous fallait choisir une méthodologie d'enquête axée sur des réflexions qualitatives. Nous avons donc privilégié, après une pré-enquête exploratoire, la réalisation de plusieurs entretiens auprès des professionnels concernés par l'encadrement et les organisations de soins. Ces entretiens, que nous détaillerons plus avant dans ce mémoire, ont permis, par la richesse des idées exprimées, de confirmer plusieurs de nos interrogations et d'en infirmer certaines.

Ce travail de recherche sera divisé en trois parties. Dans un premier temps, il sera abordé les concepts qui fondent ce qu'on nomme l'identité professionnelle. Après un bref rappel historique sur le métier d'aide-soignant, nous déclinerons des aspects théoriques en lien avec les compétences, la reconnaissance, la motivation et la professionnalisation qui permettront de définir les contours de l'identité de métier.

Une seconde partie sera consacrée à la description de la méthodologie de l'enquête, exclusivement centrée sur le recueil d'avis et de témoignages au travers d'entretiens pluriprofessionnels. Une analyse argumentée de ceux-ci sera exposée, qui, en la confrontant aux différents concepts développés précédemment, permettra de répondre au mieux aux problématiques et hypothèses posées.

Enfin, dans le dernier chapitre, il sera développé des préconisations apportant un éclairage sur les actions de collaboration entre un Directeur des Soins Gestion et une Direction d'IFAS et si cette collaboration permet aux aides-soignantes de se construire une réelle identité professionnelle reconnue.

1 Le concept de l'identité professionnelle

1.1 Historique de la profession aide-soignante

1.1.1 De la notion du titre à la naissance du métier

Dans ce chapitre, il s'agit de donner une idée de l'évolution de la profession aide-soignante en lien avec la transformation du métier du soin. Un rappel historique permet de voir que l'aide-soignante n'a cherché que récemment, au milieu du XX^e siècle, à se faire connaître et reconnaître comme un acteur à part entière dans le système de santé.

L'histoire de la profession soignante est jalonnée d'étapes qui progressivement, avec la notion du "prendre soin", va l'amener à se structurer au travers de missions spécifiques dédiées à des corporations bien définies. L'ouverture du monde hospitalier vers le monde social qui l'entoure, après avoir été isolé jusqu'au milieu du XIX^e siècle, l'amène à se transformer et à se moderniser dans ses missions sanitaires. C'est surtout l'émergence de la notion d'hygiène hospitalière par Semmelweis en 1849 et Pasteur en 1860⁶ qui définit une charge de travail supplémentaire pour les personnels qui soignent dans les hôpitaux de cette époque. Il convient donc de professionnaliser ceux qu'on appelait "infirmiers", terme appliqué à toute personne travaillant à l'hôpital au XIX^e, et de légitimer les actes et les tâches de ceux qui soignent. Les premières formations pour les infirmières apparaissent en 1907 (ouverture de la 1^{ère} école d'infirmières à la Salpêtrière) et très vite, dans les années 20, un discernement apparaît entre les tâches dites de "service" et les actes de soins. L'idée de distinguer des professionnels différents pour exécuter des soins techniques et des soins généraux liés à l'hygiène, soit des patients, soit des locaux, devient nécessaire. En 1926 est créée une nouvelle catégorie professionnelle aux Hospices Civils de Lyon : les assistantes hospitalières⁷, formées en un an et destinées à seconder les infirmières diplômées dans les soins à donner aux malades. Mais cela ne règle pas le problème de ces "infirmières" exerçant sans le diplôme et qui sont pourtant constamment auprès du patient pour lui donner un soutien dans ses soins d'hygiène et de confort.

C'est ainsi qu'un nouveau grade s'offre aux personnels des hôpitaux en janvier 1949 : le titre d'aide-soignant. Sans formation particulière, ce titre d'AS est délivré par le

⁶ HERON M. ; « L'hygiène hospitalière d'hier à aujourd'hui » ; Soins Aides-soignantes, février 2009, n° 26, p. 1.

⁷ CHEVANDIER C. ; « L'affirmation des qualifications dans les services de soins : les Hospices Civils de Lyon dans l'entre-deux-guerres » ; Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale, mars 1995, p. 104.

médecin-chef de service qui atteste par un certificat que la personne a eu à prendre en charge et à participer aux soins d'un groupe de malade pendant au moins un an. Ce nouveau titre professionnel a surtout été créé pour protéger la profession des infirmières pour lesquelles le diplôme d'Etat avait été créé en 1946. Cela permettait aux professionnels de soins formés sur le tas d'avoir un statut de soignant, avec une rémunération plus valorisée que les "servantes", sans pour autant passer le diplôme.

Afin de pérenniser cette fonction, un Certificat d'Aptitude spécifique aux aides-soignantes, sous l'impulsion syndicale et administrative de l'Assistance Publique, est mis en place en janvier 1956 avec une formation adaptée aux fonctions exercées et plus centrée sur la pratique professionnelle. En 1960, l'obligation d'avoir le CAFAS (*Certificat d'Aptitude à la Fonction Aide-soignante*) pour exercer en tant qu'AS au sein des hôpitaux vient renforcer la notion de création d'un véritable métier d'aide-soignant dans la hiérarchie soignante hospitalière. Cela permettait d'asseoir un peu plus un savoir qui, jusqu'aux années 60, se construisait de manière empirique sans véritable structuration de la profession. Avec une redéfinition du déroulement de la formation en 1971, une réelle reconnaissance d'une profession intermédiaire entre l'infirmière et l'agent hospitalier fut établie. Après parution d'un décret, en avril 1989⁸, sur le statut des aides-soignantes, la profession fut confortée en juillet 1994 où, à l'occasion de l'instauration d'un nouveau programme des études, il est précisé son appartenance à une équipe soignante et sa participation aux soins en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmière. Enfin, en janvier 1996⁹, paraît une circulaire sur les rôles et missions de l'AS, complétée par un décret en août de la même année, qui abolit le CAFAS pour le DPAS (*Diplôme Professionnel des Aides-soignants*). Enfin, sous la poussée des associations professionnelles, un décret du 31 août 2007 précise que la formation d'aide-soignant est sanctionnée désormais par un diplôme d'Etat d'aide-soignant, et que les personnes titulaires du CAFAS ou du DPAS sont considérées comme titulaires de ce diplôme d'Etat.¹⁰

Nous constatons donc que ce n'est que récemment, il y a un peu plus d'un demi-siècle, que la définition même de la profession d'aide-soignant s'est structurée. Leur position et leur statut dans la hiérarchie hospitalière, en tant que groupe professionnel bien identifié, n'existent qu'à travers les adaptations apportées par les infirmières dans leurs missions et tâches tout au long de l'évolution du monde hospitalier. C'est déjà un

⁸ Décret n° 89-241 du 18 avril 1989 modifié portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers de la fonction publique hospitalière.

⁹ Circulaire n°96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

¹⁰ Décret n°2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

premier point qui démontre que ce métier d'AS ne doit sa reconnaissance identitaire, non pas par un processus autonome de création d'un métier regroupant des compétences spécifiques, mais par une régulation "administrative" de donner statut à un personnel soignant sans titre particulier. La référence d'appartenance à une "famille" professionnelle découle ainsi d'une autre plus prestigieuse, celle d'infirmière. Cela place, de fait, la fonction d'aide-soignante dans une situation de subordonnée à l'IDE (*Infirmière Diplômée d'Etat*), ce qui est peut-être la genèse d'une difficulté à élaborer un processus de construction identitaire pour un grade qui, comme le souligne A.M. ARBORIO : « est comme une étape obligée qui ne joue pas forcément comme déterminant fondamental de la pratique d'un métier aux contours encore mal définis. ».¹¹

Mais pour bien exercer ce qui est considérée comme une fonction essentielle dans l'organisation des soins, il est important d'exposer l'évolution de ce qui, au fur et à mesure des réformes, a permis à chacune de ces professionnelles aides-soignantes une acquisition de connaissances et de compétences.

1.1.2 Evolution du processus de formation

A) Une succession de réformes de programmes de formation

Le système de formation à la fonction d'aide-soignante s'est constamment adapté aux exigences et aux codes de l'institution hospitalière. Comme nous l'avons vu précédemment, l'identification au métier d'aide-soignant était, à la base, essentiellement en lien avec une succession de tâches attribuées à un personnel expérimenté mais non diplômé.

En janvier 1956, une formation, non obligatoire, est instituée. Elle dure 10 mois et est axée essentiellement sur des pratiques en milieu professionnel puisqu'elle ne comporte que 40 heures de théorie. Il est à noter qu'à cette époque, ces pratiques sont quasiment similaires à celles qu'effectuent les infirmières dans le domaine technique puisque les "apprentis" aides-soignantes apprennent comment effectuer des injections et des pansements. Cette possibilité d'effectuer encore des gestes techniques dévolus aux infirmières va orienter la profession IDE à demander une clarification sur la différenciation réelle entre les deux métiers. Ce qui explique en partie pourquoi, le 7 juillet 1971, paraît un arrêté qui fixe un programme de formation pour les aides-soignantes centré sur les besoins fondamentaux de l'homme et l'humanisation des soins et qui ne les autorise plus à réaliser des soins techniques. Ce texte clarifie aussi le travail qu'elles ont le droit

¹¹ ARBORIO A.M. ; « Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital » ; Edition Anthropos, Paris, 2001, p. 46.

d'effectuer en délégation de l'infirmière et sous sa responsabilité. Cette nouvelle formation, qui se déroule sur 12 mois et comporte 120 heures de théorie pour 100 heures de pratique en stage, met en avant l'acquisition de compétences relationnelles et cantonne l'aide-soignante à un rôle d'exécuteur de soins de confort et de bien-être apportés au patient. Sociologiquement, il est intéressant de noter que ce programme de formation accentue la distinction entre l'identité "infirmière" et l'identité "aide-soignante" et confère à l'AS un rôle de subalterne de l'IDE. Les arrêtés du 1^{er} février 1982, puis du 13 avril 1989, fixent un renforcement, dans la formation, des actes de délégations en ce qui concerne les soins d'hygiène et de confort.

Puis, l'arrêté du 22 juillet 1994 modifié dix ans plus tard par l'arrêté du 5 janvier 2004, fait apparaître une notion d'importance dans la reconnaissance du métier d'aide-soignant, à savoir la notion de travail en équipe en collaboration avec l'infirmière et non plus de délégation du travail en lien avec son rôle propre : « Au sein de cette équipe, l'aide-soignant contribue à la prise en charge d'une personne ou d'un groupe de personnes et participe, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne. »¹²

L'insistance, dans les textes régissant la formation, de bien marquer une différence entre l'IDE et l'AS, démontre déjà que, si les aides-soignantes veulent se construire une identité propre, ce ne sera pas à travers un savoir-faire technique exclusif, mais plutôt au travers d'une reconnaissance de leurs compétences relationnelles, facteurs de valorisation sociale auprès des malades.

B) 2005 : un référentiel de formation pour mieux définir le métier

Le décret du 22 octobre 2005 modifié définit une nouvelle organisation générale de la formation en alternance des études d'AS. À savoir, 8 modules d'apprentissage répartis sur 17 semaines d'enseignement théorique en institut et 24 semaines d'enseignement clinique en stage déclinées en 6 stages de 4 semaines chacun. Chaque module théorique est validé par une évaluation écrite tandis que deux MSP (*Mises en Situation Professionnelle*) ainsi que des grilles d'évaluation à chaque stage valident les enseignements cliniques.

Ce décret détermine aussi une définition plus précise du métier en lui-même en qualifiant l'aide-soignante comme l'agent qui : « exerce son activité sous la responsabilité

¹² Annexe de l'arrêté du 5 janvier 2004 modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 modifié relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture.

de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci. Dans ce cadre, il réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne... »¹³. S'ensuit un référentiel de compétences qui décline des savoirs théoriques et pratiques indispensables à l'exercice de la profession aide-soignante.

Nous observons donc que ce décret définit le rôle de l'AS qui consiste à seconder l'infirmière dans des tâches subalternes, moins nobles mais néanmoins indispensables, qui relèvent des soins d'hygiène et de confort dans toutes leurs dimensions physiques, psychologiques et sociales. Ce n'est qu'à travers une profession reconnue et protégée que se caractérise la spécificité professionnelle de l'aide-soignante. Il semblerait qu'en fait, si le métier d'infirmier n'existait pas, celui de l'AS n'aurait aucune raison d'être.

Enfin, dans ce décret, en complément de l'arrêté du 25 janvier 2005¹⁴, il est clairement stipulé en annexe que : « Le diplôme d'Etat d'aide-soignant est délivré (...) aux personnes ayant validé les acquis de leur expérience professionnelle en vue de son obtention. ». Arrêtons-nous un instant sur cette possibilité d'accorder le diplôme d'Etat d'aide-soignant suite à une VAE, nouvelle régulation « administrative » qui prouve que les contours de ce métier sont encore mal définis. Soulignons aussi que c'est la seule profession de santé, en l'état actuel des choses, pour laquelle cette procédure est autorisée.

C) La Validation des Acquis de l'Expérience : particularité du métier d'aide-soignant

Tout d'abord, dans le décret du 22 octobre 2005 modifié, aux articles 18 et 19, il est stipulé que les personnes titulaires d'un DEAP (*Diplôme d'État d'Auxiliaire de Puériculture*) ; d'un DEA (*Diplôme d'État d'Ambulancier*) ou d'un CCA (*Certificat de Capacité d'Ambulancier*) ; d'un DEAVS (*Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale*) ; d'un DEAMP (*Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique*) et enfin d'un TPAVF (*Titre Professionnel d'Assistant de Vie aux Familles*) sont obligatoirement exemptées des épreuves de sélection. Elles sont admises en formation en fonction des possibilités d'accueil de l'institut de formation.

Une seconde catégorie d'élèves fait partie du cursus de formation partielle : ce sont les ASH (*Agents de Services Hospitaliers*) qui se prévalent de trois ans d'expérience

¹³ Article 1^{er} de l'annexe I de l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

¹⁴ Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant.

professionnelle. Cette catégorie bénéficie, après étude de leur dossier de VAE par un jury de professionnels, d'une formation "allégée" sur le plan théorique et pratique. Il est même possible que ces professionnels en VAE ne suivent aucun module, obtenant ainsi leur diplôme d'Etat seulement sur dossier après validation par un jury. La possibilité d'accéder à un diplôme professionnel de soins en tenant compte de leur vécu en milieu hospitalier leur est ainsi offerte, et quelques fois sans contrepartie de réajustement de connaissances ou autre.

Donc, selon leur cursus professionnel antérieur, ces différents professionnels de santé obtiennent le DE d'aide-soignant au même titre que ceux qui ont effectué une formation complète. Ils suivent une formation partielle, n'étant présent que sur certaines unités d'enseignements¹⁵. Ils n'effectuent des stages que dans quelques spécialités qui complètent leur manque dans certaines compétences. C'est une des raisons pour laquelle les professionnels aides-soignantes se posent la question de savoir s'ils doivent considérer ces apprenants particuliers comme des élève AS ou bien comme des stagiaires qui suivent une formation continue. Sachant qu'aucune formation continue ne délivre un diplôme d'Etat. Il est donc primordial que ces cursus partiels soient bien identifiés comme "élève aide-soignant" pour légitimer leur futur statut. Ils ne peuvent se libérer d'une identité professionnelle antérieure attachée à leur ancien métier que s'ils s'approprient leur nouveau statut d'EAS. Il nous semble important que cette déconstruction identitaire, phase essentielle pour la construction d'une nouvelle identité professionnelle, soit intégrée dès leur formation partielle au sein de l'IFAS, et particulièrement durant leur stage.

Cependant, une polémique naît de la légitimité qu'ils ont à obtenir un diplôme alors qu'ils n'ont pas suivi l'ensemble d'une formation professionnalisante. En effet, les aides-soignantes du terrain issues d'une formation classique acceptent mal ces élèves qui arrivent avec un savoir et une pratique qu'elles n'ont pas initiés. Leur encadrement, comme nous le constaterons lors de notre enquête, pose des difficultés en termes d'intégration dans un corps de soignants très attaché à son identité professionnelle. Même au sein des promotions, il y a un clivage observé par les équipes pédagogiques entre EAS en formation complète et EAS en formation partielle.

En résumé, les aides-soignantes estiment que la VAE est un manque de reconnaissance de la valeur de leur DE. Donner la possibilité à des personnes non diplômées, de faire valoir un exercice soignant, accompagné de compétences reconnues, génère en eux un fort sentiment d'injustice et de non protection de leur métier.

¹⁵ Articles 18 et 19 de l'arrêté du 22 octobre 2005

D) Et demain, quelles perspectives ?

L'évolution de la profession et de la formation associée étant souvent questionnée par les professionnels de l'enseignement et du terrain, il nous apparaît intéressant d'envisager ce que serait un avenir dans la réingénierie de ce diplôme d'AS.

Tout d'abord, à l'horizon 2014, l'arrivée du bac professionnel Option « Accompagnant en établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux » bouleverse un peu les acquis d'une profession qui semblait stabilisée dans les grandes orientations. En effet, il semblerait que certaines activités du rôle propre infirmier telles que « *Evaluation de l'urgence de la situation* » ou « *Accompagnement à visée éducative auprès de la personne, de la famille, de son entourage* »¹⁶ sont attribuées en autonomie à de ce nouveau métier. Ces "bacheliers" pro qui auront obtenus leur certification pourront exercer, en structures de soins médicalisées ou à domicile, des soins comparables à ceux qu'exécutent les AS actuellement. Mais comment vont réagir les institutions hospitalière face à l'arrivée sur le marché du travail de ces jeunes professionnels de santé ?

Il se pose alors la question de l'avenir de la filière du DEAS et de la reconnaissance de ce métier dans le domaine sanitaire. Ce bac professionnel aura forcément un impact sur l'évolution du métier et sur le référentiel de formation en IFAS. Y aura-t-il de nouvelles modalités de sélection au concours d'entrée, des dispenses de scolarité ? Devra-t-on envisager des compléments de formation pour les détenteurs de ce "Bac Pro" au même type que les parcours partiels ? Sachant que les étudiants qui auront obtenus ce bac sortiront avec un niveau 4 correspondant, selon la nomenclature des niveaux d'études, au personnel occupant des emplois exigeant une formation du niveau du baccalauréat, devra-t-on faire évoluer à ce niveau 4 le niveau de formation des AS qui est un niveau 5 ? Ce débat a déjà lieu en ce moment entre les associations professionnelles d'aide-soignant, les confédérations nationales telles que le CEFIEC (*Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres*) et le GERACFAS (*Groupement d'Etudes, de Recherches et d'Actions pour la Formation Aide-Soignante*) et les instances et tutelles nationales régissant la profession telles que la DGOS (*Direction Générale de l'Offre de Soins*), les DRJSCS (*Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale*) ou les ARS (*Agence Régionale de Santé*).

Autre réflexion à mener, c'est l'évolution du métier d'aide-soignant en lien avec l'évolution du métier d'infirmière. En effet, avec l'arrivée de nouveaux métiers dans l'organisation des soins et l'organigramme hospitalier qui autorisent les coopérations entre

¹⁶ Annexe I de l'arrêté du 11 mai 2011 portant création de la spécialité « accompagnement, soins et services à la personne », option A « à domicile », option B « en structure », du baccalauréat professionnel et fixant ses modalités de délivrance.

professionnels de santé, l'infirmière va se voir attribuer de nouvelles missions qui ne lui permettront plus d'assurer des activités et des tâches de soins peu complexes. Va-t-on devoir réfléchir à une formation qui permettra un transfert de certains actes du métier d'IDE vers le métier d'AS ? Doit-on se positionner pour reconnaître l'existence d'un rôle propre aux aides-soignantes ? Va-t-il y avoir une redistribution des rôles et des effectifs au sein des équipes de soins en institution hospitalière et, par là même, des passerelles autorisées entre les professions AS et IDE ? Toute cette transformation des professions sanitaires les plus en lien avec la prise en charge des patients va forcément amener les tutelles à repenser les organisations et les filières qui formeront les nouveaux soignants de demain.

