



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2006 -2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

Travailler plus... longtemps

Innover en ressources humaines pour un management durable

Thierry FASSINA

Remerciements

Je remercie M. J-R Bitaud pour l'exigence et la patience de sa guidance.

Je remercie M^{me} M. Bitaud pour son aide documentaire.

Je remercie M^{me} M. Pizzo-Ferrato, mon maître de stage, pour l'attention qu'elle a portée à mon travail.

Mes remerciement vont aussi à M^{me} A. Tan-Ham pour sa relecture attentive.

Je remercie enfin ma famille.

Sommaire

Introduction	1
1 Première partie : un contexte en permanente évolution	5
1.1 La société vieillissante, l'hôpital en recomposition.....	5
1.1.1 2050... Une société vieillissante.....	5
A) Une France plus nombreuse et plus âgée	6
a) Le vieillissement est inéluctable.....	6
b) Le nombre des actifs est incertain	8
B) Des inconnues, l'économie et le travail.....	10
a) Des modifications sans bouleversement.....	10
b) Des tensions et des personnels âgés	13
1.1.2 2007... L'an I de la nouvelle gouvernance.....	16
A) L'hôpital organisé en pôles	17
a) Le pouvoir redistribué	17
b) Les contours redessinés.....	19
B) L'activité valorisée	20
a) La logique neuve de l'allocation des ressources	21
b) Le séjour optimal	23
1.2 Le corps des aides-soignants	25
1.2.1 Un corps au travail	25
A) Un corps réel.....	26
a) De la fonction à.....	26
b) Des professionnels de soins	29
B) Un corps symbolique	32
a) Des mots.....	32
b) Aux actes.....	33
1.2.2 Un travail auprès du corps des malades.....	35
A) Un métier contrôlé	35
a) Une collaboration contrôlée aux actes infirmiers.....	36
b) Une forme de « dirty work ».....	37
B) La présence contrôlée au travail.....	38
a) L'absence	38
b) Les raisons ?	40

2	Seconde partie : vers un management pluriel.....	43
2.1	Optimiser les modalités existantes	43
2.1.1	Rester dans le soin	44
A)	En adaptant ou en aménageant les postes	44
a)	L'adaptation du poste	44
b)	L'aménagement du poste.....	44
B)	La promotion professionnelle	47
a)	La lettre	47
b)	Les chiffres.....	47
2.1.2	Changer de métier	48
A)	La voie du reclassement	49
a)	De la définition juridique à.....	49
b)	La pratique	50
B)	La voie de la mobilité choisie.....	51
a)	Vers les métiers émergents.....	51
b)	Vers d'autres structures publiques	53
2.2	Saisir des opportunités	55
2.2.1	Opportunités organisationnelles.....	55
A)	La dynamique des pôles	55
a)	La logique des soins au service d'un projet déconcentré.....	55
b)	L'intéressement, un élément fort du contrat d'objectifs	58
B)	La réflexion sur les organisations de travail.....	59
a)	L'organisation des temps.....	59
b)	L'organisation de l'espace	61
2.2.2	Opportunités manageriales	63
A)	Un suivi personnalisé	63
a)	La démarche métiers-compétences	63
b)	Air France, une longueur d'avance	65
B)	Un management intergénérationnel	67
a)	À l'Ouest du nouveau	67
b)	L'hôpital sur la voie	70
	Conclusion	73
	Bibliographie.....	75
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADH :	Association des directeurs d'hôpital
AP-HP :	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
AMP :	Aide médico-psychologique
ARHIF :	Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France
AS :	Aide-soignant
ASH :	Agent des services hospitaliers
Assedic :	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
BEP :	Brevet d'études professionnel
CA :	Conseil d'administration
CAP :	Commission administrative paritaire
CE :	Conseil exécutif
CEA :	Commissariat à l'énergie atomique
CH :	Centre hospitalier
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CME :	Commission médicale d'établissement
CMED :	Commission mondiale pour l'environnement et le développement
CMT :	Cible à moyen terme
CSIRMT :	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP :	Code de la santé publique
CTE :	Comité technique d'établissement
DAC :	Dotation d'activité complémentaire
DAF :	Dotation d'activité forfaitaire
DARES :	Direction de l'animation et de la recherche des études et des statistiques
DDASS :	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DEAVS :	Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale.
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS :	Durée moyenne de séjour
DPRS :	Direction des personnels et des ressources humaines
DRASS :	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DRESS :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH :	Direction des ressources humaines
GPEC :	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GHS :	Groupe homogène de séjour
GRH :	Gestion des ressources humaines