En attendant ces futurs bouleversements, la volonté de nos institutions est de bien clarifier la hiérarchie soignante au sein des organisations de soins. Cependant, il convient de s'interroger si ce particularisme d'un métier intermédiaire entre l'agent de service et l'infirmière existe aussi dans d'autres pays.

1.1.3 Regard international sur l'existence d'un métier similaire

Il nous a semblé intéressant, dans ce chapitre, d'ouvrir la vision du métier d'AS au travers des différentes cultures de soins sur le plan international. En effet, un éclairage sur les organisations de soins dans d'autres pays ayant une hiérarchie des personnels bien déterminée permet une comparaison enrichissante sur la spécificité de la profession d'AS en France.

Au regard de la littérature consultée, les études comparatives de milieux hospitaliers sont plus centrées sur des études entre pays européens. Cependant, dans un article¹⁷, on peut souligner une précision concernant le Canada et les Etats-Unis qui indique que le taux d'infirmières diplômées est de 75% des personnels soignants dans ces pays alors qu'il est de 50% en France. Il est interprété que le contexte économique apparaît comme prédominant pour embaucher des professionnels peu qualifiés dans les hôpitaux en France alors qu'aux USA, ils privilégient la compétence diplômée et l'expertise pour les personnels soignants.

Différentes appellations qualifient ce qui est assimilable au métier d'aide-soignant en France : ils sont nommés "auxiliaires familiaux et sanitaires" en Belgique ; "*Krankenpflegehelfer* = infirmier auxiliaire autorisé" en Allemagne ; "*Operatore socio-sanitario* = opérateur socio-sanitaire" en Italie. Pour ce qui est des Pays-Bas, il existe 3

¹⁷ VASSY C. ; « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations » ; Revue française de sociologie, février 1999, n° 40, p. 339.

niveaux de soignants qui ont un rang inférieur à celui d'infirmier : "*zorghulp* = aide-soin, *helpende* = aide-soignant et *verzorgende*= agent de soin". Enfin, en Grande-Bretagne, ils sont appelés "*Healthcare Assistants* = assistants de soins de santé ou *Auxiliary Nurses* = infirmiers auxiliaires"¹⁸.

Dans un premier temps, nous pouvons remarquer qu'un socle commun d'attributions et de responsabilités existe entre les différents pays européens concernant cette profession de subalterne à l'infirmier. En effet, dans la majorité des cas, ce professionnel se doit de contribuer au bien-être et aux besoins premiers des patients et de les aider à conserver une autonomie d'action. Cependant, des différences apparaissent, comme en Allemagne, Pays-Bas et Angleterre, où ces aides-soignantes interviennent sur le plan médical pour assister les infirmiers. Ainsi, ils peuvent mettre en œuvre des instructions médicales simples selon les ordonnances telles qu'administrer des médicaments ou effectuer des pansements type bandage. Ces activités sont du domaine des infirmiers en France et sont sujets à caution lors des glissements de tâches entre les deux catégories de personnels IDE et AS. Nous observons donc qu'un élargissement des compétences est autorisé dans certains pays mais qui correspond à un dépassement de fonction en ce qui concerne les organisations de soins françaises.

Dans un second temps, il apparaît que, quels que soient les pays européens, excepté la Grande-Bretagne, la profession d'aide-soignante est réglementée et légiférée. C'est-à-dire qu'un diplôme, obtenu après une formation minimale d'un an (voire de trois ans au Pays-Bas pour les "agents de soins") est obligatoire pour exercer cette profession, que ce soit dans un établissement de soins ou à domicile. De plus, comme le précise M. DAKHLAOUI : « L'aide-soignant travaille habituellement en collaboration et sous le contrôle d'une infirmière diplômée, du moins pour les situations de soins complexes. Il ne semble pas qu'il y ait de statut de travailleur indépendant. ».¹⁹ En ce qui concerne les britanniques, il faut préciser que, pour les infirmiers, les tâches techniques telles que des injections intraveineuses ou les pansements complexes ne font pas partie de leurs compétences. Ce sont des étudiants en médecine ou des médecins juniors qui ont légalement le droit de les effectuer. Ceci explique sans doute que les infirmiers britanniques participent plus aux tâches dévolues à nos AS françaises, et ne sont donc pas dans une urgence de légalisation des « assistants de soins ».

Nous observons donc que la mise en perspective de cette profession d'AS avec les professions similaires internationales démontre que, dans sa globalité, il y a une

¹⁸ DAKHLAOUI M., « Rapport de recherche bibliographique : l'aide-soignant en Europe », 2005, p. 54.

¹⁹ DAKHLAOUI M., « Rapport de recherche bibliographique : l'aide-soignant en Europe », 2005, p. 57.

reconnaissance statutaire d'un métier intermédiaire sous la responsabilité de l'infirmier. Cependant, selon les études, la division professionnelle semble avoir des conséquences directes sur la nature des relations entre les personnels soignants dans certains pays. Ainsi, comme le signale C. VASSY dans son étude sur les personnels soignants en Europe : « En France, les relations entre les infirmières d'une part, les aides-soignantes et les agents de service hospitalier de l'autre, sont souvent marquées par des conflits autour de la quantité de soins d'hygiène et de confort effectuée par les uns et les autres »²⁰. Est-ce à dire que les missions et les responsabilités dans lesquelles se retrouvent conjointement les aides-soignantes sont parfois source de rivalités dans un service de soins ?

Intéressons-nous maintenant à ce qui constitue une identité professionnelle propre à un métier afin d'apporter un éclairage théorique sur ce qui peut contribuer à la reconnaissance de la profession d'aide-soignante.

1.2 Les déterminants sociologiques de l'appartenance identitaire : éléments de construction d'une profession

1.2.1 La confrontation entre plusieurs identités

Dans ce chapitre, tentons de distinguer ce qui concerne l'identité individuelle de l'identité collective pour tenter de conceptualiser l'identité professionnelle.

Chaque personne se construit selon son histoire personnelle tout au long des événements qui jalonnent son parcours de vie. Ainsi, l'individu se construit en intégrant des connaissances et des expériences qui vont le faire grandir dans un environnement social constitué de règles et de valeurs. Il se constituera ainsi une personnalité propre, une identité à soi qui le caractérisera dans ses choix et ses actions en totale intégration avec le monde qui l'entoure. Parallèlement à cette construction individuelle se développe une appartenance à des identités collectives, c'est-à-dire l'image que nous donnons à voir vis-à-vis d'autrui. Ces identités sociales se constituent au travers des interactions que l'individu entretient avec le système collectif tel que les institutions, le rôle social, le monde professionnel. Ces différentes confrontations avec le milieu social, dans lequel tout un chacun évolue, caractérisent l'implication des acteurs dans une action commune et constituent ainsi leur identité collective.

²⁰ VASSY C. ; « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations » ; Revue française de sociologie, février 1999, n° 40, p. 347.

Insistons aussi sur le fait que la construction de ces deux identités, que M. KADDOURI²¹ nomme aussi "identité héritée" pour l'identité individuelle et "identité visée" pour l'identité collective est un processus dynamique et non statique. Chaque individu, en fonction de l'intégration de nouveaux savoirs, de nouvelles valeurs, de nouvelles expériences modifiera des éléments constitutifs de son identité propre ou sociale. Tout au long de son existence, il fera évoluer, de manière consciente ou non, ce qui le caractérise et le définit, que ce soit pour lui-même ou pour autrui.

Grâce à ces deux identités, l'individu va pouvoir se construire ce que les sociologues appellent "l'identité acquise ou projetée", que nous pouvons traduire par l'identité professionnelle car c'est celle qui s'élabore dans le contexte d'appartenance à un milieu socioprofessionnel défini. Cette identité va se construire en confrontation avec les deux autres. Cette confrontation va ainsi permettre à l'individu, afin de correspondre aux aspirations personnelles et sociales qu'il aura privilégiées, de s'engager dans des processus tels que la formation à un métier, la projection dans un emploi, la motivation à appartenir à un groupe professionnel. Puis, au travers de cette dynamique interactive, la personne va se construire, comme l'analyse C. DUBAR²² : « une identité professionnelle (de métier) en se projetant dans une filière de qualification impliquant des reconnaissances de professionnalités structurantes. ».

Là aussi, soulignons que cette identité est, autant, voire plus que les deux autres, dans un perpétuel mouvement évolutif car elle est alimentée par des rencontres, des expériences et des partages dans un monde institutionnel qui la fait progresser. Mais cette identité professionnelle ne peut que se conforter et s'épanouir que si l'individu se projette dans l'appartenance à un métier et sa reconnaissance dans celui-ci.

En ce qui concerne l'identité professionnelle de l'aide-soignante, elle doit, de plus, intégrer, dans sa construction, la symbolique d'un métier qui agit sur l'humain. Cette dimension humaniste centrée sur le désir de guérir rend d'autant plus forte la volonté et la motivation d'être partie intégrante d'un groupe professionnel à part dans la société. Nous pouvons ajouter que le processus de construction et de développement de leur identité passe, pour les AS, par une réelle reconnaissance de leur nécessité et de leurs compétences par les institutions.

²¹ KADDOURI M., LESPESSAILLES C., MAILLEBOIS M., VASCONSELLOS M., « La question identitaire dans le travail et la formation », Ed. L'Harmattan, Paris, 2008, p. 123.

²² DUBAR C., « La socialisation », Ed. Armand Colin, Paris, 2000, p. 236.

1.2.2 La reconnaissance comme pilier de fondation d'une identité

Abordons donc dans cette partie la question de la reconnaissance soignante qui donne un sens aux actes et aux comportements de ces professionnels du soin que sont les aides-soignantes.

Pour pouvoir se construire au travers l'appartenance à un groupe professionnel, il faut que l'individu soit identifié et reconnu dans le regard de l'autre dans ses domaines de compétences et de qualité au travail. Grâce à l'intégration des codes, des langages et des savoirs professionnels spécifiques, l'AS va petit à petit se sentir appartenir à un groupe institutionnellement reconnu comme participant à l'organisation des soins au sein d'un service. Grâce à cette reconnaissance, le positionnement des AS dans l'organisation des soins autour du patient sera grandement facilité et générateur de motivation à pratiquer son exercice professionnel de manière qualitative. De plus, ce moyen pour accéder à la reconnaissance qu'est l'identification à un groupe fait appel à la notion d'appartenance à une équipe pluridisciplinaire, c'est-à-dire à une référence sociale et surtout professionnelle qui établit des rôles formels. Le repérage des différents rôles de chacun des membres d'une équipe pluridisciplinaire permet de se reconnaître et de se définir les uns par rapport aux autres et ainsi de se construire son identité propre.

Cependant, il faut que cette reconnaissance de l'AS soit faite à l'égard d'un champ de compétences propre à son métier. Or, parfois, les infirmières ont encore tendance à être dans la délégation de tâches envers les AS qui peut s'interpréter comme une réaffirmation de leur identité d'IDE faite de savoirs plus nobles. Seule la valorisation par l'encadrement, donc par l'institution, d'un rôle autonome des AS dans la contribution à la prise en charge globale du patient affirmera la reconnaissance qu'elles attendent. Considérer les aides-soignantes comme des acteurs essentiels dans le maintien et la restauration de l'autonomie et du bien-être de la personne malade, par des soins autant physiques que relationnels, voilà ce qui aura un effet valorisant du métier qu'elles exercent. Ce postulat est rappelé par F. OSTY qui écrit : « L'accès à la reconnaissance d'une dynamique sociale de métier correspond à la quête d'une légitimation de pratiques autonomes. »²³

Au final, l'identité professionnelle de l'aide-soignante va devoir, pour se construire, s'articuler entre la satisfaction du besoin de reconnaissance de son rôle de soignant par autrui, et la nécessité de donner un sens à son métier afin d'y trouver un plaisir à l'exercer, en totale cohérence avec ses aspirations propres. Cette identité sera d'autant

²³ OSTY F., « Le désir de métier : Engagement, identité et reconnaissance au travail », Ed. Presse Universitaire de Rennes, Rennes, 2003, p. 204.

plus consolidée qu'elle sera intégrative des valeurs professionnelles qui caractérisent la fonction de soignant.

Intéressons-nous maintenant à la notion de professionnalisation en lien avec les compétences, dans son acceptation sociale où l'acteur de soins professionnalisé sera celui qui : « auto-évalue en permanence sa pratique, sans l'arrêter, au cours de l'acte même, en continu, qui s'oriente dans le faisable à partir de possibles identifiés tels les valeurs professionnelles. ».²⁴

1.2.3 Les compétences professionnelles : levier majeur de professionnalisation et d'intégration identitaire

La notion de compétence, difficile à cerner, en témoigne les innombrables ouvrages et écrits qui lui ont été consacrés, peut se définir dans sa dimension de connaissances théoriques et pratiques approfondies qui confère à l'aide-soignante le droit d'appartenance à une identité "métier", la déclarant légitime dans sa volonté d'être reconnue professionnellement.

Etymologiquement, le terme compétence vient du latin "*competens*" qui signifie : « ce qui va avec, ce qui est adapté à ». La définition basique du dictionnaire Petit Robert désigne le mot compétence comme « une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières. ».

Cette définition généraliste demande d'affiner la notion de compétence comme étant plus particulièrement liée au développement de capacités apprises et acquises par le biais de formations initiales et continues. En effet, l'aide-soignante poursuivra une progression tout au long de sa carrière qui lui permettra d'assimiler et de comparer ses connaissances théoriques et l'application pratique de celles-ci. Il s'ensuivra, au bout d'un certain temps d'exercice, un certain recul et la possibilité pour elle d'avoir un jugement critique en matière de soins de bonne qualité ou de comportement professionnel. C'est-à-dire évaluer son travail pour voir s'il répond à ses valeurs personnelles et professionnelles ou, au contraire, voir s'il a plutôt tendance à s'en éloigner. Ainsi, suivant le contexte dans lequel l'AS évolue, un écart va se former entre ce qui est appris en formation et ce qui est exigé dans la situation de travail. Ce différentiel progressif entre ce qui est communément appelé le "prescrit" et "le réel", autrement dit la théorie et la pratique, va permettre de stabiliser des compétences dans le but de se professionnaliser dans la fonction d'AS.

²⁴ VIAL M, « Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser », Soins Cadres, février 2005, n° 53, pp. 33-35.

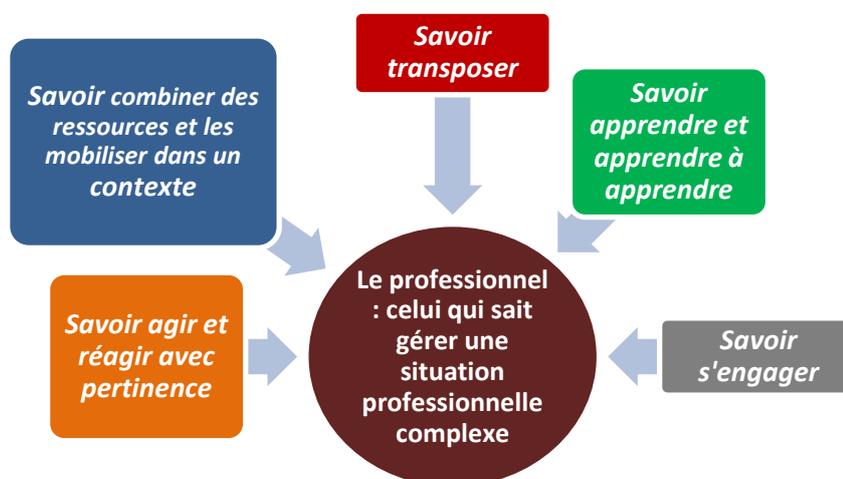
Rappelons que la formation des AS, depuis le décret d'octobre 2005, est ancrée dans un schéma d'approche par compétences. Cette formation en alternance, espace de transition professionnelle indispensable, va permettre à l'élève aide-soignante de s'interroger et de confronter ses savoirs en les comparant, durant les stages, aux attitudes et aux valeurs des professionnels de terrain. C'est de cette analyse réflexive que l'EAS, aidée dans cette démarche par les équipes pédagogiques, va se constituer un champ de compétences qui lui permettra de construire et de développer son identité professionnelle. Mais, pour ce faire, il est nécessaire de favoriser et valoriser cet apprentissage alternatif car, comme le souligne M. KADDOURI : « La qualité de l'intégration des stagiaires est l'une des conditions essentielles qui, au côté de l'orientation et des projets professionnels, agit de façon forte sur le processus de construction de l'identité professionnelle des jeunes. »²⁵.

Par la suite, l'AS va chercher à optimiser ses compétences et à les adapter selon le milieu où elle sera confrontée en tant que professionnelle de santé. Elle arrivera ainsi à un niveau de qualification qui lui est propre et individuel et qui sera en lien avec son domaine de compétences. Comme le souligne Y. SCHWARTZ : « Il y a de multiples manières d'être qualifié pour une même branche ou un même cas de figure. Mais dans la mesure où la compétence inclut cette gestion surdéterminée contraignant chacun à des choix, implicites ou explicites, de soi-même ou des autres, la qualification n'est pas indépendante des normes et des valeurs desquelles chaque individu hiérarchise les actes et les investissements de sa vie professionnelle. »²⁶. Ainsi, on observe en tout état de cause que les compétences de l'aide-soignante se forment et se transforment au travers des rapports qu'il établit avec ses activités de soignante. Elle emmagasine des attitudes et comportements, des aptitudes, des expériences. Autant de sources d'apprentissage qui, si elles sont bien analysées, vont lui permettre de comprendre de manière intuitive chaque situation et ainsi de posséder des réflexes et des habitudes qui lui seront propres. Ce savoir acquis et hétérogène va lui permettre d'utiliser des outils professionnels transférables et d'obtenir ainsi une certaine performance dans son activité quotidienne.

²⁵ KADDOURI M., LESPESSAILLES C., MAILLEBOIS M., VASCONSELLOS M., « La question identitaire dans le travail et la formation », Ed. L'Harmattan, Paris, 2008, p. 181.

²⁶ Y. SCHWARTZ, « De la qualification à la compétence », Education Permanente n° 123, février 1995, p. 134.

De là va aboutir l'aspect de professionnalisation du métier que l'on peut résumer à un schéma emprunté à G. LE BOTERF²⁷ :



Comme nous venons de le démontrer, la compétence professionnelle de l'aide-soignante va donc déterminer un processus d'identification et de professionnalisation. Cependant, l'identité de ce corps professionnel avec ses valeurs, son appartenance à un groupe bien différencié, sa construction évolutive, va induire une exigence de reconnaissance de la part de l'AS qu'il va falloir structurer et accompagner tout au long de son parcours "métier". Nous pensons que cet accompagnement doit débuter dès sa formation initiale qui « instaure une dynamique de questionnement de sens, une remise en cause de ses propres savoirs, une création de liens entre différents concepts »²⁸, et se poursuivre dès les premiers pas de l'aide-soignante en tant que jeune professionnelle.

Après avoir conceptualisé ce que l'identité professionnelle représente au sens théorique et sociologique du terme, attachons-nous à rendre compte de la réalité pratique du ressenti et des réflexions des professionnels concernés par notre objet de recherche.

²⁷ G. LE BOTERF, « De la compétence à la navigation professionnelle », Les éditions d'organisation, Paris, 1998, p. 93.

²⁸ NEULAT P, « Accompagner le processus de professionnalisation », Objectif Soins, janvier 2006, n° 142, p. 19.

2 Le travail d'enquête et son analyse comme éléments de réponse aux interrogations

2.1 L'investigation du thème du mémoire

2.1.1 L'objet de la recherche

Rappelons que le véritable objet de cette recherche est essentiellement centré sur la problématique que pose l'identité professionnelle pour les aides-soignantes, de sa construction à travers leur parcours d'apprentissage au sein des IFAS et de la confrontation au monde professionnalisé du terrain, à sa reconnaissance à travers l'idée qu'elles représentent des professionnelles de santé indispensables dans une organisation des soins.

L'enquête effectuée avait pour principaux objectifs de :

- repérer les caractéristiques propres qui identifient le métier d'aide-soignant au sein des organisations de soins,
- identifier les difficultés ou les facilités pour que des élèves aides-soignantes se construisent une identité professionnelle,
- déterminer l'existence de pratiques d'encadrement propice à l'expression identitaire des futurs professionnels AS,
- définir le rôle et le ressenti de l'équipe d'encadrement concernant les intégrations identitaires du métier d'aide-soignant.