IDE : Infirmier diplômé d'État
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
ONU : Organisation des Nations unies
PAPRIACT : Programme annuel de prévention des risques professionnels et
d'amélioration des conditions de travail
PIB : Produit intérieur brut
PMSI : Programme de médicalisation du système d'information
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation
SNDD : Stratégie nationale de développement durable
T2A : Tarification à l'activité
USLD : Unité de soins de longue durée
VAE : Validation des acquis de l'expérience

« L'hôpital a par sa vocation, ses missions et ses activités, une plus grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement durable¹ »

Introduction

La notion de travail présente une pluralité de sens et la valeur attachée au terme apparaît intimement liée au contexte sociétal. Dans la Grèce antique, le travail est « affaire d'esclave » et connoté péjorativement. La société moderne industrielle transforme le travail en attribut de la condition humaine, elle crée une classe de travailleurs. Inscrit dans le bloc constitutionnel français, le travail est également un droit et un devoir du citoyen. Le travail met la personne humaine en nécessaire relation avec les autres membres de la société. La réalisation d'un travail devient une action de l'homme sur la nature et une action de l'homme à partir de la nature. Le concept « travail » participe donc du développement des sociétés et organisations humaines.

Il y a trente ans, en 1972 à Stockholm la première conférence de l'Organisation des Nations unies (ONU), « l'Homme et son milieu », amorce une prise de conscience : les ressources ne sont pas inépuisables.

L'association des termes ; « développement » et « durable » n'aura lieu que dix ans plus tard en 1983. M^{me} Brundtland, alors Premier ministre de Norvège, est nommée présidente de la Commission mondiale pour l'environnement et le développement (Cmed) par l'assemblée générale des Nations unies. Le rapport de cette commission intitulé « Notre avenir à tous » est publié en 1987. Il souligne que certains modes de développement dégradent l'environnement et inversement qu'un environnement dégradé impacte le développement. La réponse proposée à cette problématique qui lie l'économie, la société et l'environnement est « le développement durable ». Le concept est né, la Cmed en donnera la définition suivante : « type de développement qui permet de satisfaire les besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de satisfaire les leurs ».

Trois dimensions s'imposent désormais, la durabilité, l'équité générationnelle et le respect des systèmes naturels.

¹ 34^e Congrès de la fédération internationale des hôpitaux à Nice, 2005. Disponible à l'adresse : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/develop_durable/documents/present_dd.pdf

Produire « plus avec moins » est alors souhaité. C'est en 1992 à Rio, toujours sous l'égide de la Cmed lors du « Sommet de la Terre », qu'un plan d'action baptisé « Agenda 21² » recense les mesures³ à mettre en œuvre pour que le développement durable devienne une réalité au XXI^e siècle. Mais dix ans plus tard, le sommet de Johannesburg constate la faible concrétisation des engagements. Des initiatives de partenariat entre les acteurs publics et les entreprises privées sont présentées pour inciter à la réalisation effective de l'Agenda 21.

La France quant à elle s'est insérée tardivement dans le dispositif. Depuis 1999 des contrats entre l'État, les Régions, les collectivités gestionnaires des agglomérations des pays et des parcs naturels régionaux encouragent la mise en place de projets finalisés relevant de l'Agenda 21. Une stratégie nationale de développement durable⁴ (SNDD) est présentée en 2003. L'inscription de la Charte de l'environnement dans la Constitution⁵, le plan climat en 2004 et la création récente d'un ministère d'État de l'écologie, du développement et de l'aménagement durables confirment l'engagement politique.

Membre de l'Union européenne, la France est associée à la stratégie dite « de Lisbonne » inaugurée lors du conseil européen de mars 2000 qui se tint dans cette ville. L'ambition est de conduire l'Union européenne vers une « économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde, capable d'une croissance économique durable accompagnée d'une amélioration quantitative et qualitative de l'emploi et d'une grande cohésion sociale ». Finalisée à Göteborg, les 15 et 16 mars 2001, cette stratégie fixe notamment une priorité en santé publique.

Les établissements publics de santé, partenaires du système de santé publique, dispensent des soins pour répondre aux besoins des générations actuelles et doivent dès maintenant grâce à leurs orientations stratégiques, anticiper leurs réponses aux besoins des générations futures.

La réalisation de cette mission dans le cadre de la stratégie nationale de développement durable implique qu'ils soient économes des ressources. Économes à la fois des ressources matérielles et des ressources financières.

² Ouvrage de 800 pages en quarante chapitres sans valeur juridique contraignante.

³ Les mesures sont constituées de trente-huit lignes d'actions réparties en quatre chapitres.

⁴ La SNDD s'articule autour de sept objectifs stratégiques et de programmes d'action. Le calendrier est de 5 ans.

⁵ Votée le 28 février 2005 par le congrès, la révision constitutionnelle est promulguée le 1^{er} mars 2005.

L'injonction d'en « faire plus avec moins » transparaît encore en filigrane des échanges en juin 2007 lors des 16^e journées de l'Association des directeurs d'hôpital (ADH) sur « La performance hospitalière et le management durable ». Il faut aujourd'hui répondre de manière plus satisfaisante aux attentes de la population dans un environnement social, technique, financier et réglementaire en évolution.

La stratégie hospitalière de développement durable se déploie principalement dans l'amélioration des performances énergétiques et la maîtrise des déchets et polluants. Les performances hospitalières reposent aussi sur les personnels. Afin de répondre à sa mission de soins, l'hôpital fait appel de manière majoritaire à la ressource humaine. Les conditions de travail liées à l'activité et aux populations soignées engendrent pour une grande partie des intervenants une pénibilité avérée. Un groupe d'agents, les aides-soignants, est particulièrement exposé.

« Gouverner c'est prévoir⁶ », la gestion prévisionnelle des personnels se complète par la projection dans le temps et l'anticipation du vieillissement des personnels.

Ce travail prend en compte les éléments démographiques, économiques et sociaux à notre disposition aujourd'hui et explore la question du management au long cours du groupe des aides-soignants, question qui relève d'une démarche de management durable.

La méthode employée fait appel à une large revue de littérature. Les données nationales sont mises en relation avec les données disponibles sur le lieu du stage de direction et des entretiens ont été menés avec la médecine du travail, la direction des soins et la direction de l'institut de formation en soins infirmiers du site. Des informations complémentaires ont été recueillies, sous la forme d'entretiens téléphoniques auprès d'un Centre hospitalier universitaire et d'un Hôpital intercommunal.

Dans la première partie est décrit le contexte démographique projeté pour les quarante années à venir ainsi que la mutation de l'institution hospitalière.

Dans la seconde partie, les pistes de réflexion et de mise en œuvre d'une gestion plurielle des ressources humaines sont exposées en faisant référence à des expériences initiées dans certains établissements et à celles qui sont conduites dans des domaines extérieurs au secteur de la santé.

⁶ GIRARDIN É.1806-1881

1 Première partie : un contexte en permanente évolution

Le concept du développement durable insiste sur le lien entre l'activité interne de toute organisation et l'environnement. Les paramètres environnementaux, de manière réciproque, influent sur les organisations.

Les hôpitaux comme toute organisation sont sensibles aux éléments externes et internes. Ainsi les mouvements sociétaux pénètrent dans l'hôpital et l'interrogent. De manière identique, les professionnels au travail et plus particulièrement ici, le groupe des aides-soignants, impactent l'organisation hospitalière en son sein.

1.1 La société vieillissante, l'hôpital en recomposition

Chaque société propose une forme de réponse aux demandes de soins de ses membres. L'organisation sanitaire avec sa médecine de ville et sa médecine hospitalière s'inscrit dans l'histoire culturelle, technique et économique des sociétés.

Les exemples historiques d'organisation hospitalière montrent le lien entre la structure de la population et le type d'organisation mise en place. Dans l'Europe médiévale, l'hôpital était avant tout un lieu d'accueil en cohérence avec la pensée médicale aristotélicienne. Au Moyen Âge, la maladie était vue comme un désordre de l'âme. Accueilli à l'hôpital, le malade y était soigné dans l'espoir d'une guérison divine.

La France pendant une période de trente années (1946 -1974) a connu une croissance économique forte et une natalité forte. La mise en place d'un paysage hospitalier important et porteur de la modernité technique en a été le reflet.