Il était important de pouvoir lister ces objectifs afin de choisir l'outil le plus pertinent pour enquêter auprès des populations concernées.

2.1.2 La méthodologie privilégiée

En amont de l'élaboration finale de ce mémoire, il a été effectué un travail de recherche afin de bien définir les enjeux de l'enquête. Ce travail a pu se réaliser grâce, tout d'abord, à une recherche bibliographique et documentaire étayée sur les thèmes de l'identité professionnelle et ses concepts, de la psychosociologie du travail en milieu hospitalier et des processus de formations. Puis, quelques entretiens exploratoires auprès de professionnels concernés ont permis, par leurs témoignages, de bien cerner les orientations à privilégier lors de l'étude.

Très rapidement, le choix de conduites d'entretiens semi-directifs s'est imposé comme la méthode d'enquête qualitative à privilégier. Malgré le risque de subjectivité dans les discours recueillis (source d'association d'idées à exploiter), l'intérêt de cette méthode d'enquête se situe dans l'analyse à posteriori des "matériaux" révélés. Les interviewés, au travers du récit de leurs expériences, de leurs systèmes de valeurs et de leurs ressentis face au thème de la reconnaissance identitaire du métier d'AS, ont ainsi fourni la matière nécessaire à l'illustration de la réalité de la profession, tant en institution que dans sa formation. Nous avons su donner, par des questions "guides" ouvertes, assez de liberté aux enquêtés pour qu'ils puissent parler ouvertement des thèmes recherchés et dans l'ordre qui leur convenait.

Après avoir élaboré des grilles d'entretiens avec ces questions ouvertes légèrement différentes en fonction du public interrogé, nous avons conduit 17 entretiens sur des sites différents tels que :

- deux établissements : un hôpital de 450 lits MCO en Rhône-Alpes et un de 880 lits MCO en région Provence-Alpes-Côte d'Azur,
- trois IFAS : deux en région Rhône-Alpes et un en région parisienne,
- la DGOS (*Direction Générale de l'Offre de Soins*) située à Paris.

Ces entretiens se sont déroulés auprès de :

- quatre EAS sur deux IFAS,
- trois AS : une travaillant en service d'hospitalisation de jour, une dans un service de chirurgie viscérale et une dans un service de médecine cardiologique,
- une IDE d'un service de médecine générale,
- trois CS (*Cadres de Santé*) de service de soins : une CSS (*Cadre Supérieure de Santé*) responsable d'un pôle de médecine, une CS de chirurgie gynécologique et une CS de médecine oncologique
- quatre CS formateurs sur trois IFAS,
- une Directrice des Soins détachée à la DGOS sur la réingénierie des formations paramédicales,

A ces entretiens effectués en vis-à-vis avec les personnes s'ajoute un entretien téléphonique auprès d'une Directrice des Soins d'IFAS qui occupe un poste de responsabilité au sein du GERACFAS.

2.1.3 Les facilités et les limites de l'enquête

Tout d'abord, il faut souligner la grande disponibilité des personnes interrogées qui, après une prise de rendez-vous formalisé, ont accepté de consacrer un temps, en

dehors de leurs obligations professionnelles, pour répondre sereinement à nos questions. La durée moyenne du déroulement de l'entretien était de 45 minutes.

La richesse des réflexions apportées en réponse aux questions du guide d'entretien a été également un atout. L'expérience acquise durant leurs divers parcours professionnels, la maturité et le recul avec lesquels elles analysaient le thème d'une construction identitaire aide-soignante ont nourri ce travail de recherche. Quelles que soient leurs fonctions, ces professionnelles de santé ont apporté une approche réflexive sur la question de l'identité professionnelle qui a permis d'infirmer ou de confirmer certaines idées et hypothèses préétablies au départ de ce mémoire.

Une des limites de cette méthodologie d'entretien réside dans la subjectivité des réponses qui ont demandé d'adopter une certaine prise de distance. En effet, les réponses entendues tenaient compte de leur ressenti en tant qu'anciennes ou futures professionnelles face à des situations vécues qui ne représentent pas le comportement général d'une corporation soignante. Cela amenait certaines dérives telles que des réponses qui tenaient plus lieu d'une défense militante d'une profession d'aide-soignante supposée en danger que d'une réelle objectivité quant à la réalité de la reconnaissance apportée à ce métier. Cependant, notre modeste travail de chercheur demande de prendre en compte ces biais que sont les affects professionnels.

Une autre limite qui n'a pas permis une vision exhaustive du thème enquêté est le temps imparti. En effet, la chronologie de la charge de travail nous imposait de ne réserver que quelques semaines pour effectuer les entretiens. Les distances entre les différents lieux d'enquête ainsi que la disponibilité des interviewés soumis à des contraintes de temps ont demandé d'identifier un panel restreint le plus représentatif possible.

Enfin, nous avons délibérément limité l'entretien à une seule infirmière car l'un des thèmes central du travail est en lien avec l'encadrement des élèves aides-soignantes pour lesquels elles interviennent que très peu. Tout comme elles sont aussi peu présentes dans l'accompagnement des premiers pas des jeunes professionnels AS. Le fait de n'interroger qu'une seule personne faisant partie du corps professionnel infirmier a limité la réflexion de cette corporation sur la conception d'une identité professionnelle aide-soignante. Cependant, Il nous semblait intéressant d'avoir ses représentations sur la place qu'elle donne à ses collègues AS.

2.2 Les résultats et l'analyse de l'enquête

2.2.1 La technique de l'analyse des entretiens

Nous avons réalisé plusieurs entretiens pour cerner la thématique de la construction identitaire des professionnelles aides-soignantes. Réalisés auprès de professionnels dirigeants, encadrants et exécutants, les réponses étaient en lien avec leur représentation du métier d'aide-soignant. Les questions portaient essentiellement sur le déroulement et les difficultés concernant les enseignements et les encadrements, la différenciation supposée ou avérée entre des formalisations de l'encadrement des stagiaires, les attentes quant à ces encadrements des EAS, les perspectives de reconnaissance des jeunes professionnels AS et enfin leur réflexion sur l'évolution possible du métier aide-soignant.

Pour l'analyse, nous avons construit une grille qui reprenait les thématiques et les concepts principaux en lien avec la construction et la reconnaissance d'une identité professionnelle. Cette grille a permis la mise en perspective des principaux thèmes recherchés avec les propos des différents interviewés. Ces thèmes étaient déclinés en 4 grands thèmes principaux, eux-mêmes subdivisés en sous-thèmes. C'est-à-dire :

- l'identité professionnelle avec comme sous-thèmes : la reconnaissance du métier et des compétences, l'organisation des soins, la relation avec le patient et l'implication dans l'institution,
- l'encadrement avec comme sous-thèmes : le tutorat, les objectifs et l'organisation de stages, les outils d'encadrement,
- la particularité des cursus partiels avec comme sous-thèmes : l'encadrement et la notion identitaire
- la collaboration Institution Hospitalière/IFAS avec comme sous-thèmes : les liens avec les formateurs et la participation à des activités au sein de l'IFAS,
- l'évolution du métier aide-soignant avec comme sous-thèmes : la coordination hôpital/IFAS et l'encadrement/accompagnement

Une fois les entretiens retranscrits dans ces grilles, une lecture en transversal s'est effectuée qui permettait de rassembler les réflexions évoquées par les différentes catégories professionnelles interviewées et qui pointait les différences et les similitudes selon les thématiques interrogées. Une synthèse fut réalisée et a été confrontée aux différentes hypothèses envisagées afin de voir s'il y avait une mise en exergue d'éléments concordants pouvant orienter des réponses.

2.2.2 Les résultats analysés des entretiens

Comme méthodologie pour la restitution des idées des entretiens, nous avons adopté, pour une meilleure lecture dans la fluidité des réflexions amenées, d'associer la retranscription des propos à une analyse argumentée en corrélation avec les concepts évoqués.

A) *L'identité professionnelle de l'AS*

a) *La reconnaissance d'une identité : consensus commun*

L'un des premiers thèmes exploré au travers des entretiens était la possible reconnaissance d'une profession aide-soignante intégrative d'une identité.

Tout d'abord, sur les trois professionnelles aides-soignantes interrogées, nous constatons qu'elles ont pleinement conscience d'avoir intégré une corporation de soignant pour laquelle elles sont clairement reconnues dans le système hiérarchique et organisationnel de l'hôpital. Elles insistent sur leur place au sein d'une équipe, l'une d'elle déclare : « *au moment des transmissions, on est toutes ensemble et chacun peut s'exprimer. On a aussi l'écoute des médecins et on fait la visite avec eux en compagnie de l'IDE et de la CS. C'est un énorme avantage cette organisation.* ». L'infirmière ajoute que la participation des AS aux transmissions et aux visites « *leur permet de connaître ce qui a été dit au patient et de reprendre avec lui ce qui avait été dit. Ça les intègre dans la vie de l'équipe et ce n'est pas si chronophage que ça.* ». Nous voyons donc, à travers ces témoignages, que la notion d'appartenance à une équipe fait partie de la reconnaissance de la profession.

Cependant, une Cadre de Santé précise que « *le CS doit jouer un grand rôle dans le fait que l'AS fait partie de l'équipe et doit être respectée au même titre que les autres. Son rôle d'intégration est important.* ». Ainsi, on retrouve bien le concept sociologique qui veut que la construction de l'identité professionnelle s'élabore dans la reconnaissance par autrui, ici par la hiérarchie, de la valeur et de l'utilité de l'acteur soignant qu'est l'AS dans le système hospitalier. Une Directrice des Soins insiste dans cette voie en déclarant que « *la place de chaque acteur est importante dans les soins prodigués... chacun mérite considération dans ce qu'il peut apporter dans la prise en charge. L'organisation des soins n'est pas que médicale ou infirmière comme schématiquement on le croit. Les AS se vivent souvent comme un groupe professionnel reconnu selon les organisations et ce n'est pas sûr que ce soit par le binôme IDE-AS que vient cette reconnaissance.* ». Cette

précision apportée dans les propos de cette directrice est intéressante. Elle précise que l'aide-soignante est un personnel reconnu comme un individu autonome avec ses propres valeurs plutôt que comme une adjointe à l'IDE. D'ailleurs, l'infirmière interrogée explique que « *les AS voudraient se voir reconnaître des compétences propres et non pas dépendantes des IDE. La reconnaissance propre du groupe AS en tant que tel est mieux que le lien de subordination entrevu dans le binôme IDE-AS. Il faudrait parler d'un temps commun de travail plutôt que de travail en binôme.* ».

Quand on interroge les élèves aides-soignantes sur la notion de l'identité professionnelle de l'AS et comment elles sont en train de la construire, l'idée de modèle de référence se fait jour. Durant les stages, où elles se confrontent aux professionnels de terrain qui vont leur apprendre les gestes et techniques en lien avec l'acquisition des compétences propres au métier, elles observent leurs futures collègues d'un œil critique plus ou moins positif. L'une d'elle déclare : « *lors des stages, il y a des modèles qui nous aident à nous construire dans le technique et le relationnel. Mais il y a aussi des contre-modèles (blasée, burn-out) qui ne valorisent pas l'image de l'AS.* ». Une autre nous avoue que « *certaines professionnelles nous confient que l'on n'a pas choisi le bon métier, "c'est un métier où on a les mains dans la m..." disent-elles. Ces professionnelles parlent aussi d'un manque de reconnaissance.* ».

Cela nous ramène à ce qui était évoqué plus haut, dans la partie conceptuelle, à savoir que l'identification à un groupe professionnel reconnu avec ses codes et ses normes est indispensable pour pouvoir atteindre le statut de métier d'aide-soignant. La construction de cette identité d'AS, qui débute dès la formation, demande de comparer ses valeurs et convictions personnelles aux valeurs professionnelles véhiculées par les aides-soignantes du terrain. La réflexion des EAS peut s'analyser par une volonté de faire partie d'une profession valorisante et correspondant à un certain "idéal" soignant. Mais elles se sentent trahies et blessées lorsqu'elles rencontrent des AS qui ne correspondent pas à cette image. Comme le rappelle C. DUBAR : « L'identification sociale des individus en formation relève bien d'une logique de la "frustration relative" : se comparant aux membres de leur entourage dotés d'un statut social plus élevé, ils se forment une identité non pas à partir de leur "groupe d'appartenance", mais par identification à un "groupe de référence" auquel ils souhaiteraient appartenir dans l'avenir et par rapport auquel ils se sentent frustrés. »²⁹. On retrouve donc bien ce processus, qu'il appelle "socialisation professionnelle", dans les propos recueillis lors des entretiens.

²⁹ DUBAR C., « La socialisation », Ed. Armand Colin, Paris, 2000, p. 140.

b) Des compétences reconnues comme vecteur de motivation

La valorisation de leur professionnalisme apparaît comme une notion importante dans le vécu des AS. Elles se sentent mieux considérées si elles démontrent des compétences soignantes qui s'affirment dans leur expertise en soins de confort et soins relationnels qu'elles souhaiteraient voir reconnu à sa juste valeur dans la qualité de la prise en charge des patients. L'une d'elle admet que *« on est un peu démotivée. La place de l'AS dans des services est importante mais peu valorisée. Souvent, la technicité prime plus que le confort des patients alors que pour moi, c'est aussi important. »*. Même analyse du côté des élèves AS qui, lors des stages, observent que leurs futures collègues sont amères et démotivées de ne pas être reconnues pour leur capacité à prendre en charge des patients dans la limite de leurs compétences. L'une d'elle affirme que *« le métier est connu mais pas forcément reconnu alors que l'importance est haute. Cela entraîne une démotivation, un manque d'investissement, une perte des informations, voir ne pas pouvoir participer à une réflexion car nous sommes brimées par des CS ou des médecins. »*.

Pourtant, il semble qu'institutionnellement, la vision de la réelle plus-value que représente ce professionnel de soins est acquise au niveau de l'encadrement. Une DS pense même que *« ce sont les professionnels de santé qui passent le plus de temps auprès des patients, ce qui représente un élément essentiel dans la qualité, la sécurité et l'organisation des soins. C'est une charnière mais comme elles travaillent sous la responsabilité des IDE, elles pourraient paraître secondaires. Or elles ne le sont certes pas ! »*. Tandis qu'une Cadre de Santé Formatrice ajoute que, à propos de leurs compétences : *« les AS ont leur champ de compétences propre, un rôle autre que celui de délégué, ce qui représente une valorisation et un crédit de leur métier car elles sont autonomes sur certaines prises en charge de patients dépendants. »*.

Il existe donc une différence d'appréciation de la reconnaissance de compétences entre les professionnels AS et leur hiérarchie. De ce fait, à la question de savoir sur quel champ de compétences l'aide-soignante a un rôle reconnu, chaque catégorie professionnelle interrogée a défini, outre les soins de confort, d'autres missions attribuées aux AS. Les formatrices reconnaissent leur compétence dans l'éducation thérapeutique, les accompagnements de fin de vie. Pour les Cadres de Santé du terrain, c'est l'écoute et la qualité relationnelle pertinente avec le malade. Les Directions des Soins valorisent leur réflexion sur la surveillance de l'état général du patient et les reconnaissent comme le premier niveau d'alerte pour des événements porteurs de risques. Enfin, les AS elles-

mêmes se trouvent compétentes dans la surveillance des thérapeutiques administrées, des régimes, de l'état cutané.

Un autre aspect évoqué pour illustrer cette thématique de la reconnaissance des compétences est le manque de valorisation de la parole "aide-soignante" dans la communication au sein des équipes de soins. C'est ce qui est reconnu par une AS lorsqu'elle déclare : *« ça a changé ces dernières années en terme de reconnaissance institutionnelle. On se sent un peu délaissées et moins sollicitées pour des réflexions en équipe, du médecin à l'ASH. On s'exprime moins dans la communication. »*. Pourtant, une CS admet que *« c'est le travail de l'encadrement de laisser la parole à tout le monde car, en fonction des personnalités, il y a des professionnels qui s'expriment moins. C'est une dynamique d'équipe et de collectif de travail à créer. »*.

D'autre part, il semblerait que l'une des solutions pour que cette reconnaissance des compétences s'affirme de manière objective soit de passer par l'utilisation des outils de transmissions. Que ce soit du côté des professionnels, voire des élèves, comme du côté de l'encadrement, la traçabilité écrite de leurs actions, témoignage de la réalisation de leurs compétences, reste un écueil pour nombre d'entre elles. Lorsqu'une cadre de proximité déclare que *« c'est aussi une catégorie professionnelle paradoxale : quand on valorise l'importance de leur compétence (ex : transmission ciblée), elles ont une réticence avec l'écrit. Il y a l'aspect instruction qui fait qu'elles ne veulent pas se confronter à l'écriture de peur d'être jugées. Celles qui ont de l'instruction ne le font pas car c'est la solution de facilité : pas le temps, rébarbatif, préfère la pause-café. »*. Une autre ajoute : *« la communication se fait par le dossier de soins mais les AS ont un rapport à l'écrit difficile. »*. Une formatrice renchérit en affirmant : *« j'ai le sentiment que les AS sont beaucoup dans l'oralité. On transmet oralement des savoirs. Or, il faut garder des traces d'apprentissage qui obligent à faire l'effort d'écrire. Sans stigmatiser, alors que la population AS a tendance à rester dans l'oralité, il faut les habituer à l'écrit. »*. Du côté des aides-soignantes ou élèves aides-soignantes, même constat. Une EAS dit que *« les compétences sont aussi reconnues dans les transmissions écrites, or on voit peu nos référents en stage faire des transmissions ciblées alors qu'on nous forme pour ça à l'IFAS. »*. Une AS appuie ce constat en déclarant : *« on ne fait pas assez de transmissions écrites. On marque le technique mais le relationnel trop peu. On est jugé souvent sur ce qu'on écrit et ça freine les volontés. C'est frustrant ! »*. Ainsi donc, le rapport à l'écrit difficile et mal aisé de cette catégorie professionnelle que représente les AS serait un frein pour pouvoir bénéficier d'une pleine reconnaissance de ses compétences.

Nous avons vu, dans la 1^{ère} partie, que l'acquisition et la reconnaissance des compétences participent à la construction d'une identité professionnelle. Il semblerait, à la lumière des propos rapportés, qu'une mobilisation des ressources humaines et organisationnelles favorise cette acquisition des compétences. S'il semble évident que les compétences ne s'observent qu'en situation d'exercice professionnel, la vision d'un manque de reconnaissance, ressenti par les AS, ne semble pas partagée par les professionnels de l'encadrement et de la formation.

c) *La reconnaissance de la valeur professionnelle des AS par les patients*

Tout au long des entretiens, il nous apparaissait que le dénominateur commun sur lequel tous les professionnels interrogés s'accordaient était la reconnaissance que des patients accordaient aux aides-soignantes. Le regard que porte le malade sur le professionnalisme des AS représente un axe fort autour duquel celle-ci peut se construire et confirmer une identité professionnelle reconnue. Elles placent d'ailleurs le patient au centre de leur pratique et comme un des seuls facteurs de motivation à exercer ce métier : « *on est reconnu par les patients et c'est l'essentiel.* » affirme l'une d'elle, tandis qu'une autre rajoute : « *nous sommes les professionnels qui ont le plus de contact avec les gens. Notre rôle est autant important dans l'accueil du patient que dans celui des accompagnants. On peut ainsi arriver à déstresser un peu des situations.* ». Du côté de l'encadrement, les cadres de proximités reconnaissent l'apport important d'un tel professionnel dans la relation avec le patient. L'une d'elle dit que « *c'est le professionnel qui est au plus près du patient et des familles. Elle est très bien perçue par les patients car elle n'arrive pas avec des gestes invasifs mais vient pour lui faire des gestes de confort, prend du temps car a plus de disponibilité et lui apporte un bien être. Elle annonce rarement des mauvaises nouvelles mais est là pour apaiser, réconforter, aider.* ». Une autre réflexion, venant d'une infirmière, amène l'idée que l'AS reste dans la continuité du travail de l'IDE et que, de plus, « *elles sont les porte-paroles de nos patients et nous transmettent des informations en temps réel.* ».