Le contexte démographique et économique est un élément déterminant. La France en 2050 s'annonce vieillissante et l'hôpital est engagé dans un mouvement de mutation profond. La prise en compte de ces paramètres est indispensable. Elle dicte et oriente la réflexion politique. Par ricochet, elle impacte les stratégies hospitalières.

1.1.1 2050... Une société vieillissante

Afin de répondre à la question sur la structure de la société française de demain, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)⁷ a réalisé une projection démographique⁸. Elle s'appuie sur des données extraites du recensement de 1999, disponibles fin 2000 et réactualisées en 2005 ainsi que sur les hypothèses de fécondité, de mortalité et de migrations.

⁷ BRUTEL C. La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. *POPULATION*, 2002, Economie et statistique, N° 355-356 pp 57-71.

⁸ Cf Annexe 1

Le choix d'utiliser la projection est justifié car par opposition aux prévisions, les hypothèses initiales sont cadrées à priori. L'exploitation des résultats reste néanmoins délicate ; l'horizon temporel est lointain, quarante ans.

Les projections montrent que la population sera plus nombreuse mais plus âgée, des effets sur l'économie et le travail sont mis en exergue par L'INSEE et les conclusions de cette étude sont reprises par la Direction de l'animation, de la recherche et des études statistiques (DARES).

A) Une France plus nombreuse et plus âgée

Les démographes annoncent un vieillissement inéluctable de la population, la France métropolitaine comptera en 2050, 70 millions d'habitants. Le nombre des habitants de plus de 60 ans serait de 22,4 millions contre 12,7 millions aujourd'hui⁹. Mais, il existe une incertitude, la population en âge de travailler diminuerait légèrement à partir de 2006.

a) *Le vieillissement est inéluctable*

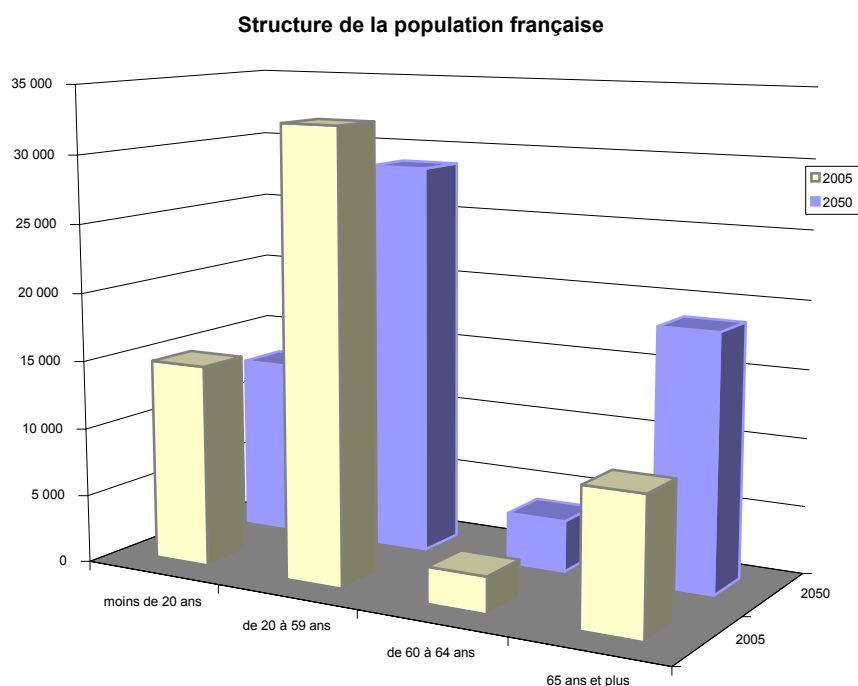
Une société vieillissante se définit comme une société où la proportion des personnes de plus de 60 ans augmente et dépasse la proportion de celles de moins de 20 ans. Les rapports de l'INSEE annoncent un vieillissement inéluctable de la population de la France métropolitaine. De 1950 à 2000, le nombre des personnes de plus de 60 ans et au delà a crû de 5,4 millions, passant de 6,7 à 12,1 millions. Sur la même période le nombre des moins de 20 ans est passé de 12,5 millions (en 1950) à 15 millions (en 2000). En 2050, le nombre des jeunes de moins de 20 ans sera de 15,3 millions. Ces chiffres sont à mettre en relation avec les proportions respectives des classes retenues par l'INSEE.

Ainsi en 1950 les moins de 20 ans représentaient 30,1% de la population française, en 2000, 25,6% et en 2050 ils formeraient 21,9% de celle-ci.

Le groupe des plus de soixante ans représentait en 1950, 16,2% de la population, en 2000, 20,6% et en 2050 la projection table sur 31,9% du nombre des résidents en France.

⁹ ROBERT-BOBEE I. Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, 2006, *INSEE PREMIERE*, n° 1089.

Le graphique suivant illustre ce changement structurel de la population française.



Source : projections démographiques, INSEE 2005

L'affirmation de vieillissement est à mettre en perspective avec le fait que les personnes de 60 ans ne paraissent pas relever de la vieillesse. Économiquement, elles restent insérées dans un ensemble de consommateurs réguliers et sociologiquement, elles participent pleinement à la vie de la cité, notamment sous la forme associative.

La notion de vieillissement affirmée par l'INSEE est un choix de classes d'âge d'ordre administratif qui n'embrasse pas de notion fonctionnelle.

La notion de vieillesse est évolutive avec le temps et le lieu. Montaigne, au XVI^e siècle, pensait mettre ses affaires en ordre car : « 47 ans est un âge auquel peu de gens arrivent¹⁰ »

Au-delà de 50 ans dans certains pays d'Afrique, la personne est considérée comme une personne âgée. C'est également l'âge de 50 ans qui sert de point de départ à l'étude globale de l'OMS sur le vieillissement¹¹.

Un nouvel indicateur utilisé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) est mis en place depuis quelques années, l'espérance de vie sans incapacité.

¹⁰ Texte original : « l'age auquel nous sommes arrivez, c'est un aage auquel peu de gens arrivent » Essais Livre I, chapitre LVII, Paris : A. L'Angelier, 1588 p 135. Consultable à l'adresse : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k70135b>

¹¹ WHO Study on Global Ageing and Adult Health. Consultable à l'adresse : <http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/index.html>

Dans les pays développés, l'allongement de la durée de la vie sans incapacité dépasse l'âge administratif ou légal de la cessation d'activité. Comme il est difficile de définir exactement l'âge de la vieillesse, le groupe des plus de 75 ans apparaît dans l'ensemble des travaux comme l'âge pivot.

Les hypothèses formulées en 2001 par l'INSEE indiquent que le nombre des personnes de 75 ans et plus triplera entre 2000 et 2050 pour passer de 4,2 à 11,6 millions et celui des plus de 85 ans quadruplera pour atteindre le nombre des 4,8 millions. Le phénomène de vieillissement de la population ne sera pas régulier et la période de forte augmentation annuelle du nombre de personnes de plus de 60 ans est comprise entre les années 2006 et 2035. L'augmentation du nombre des personnes de plus de 60 ans sera de l'ordre de 305 000 par an. Ce sont plus de huit millions de personnes qui entreront dans cette catégorie d'ici 2035.

Plus que le nombre, c'est la part des sexagénaires dans la population totale qui augmentera de manière significative et elle passera de 20,6% en 2000 à 35% en 2050. Même dans l'hypothèse d'une augmentation forte de l'immigration, la part des âgés de plus de 60 ans sera plus élevée que la part des moins de 20 ans.