Cette importance de la parole du patient et de sa considération du personnel AS semble lui conférer un rôle social dans l'institution hospitalière. L'aide-soignante est le professionnel de soins qui est le plus à l'écoute des besoins et du ressenti de la personne soignée. Une Directrice des Soins illustre ce rôle d'importance en ces termes : « *la proximité qu'elles ont avec les patients en font des acteurs professionnels qui sont les plus à même de repérer ce qui peut être un élément porteur de risque pour la prise en charge du patient.* ».

Nous pouvons analyser cette importance du rapport au patient comme étant le champ qu'investissent prioritairement les professionnelles AS pour se faire reconnaître comme acteur majeur de la prise en charge des personnes soignées. Cette compétence relationnelle se développe exclusivement sur le lieu de travail et est conceptualisée dans le cadre de la formation en IFAS. Ce "savoir profane" qu'est le "savoir juger", comme le qualifie A.M. ARBORIO, est un élément indispensable au fonctionnement de l'institution hospitalière. Cette sociologue rajoute d'ailleurs que « ce "savoir juger" des besoins du malade que l'AS réfère à leur statut social, sorte de savoir lire le "social", ne sert pas seulement à prévenir les besoins du malade ; il sert aussi à anticiper et à réguler la charge de travail pour le collectif paramédical. (...) Cette compétence spécifique en terme d'expertise sociale, est une ressource accessible à l'aide-soignante pour se valoriser, du fait de sa position d'observateur privilégié des priorités sociales du patient et de son contact, plus ou moins proche mais permanent, avec des personnels de statut divers, de l'agent de service au médecin. »³⁰. Nous pouvons donc en déduire qu'au travers de ce statut d'experte en relationnel, l'aide-soignante a investigué un champ de compétence qui lui permet de conforter son identité professionnelle.

B) L'encadrement dans la formation en alternance de l'aide-soignante

a) L'existence d'un tutorat remis en question

Il semblerait, à la lecture des réponses sur la question du tutorat, que celui-ci soit peu, voire pas formalisé dans les terrains de stage. Cela semble dépendre des différentes volontés de l'encadrement de proximité, c'est-à-dire les cadres de santé d'unité, d'attribuer une référente de stage à l'élève durant son apprentissage clinique. Une CS défend sa position de ne pas positionner de tutrice car « *l'expérience m'a montré que lorsqu'il y en a une, l'EAS ne va qu'avec sa référente et ne se nourrit pas de la richesse des autres.* » tandis que deux de ses collègues, au contraire, ont désigné un professionnel responsable de l'encadrement : « *je fais un planning aux EAS avec l'AS référente qu'elle va suivre pour obliger aussi l'AS à être concernée par l'encadrement. Malgré tout, il y a des AS qui occultent cette règle. Maintenant, je désigne une référente pour toute la durée du stage qui réalise le bilan avec moi. Il faut cependant que le niveau d'exigence s'adapte en fonction des EAS.* » dit l'une. Une autre appuie : « *des tuteurs ont été définis. Des AS ont été en formation sur le tutorat des EAS et des objectifs ont été définis mais ce travail n'a pas été fait en lien avec l'IFAS.* ».

³⁰ ARBORIO A.M. ; « Savoir profane et expertise sociale : les aides-soignantes dans l'institution hospitalière » ; *Genèse* n° 22, mars 1996, p. 92 & 105.

Sur ce sujet, la position des formateurs est nuancée : *« le tutorat AS existe dans les textes mais n'est pas forcément mis en place, si ce n'est dans le secteur psychiatrie. Mais il faut réfléchir sur ce que ça implique sur la qualité de l'encadrement et la teneur des résultats de l'apprentissage de l'EAS. »*. Ainsi, les pédagogues ont du mal à se déterminer sur la pertinence de désigner ou non un référent tout le long du stage dans les unités. Du côté des élèves, la demande d'avoir un tuteur semble être justifié pour obtenir une garantie d'optimiser le stage. L'une d'elle déclare : *« dans un stage, j'ai eu une référente où j'ai pris entièrement son roulement et l'encadrement est tout autre en terme de qualité. C'est important en termes de confiance. »*. Pour une autre, la formule du tutorat reste à optimiser lorsqu'elle révèle que *« dans certains lieu de stage, il y a des référents AS mais ils sont souvent prévenus le jour même de notre arrivée. C'est très utile d'avoir quelqu'un à qui se référer. Le problème, c'est qu'on n'a pas les mêmes plannings qu'eux et on n'a pas les mêmes horaires du service. »*. Les professionnelles de terrain qui encadrent ces élèves ont bien conscience de la plus-value que représente une tutrice puisque, selon elles, *« l'accueil est essentiel. On est là pour les aider, pour leur expliquer leur futur métier car c'est l'avenir et c'est elles qui nous soigneront demain.(...) Le bémol, c'est qu'il y a peu de suivi entre collègues lorsque l'EAS change de tuteur, et c'est dommage. »*.

Finalement, quand on écoute la DS qui est responsable de la réingénierie des formations, elle voit un double avantage à désigner un tuteur de stage pour l'encadrement des élèves AS : celui d'une meilleure acquisition des compétences pour l'élève et celui de valoriser le travail des AS dans l'encadrement de ses collègues de demain : *« les AS tutrices pourront elles-mêmes évaluer leurs compétences et dans le cadre de leur évaluation annuelle, il y aura forcément une mise en avant de cette reconnaissance de la capacité à pouvoir accompagner des futurs professionnels. »*. Cependant, pour cette Directrice, c'est une erreur de ne pas avoir insisté sur la formation à la logique de compétences pour les AS, comme cela a été fait pour les IDE car, comme nous le confirme l'infirmière interrogée : *« les AS ont le sentiment de ne pas avoir été traitée de la même manière que nous, les IDE, lorsqu'on était étudiant. »*.

En résumé, si tous s'accordent à reconnaître la valeur d'avoir un pair référent pour les apprenantes aides-soignantes, la mise en place de ce personnel dédié n'est pas entrée dans les habitudes des organisations. On peut supposer que les Cadres de Santé, soumises à des contraintes de redéploiement de personnels et de réorganisation des équipes, dans le contexte de gouvernance hospitalière qui se veut médico-économique, ne se sont pas fixées comme prioritaire l'encadrement de stagiaires. Or, si l'on revient à l'idée que l'une des bases de la construction d'une identité professionnelle, c'est de

pouvoir se référer à un modèle du groupe professionnel que l'on va intégrer, la présence d'un tuteur semble un élément constructif pour les élèves.

b) Des objectifs de stage peu identifiés

A chaque début de stage, l'EAS se doit d'avoir préparé et de présenter aux professionnels qui vont l'encadrer des objectifs à atteindre pour acquérir des compétences manquantes ou à développer. Cela permet aussi au terrain de stage de réaliser un accompagnement personnalisé de l'apprenant afin d'enrichir ses connaissances pratiques. Au niveau de la pédagogie, nul doute que la construction d'objectifs pertinents est enseignée, mais seulement lors des premiers stages : « *pour les objectifs, on les contrôle lors du 1^{er} stage et si, à la suite de ce premier stage, un EAS doit avoir des objectifs particuliers en lien avec des difficultés, on lui fait formuler pour les autres stages.* » déclare une formatrice. Une autre ajoute que « *les objectifs de stages sont en général formulés durant le stage, une fois qu'ils ont découvert le service. L'EAS doit venir avec des objectifs personnels mais ils ne sont pas relus par les formateurs. On leur laisse du temps pour les construire.* ».

Cependant, malgré cette possibilité de mieux orienter l'encadrement des EAS qui, comme le confirme l'une d'elle « *permettent d'adapter les compétences (ex : relationnel en psy).* », les élèves nous disent que « *il y a des stages où nos objectifs sont demandés et d'autres ignorés ou pas demandés. (...) On doit montrer aux autres professionnels qui on est et pourquoi on est là. Certains posent des questions et d'autres non. Des terrains de stage ne demandent pas les objectifs de stage.* ». Ceci est confirmé par les professionnels AS qui les accueillent, mais qui renvoient la faute sur les stagiaires : « *normalement, les objectifs sont demandés par la CS mais pas obligatoire d'après l'IFAS. Mais beaucoup ne l'ont pas. (...) On ne sait pas souvent leurs objectifs de stage et c'est dommage. On se concerte entre professionnels pour voir l'évolution de l'EAS.* ».

Quant aux cadres, certains y sont attachés : « *je fais un bilan de mi-stage pour recueillir des infos sur comment il se sent et si le stage correspond à ce qu'il venait chercher. On revoit aussi les objectifs que l'EAS s'était posés afin qu'il soit acteur de son stage. S'ils sont validés, ils en posent d'autres. Sinon on essaye de comprendre pourquoi ce n'est pas le cas.* » dit l'une d'elle. Tandis qu'une autre pense que « *c'est difficile d'avoir des objectifs de la part des EAS lorsqu'ils arrivent en stage. Personnellement, je reçois tous les élèves avant le stage en entretien pour leur présenter le service et comment le stage va se dérouler avec les étapes : évaluation mi-stage, sollicitation de l'équipe, définition d'un secteur. En cas de difficulté, la parole se doit d'être donnée et entendue.* ».

Nous constatons que la formulation des objectifs de stage comme outil d'optimisation de l'encadrement n'est pas très exploité sur les terrains de stage. Nous constatons aussi que les formateurs ne s'emparent pas de cet axe de communication avec leurs collègues du terrain pour mieux orienter l'accompagnement de l'apprentissage clinique. Partant du postulat que l'élève doit être acteur de sa formation, les équipes pédagogiques responsabilisent ces jeunes EAS dans la recherche par eux-mêmes des objectifs qui doivent enrichir leur stage. Cette démarche se doit d'être à minima accompagnée pour ces élèves mais elle doit être aussi expliquée aux professionnels de terrain afin de ne pas les désespérer dans la guidance de leur encadrement.

c) Une organisation de l'apprentissage clinique à optimiser

Tout d'abord, en ce qui concerne les outils d'encadrement et d'évaluation mis à disposition des professionnels encadrants, il semble que la feuille de stage soit le seul document utilisé pour l'acquisition des compétences. Ce qui semble convenir aux AS qui encadrent les élèves : « *les feuilles de stage sont assez précises et correspondent à la réalité du terrain. (...) La feuille de stage est suffisante comme outil de suivi à partir du moment où les élèves les donnent suffisamment tôt.* ». Cependant, c'est dans la manière de l'utiliser que l'on retrouve des disparités. Il est intéressant de savoir que l'une des cadres interrogée estime que c'est aussi un outil pour évaluer les compétences pédagogiques de son personnel : « *la feuille d'évaluation de fin de stage convient bien pour l'instant. Je me sers des grilles d'évaluation des EAS pour faire passer certains messages sur les compétences des AS de mon service : rigueur dans l'hygiène, valeurs professionnelles (secret professionnel, relationnel,...). C'est une manière pédagogique pour elles de se remettre en cause.* ». Ainsi, cet outil pédagogique aurait le double avantage d'évaluer la progression de l'apprentissage de l'élève et la compétence professionnelle de l'AS.

Quant au livret d'accueil du stagiaire que chaque service a élaboré avec les spécificités de sa discipline, les personnes interrogées le qualifie de guide pour l'élève lui permettant de cibler ses objectifs le plus pertinemment possible en fonction des situations d'apprentissage qu'il va rencontrer. Une cadre de santé pense que « *le livret d'accueil réactualisé est un outil indispensable dans la qualité de l'encadrement.* ». Il s'est même institutionnalisé dans certains cas puisque, selon une responsable d'association d'AS : « *des IFAS ont mis en place des livrets de stage qui aident à l'évolution et l'acquisition des compétences.* ».

Au regard des outils d'encadrement qui semblent donner satisfaction, nous pourrions croire que l'organisation des stages est bien établie pour favoriser

l'apprentissage clinique. Or, certains professionnels AS pensent que « *il y a des différences entre les exigences attendues entre service ou équipe par rapport à l'acquisition des compétences. Cela est peut-être dû à trop d'élèves, trop de travail, pas assez de personnel ; ce qui peut amener à un abandon de l'encadrement.* ». Une cadre de service avoue que cela dépend des individus : « *les équipes AS sont divisées : certaines sont réfractaires à l'encadrement pour cause d'épuisement par rapport à leur histoire professionnelle (des fois, elles ont donné et ça s'est mal passé...). Mais je les oblige à participer. Les autres sont très impliquées et participatives, contentes de le faire avec un accueil personnalisé.* ». Même réflexion chez les élèves. L'une d'elles avoue : « *j'ai eu des difficultés avec des AS qui avaient beaucoup d'expérience et pour lesquelles j'ai tenté de leur dire qu'il y avait des choses qui ont évolué mais on n'est pas écoutées en tant qu'EAS.* ». Une autre renchérit sur les difficultés de l'organisation des encadrements et sur sa qualité en disant : « *on sent qu'il y a un peu un ras le bol d'accompagner tout le temps des stagiaires. Les encadrements sont différents et sont personne-dépendant. Certains cadres du service viennent s'enquérir de l'évolution du stage et sont beaucoup à l'écoute des stagiaires, ce qui est rare.* ».

Nous observons à travers ces témoignages que le stage, lieu de construction, comme nous l'avons exposé dans nos concepts, de sa future appartenance professionnelle, ne se donne pas, malgré des outils d'encadrement utiles, les moyens d'un accueil performant. Rappelons, comme le souligne C. CATTIAUX dans un article, que le stage est « une des étapes incontournables à l'évaluation des capacités professionnelles dans une démarche d'autonomie-responsabilité. A charge de chacun des acteurs de saisir l'opportunité de ces temps privilégiés, fondés sur une démarche coopérative significative de sens. »³¹. Une formatrice donne un début d'explication au peu d'intérêt qu'ont certains professionnels à être des transmetteurs de savoir lorsqu'elle révèle que « *le référentiel d'activités des AS n'est pas connu de la part des terrains de stage et on nous demande très souvent ce que les AS ont le droit ou non de faire.* ». Il semble qu'un manque de considération du stagiaire soit aussi la cause d'un encadrement défaillant. Une élève avoue que « *en tant qu'EAS, on perd de son identité propre, personnelle, individuelle et on nous appelle "l'élève" et jamais par notre prénom.* ». Il y a donc encore des efforts à faire en termes d'amélioration et d'optimisation des encadrements sur le terrain afin de donner à l'élève la possibilité d'acquérir les compétences indispensables à la construction de son identité professionnelle.

³¹ CATTIAUX C., « Le stage, une coopération revisitée pour une dynamique d'apprentissage réinventée », Soins Cadres Supplément au n° 70, mai 2009, p. 6.

C) Le cas particulier des EAS en parcours partiel : la difficulté d'intégration comme frein à une reconstruction identitaire

Plusieurs témoignages ont été recueillis concernant la différence de considération entre des EAS en formation complète et des EAS, anciens professionnels de la santé, en formation "passerelle". Ce sont les cadres de proximité qui l'expriment, plus que les professionnels AS concernés qui encadrent. L'une d'elles dit que « *il existe une différence d'encadrement entre les « partielles » et les « complètes »*. *L'arrivée des « partielles » a été déstabilisante : ça n'a pas été bien présenté (modules différents pour chacun, anciens professionnels) ; on n'a pas une vision de ce qu'ils savent, ce qu'ils ont intégré, où ils en sont ?* ». Ces élèves sont si "déstabilisants" qu'une autre CS rajoute : « *je ne précise pas aux AS si l'EAS est en parcours partiel ou complet car l'encadrement doit être le même pour moi. Cependant, il y a quelques fois des manques de bases chez les partiels (respect de la pudeur, organisation des soins, l'hygiène, la réflexion, la mise en danger par oubli des barrières,...)* ». Une EAS, qui est justement en parcours partiel, révèle : « *il y a des différences d'encadrement entre les formations longues et partielles : les AS pensent que nous, les "partiels" on n'a pas assez de stages, on ne valide pas certains modules. C'est dommage car nous avons, par notre expérience professionnelle, des compétences à ne pas négliger.* ».

A la lumière de ces réflexions, il semblerait qu'il y ait un problème de compréhension sur le réel potentiel de ces élèves. Il apparaît que cela heurte les professionnels AS dans leur identité propre de devoir encadrer des futures collègues qui n'auront pas passé les mêmes étapes d'apprentissage qu'elles ont eu durant leur formation. Une formatrice illustre ce sentiment en déclarant : « *en ce qui concerne les formations « partielles », la difficulté vient du fait qu'il leur faut changer d'identité professionnelle car elles en ont déjà une. Or elles n'ont que 6 mois pour construire cette identité, ce qui est trop court. Et les professionnels de terrain ne les accueillent pas bien car ils estiment que c'est une "formation au rabais" : "on ne peut pas devenir AS en 6 mois alors qu'il m'a fallu 1 an pour l'être !" . Cela entraîne un sentiment de dévalorisation de la part des professionnels AS.* »

Cette non-reconnaissance de ces élèves en formation "passerelle" qui, demain, auront les mêmes fonctions que n'importe quelle AS, freine la déconstruction de leur précédente identité professionnelle. Ce qui ne leur permet pas de s'en reconstruire une nouvelle afin d'intégrer un nouveau groupe de soignants. Cela amène, comme le révèle une formatrice, certains de ces élèves à retourner à leur précédent métier d'ambulancier ou d'auxiliaire de vie. Elle nous avoue que : « *il y a des groupes "corporatistes",*

ambulancier par ex, qui restent entre eux et l'année dernière, sur 7 formés, 4 n'ont pas voulu être AS, bien qu'ils aient validé, et sont retournés exercer comme ambulanciers. ».

D) La collaboration entre le monde pédagogique et le monde professionnel existe-t-elle ?

a) Réflexions sur le lien entre les formateurs AS et le terrain de stage

La question sur les liens établis ou non entre les cadres de santé formateur et les lieux de stage a apporté des réponses similaires quant à une relative absence du monde pédagogique dans le monde de l'apprentissage clinique. Les aides-soignantes nous disent : *« il y a peu de lien avec les formateurs et quand ils viennent voir les EAS, ils ne nous font pas de retour. C'est seulement quand il y a des problèmes... et ils s'adressent à la cadre ! »*. Autre témoignage d'AS : *« les formateurs ne se déplacent qu'au moment des MSP alors que ce serait bien qu'il y ait un échange direct. Ce serait un enrichissement pour tout le monde. »*. Ainsi donc, les premières intéressées dans l'encadrement des stagiaires ressentent un manque de dialogue avec l'équipe pédagogique. Leurs cadres ont un sentiment similaire en déclarant : *« je les vois trop peu, malheureusement. On travaille peu ensemble. On n'a pas de lien particulier (...) Il n'y a aucune sollicitation pour parler du métier en lien avec les spécificités des services où les EAS vont aller en stage. »*

Quand nous interrogeons les élèves, ils estiment que ce n'est pas forcément la place de leur formateur que de venir sur les terrains de stage : *« il n'y a pas particulièrement plus d'échanges entre les formateurs et les EAS sur les stages. Le terrain est assez professionnalisant. »* dit l'une d'elle. Cependant, leur disponibilité pour venir les évaluer est reconnue. Une autre EAS raconte : *« la présence des formateurs se fait à notre demande et lors de leur venue, ils font un soin avec nous et rencontre l'équipe pour fixer des objectifs d'évolution. »*. Pour elles, le lien entre la clinique et la théorie se fait plus lorsque le stage est terminé : *« il y a une restitution à chaque retour de stage en groupe avec échange des problèmes et recherche de solutions. »*. Ce constat de laisser le terrain responsable d'une pédagogie clinique est bien intégré aussi chez les formateurs. Elles nous disent *« notre posture de formateur nous implique à respecter ce qui est du domaine du stage (bilan, etc...) et ce qui est du domaine de l'enseignement. (...) On ne participe pas aux bilans de stage fait par les terrains et ce n'est pas utile pour nous, les formateurs, de se rendre sur les lieux de stage à partir du moment où les relations sont bonnes avec le CS. »*.