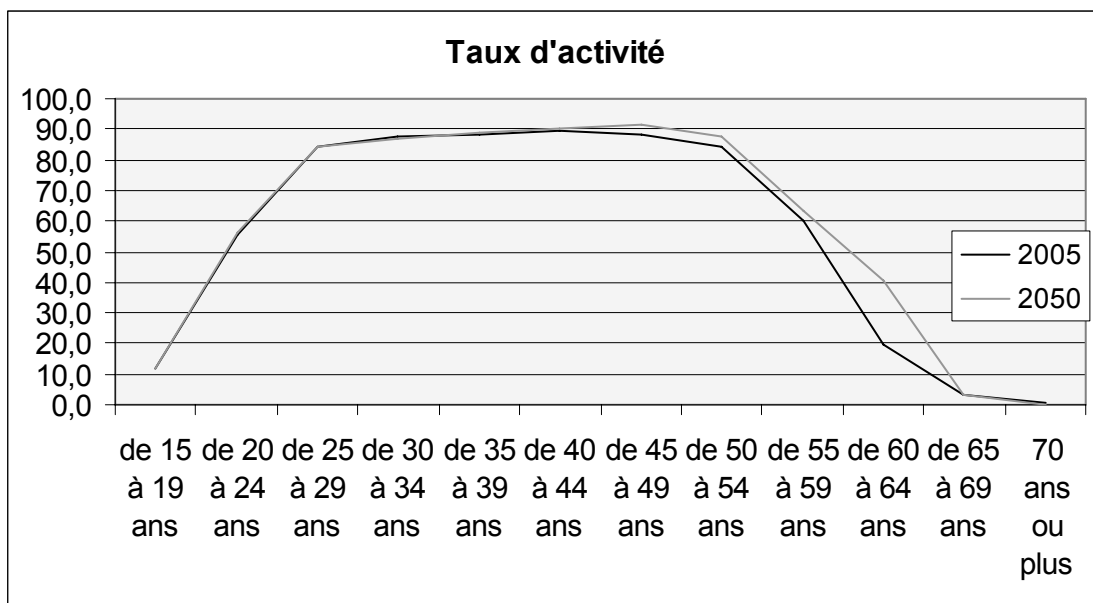
b) Le nombre des actifs est incertain

La population en âge de travailler ne correspond pas nécessairement aux limites légales fixées par le Code du travail. En effet pour le salariat, qui représente la grande majorité des modes de contrats de travail, ces limites sont : 16 ans pour l'entrée dans la vie active et 65 ans pour la fin d'activité par mise à la retraite. Cet intervalle ne décrit pas fidèlement la population active française. Contrairement aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), le taux d'activité des moins de 20 ans est très faible en France. Il augmente fortement à partir de l'âge de 20 ans et diminue brutalement à 60 ans et plus fortement encore à 65 ans du fait des deux modes d'accès au droit à la retraite.

Il existe en France, une fonction publique importante, de l'ordre de 20% de l'ensemble des actifs. Certains fonctionnaires bénéficient de possibilités de départs à la retraite précoces (avant 60 ans). Pour les salariés du régime général, les dispositifs actuels permettent de partir avant 60 ans sous conditions et les accords d'entreprise¹² autorisent jusqu'en 2008 les départs à la retraite dès 60 ans.

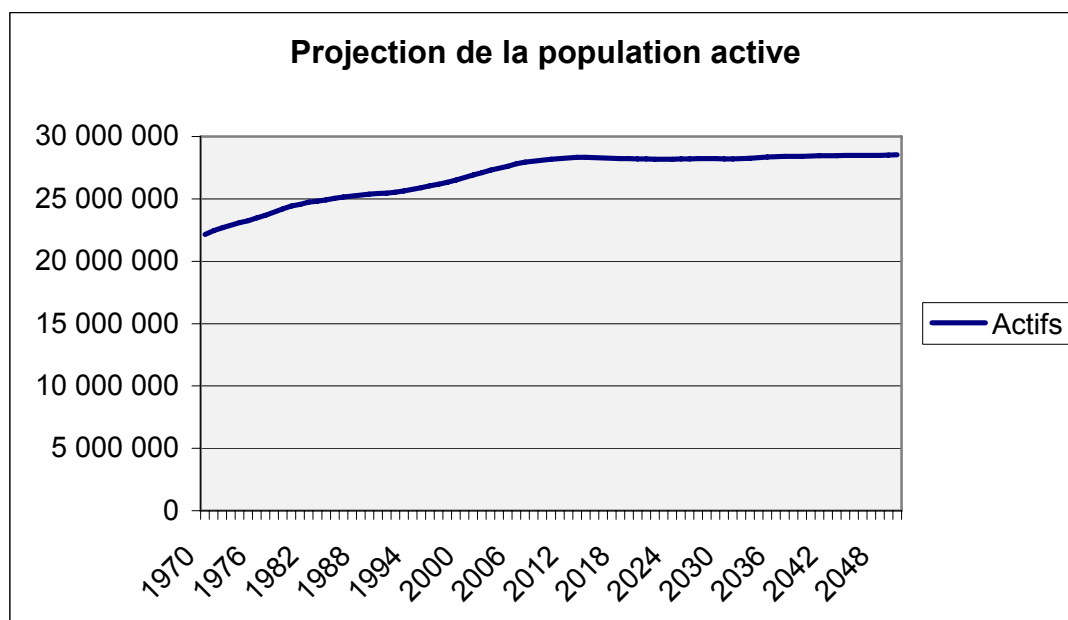
¹² Accords dérogatoires permis par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

La population active se concentre majoritairement dans un intervalle de quarante années : entre 20 et 60 ans.



Source : projections de population pour la France métropolitaine, INSEE, 2005.

A partir de 2007, le nombre d'entrants sur le marché du travail devient inférieur au nombre de sortants, les premières générations de l'immédiate après-guerre atteignent les 60 ans. La population en âge de travailler va donc décroître légèrement pour se stabiliser.



Source : projections de population pour la France métropolitaine, INSEE, 2005.

En élargissant la définition de « population active » à la plage des 20 à 64 ans, la croissance de l'effectif de cette population est assurée jusqu'en 2011. Par contre l'incertitude sur la population active augmente à partir de 2020.

Cette augmentation de la population retraitée et potentiellement « inactive » associée au nombre des actifs en diminution aura pour conséquence de modifier le rapport « inactifs sur actifs ».

En 2000, ce rapport est de 383 personnes âgées de plus de 60 ans pour 1000 actifs âgés de 20 à 59 ans (ou 274‰ si l'on prend les 20 – 64 ans).

En 2050, il serait de 690 personnes âgées de 60 ans et plus pour 1000 actifs âgés de 20 à 59 ans. En 2050 on assisterait alors à un doublement du rapport.

Cette situation inédite où le poids économique des retraités devient prépondérant vis-à-vis des actifs est susceptible d'entraîner des modifications de la structure de consommation et d'orienter le marché du travail.

B) Des inconnues, l'économie et le travail

La diminution du nombre des actifs aura des répercussions sur l'affectation de la richesse produite. L'économie de la santé risque de se trouver modifiée mais non bouleversée. La nouvelle pyramide des âges engendrera des besoins en main d'œuvre dans le secteur des services à la personne. Les incidences d'un marché du travail sous tension et d'un salariat âgé devront être résolues.

a) *Des modifications sans bouleversement.*

L'impact du vieillissement de la population fait débat. Selon certains économistes de la santé, les évolutions démographiques se traduiront par des recours aux soins massifs et seront insupportables pour les systèmes d'assurance maladie, pour d'autres au contraire, le vieillissement aura un impact modéré et sommes toutes, très supportable sur les dépenses¹³.

Michel Grignon¹⁴ rappelle que l'idée d'une population vieillissante, une population dont la part des citoyens âgés de plus de 65 ans augmente, provient des théories d'Alfred Sauvy. Alfred Sauvy fait une analogie entre le vieillissement du corps physique et le vieillissement du corps social. Il postule qu'une société composée de nombreuses personnes âgées est moins dynamique sur le plan économique ou intellectuel.

¹³ POLTON D., SERMET C. Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? *BEH*, 2006, n° 5-6, pp 49-52.

¹⁴ GRIGNON M. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. *Questions d'économie de la santé*. CREDES, 2003/03, N° 66.

En outre cette société est amenée à transférer massivement les ressources créées par les jeunes actifs vers les inactifs âgés. Les transferts comprennent les pensions de retraite et les dépenses de santé.

Au sujet des conséquences sur l'économie, de l'état de santé de la population, trois théories s'affrontent : Claude Malhuret, économiste les présente¹⁵. La première, tirée des travaux de Gruenberg et Kramer, prévoit une pandémie des troubles mentaux, des maladies chroniques et des incapacités. Dans cette théorie, la date d'apparition des maladies reste identique mais la durée de survie avec maladie augmente. On voit donc apparaître des états plus sévères.

La deuxième due à Fries affirme qu'il y aura compression de la morbidité. Dans ce cas, l'âge moyen d'apparition des maladies est retardé, alors que l'espérance de vie est relativement constante. La morbidité est donc comprimée dans une courte période.

La troisième, celle de Manton prône l'équilibre dynamique. Ici la hausse de l'espérance de vie est en partie expliquée par le ralentissement du développement des maladies chroniques. La prévalence des maladies augmente mais les affections sont en moyenne moins sévères. Claude Malhuret estime que ces théories se complètent.

Michel Grignon, refuse de choisir car aucune de ces théories, selon lui, ne permet de modéliser le devenir de l'état de santé des personnes âgées. La diversité des situations sociales et des déterminants de la consommation des soins en fonction de l'âge interdit toute généralisation.