Ce difficile partage entre ce qui est, d'un côté, du domaine de l'enseignement décontextualisé à l'IFAS ; et de l'autre, l'apprentissage et l'acquisition des compétences,

positionne le stagiaire dans une situation légèrement discordante. Une DS nous exprime que « *le statut de "stagiaire" est bloquant pour certains élèves pour leur construction d'identité professionnelle. Par rapport au métier qu'ils vont faire, ils ne sont pas complètement entrés dans l'identité. Les stages, par le fait de côtoyer des professionnels, permettent d'acquérir les comportements, les codes et le vocabulaire.* ». Mais pour donner du sens à ce que les EAS rencontrent sur le terrain, il faut, comme le rappelle une autre directrice, que « *l'approche par les compétences n'est pas de fait et doit être enseignée. C'est une démarche nouvelle pour laquelle les professionnels aides-soignants ont besoin d'un temps d'acculturation.* ». Et qui mieux que les CS formatrices pour leur apprendre cette démarche ?

Nous pouvons donc analyser objectivement ce relationnel, non pas comme un clivage entre deux mondes, celui des "cliniciens" et celui des théoriciens, mais comme un partage des responsabilités dans une formation en alternance. Mais il semble que, si du côté des professionnels de l'IFAS, cette séparation est bien comprise et intégrée, les professionnelles de terrain voudraient qu'on leur apporte, soit une démarche pédagogique pour bien encadrer les stagiaires AS, soit une reconnaissance de leur valeur d'encadrement. Cette reconnaissance par le monde pédagogique participerait à la valorisation de leur profession et à la stabilisation de leur identité professionnelle.

b) *Des aides-soignantes peu sollicitées par les IFAS*

Lors des entretiens, il nous semblait intéressant d'évaluer l'intervention, sous quelque forme que ce soit, des professionnelles AS dans les activités de l'institut de formation d'aide-soignant. Au travers de cette question, nous voulions repérer, d'une part, si les professionnelles de terrain exprimaient la volonté d'investir le champ de la pédagogie en externalisant sur l'institut leur expérience et leurs savoirs, d'autre part, évaluer la place laissée au monde professionnel par les instituts et si celui-ci s'en emparait facilement.

Les AS interrogées ont toutes unanimement, quelle que soit leur ancienneté dans le grade, exprimé le désir de pouvoir participer à des actions de formation ou de sélection au sein de l'IFAS. Pour l'une, cela permettrait de faire un tri dès l'entrée en institut : « *on aimerait participer aux oraux des concours car des erreurs de casting sont flagrantes. Certaines craignent le sang, les souillures, ... Mon expérience professionnelle serait utile, j'aimerais la transporter au sein de l'IFAS.* ». Une autre semble plus centrée sur son apport dans les activités pédagogiques : « *ce serait intéressant aussi que des professionnels AS participent à l'aspect théorique de la formation aide-soignante : donner certains cours, participer à des retours de stage, ...* ». Comme nous le constatons, les

professionnelles AS des établissements de soins ne sont absolument pas réfractaires à vouloir s'engager dans des projets pédagogiques d'instituts en lien avec leurs compétences. Même les élèves adhèrent à la volonté de rencontrer des professionnelles sur leur IFAS. Elles y voient même un avantage dans la cohérence qu'amènerait la rencontre, sur l'institut, des formateurs et des AS diplômées sur l'apprentissage de certains actes qui seraient mieux appliqués sur le terrain. L'une d'elles, pour illustrer cette opinion, rapporte une expérience vécue : *« en stage, il y a des compréhensions d'actes différents entre professionnels et EAS. Par exemple : on apprend à accompagner les personnes dans leur chute et c'est interprété comme laisser tomber le patient ! »*.

Les cadres pédagogiques reconnaissent que la valeur professionnelle des AS n'est que trop peu exploitée au sein des instituts de formation. L'une d'elles reconnaît : *« la présence des professionnels est plus structurée chez les IDE avec "l'alternance intégrative". Il serait aussi intéressant de travailler en collaboration avec les professionnels AS sur certains projets d'enseignement. »*. Les cadres de proximités regrettent le manque de participation de leurs agents AS dans des activités annexes en lien avec l'IFAS : *« aucun des professionnels du service ne va à l'IFAS. On n'a pas de retour sur notre encadrement : est-il efficace ? Est-ce qu'il convient aux attentes ? »*.

Il nous apparaît évident, au vu des réponses évoquées, que le fait de vouloir faire participer à des apports théoriques ou pratiques les aides-soignantes dans les instituts est une volonté partagée par tous. C'est une réelle plus-value qui semble facilement exploitable en termes d'organisation. Cela est confirmé par une référente en pédagogie lorsqu'elle déclare : *« il faut consolider le partenariat avec le terrain et casser la barrière entre le "réel" et le "prescrit". Il y a une continuité dans la formation. Il existe une envie de transmettre des AS aux EAS car elles sont plus rassurées sur leurs compétences que ne le sont les infirmières qui, elles, ont plus peur de la formation IDE par crainte d'être mis en difficulté. »*.

2.2.3 La synthèse de l'analyse de l'enquête : tentative de réponse aux hypothèses.

Dans cette partie, tentons de résumer les constats et ressentis qui ont été rapportés dans les réponses aux questions des entretiens et mettons-les en miroir des hypothèses évoquées au tout début de ce travail. Cela permettra d'amener un début de réflexion sur les axes de recherche pour identifier, dans la dernière partie, quelles seraient les solutions envisageables pour améliorer la construction et la reconnaissance d'une identité du métier aide-soignant.

A) Une collaboration formalisée ?

L'une des premières hypothèses suggérée, en lien avec les questionnements sur la construction d'une identité professionnelle aide-soignante reconnue, était :

- une collaboration formalisée, selon diverses thématiques, entre Cadres de Santé formateurs et Cadres de Santé d'unité faciliterait une professionnalisation performante.

Nous avons analysé dans les réponses aux entretiens que, si une collaboration existe bien entre les deux catégories de cadres, formateurs et responsables de services, elle se doit d'être optimisée pour le plus grand intérêt des élèves AS. Travailler sur une construction pédagogique formalisée de savoirs partagés entre d'un côté, des aides-soignantes expertes dans certains domaines concernant le relationnel et le bien-être du patient, et de l'autre, des formateurs experts dans la transmissions des connaissances : voilà une piste de réflexion à envisager pour confirmer cette hypothèse. Elle pourrait s'initier par la contribution des uns et des autres à développer la notion d'un tutorat structuré qui semble, d'après ce qu'ont exprimé les interviewées, être un manque dans l'accompagnement des futures professionnelles.

D'où l'importance de se faire entrecroiser de manière formelle, comme le suggère la plupart des soignants interrogés, le monde de la pédagogie et de la clinique, selon des partages thématiques bien identifiés. Amener l'équipe pédagogique à construire, avec leurs collègues de terrain, des processus d'apprentissage incluant les AS diplômées, comme le suggère une CS, serait un moyen de valorisation de leur identité professionnelle.

B) Une communication structurée ?

Une autre hypothèse qui était évoquée au début de ce travail était :

- une relation et une communication structurée entre le monde pédagogique et l'univers hospitalier pour faire concorder les exigences et les attendus des uns et des autres concernant les AS avantageraient leur construction identitaire.

Il apparait, dans les diverses réponses, que les liens et les relations entre l'IFAS et les terrains de stages existent par nécessité mais demanderaient à se clarifier afin d'accompagner l'apprenant qu'est l'EAS dans un parcours qualifiant et professionnalisant. Les outils d'évaluation des compétences paraissent satisfaisants mais, selon certaines, une lisibilité des attendus d'acquisition demanderait à être partagée. Elle permettrait d'éviter les écueils tels que le sentiment éprouvé par les EAS d'une différence entre le

prescrit (l'enseignement théorique) et le réel (l'apprentissage pratique). Les professionnelles AS se plaignent de ne pas connaître exactement le parcours de formation des élèves qu'elles encadrent. Quant aux formatrices, elles se plaignent que les AS ne s'intéressent que peu au niveau d'enseignement des EAS qu'elles accueillent. Sans parler de la discrimination révélée, en ce qui concerne l'encadrement, entre les élèves en parcours complet et celles en parcours partiels.

La formation en alternance de la profession aide-soignante est un processus valorisé par les acteurs de santé, de l'élève à la direction des soins. Les entretiens nous révèlent que cette alternance permet de mettre en œuvre les enseignements et de s'approprier le métier par le savoir-faire et le savoir-être. C'est ce qui constitue les bases de la professionnalisation selon certains, et par là même, une construction de l'identité favorisée.

C) Une implication institutionnalisée?

Enfin, la dernière hypothèse amenée suite aux divers questionnements était :

- une implication favorisée des professionnels AS dans des projets institutionnels et des enseignements thématiques permettrait une confirmation de leur identité professionnelle par la reconnaissance de leurs compétences.

On constate, dans les diverses réponses des entretiens, que les AS se ressentent comme étant des soignants moins valorisés et reconnus de par leur fonction et leurs tâches. Mais ce n'est pas ce qui est retranscrit par leur hiérarchie ou les professionnels formateurs. Cette différence d'appréciation est expliquée par certaines AS ou cadres par l'absence de la profession aide-soignante dans les réflexions stratégiques des politiques de soins. Les aides-soignantes pensent aussi que leur rapport à l'écrit, plus difficile que les IDE, est un handicap pour la reconnaissance de leurs compétences.

L'institution, au travers de la hiérarchie de proximité et des instances pédagogiques, gagnerait à permettre à ces professionnelles AS de participer à des activités et des travaux mettant en valeur leur analyse réflexive sur un domaine qu'elles connaissent par cœur : l'organisation de la prise en charge des patients. Même s'il y a une défiance de leur part à devoir produire du travail écrit, le seul risque qu'elles prennent, si elles sont lues, c'est de démontrer qu'elles ne sont pas que des exécutantes, mais des professionnelles compétentes et dotées d'un esprit d'analyse.

3 Les propositions : la part contributive et conjointe des Directions des Soins

Préambule

L'une des missions principales des Directions de Soins est de s'inscrire dans une recherche permanente de qualité dans les prises en charge des patients. Un Directeur des Soins, responsable d'instituts de formation, déclinera cette mission à travers un projet pédagogique mettant en avant les valeurs humaines et les compétences professionnelles indispensables pour garantir la diplomation de professionnels de soins de qualité. Un Directeur des Soins Gestion va s'engager à déterminer un projet de soins pertinent et adapté aux missions attendues, pour accompagner l'ensemble d'une équipe, dans l'objectif de renforcer la qualité et la sécurité des soins.

A la lumière de cette mission, ces deux entités dirigeantes, maillons indispensables dans l'institution hospitalière pour articuler les activités de formation et de soins en cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical, se doivent de collaborer. Dans le contexte actuel de constante évolution du monde hospitalier, nous partons du postulat qu'une réelle coordination des informations et des communications entre le monde des instituts et l'univers hospitalier est un des moyens pour garantir cette cohérence de projets.

Attachons-nous à présenter, au travers des préconisations sur la thématique des professionnels aides-soignants, de la construction à la reconnaissance de leur identité professionnelle, que cette coopération serait synonyme de prises en charge soignantes de qualité.

3.1 Envisager l'évolution du métier d'aide-soignant

3.1.1 Les perspectives à moyen terme

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre sur l'évolution du métier aide-soignant, peu de travaux sont en cours pour revisiter la formation des aides-soignantes, si ce n'est des réflexions et des débats qui sont menés dans diverses instances telles que le CEFIEC ou le GERACFAS. Rappelons-nous qu'en 2014, des établissements de l'Education Nationale sortiront des étudiants Bac Professionnel Option « *Accompagnant en établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux* ». Un tableau comparatif du différentiel des actes et des fonctions entre le métier d'AS et les "Bac Pro" a été établi par

le CEFIEC et il démontre que ces deux professions ne sont pas diamétralement opposées.

Il conviendrait aussi d'anticiper, dans les mois et années à venir, une probable évolution, à la fois des dispositifs de formation, mais aussi des actes et des tâches qu'il va être possible de confier à ces professionnelles aides-soignantes. Le métier infirmier est en pleine mutation, que ce soit avec l'apparition de l'universitarisation, ou bien avec l'ouverture de leur profession sur des transferts de compétences grâce à la mise en place des coopérations entre professionnels de santé. Nous pouvons concevoir que cette redistribution des rôles aura forcément un impact sur les nouvelles responsabilités que pourraient endosser les aides-soignantes. Une responsable de la réingénierie parle d'un possible futur exercice autonome totalement indépendant des IDE. De plus, il conviendra de réfléchir à ce qui peut être intégré dans le métier socle AS en termes d'actes réalisés et de réflexions apportées. Cela va dans le sens de ce que revendiquent les associations d'AS pour la reconnaissance d'un rôle propre de l'aide-soignante. Dans le domaine des soins à domicile, par exemple, de plus en plus de demandes de prise en charge pour des soins de confort ne peuvent être honorées par les libéraux infirmiers. Les futurs professionnels de secteur médico-social issus du 'Bac Pro' seront autorisés à investir ce champ de compétence alors que les AS des soins à domicile ne peuvent exercer en totale autonomie ces activités de soins de base. De même que dans le secteur de la prise en charge de la personne âgée, où il y a plus d'AS que d'IDE, il va y avoir une évolution des compétences avec l'apparition de démarche clinique et de pratiques réflexives en lien avec la dépendance ou la perte d'autonomie.

3.1.2 L'anticipation comme moyen d'action

Nous ne pouvons donc nier qu'il y aura une évolution dans le métier d'aide-soignant qui se fera en fonction d'exercices particuliers. L'un des moyens pour anticiper cette évolution serait de donner la possibilité aux AS de rentrer dans un protocole de coopérations entre professionnels de santé. En effet, la loi HPST (*Hôpital Patients Santé et Territoires*) de 2009 rend possible cette éventualité. Dans son article 51, on peut lire « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3. (...) Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant

des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui. »³².

Jusqu'à maintenant, les protocoles qui ont été validés par la HAS et les ARS portent sur des transferts d'actes ou de responsabilités entre le monde médical et le monde infirmier. Or, l'aide-soignante étant bien un professionnel de santé, comme dit dans la loi, il ne nous apparaît pas comme illégitime de travailler sur un transfert de tâches formalisé et protocolisé entre l'IDE et l'AS. Celui-ci soumis, bien entendu, à une validation du médecin responsable d'une unité ou d'un pôle. L'accompagnement de l'élaboration de ces protocoles se ferait conjointement par l'intermédiaire des deux Directions des Soins : les IFAS, selon des modalités bien définies, pour l'organisation de formations complémentaires au diplôme initial afin de valider des actes simples transférables aux aides-soignantes ; les Directeurs de Soins d'établissement pour l'application de ces protocoles au sein des organisations des soins. La limite étant de ne pas permettre un glissement de tâches illégal de la profession IDE à la profession AS. Des actes tels que les aspirations endotrachéales (autorisées du reste pour les AVS ayant suivi une formation complémentaire), ou bien les glycémies capillaires peuvent être envisageables à moyen terme. Comme le souligne une Directrice des Soins : « *travailler sur les gestes de soins non dangereux peut faire avancer sur l'évolution de ce que peut exécuter une AS. Un exemple d'aberration est le cas des patients qui ne mangent pas car l'AS attend que l'IDE fasse la glycémie !* ».

Le fait de proposer à des aides-soignantes, repérées comme étant des acteurs de soins pertinents et de qualité, la possibilité d'accéder à un protocole de coopération de partages de tâches serait un moyen de faire évoluer et valoriser leurs compétences. Ainsi, elles auraient le sentiment d'une réelle reconnaissance de leur identité professionnelle comme étant des partenaires œuvrant pour une qualité des soins optimale.

3.2 L'optimisation de l'encadrement pour les EAS

3.2.1 La création de nouveaux outils d'encadrement

Si la feuille de stage semble donner satisfaction dans les grandes lignes des attendus en terme d'acquisition des compétences pour les élèves AS, nous pouvons amener une réflexion sur l'éventualité de compléter les outils d'encadrement par des aides à l'évaluation et à l'auto-évaluation. Selon le GERACFAS, certains établissements,

³² Article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

en collaboration avec leur IFAS, ont déjà mis en place un livret d'accueil spécifique pour les EAS qui sert de base d'harmonisation des encadrements en stage, quel que soit la spécificité du service. La réforme des études infirmières a mis en place un portfolio pour que l'étudiant soit dans une démarche d'apprentissage par acquisition des compétences en s'auto-évaluant sur les objectifs à atteindre durant son parcours. Cet exemple de co-construction des dispositifs apprenants entre l'élève, le terrain et l'institut pourrait être appliqué à la formation aide-soignante. Il serait envisageable de s'inspirer d'un tel portfolio pour les EAS qui deviendrait un outil pédagogique complémentaire.

Un travail collaboratif entre les deux directeurs des soins, au travers de leurs équipes, pour construire un tel outil, permettrait de potentialiser l'amélioration du dispositif apprenant en stage. D'une part, les terrains de stage pourront mieux identifier des axes d'amélioration et adapter des situations apprenantes pour que l'élève aide-soignante progresse. D'autre part, après un diagnostic pédagogique entre les formateurs et l'EAS à la lecture de ce "portfolio AS", l'équipe enseignante, en collaboration avec l'encadrement aide-soignant en stage, pourra réorienter l'élève en fonction d'un bilan objectif. Autre bénéfice de ce type de livret d'accompagnement, les élèves aides-soignantes en parcours "partiels" auraient les moyens de justifier des compétences acquises du fait de leurs anciens parcours et les axes de progression qu'elles ont à travailler. Cette démarche s'approche de ce qui est appelé dans les projets pédagogiques des IFSI le socio-constructivisme. Le socio-constructivisme est défini comme étant : « une pédagogie centrée sur l'apprenant. C'est l'élève qui apprend par l'intermédiaire de ses représentations. Les conceptions initiales ne sont pas seulement le point de départ et le résultat de l'activité, elles sont au cœur du processus d'apprentissage. »³³. Il peut devenir un des axes du projet pédagogique des IFAS.

Participer à la construction commune d'outils, pilotée par la collaboration des deux Directions des Soins Gestion/IFAS, permettra aux instituts de formation de redévelopper des partenariats avec le terrain pour engager des réflexions sur "l'agir-compétent". Une formalisation des engagements dans l'apprentissage entre les deux Directions permettra d'articuler cette construction de l'identité professionnelle AS entre les deux entités que sont l'Institut de Formation et l'hôpital.

³³ AMOSSE G., LABEDIE G., DDEC de Nantes 2001, *Le socio-constructivisme*, <http://gamosse.free.fr/socio-construct/Rp70109>.

3.2.2 Le tutorat : une fonction à valoriser

La question du tutorat apparaît comme une notion à privilégier pour assurer un accompagnement pédagogique efficient. La valorisation de cette mission de tutrice pour les aides-soignantes aura comme impact positif de faire reconnaître leurs compétences et leurs valeurs professionnelles ; compétences et valeurs qu'elles auront à transmettre aux élèves, leurs collègues de demain. Formées au tutorat, elles serviront de modèle à l'apprenant pour engager un processus de construction d'identité professionnelle. De plus, les professionnels AS puisent dans la fonction tutorale une part valorisante d'autonomie afin d'encadrer et d'évaluer au mieux les élèves sur l'acquisition des compétences et la posture à adopter comme futurs professionnels.

La fonction de tutrice au sein des institutions, c'est aussi permettre à cette AS référente d'être le relais constant entre le milieu de l'enseignement théorique et le lieu de l'apprentissage des pratiques. Participant autant que possible aux MSP et bilans du terrain de stage, elle devient ainsi un partenaire pédagogique lors des sessions de pratiques réflexives ou de thématiques ciblées au sein des IFAS, afin d'apporter leur regard professionnel sur l'analyse des situations rencontrées sur le terrain. Elle peut aussi devenir le vecteur de réajustement des représentations telles que les préjugés constatés de la part des AS vis-à-vis des EAS en parcours partiel. De plus, cette tutrice, de par un lien formalisé avec les équipes pédagogiques, saura apporter une réactualisation des connaissances à ses collègues sur l'évolution des techniques et des pratiques enseignées dans les instituts de formation et ainsi leur permettre de connaître les exigences attendues dans l'apprentissage clinique.

Nous savons que la formation en alternance est intégrative des savoirs et des compétences. Les IFAS, afin d'amener la notion de qualité dans leur projet pédagogique, gagneraient à favoriser l'idée que l'apprentissage clinique se fait en totale co-construction avec l'institution hospitalière, avec la mise en place de tutorat formé à l'accompagnement pédagogique en stage. De même que la Direction des Soins Gestion, afin de valoriser les agents aides-soignants, pourrait inciter ceux-ci à participer à des formations au tutorat. Si cette formation au tutorat est souvent légitimée pour les IDE, la population AS est moins sollicitée pour s'y engager. Or, ces formations, grâce à la GPMC (*Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences*), seraient inscrites dans le plan annuel des formations continues et assureraient ainsi un accueil des stagiaires aides-soignantes favorable au développement des savoirs et conforteraient une reconnaissance des valeurs professionnelles des AS. La cohésion des projets, pédagogiques pour l'IFAS et de soins

pour l'institution hospitalière, permettrait une meilleure coordination des instituts et des lieux d'apprentissage dans le but de favoriser l'émergence de l'identité professionnelle.

3.3 Valoriser l'image du métier aide-soignant

3.3.1 Intégration des professionnels dans une réflexion institutionnelle

Nous avons été interpellés, lors des entretiens, par le sentiment de manque de reconnaissance que ressentaient les aides-soignantes. L'impression d'être cantonnées à des tâches subalternes, de ne pas être écoutées dans leurs expressions concernant les prises en charge des patients, participe de cette dévalorisation ressentie. Il semblerait que ces professionnelles AS, acteurs institutionnels des organisations de soins, ne seraient pas réfractaires à être associées à des réflexions sur la qualité et l'amélioration des soins, voire sur des restructurations d'unités. Leur représentativité dans les instances telles que la CSIRMT (*Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques*) ou le CHSCT (*Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail*) est déjà un acquis solide en termes de reconnaissance. Mais accentuer la participation des aides-soignantes à différents travaux et constructions de projets, en lien avec leur domaine de compétences, serait un élément objectif de reconnaissance institutionnelle. Il se pourrait que cette reconnaissance institutionnelle devienne un vecteur de motivation au travail, élément à ne pas négliger dans une conjoncture de recherche d'attractivité et de fidélisation des personnels soignants.

Dans un article sur le malaise au travail, D. AUTISSIER écrit : « l'écoute active des attentes des salariés et la possibilité d'y répondre d'un point de vue contractuel et relationnel constituent les bases d'une pratique managériale que l'on appelle le "management par le sens". »³⁴. Cette quête de sens, le Directeur des Soins Gestion, en partenariat avec son collègue Directeur d'institut, pourrait la favoriser à travers l'expression des aides-soignantes dans des démarches de projets touchant à leur cœur de métier (rédaction de protocoles techniques, fiches de poste, réorganisation logistique,...). Sachant que les professionnelles AS peuvent être amenées à s'impliquer dans des réflexions institutionnelles, le projet pédagogique de l'IFAS pourrait accentuer certains enseignements qui favorisent l'analyse réflexive et les processus d'écriture. Cela participera de la professionnalisation du métier AS et de sa valorisation institutionnelle.

³⁴ AUTISSIER D., septembre-octobre-novembre 2008, « Des salariés en quête de sens », *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines* n° 12, p. 61.

3.3.2 Le renforcement de la communication inter-directions comme facteur de positionnement du rôle de l'AS.

S'il existe une réelle volonté de collaborer entre les instituts de formation et le monde de l'hôpital, le champ de la communication et de la transmission d'informations entre ces deux entités semble primordial. Les retours, lors de notre recherche, de la part des terrains de stage, sur le manque de clarté concernant les objectifs, les attendus, les pré-requis et les acquis des élèves aides-soignantes accueillies étaient récurrents. De même que les IFAS avaient du mal à avoir une lisibilité des transformations de l'hôpital et des politiques stratégiques qui s'y développaient alors que celles-ci avaient un impact sur l'évolution des organisations de soins. Il nous a même été rapporté que certains professionnels des IFAS, voire la Direction, étaient quelques fois informés par les élèves, à leur retour de stage, des changements et transformations de leur hôpital support en ce qui concerne des réorganisations institutionnelles. Si certaines structures ont déjà mis en place des rencontres et réunions plus ou moins formalisées entre l'encadrement pédagogique des instituts et l'encadrement de proximité des institutions, une vraie politique d'échange et de communication est à mener et à optimiser.

Dans le contexte actuel de recherche de la qualité dans les prises en charge, il conviendra, dans un premier temps, aux Directions des Soins Gestion/Formation d'informer les professionnels paramédicaux sur le positionnement en matière de responsabilité de l'aide-soignante au sein des organisations de soins. Il est intéressant de s'appuyer sur la politique de certains instituts qui ont mis en place des travaux communs entre les EAS et les étudiants infirmiers afin qu'ils apprennent à identifier leur travail en collaboration et la place qu'ils occuperont chacun dans leur futur quotidien professionnel. Cela participera à leur construction identitaire respective et permettra à ces soignants de demain de reconnaître le rôle de chacun dans la communication inter-professionnelle. De plus, ces futures professionnelles seront des vecteurs d'information des compétences propres du métier AS qui permettront quelques fois d'éviter certains glissements de tâches entre les activités IDE et AS

Un autre axe de collaboration qui permettrait une communication efficiente pour assurer la reconnaissance de l'identité professionnelle aide-soignante, serait de formaliser, au travers la CSIRMT ou des réunions de cadres au niveau de l'institution hospitalière, une présentation officielle du projet pédagogique et du rapport d'activité de l'IFAS attaché à l'hôpital référent. Cela informera le terrain du niveau d'exigence et du contenu de la formation aide-soignante. Par retour, l'IFAS, lors de ces réunions,

s'enrichira des projets et politiques de soins menées sur son hôpital support afin de pouvoir les répercuter aux équipes pédagogiques qui auront les moyens de réajuster ou réactualiser certains enseignements en fonction des priorités institutionnelles.

Enfin, il n'est pas impossible d'imaginer qu'un Directeur d'instituts participe aux instances de direction de l'institution à laquelle son IFAS appartient. Etre invité, en collaboration avec son collègue Directeur des Soins Gestion, aux diverses réunions de politique générale de l'établissement telles que les Comités de Direction hebdomadaire; permettrait à la Direction des Soins responsable d'instituts de formation d'être informée des dossiers institutionnels en cours. Elle serait également à même de développer son projet d'institut en totale adéquation avec le projet d'établissement et le projet de soins de la Direction des Soins Gestion. Cette cohérence serait un facteur favorisant pour les élèves, comme pour les professionnels de terrain, de se construire et de conforter leur identité professionnelle dans un schéma logique intégrant les évolutions stratégiques institutionnelles.

Conclusion

Tout au long de ce travail, nous nous sommes attachés à démontrer la vigilance à apporter sur la construction et la reconnaissance de l'identité professionnelle aide-soignante dans la formation en institut et dans les organisations de soins.

Au travers de l'exposé des différents concepts et des résultats analysés des entretiens, nous pouvons affirmer que le concept de reconnaissance identitaire du métier AS est bien intégrée dans la pensée pluriprofessionnelle. Cependant, l'hétérogénéité des réflexions est révélatrice de difficultés quant à sa formalisation et à sa perception. Nous avons démontré, que la valorisation des compétences et des savoirs aides-soignants reste un élément fondateur d'une réelle construction et reconnaissance de leur identité professionnelle. Cette valorisation doit faire appel, selon les hypothèses confirmées dans l'étude, à des stratégies de communication, de collaboration et d'institutionnalisation du métier aide-soignant afin de mieux accompagner ces professionnels AS dans la structuration de leur identité.

Ce travail a permis de donner un éclairage sur les particularités professionnelles de l'aide-soignante. Du point de vue de l'AS, mieux appréhender le cadre de son rôle et de ses missions, être reconnue au sein d'une équipe pluridisciplinaire et par l'institution hospitalière, c'est mieux concevoir et accomplir son métier et mieux se réaliser. Du point de vue de l'institution, une identité professionnelle aide-soignante reconnue aura un retentissement positif sur la qualité de prises en charge, ne pourra qu'améliorer la gestion organisationnelle des unités de soins, ne pourra que favoriser une collaboration efficiente avec les autres professionnels de santé.

Notre interrogation portait sur la possibilité de collaboration entre un Directeur des Soins hospitalier et un Directeur d'Institut de formation comme garant de la construction et de la reconnaissance d'une réelle identité professionnelle aide-soignante. Nous avons apporté, à travers des préconisations qui nous semblent réalistes, un début de réponse quant aux bénéfices qu'occasionnerait cette coopération inter-direction. Pour le Directeur des Soins Gestion et pour le Directeur des Soins Formation, cette collaboration prendrait sens au travers d'un management des soins responsabilisant, mobilisateur, dynamique et novateur pour l'un en totale cohérence avec l'accomplissement de missions de coordination, d'évaluation et d'optimisation des processus de formation pour l'autre. Ce pilotage coordonné des compétences permettrait de lutter contre la routine et la démotivation des AS et des élèves AS en personnalisant leurs domaines d'activités et de responsabilités et en encourageant leur implication dans l'institution. Nous pensons que

ce partenariat entre les deux directions brisera les représentations que suscite cette catégorie professionnelle et reconnaîtra en chaque aide-soignant un acteur primordial dans l'organisation des soins.

Enfin, n'oublions pas que le monde hospitalier est toujours en constante évolution. L'histoire nous rappelle qu'au début du XX^e siècle, les avancées dans la reconnaissance de la profession infirmière se sont faites par transferts de compétences du monde médical vers l'univers paramédical. Il n'est pas illogique de penser qu'en ce début du XXI^e siècle, en regard de l'évolution démographique impliquant une prise en charge croissante de la dépendance des personnes âgées, en regard de la réingénierie du DE infirmier et des nouvelles possibilités de construire des coopérations entre professionnels de santé, selon la loi HPST, la profession aide-soignante va peut-être, elle aussi, s'inscrire dans un mouvement de reconstruction d'une nouvelle identité professionnelle. Sachons rester vigilant afin d'anticiper au mieux les évolutions, voire les révolutions à venir concernant l'essor de nouvelles responsabilités que le métier AS devra accueillir.

Bibliographie

Ouvrage :

- ALTER N. 2006, *Sociologie du monde du travail*, Ed. PUF, Paris, 356 p.
- ARBORIO A.M., 2001, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Ed. Anthropos, Paris, 327 p.
- ARSLAN L., 2003, *Si c'était à refaire : les aides-soignantes*, Ed. Seli Arslan, Paris, 309 p.
- BARBIER J.M., BOURGEOIS E., DE VILLER G., KADDOURI M., 2006, *Construction identitaire et mobilisation des sujets en formation*, Ed. L'Harmattan, Paris, 297 p.
- BOURGEON D., 2010, *Identités professionnelles, alternance et universitarisation*, Ed. Lamarre, Paris, 331 p.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E., 1981, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Ed. Seuil, Paris, 500 p.
- DUBAR C., 2000, *La socialisation*, Ed. Armand Colin, Paris, 251 p.
- EL AKREMI A., GUERRERO S., NEVEU J.P., 2006, *Comportements organisationnels : Justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel – Vol 2*, Ed. De Boeck, Bruxelles, 366 p.
- GOBET P., 2002, *La construction sociale de l'activité soignante : Des soins confessionnels aux soins subsidiaires*, Ed. Réalités Sociales, Paris, 398 p.
- KADDOURI M., LESPESSAILLES C., MAILLEBOIS M., VASCONSELLOS M., 2008, *La question identitaire dans le travail et la formation*, Ed. L'Harmattan, Paris, 399 p.
- LE BOTERF G., *De la compétence à la navigation professionnelle*, Ed. d'Organisation, Paris, 1997, 294 p.
- LE BOTERF Guy, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Ed. d'Organisation, Paris, 2006, 605 p.
- MEYAPIN A., 2011, *Etre aide-soignante*, Ed. Lieux Dits, Paris, 96 p.
- OSTY F., 2003, *Le désir de métier : Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Ed. Presse Universitaire de Rennes, Rennes, 239 p.
- ROUSSEL P., 1996, *Rémunération, motivation et satisfaction au travail*, Ed. Economisa, Paris, 288 p.
- SAINSAULIEU I., 2006, *La communauté de soins en question : le travail hospitalier face aux enjeux de la société*, Ed. Lamarre, Paris, 253 p.

STODEUR S. et D'HOORE W., 2009, *Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, 1 réponse*, Ed. Lamarre, Paris, 243 p.

STOIBER C., BOUILLERCE B., 2000, *Le stress de l'aide-soignante*, Ed. Masson, Paris, 110 p.

Articles :

ALI AIT A., novembre 2008, « La profession, de la notion au concept sociologique », *Soins Cadres de Santé* n° 68, pp. 46-48.

ARBORIO A.M., avril 1995, « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé* Vol. 13, n° 3, pp. 93-126.

ARBORIO A.M., mars 1996, « Savoir profane et expertise sociale : les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèse* n° 22, pp. 87-106.

ARBORIO A.M., MEHAUT P., août-septembre 2009, « Agents de service et aides-soignantes en Europe, une comparaison internationale », *L'aide-soignante* n° 109, pp. 24-26.

AUTISSIER D., septembre-octobre-novembre 2008, « Des salariés en quête de sens », *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines* n° 12, pp. 60-63.

BRAVO R., mars 2002, « Repositionner les acteurs du système de soins », *Objectif Soins* n° 104, pp. 12-14.

BUCHET-MOLFESSIS C., mars 2008, « Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés », *Recherche en Soins Infirmiers* n° 92, pp. 24-26.

BUISSON A., mai 2011, « La construction de l'identité professionnelle », *L'aide-soignante* n° 127, pp. 9-10.

CHEVANDIER C., mars 1995, « L'affirmation des qualifications dans les services de soins : les Hospices Civils de Lyon dans l'entre-deux-guerres » ; *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, pp 97-107.

CATTIAUX C., mai 2009, « Le stage, une coopération revisitée pour une dynamique d'apprentissage réinventée », *Soins Cadres* Supplément au n° 70, pp. 4-7.

De MONTALEMBERT L., septembre 2004, « Devenir soignant », *L'infirmière magazine* n° 197, pp. 36-40.

DEJOURS C., octobre 2002, « La reconnaissance au travail », *Sciences Humaines* n° 131, pp. 25-26.

FAUDE-NICOLAS F., LANCIEN N., juin 2010, « La formation professionnelle, d'une logique disciplinaire à une logique de compétences », *Revue Professionnelles* n° 27, pp. 10-12.

FENOUILLET F., décembre 2005, « La motivation : perspectives en formation » ; *Recherche en Soins Infirmiers* n°83, pp. 100-108.

HERON M., février 2009, « L'hygiène hospitalière d'hier à aujourd'hui » ; *Soins Aides-soignantes*, n° 26, pp. 1-2

HESBEEN W., mai 2000, « Identité professionnelle et pratique soignante », *Soins* n° 645, pp. 74-76.

HIVERT A., décembre 2003, « Les aides-soignantes en quête d'identité professionnelle », *Le Progrès Emploi*, pp. 14-15.

MARTIN P., octobre 2005, « Partenariat nécessaire, apprentissage incontournable », *Objectif Soins* n° 139, pp. 24-25.

MISPELBLOM BEYER F., septembre-octobre-novembre 2008, « Encadrer, une guerre de positions », *Les Grands Dossiers de Sciences Humaines* n° 12, pp. 32-35.

NADOT M., avril 2002, « Médiologie de la santé : de la tradition soignante à l'identité de la discipline », *Perspective soignante* n° 13, pp. 29-86.

NEULAT P., janvier 2006, « Accompagner le processus de professionnalisation », *Objectif Soins* n° 142, pp. 18-21.

PIOT T., juin 2011, « quels indicateurs pour mesurer le développement professionnel dans les métiers adressés à autrui », *Questions Vives* Vol. 5, n° 11, pp. 260-275.

QUELDERIE E., SERVEAUX F., STANEK-RENDU A., juillet-août 2008 « Au cœur de la valorisation : la GPEMC au CHRU de Lille » ; *Revue Hospitalière de France* n° 523, pp. 31-33.

SAMSON D., janvier 2010, « La VAE dans le secteur du soin : dispositif d'écriture, professionnalisation et raison graphique », *Education permanente* n° 182, pp. 239-249.

SCHWARTZ Y., février 1995, « De la qualification à la compétence », *Education permanente* n° 123, pp. 132-139.

VASSY C, février 1999, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations ». *Revue française de sociologie*, n° 40-2, pp. 325-356.

VIAL M., février 2005, « Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser », *Soins Cadres* n° 53, pp. 33-36.

VILBROD A., mai 2001, « Les fondements de l'identité professionnelle » ; *Revue informations sociales*, n° 94, pp. 42-50.

Rapports :

DAKHLAOUI M., 2005, *Rapport de recherche bibliographique : l'aide-soignant en Europe*, Master 2 Option réseaux d'information et document électronique : Ecole Nationale Supérieure des Sciences de l'Information et des Bibliothèques de Lyon, 119 p.

Thèses et mémoires :

GIROD F., 2007, *La compétence professionnelle des aides-soignantes dans les EHPAD : le rôle majeur du jugement familial*, Thèse pour le Doctorat en Sociologie : Université de Franche-Comté, 113 p.

MAUSSON-COMBE A., 2008, *Les enjeux de la formation dans le développement de l'identité professionnelle des auxiliaires de vie sociale*, Thèse pour le Master II en Ingénierie et Conseil en Formation : Université de Rouen, 83 p.

MICHAUD S., 2004, *Les glissements de tâches des infirmiers vers les aides-soignants : quelle stratégie le directeur des soins peut-il adopter ?*, Mémoire de l'ENSP, Rennes, 51 p.

Internet :

AMOSSE G., LABEDIE G., DDEC de Nantes 2001, *Le socio-constructivisme*, <http://gamosse.free.fr/socio-construct/Rp70109>.

AUBRY F., décembre 2010, *La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD*, disponible sur Internet : <http://sociologies.revues.org/3291>.

IGNASSE J., avril 2010, *Les aides-soignants ont le blues*, www.actusoins.com.

Liste des annexes

Annexe 1 : Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant.

Annexe 2 : Arrêté du 11 mai 2011 portant création de la spécialité « accompagnement, soins et services à la personne », option A « à domicile », option B « en structure », du baccalauréat professionnel et fixant ses modalités de délivrance.

Annexe 3 : Guide d'entretien pour les aides-soignantes

Annexe 4 : Guide d'entretien pour les élèves aides-soignantes

Annexe 5 : Guide d'entretien pour les Cadres de Santé d'Unités

Annexe 6 : Guide d'entretien pour les Cadres de Santé Formateurs

Annexe 7 : Grille d'analyse des entretiens

Annexe 1

JORF n°264 du 13 novembre 2005

Texte n°16

ARRETE

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

NOR: SANP0523995A

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article R. 4311-4 et ses articles R. 4383-2 à R. 4383-8 ;

Vu le décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 portant création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ;

Vu le décret n° 2002-615 du 26 avril 2002 pris pour application de l'article L. 900-1 du code du travail et des articles L. 335-5 et L. 335-6 du code de l'éducation relatif à la validation des acquis de l'expérience pour la délivrance d'une certification professionnelle ;

Vu l'arrêté du 22 juillet 1994 modifié relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture ;

Vu l'arrêté du 26 avril 1999 fixant les conditions d'immunisation visées à l'article L. 10 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier ;

Vu l'arrêté du 26 mars 2002 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ;

Vu l'arrêté du 10 septembre 2004 portant définition et fixant les conditions de délivrance de la mention complémentaire aide à domicile ;

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

Vu l'avis de la commission des infirmiers du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Arrête :

Article 1

Le diplôme professionnel d'aide-soignant atteste les compétences requises pour exercer les activités du métier d'aide-soignant telles qu'elles sont définies dans l'annexe IV de l'arrêté du 25 janvier 2005 susvisé.

Il est délivré aux personnes ayant suivi, sauf dispense partielle dans les cas prévus par le présent arrêté, la totalité de la formation conduisant à ce diplôme et réussi les épreuves de certification ou aux personnes ayant validé les acquis de leur expérience professionnelle en vue de son obtention.

TITRE Ier : CONDITIONS D'ACCÈS À LA FORMATION

Article 2

L'admission en formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant, sauf pour les candidats relevant des articles 18 et 19 du présent arrêté et pour ceux relevant de l'arrêté du 25 janvier 2005 susvisé, est subordonnée à la réussite à des épreuves de sélection. Ces épreuves sont organisées par les instituts de formation autorisés pour dispenser cette formation. Ceux-ci ont la possibilité de se regrouper au niveau départemental ou régional en vue d'organiser en commun les épreuves.

Article 3

Les instituts de formation doivent, après accord du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, en cas d'organisation départementale, ou du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, en cas d'organisation régionale, informer les candidats de la date d'affichage des résultats définitifs ainsi que du nombre de places fixé pour les épreuves de sélection, au moment de leur inscription.

Article 4

Pour être admis à suivre les études conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant, les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins à la date de leur entrée en formation ; aucune dispense d'âge n'est accordée et il n'est pas prévu d'âge limite supérieur.

Article 5

Les épreuves de sélection comprennent une épreuve écrite d'admissibilité et une épreuve orale d'admission.

Article 6

Sont dispensés de l'épreuve écrite d'admissibilité :

1° Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme homologué au minimum au niveau IV ou enregistré à ce niveau au répertoire national de certification professionnelle, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;

2° Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme du secteur sanitaire ou social homologué au minimum au niveau V, délivré dans le système de formation initiale ou continue français ;

3° Les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu ;

4° Les étudiants ayant suivi une première année d'études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et n'ayant pas été admis en deuxième année.

Article 7

Aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter à l'épreuve écrite d'admissibilité. Cette épreuve anonyme, d'une durée de deux heures, est notée sur 20 points. Elle est évaluée par des infirmiers, enseignants permanents dans un institut de formation d'aides-soignants ou par des intervenants extérieurs assurant régulièrement des enseignements auprès d'élèves aides-soignants.

Elle se décompose en deux parties :

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

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

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

b) Une série de dix questions à réponse courte :

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

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

Article 8

Les membres du jury d'admissibilité sont nommés par le préfet du département ou de région, en fonction du choix opéré pour l'organisation du concours. Le jury d'admissibilité est présidé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, en cas d'organisation départementale, ou par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, en cas d'organisation régionale, et il est composé d'au moins 20 % de l'ensemble des correcteurs. En cas d'organisation départementale, le jury devra comprendre au moins un représentant de chacun des instituts pour lesquels des épreuves sont organisées. En cas

d'organisation régionale, la représentation de chaque département devra être assurée.

Les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10 sur 20 sont déclarés admissibles.

Article 9

L'épreuve orale d'admission, notée sur 20 points, est évaluée par :

- un directeur d'un institut de formation d'aides-soignants ou d'un institut de formation en soins infirmiers ou un cadre de santé ou un infirmier, enseignant permanent dans un institut de formation d'aides-soignants ou dans un institut de formation en soins infirmiers ;

- un infirmier cadre de santé accueillant des élèves en stage.

Elle se divise en deux parties et consiste en un entretien de vingt minutes maximum avec deux membres du jury, précédé de dix minutes de préparation :

a) Présentation d'un exposé à partir d'un thème relevant du domaine sanitaire et social et réponse à des questions. Cette partie, notée sur 5 points, vise à tester les capacités d'argumentation et d'expression orale du candidat ainsi que ses aptitudes à suivre la formation ;

b) Discussion avec le jury sur la connaissance et l'intérêt du candidat pour la profession d'aide-soignant. Cette partie, notée sur 5 points, est destinée à évaluer la motivation du candidat.

Une note inférieure à 10 sur 20 à cette épreuve est éliminatoire.

Article 10

Les membres du jury d'admission sont nommés par le préfet du département ou de région, en fonction du choix opéré pour l'organisation du concours. Le jury de l'épreuve d'admission est présidé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, en cas d'organisation départementale, ou par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, en cas d'organisation régionale, et il est composé d'au moins 20 % de l'ensemble des personnes ayant participé à l'épreuve, en respectant la composition de base. En cas d'organisation départementale, le jury devra comprendre au moins un représentant de chacun des instituts de formation pour lesquels des épreuves sont organisées. En cas d'organisation régionale, la représentation de chaque département devra être assurée.

A l'issue de l'épreuve orale d'admission et au vu de la note obtenue à cette épreuve, le jury établit la liste de classement. Cette liste comprend une liste principale et une liste complémentaire.

En cas d'égalité de points entre deux ou plusieurs candidats, l'admission est déclarée dans l'ordre de priorité suivant :

a) Au(x) candidat(s) ayant bénéficié d'une dispense de l'épreuve écrite d'admissibilité ;

b) Au(x) candidat(s) ayant obtenu la note la plus élevée à l'épreuve d'admissibilité, dans le cas où aucun des candidats à départager n'a été dispensé de cette épreuve ;

c) Au candidat le plus âgé, dans le cas où les conditions des alinéas b et c n'ont pu départager les candidats.

Lorsque, dans un institut ou un groupe d'instituts, la liste complémentaire établie à l'issue des épreuves de sélection n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes, le directeur ou les directeurs des instituts concernés peuvent faire appel à des candidats inscrits sur la liste complémentaire d'autres instituts, restés sans affectation à l'issue de la procédure d'admission dans ceux-ci. Ces candidats sont admis dans les instituts dans la limite des places disponibles. Parmi les candidatures reçues par un institut, la priorité est accordée à celles émanant de candidats ayant satisfait aux épreuves de sélection dans le département ou la région, en fonction du choix opéré pour l'organisation du concours.

Article 11

Les résultats des épreuves de sélection sont affichés au siège de chaque institut de formation concerné, dans un lieu accessible à toute heure à la consultation. Tous les candidats sont personnellement informés par écrit de leurs résultats. Si dans les dix jours suivant l'affichage, un

candidat classé sur la liste principale ou sur la liste complémentaire n'a pas confirmé par écrit son souhait d'entrer en formation, il est présumé avoir renoncé à son admission ou à son classement sur la liste complémentaire et sa place est proposée au candidat inscrit en rang utile sur cette dernière liste.

En cas d'organisation départementale ou régionale, les candidats choisissent leur institut d'affectation en fonction de leur rang de classement et des vœux qu'ils ont exprimés, soit lors de leur inscription aux épreuves, soit à l'issue des résultats.

La liste des affectations est transmise par le directeur de chaque institut au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, en cas d'organisation départementale, ou au directeur régional des affaires sanitaires et sociales, en cas d'organisation régionale, au plus tard un mois après la date de la rentrée.

Article 12

Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles ont été organisées. Cependant, un report d'admission d'un an, renouvelable une seule fois, est accordé de droit par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, en cas de congé de maternité, de rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour garde de son enfant ou d'un de ses enfants, âgé de moins de quatre ans. Un report d'admission d'un an, renouvelable deux fois, est accordé de droit par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, en cas de rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale ou de rejet d'une demande de congé individuel de formation ou de congé de formation professionnelle.

En outre, en cas de maladie, d'accident, ou si le candidat apporte la preuve de tout autre événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report peut être accordé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Toute personne ayant bénéficié d'un report d'admission doit confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la rentrée suivante, au plus tard trois mois avant la date de cette rentrée.

Le report est valable pour l'institut dans laquelle le candidat avait été précédemment admis.

L'application des dispositions du présent article ne peut donner lieu à un report de scolarité d'une durée supérieure à deux ans.

Article 13

L'admission définitive dans un institut de formation d'aides-soignants est subordonnée :

1° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession ;

2° A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

Article 14

Par dérogation aux articles 4 à 11 du présent arrêté, peuvent être admis à suivre la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant les agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière réunissant au moins trois ans de fonctions en cette qualité et sélectionnés selon les modalités prévues par leur statut ; leur nombre ne doit toutefois pas excéder 80 % du nombre total d'élèves suivant la totalité de la formation.

TITRE II : CONTENU ET ORGANISATION PÉDAGOGIQUE DE LA FORMATION

Article 15

La formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant comporte 1 435 heures d'enseignement théorique et clinique, en institut et en stage. Elle est organisée conformément au référentiel de formation joint en annexes I et II du présent arrêté.

L'enseignement en institut comprend huit modules, dispensés sous forme de cours magistraux, de travaux dirigés, de travaux de groupe et de séances d'apprentissages pratiques et gestuels.

L'enseignement en stage est réalisé en milieu professionnel, que ce soit dans le secteur sanitaire, social ou médico-social, en établissement ou à domicile, et comprend six stages.

Article 16

La rentrée dans les instituts de formation a lieu la première semaine du mois de septembre. Cependant, après accord du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, un institut peut, à titre dérogatoire, en fonction des besoins de santé recensés au niveau local, effectuer une rentrée la première semaine du mois de janvier. Un même institut de formation peut organiser à la fois une rentrée en septembre et une rentrée en janvier.

A titre exceptionnel, la rentrée de janvier 2006 pourra avoir lieu au plus tard au cours de la troisième semaine de ce mois.

Article 17

La formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant peut, à l'initiative de l'institut, être suivie de façon discontinue, sur une période ne pouvant excéder deux ans. Dans ce cas, les modalités d'organisation de la scolarité sont déterminées par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, sur proposition du directeur de l'institut et après avis du conseil technique.

Article 18

Les personnes titulaires du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture qui souhaitent obtenir le diplôme professionnel d'aide-soignant sont dispensées des modules de formation 2, 4, 5, 6, 7 et 8. Elles doivent suivre l'enseignement des modules de formation 1 et 3, ainsi que les stages correspondant à ces derniers. Tous ces stages se déroulent auprès d'adultes, dont un au moins auprès de personnes âgées.

Article 19

Les personnes titulaires du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou de la mention complémentaire aide à domicile qui souhaitent obtenir le diplôme professionnel d'aide-soignant sont dispensées des modules de formation 1, 4, 5 et 7. Elles doivent suivre les modules de formation 2, 3, 6 et 8 ainsi que les stages correspondant à ces derniers. Tous ces stages se déroulent au sein du secteur hospitalier, un en médecine ou chirurgie, un auprès de personnes âgées ou handicapées, un en santé mentale ou en psychiatrie et un au choix, en fonction du projet professionnel de l'élève.

TITRE III : ORGANISATION DES ÉPREUVES DE CERTIFICATION

Article 20

L'évaluation des compétences acquises par les élèves est effectuée tout au long de leur formation selon les modalités d'évaluation et de validation définies à l'annexe 1 du présent arrêté.

Article 21

Le jury du diplôme professionnel d'aide-soignant est nommé par le préfet de région, sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Il est présidé par ce dernier ou son représentant et comprend :

- un directeur d'un institut de formation d'aides-soignants ;
- un infirmier ou un infirmier cadre de santé, enseignant permanent d'un institut de formation d'aides-soignants ;
- un infirmier cadre de santé ou un infirmier, en exercice ;
- un aide-soignant en exercice ;
- un représentant de la direction d'un établissement sanitaire, social ou médico-social employant des aides-soignants.

Le préfet de région peut décider d'organiser des sous-groupes d'examineurs. Dans ce cas, chaque sous-groupe est composé de trois personnes :

- un directeur d'un institut de formation d'aides-soignants ou un infirmier ou un infirmier cadre de santé, enseignant permanent d'un institut de formation d'aides-soignants ;
- un infirmier cadre de santé ou un infirmier ou un aide-soignant, en exercice ;
- un représentant de la direction d'un établissement sanitaire, social ou médico-social employant des aides-soignants.

Article 22

Sont déclarés reçus au diplôme professionnel d'aide-soignant les candidats qui ont validé l'ensemble des compétences liées à l'exercice du métier.

La liste des candidats reçus au diplôme professionnel d'aide-soignant est établie par le jury. Celui-ci ne peut ajourner un candidat sans avoir consulté son dossier d'évaluation continue.

Le diplôme professionnel d'aide-soignant est délivré par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales aux candidats déclarés admis par le jury. La publication des résultats doit intervenir au plus tard la première semaine du mois de juillet pour les élèves entrés en formation en septembre de l'année précédente ou la première semaine du mois de décembre pour les élèves entrés en formation en janvier de la même année.

Article 23

Pour chacune des épreuves prévues pour l'évaluation des modules de formation, l'élève qui ne remplit pas les conditions de validation bénéficie d'une épreuve de rattrapage organisée avant la fin de la formation. Dans le cas où la validation du module comporte deux épreuves, l'élève peut conserver, pour l'épreuve de rattrapage, la note égale ou supérieure à la moyenne obtenue à l'une d'entre elles.

L'élève qui ne remplit pas les conditions de validation à l'issue des épreuves de rattrapage dispose d'un délai de cinq ans après décision du jury pour valider le ou les modules auxquels il a échoué. Il doit suivre la formation de chaque unité non validée, conformément au référentiel de formation et satisfaire à l'ensemble des épreuves de validation de l'unité ou des unités de formation concernées. Au-delà de ce délai, l'élève perd le bénéfice des unités de formation validées ainsi que celui des épreuves de sélection.

Article 24

L'élève qui ne remplit pas les conditions de validation des compétences professionnelles acquises au cours des stages cliniques dispose de 5 années pour effectuer un stage pour chacune des compétences non validées, conformément au référentiel de formation. Au-delà de ce délai, l'élève perd le bénéfice des unités de formation validées ainsi que celui des épreuves de sélection.

Article 25

Le diplôme professionnel d'aide-soignant est délivré, par le préfet de région dans laquelle la scolarité a été accomplie, sur leur demande, aux étudiants infirmiers qui ont interrompu leurs études après avoir été admis en deuxième année.

Le diplôme professionnel d'aide-soignant est également délivré, dans les mêmes conditions, aux élèves infirmiers de secteur psychiatrique qui ont réussi l'examen de passage en deuxième année prévu par l'arrêté du 16 février 1973 modifié relatif à la formation professionnelle du personnel soignant du secteur psychiatrique.

Ne peuvent bénéficier des dispositions des deux alinéas précédents :

1° Les élèves infirmiers ayant réussi l'examen de passage en deuxième année antérieurement à la publication de l'arrêté du 25 mai 1971 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant dans les établissements publics ou privés ;

2° Les élèves infirmiers de secteur psychiatrique ayant réussi l'examen de passage en deuxième année antérieurement à la publication de l'arrêté du 24 avril 1979 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant modifiant l'arrêté du 25 mai 1971 précité ;

3° Les étudiants ayant fait l'objet, dans un institut de formation en soins infirmiers, d'une sanction disciplinaire d'exclusion définitive au titre de la scolarité suivie dans ledit institut prise après avis du

conseil de discipline.

TITRE IV : MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DES INSTITUTS DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

Congés et absences des élèves

Article 26

Les élèves effectuant une rentrée en septembre ont droit, au cours de la formation, à trois semaines de congés. Les élèves effectuant une rentrée en janvier ont droit à sept semaines de congés, dont quatre semaines en été. Le directeur de l'institut de formation fixe les dates de ces congés après avis du conseil technique.

Article 27

Tout congé de maladie ou congé pour enfant malade doit être justifié par un certificat médical. Pour la durée totale de la formation, une franchise maximale de cinq jours ouvrés peut être accordée aux élèves, pendant laquelle ils sont dispensés des cours, des travaux dirigés, des travaux de groupe, des séances d'apprentissages pratiques et gestuels et des stages. Ils devront toutefois présenter les épreuves de validation des modules de formation. Au-delà de cinq jours d'absence, les stages non effectués doivent faire l'objet d'un rattrapage. Cette disposition s'applique à l'ensemble des élèves, quelles que soient les modalités de suivi de la formation.

Article 28

Le directeur de l'institut de formation peut, après avis du conseil technique, sur production de pièces justificatives et dans des cas exceptionnels, autoriser certaines absences avec dispense des cours, des travaux dirigés, des travaux de groupe, des séances d'apprentissages pratiques et gestuels au-delà de la franchise prévue à l'article 27.

Article 29

En cas de maternité, les élèves sont tenues d'interrompre leur scolarité pendant une durée qui ne peut en aucun cas être inférieure à la durée légale.

Article 30

En cas d'interruption de la formation pour des raisons justifiées, et notamment en cas de maternité, l'élève conserve les notes obtenues aux évaluations des modules ainsi que celles obtenues lors des stages cliniques. La formation est reprise l'année suivante au point où elle avait été interrompue. Lorsque l'interruption de la formation a été supérieure à un an, les modalités de reprise de celle-ci sont fixées par le directeur de l'institut de formation, après avis du conseil technique.

Article 31

Le directeur d'un institut de formation d'aides-soignants, saisi d'une demande de congé paternité, détermine les modalités pratiques d'exercice de ce droit, dans le respect des dispositions de l'article 27 du présent arrêté.

Dispositions applicables à l'équipe pédagogique

Article 32

Le directeur d'un institut de formation d'aides-soignants doit remplir les conditions suivantes :

a) Etre titulaire d'un titre permettant l'exercice de la profession d'infirmier en application des articles L. 4311-3, L. 4311-4 ou L. 4311-12 du code de la santé publique ;

b) Etre titulaire de l'un des diplômes suivants :

- diplôme de cadre de santé ;
- certificat de cadre infirmier ;
- certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant ;
- certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur ;

- certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier cadre de santé publique ;
- certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique ;
- certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique ;
- certificat d'aptitude au professorat de lycée professionnel ou certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement technique du secteur sanitaire ou social, lorsque la formation est dispensée dans un établissement d'enseignement relevant du ministère chargé de l'éducation.

Article 33

La direction d'un institut de formation d'aides-soignants rattaché à un institut de formation en soins infirmiers est assurée par le directeur de ce dernier.

Article 34

Les infirmiers, enseignants permanents dans un institut de formation d'aides-soignants, doivent être titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et justifier d'un exercice professionnel en qualité d'infirmier de trois ans au moins.

Conseil technique et conseil de discipline

Article 35

Dans chaque institut de formation d'aides-soignants, le directeur est assisté d'un conseil technique, qui est consulté sur toute question relative à la formation des élèves. Ce conseil est constitué par arrêté du préfet du département.

Le conseil technique est présidé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son représentant. Il comprend, outre le directeur de l'institut :

- a) Un représentant de l'organisme gestionnaire ;
- b) Un infirmier, enseignant permanent de l'institut de formation, élu chaque année par ses pairs ;
- c) Un aide-soignant d'un établissement accueillant des élèves en stage, désigné pour trois ans par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;
- d) Le conseiller technique régional en soins infirmiers ou le conseiller pédagogique dans les régions où il existe ;
- e) Deux représentants des élèves élus chaque année par leurs pairs ;
- f) Le cas échéant, le coordonnateur général des soins de l'établissement dont dépend l'institut ou son représentant.

Les membres du conseil, à l'exception de ceux mentionnés au d et au f, ont un suppléant désigné dans les mêmes conditions que le titulaire.

En outre, selon les questions inscrites à l'ordre du jour, le président, soit seul, soit à la demande de la majorité des membres du conseil, peut demander à toute personne qualifiée susceptible d'apporter un avis à ce conseil d'assister à ses travaux.

Le conseil se réunit au moins une fois par an, après convocation par le directeur, qui recueille préalablement l'accord du président.

Le conseil technique ne peut siéger que si les deux tiers de ses membres sont présents. Si le quorum requis n'est pas atteint, la réunion est reportée. Les membres du conseil sont à nouveau convoqués pour une réunion qui se tient dans un délai maximal de huit jours. Le conseil peut alors valablement délibérer, quel que soit le nombre des présents.

Le directeur fait assurer le secrétariat des réunions. Le compte rendu, après validation par le président du conseil technique, est adressé à l'ensemble de ses membres.

Article 36

A. - Le directeur soumet au conseil technique pour avis :

1° Compte tenu du référentiel de formation défini en annexe du présent arrêté, le projet pédagogique, les objectifs de formation, l'organisation générale des études et les recherches pédagogiques ;

2° L'utilisation des locaux et du matériel pédagogique ;

3° L'effectif des différentes catégories de personnels enseignants ainsi que la nature et la durée de leurs interventions ;

4° Le budget prévisionnel ;

5° Le cas échéant, le montant des droits d'inscription acquittés par les candidats aux épreuves d'admission ;

6° Le règlement intérieur de l'institut de formation.

B. - Le directeur porte à la connaissance du conseil technique :

1° Le bilan pédagogique de l'année scolaire écoulée ;

2° La liste par catégorie du personnel administratif ;

3° Les budgets approuvés ainsi que le compte administratif en fin d'exercice ;

4° La liste des élèves en formation ;

5° Le cas échéant, les études menées concernant les épreuves de sélection, la population des élèves accueillis ou les résultats obtenus par ceux-ci.

Article 37

Le directeur de l'institut de formation peut prononcer, après avis du conseil technique, l'exclusion d'un élève pour inaptitudes théoriques ou pratiques au cours de la scolarité. Le directeur doit saisir les membres du conseil technique au moins quinze jours avant la réunion de celui-ci en communiquant à chaque membre un rapport motivé et le dossier scolaire de l'élève.

Les cas d'élèves en difficulté sont soumis au conseil technique par le directeur. Le conseil peut proposer un soutien particulier susceptible de lever les difficultés sans allongement de la formation.

A titre exceptionnel, les élèves peuvent, au cours de la scolarité, solliciter une mutation dans un autre institut de formation. Cette demande doit recueillir l'accord des deux directeurs concernés. Le conseil technique est informé, dès que possible, des demandes acceptées.

Article 38

Dans chaque institut, le directeur est assisté d'un conseil de discipline. Il est constitué au début de chaque année scolaire, lors de la première réunion du conseil technique. Le conseil de discipline est présidé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son représentant. Il comprend :

1° Le représentant de l'organisme gestionnaire siégeant au conseil technique ou son suppléant ;

2° L'infirmier, enseignant permanent siégeant au conseil technique ou son suppléant ;

3° L'aide-soignant d'un établissement accueillant des élèves en stage siégeant au conseil technique ou son suppléant ;

4° Un représentant des élèves tiré au sort parmi les deux élus au conseil technique ou son suppléant.

Article 39

Le conseil de discipline émet un avis sur les fautes disciplinaires ainsi que sur les actes des élèves

incompatibles avec la sécurité du patient et mettant en cause leur responsabilité personnelle.

Le conseil de discipline peut proposer les sanctions suivantes :

1° Avertissement ;

2° Blâme ;

3° Exclusion temporaire de l'institut de formation ;

4° Exclusion définitive de l'institut de formation.

La sanction est prononcée de façon dûment motivée par le directeur. Elle est notifiée à l'élève ou à son représentant légal si celui-ci est mineur.

L'avertissement peut être prononcé par le directeur, sans consultation du conseil de discipline. Dans ce cas, l'élève reçoit préalablement communication de son dossier et peut se faire entendre par le directeur et se faire assister d'une personne de son choix. Cette sanction motivée est notifiée à l'élève ou à son représentant légal si celui-ci est mineur.

Article 40

Le conseil de discipline est saisi et convoqué par le directeur de l'institut de formation. La saisine du conseil de discipline est motivée par l'exposé du ou des faits reprochés à l'élève. Cet exposé est adressé aux membres du conseil de discipline en même temps que la convocation.

Le conseil de discipline ne peut siéger que si les deux tiers de ses membres sont présents. Si le quorum requis n'est pas atteint, la réunion est reportée. Les membres du conseil sont à nouveau convoqués pour une réunion qui se tient dans un délai maximal de huit jours. Le conseil peut alors valablement délibérer, quel que soit le nombre des présents.

Le directeur fait assurer le secrétariat des réunions. Le compte rendu, après validation par le président du conseil de discipline, est adressé à l'ensemble de ses membres.

Article 41

L'élève reçoit communication de son dossier à la date de la saisine du conseil de discipline.

Article 42

Le conseil de discipline entend l'élève ; celui-ci peut être assisté d'une personne de son choix. Des témoins peuvent être entendus à la demande de l'élève, du directeur, du président du conseil ou de la majorité de ses membres.

Article 43

Le conseil de discipline exprime son avis à la suite d'un vote. Ce vote peut être effectué à bulletins secrets si l'un des membres le demande.

Article 44

En cas d'urgence, le directeur peut suspendre la formation de l'élève en attendant sa comparution devant le conseil de discipline. Ce dernier est toutefois convoqué et réuni dans un délai maximal de quinze jours à compter du jour de la suspension de la scolarité de l'élève. Le président du conseil de discipline est immédiatement informé par lettre d'une décision de suspension.

Article 45

Les membres du conseil technique et du conseil de discipline sont tenus d'observer une entière discrétion à l'égard des informations dont ils ont connaissance dans le cadre des travaux de ces conseils.

Article 46

En cas d'inaptitude physique ou psychologique d'un élève mettant en danger la sécurité des patients, le directeur de l'institut de formation peut suspendre immédiatement la scolarité de l'élève. Il adresse aussitôt un rapport motivé au médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Si les éléments contenus dans ce rapport le justifient, le médecin inspecteur peut demander un examen médical effectué par un médecin agréé. Le directeur de l'institut de formation, en accord avec le médecin inspecteur, et, le

cas échéant, sur les conclusions écrites du médecin agréé, prend toute disposition propre à garantir la sécurité des patients pouvant aller jusqu'à l'exclusion définitive de l'élève de l'institut de formation, sans qu'il y ait lieu de solliciter l'avis du conseil technique ou du conseil de discipline.

Droits et obligations des élèves

Article 47

Les élèves ont le droit de se grouper dans le cadre d'organisations de leur choix. Ces organisations peuvent avoir un but général, associations professionnelles, syndicats représentatifs et associations d'élèves ou particuliers, associations sportives et culturelles.

Article 48

Les organisations d'élèves mentionnées à l'article 47 peuvent disposer de facilités d'affichage, de réunion, de collecte de cotisations avec l'autorisation des directeurs des instituts et selon les disponibilités en matériels, en personnels ou en locaux offerts par l'établissement.

Article 49

Chaque institut établit un règlement intérieur reproduisant au minimum les conditions du règlement intérieur type figurant en annexe III du présent arrêté.

Dispositions transitoires

Article 50

Par dérogation aux dispositions des articles 32 et 34 du présent arrêté, les directeurs et les enseignants permanents, qui étaient en fonction dans un institut de formation d'aides-soignants à la date du 24 juillet 1994, peuvent le demeurer, même s'ils ne répondent pas à l'ensemble des conditions requises pour exercer ces fonctions en application du présent arrêté.

Article 51

Les dispositions du présent arrêté s'appliquent aux élèves aides-soignants entrant en formation à compter du 1er janvier 2006, à l'exception de celles relatives aux épreuves de sélection, qui ne seront applicables que pour la rentrée de septembre 2006. Les élèves aides-soignants ayant entrepris leur formation antérieurement au 1er janvier 2006 demeurent régis par les dispositions de l'arrêté du 22 juillet 1994 susvisé jusqu'à son abrogation.

Article 52

Les dispositions de l'arrêté du 22 juillet 1994 susvisé concernant les aides-soignants seront définitivement annulées et remplacées par les dispositions du présent arrêté à compter du 1er octobre 2007.

Article 53

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 22 octobre 2005.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
D. Houssin

Annexe 2

JORF n°0120 du 24 mai 2011

Texte n°36

ARRETE

Arrêté du 11 mai 2011 portant création de la spécialité « accompagnement, soins et services à la personne », option A « à domicile », option B « en structure », du baccalauréat professionnel et fixant ses modalités de délivrance

NOR: MENE1112959A

Le ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative,

Vu le code de l'éducation, et notamment ses articles D. 337-51 à D. 337-94 ;

Vu l'arrêté du 9 mai 1995 relatif au positionnement en vue de la préparation du baccalauréat professionnel, du brevet professionnel, du brevet de technicien supérieur ;

Vu l'arrêté du 9 mai 1995, modifié par l'arrêté du 20 juillet 2009, fixant les conditions d'habilitation à mettre en œuvre le contrôle en cours de formation en vue de la délivrance du baccalauréat professionnel, du brevet professionnel et du brevet de technicien supérieur ;

Vu l'arrêté du 24 juillet 1997 fixant les modalités de notation aux examens du brevet de technicien supérieur, du baccalauréat professionnel et du brevet professionnel ;

Vu l'arrêté du 11 juillet 2000 relatif à l'obtention de dispenses d'unités à l'examen du baccalauréat professionnel ;

Vu l'arrêté du 4 août 2000 modifié relatif à l'attribution de l'indication « section européenne » sur le diplôme du baccalauréat professionnel ;

Vu l'arrêté du 10 février 2009 relatif aux champs professionnels prévus à l'article D. 333-2 du code de l'éducation ;

Vu l'arrêté du 10 février 2009 relatif aux enseignements dispensés dans les formations sous statut scolaire préparant au baccalauréat professionnel ;

Vu l'arrêté du 8 avril 2010 relatif à l'épreuve obligatoire de langue vivante dans les spécialités du baccalauréat professionnel ;

Vu l'arrêté du 8 avril 2010 relatif à l'épreuve facultative de langue vivante dans les spécialités du baccalauréat professionnel ;

Vu l'avis de la commission professionnelle consultative « secteurs sanitaire et social, médico-social » en date du 6 janvier 2011 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de l'éducation en date du 17 mars 2011,

Arrête :

Article 1

Il est créé la spécialité « accompagnement, soins et services à la personne » du baccalauréat professionnel dont la définition et les conditions de délivrance sont fixées conformément aux dispositions du présent arrêté.

Article 2

La spécialité « accompagnement, soins et services à la personne » du baccalauréat professionnel comporte deux options : option A « à domicile », option B « en structure ».

Article 3

Le référentiel des activités professionnelles et le référentiel de certification de cette spécialité du baccalauréat professionnel sont définis en annexe I du présent arrêté.

Article 4

Les horaires de formation applicables à la spécialité « accompagnement, soins et services à la personne » du baccalauréat professionnel sont fixés par l'arrêté du 10 février 2009 susvisé, grille horaire n° 1.

La durée de la formation en milieu professionnel au titre de la préparation de la spécialité « accompagnement, soins et services à la personne » du baccalauréat professionnel est de vingt-deux semaines incluant la durée de six semaines nécessaire à la validation du diplôme

intermédiaire. Les modalités, l'organisation et les objectifs de cette formation sont définis en annexe II du présent arrêté.

Article 5

Le règlement d'examen est fixé à l'annexe III du présent arrêté.

La définition des épreuves ponctuelles et des situations d'évaluation en cours de formation est fixée à l'annexe IV du présent arrêté.

Article 6

Pour chaque session d'examen, le ministre chargé de l'éducation nationale arrête la date de clôture des registres d'inscription et le calendrier des épreuves écrites obligatoires.

La liste des pièces à fournir lors de l'inscription à l'examen est fixée par chaque recteur.

Article 7

Chaque candidat précise, au moment de son inscription, s'il se présente à l'examen sous la forme globale ou sous la forme progressive, conformément aux dispositions des articles D. 337-78 et D. 337-79 du code de l'éducation. Le choix pour l'une ou l'autre de ces modalités est définitif.

Il précise également l'épreuve facultative à laquelle il souhaite se présenter.

Dans le cas de la forme progressive, le candidat précise les épreuves ou unités auxquelles il souhaite se présenter à la session pour laquelle il s'inscrit.

La spécialité « accompagnement, soins et services à la personne » du baccalauréat professionnel est délivrée aux candidats ayant passé avec succès l'examen défini par le présent arrêté, conformément aux dispositions des articles D. 337-67 à D. 337-88 du code de l'éducation.

Article 8

Les candidats titulaires de l'une des options de la spécialité « accompagnement, soins et services à la personne » du baccalauréat professionnel, définie par le présent arrêté, peuvent se présenter à l'autre option à une session ultérieure sans avoir à justifier de conditions particulières.

Ces candidats ne passent que les épreuves correspondant aux unités spécifiques de chaque option : E3 : épreuve professionnelle, sous-épreuves E31, E32 et E33.

Article 9

Les candidats ajournés à l'une des options de la spécialité « accompagnement, soins et services à la personne » du baccalauréat professionnel, définie par le présent arrêté, peuvent se présenter à l'autre option à une session ultérieure sans avoir à justifier de conditions particulières.

Ces candidats peuvent reporter les notes égales ou supérieures à 10 sur 20 obtenues aux épreuves ou sous-épreuves ; ils présentent, d'une part, les épreuves pour lesquelles ils n'ont pas obtenu une note égale ou supérieure à 10 sur 20 et, d'autre part, les épreuves spécifiques de l'option postulée.

Article 10

Le présent arrêté entre en vigueur à compter de la session d'examen 2014.

Article 11

Le directeur général de l'enseignement scolaire et les recteurs sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 11 mai 2011.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur général
de l'enseignement scolaire,

J.-M. Blanquer

Annexe 3

Guide d'entretien pour les AS

Quel est votre parcours professionnel ?

Comment est organisé l'encadrement des AS dans votre service ?

- Les objectifs du stage vous sont-ils présentés ?
- Pour vous, les compétences à valider sont-elles adaptées à la réalité de la profession ?
- Existe-t-il des tuteurs ? Vous-même, êtes-vous tuteur de stage ?
- Existe-t-il des formateurs de l'IFAS comme référents dans votre service ?
- Avez-vous des difficultés pour l'encadrement des stagiaires ?
- Voyez-vous une différence entre les élèves issues des parcours complets et celles issues des parcours partiels ?
- Avez-vous des idées pour améliorer l'encadrement ?

Que vous évoque la notion d'identité professionnelle ?

- Quelles sont vos principales missions et activités dans votre service ?
- Vous sentez-vous reconnue dans votre métier ?
- Pensez-vous qu'il y a des métiers d'AS différents selon les services ?
- Participez-vous à des actions de formation en lien avec l'IFAS ?
- Etes-vous impliqué dans des travaux de groupe ?

Annexe 4

Guide d'entretien pour les EAS

Quelles sont vos motivations pour devenir AS ?

Comment se déroule la formation AS ?

- Sur l'IFAS ?
- Sur les terrains de stages (parcours qualifiants, apprenant,...) ?

Avez-vous des référents AS ou IDE sur les stages ? Des référents formateurs ? En souhaiteriez-vous ?

Avez-vous eu des difficultés durant vos encadrements en stage ? De quels types (pas attendu, pas d'attention de la part des professionnels, ...)

Existe-t-il un outil pédagogique pour l'encadrement en stage (livret, objectifs sus et connus du terrain,...) ? Est-ce que l'on vous demande où vous en êtes dans votre parcours de formation, vos objectifs,... ?

Est-ce que la formation actuelle des EAS encourage l'identité ou la reconnaissance professionnelle ? L'acquisition de compétences spécifiques ?

Avez-vous des suggestions concernant le déroulement des encadrements ou de la formation des EAS ? Quelles améliorations attendriez-vous ?

Pensez-vous que la formation AS sur le terrain favorise l'identité professionnelle AS ?

Pensez-vous qu'à la prise de fonction et durant votre futur parcours professionnel, il y a une réelle reconnaissance du métier AS ?

Annexe 5

Guide d'entretien pour les Cadres de Santé d'Unités

Quelle représentation avez-vous du métier d'AS ?

- Pensez-vous que la formation AS actuelle permet de construire une identité professionnelle ?

Comment se passent les encadrements dans votre service ?

- Avez-vous désigné des référents AS pour les stages ? Ont-ils suivi une formation au tutorat ?
- Existe-t-il un outil pédagogique pour l'encadrement des EAS en stage ?
- Pensez-vous qu'il y a une différence entre l'accueil des EAS et l'accueil des ESI sur le terrain ?
- Y-a-t-il une différence dans l'apprentissage et l'encadrement en stage entre les parcours complets et les parcours « passerelle » ? Pourquoi ?

Quels échanges avez-vous avec les formateurs de l'IFAS ?

Dans votre management hospitalier, comment valoriser vous la reconnaissance des AS ?

Quelles réflexions avez-vous pour améliorer, s'il y a lieu, la collaboration CH-IFAS pour l'encadrement des EAS ?

Annexe 6

Guide d'entretien pour les Cadres de Santé Formateurs

Que pensez-vous de la construction d'une identité professionnelle AS ?

- Comment se construit, selon vous, une identité professionnelle AS ?
- Pensez-vous qu'à la prise de fonction et durant leur parcours professionnel, il y a une réelle reconnaissance du métier AS ?

Êtes-vous référents CS Formateur sur les stages ? Si oui, quelle est votre fonctionnement avec les services dont vous êtes référent ?

- Y-a-t-il un réel partenariat IFAS-CH : collaboration CSF et CS ?
- Qu'avez-vous mis en place pour aider à la construction identitaire des EAS ?

Est-ce que la formation actuelle des EAS encourage l'identité ou la reconnaissance professionnelle ? L'acquisition de compétences spécifiques ?

Avez-vous des retours positifs ou négatifs des terrains de stage concernant l'encadrement des EAS ? Sur quels points faudrait-il agir ?

Avez-vous des suggestions concernant le déroulement des encadrements ou de la formation des EAS ?

- Quelles améliorations attendriez-vous ?
- Faut-il qu'il y ait une évolution du programme AS qui suit l'évolution du programme IDE ?

Y a-t-il une différence entre les EAS cursus « partiel » et les EAS cursus « complet » dans l'encadrement et l'enseignement à l'IFAS ?

Annexe 7
Grille d'analyse des Entretiens

Thèmes abordés	Sous-thèmes	Entretien	Documents & Lectures
1 - Encadrement	a - Tutorat		
	b – Objectifs des EAS		
	c – Outils d'encadrement		
	d – Organisation des stages/encadrements		
2 – Collaboration avec IFAS	a – Liens avec formateurs		
	b – Participation activités IFAS		
3 – Identité professionnelle	a – Reconnaissance du métier		
	b – Reconnaissance des compétences		
	c – Organisation des soins		
	d – Relation avec le patient		
	e – Implication dans l'institution		
4 – Coursus partiel et VAE	a – Encadrement		
	b – Notion identitaire		
5 – Réflexions sur évolution du métier AS	a – Collaboration terrain - IFAS		
	b - Encadrement		
	c - Compétences		

CHARRE

Philippe

Décembre 2012

Directeur des Soins

Promotion 2012

La construction et la reconnaissance de l'identité professionnelle Aide-Soignante : levier de collaboration des Directions des Soins Gestion et Formation

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Diderot - PARIS

Résumé :

La profession aide-soignante représente plus de 40% des effectifs paramédicaux dans les institutions hospitalières. Les aides-soignantes sont reconnues comme des acteurs majeurs dans l'organisation des soins. Elles sont un pivot par lequel se transmettent beaucoup d'informations concernant la prise en charge globale du patient. Cependant, souvent assujetties à un lien de subordination qui les unit au monde infirmier, elles ont des difficultés à construire et faire reconnaître leur véritable identité professionnelle propre à leur métier. En s'appuyant sur ce constat comme point de départ, ce travail de recherche porte sur l'analyse, à travers une enquête menée auprès d'agents pluriprofessionnels du monde hospitalier, des facteurs favorisant ou limitant l'élaboration et la valorisation de leur identité de métier. Une hétérogénéité dans les réflexions apportées et les ressentis évoqués amène à penser que, dès l'entrée en formation, les étapes par lesquelles devrait passer l'aide-soignante pour construire son identité ont des contours peu définis. De même que, durant son exercice professionnel, la plus-value en termes de compétences et de réflexions que représente l'aide-soignante ne semble pas exploitée de manière unanime. Fort de ces remarques, l'hypothèse d'un partenariat formalisé entre la Direction des Soins Gestion et la Direction des Soins Formation comme facteur favorisant et promoteur de la construction et de la reconnaissance identitaire aide-soignante semble être une des réponses à cette problématique. Les modifications des repères sociétaux et les transformations structurelles et organisationnelles du monde hospitalier nous inclinent à penser que nous sommes dans la juste dynamique dans le fait d'apporter un intérêt éclairé à l'évolution de cette profession.

Mots clés :

Aide-soignante – Identité professionnelle – Compétences – Reconnaissance – Construction identitaire - Valorisation – Formation – Encadrement – Communication.

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.