Cependant l'augmentation de la consommation des soins avec l'âge est avérée.

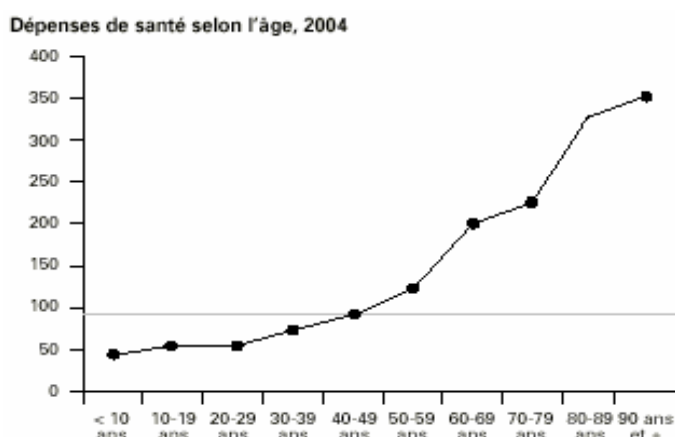
Il semble qu'elle provienne d'un recours à la médecine de ville plus fréquent. Les estimations réalisées à partir des enquêtes de l'INSEE chiffrent l'augmentation des dépenses de santé à 0,5% par an sur la période 2000 - 2010. Des simulations plus récentes, faites à partir des données en provenance de l'Assurance Maladie, concluent à un impact de l'ordre de 0,7% par an sur la période 2000 - 2020¹⁶. Ces projections représenteraient un effort de financement d'environ 3 points de Produit intérieur brut (PIB), 2 points seraient affectés aux soins et 1 au financement de la dépendance qui, conséquence du grand âge, connaîtra une croissance rapide.

¹⁵ MALHURET C. Le vieillissement de la population et ses conséquences sur la santé publique, 5 décembre 1998. Consultable à l'adresse :

http://www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_051298c.htm

¹⁶ POLTON D., SERMET C. Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? *BEH*, 2006, n° 5-6, pp 49-52.

Les dépenses de santé selon l'âge

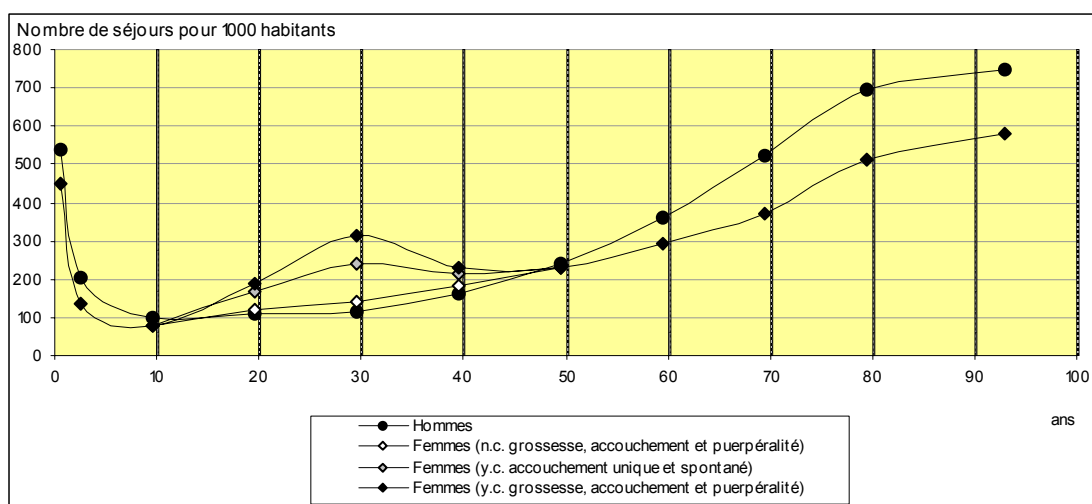


Source : Echantillon permanent d'assurés sociaux, exploitation Cnam TS

Les dépenses de santé incorporent un ensemble de biens et services, la moitié de ces dépenses correspond à l'hospitalisation.

Le recours à l'hospitalisation varie en fonction de l'âge et la répartition de la consommation hospitalière varie, elle aussi, en fonction de l'âge¹⁷.

Le recours à l'hôpital se caractérise par une consommation élevée dans la première année de vie (essentiellement par des coûts unitaires élevés) qui décroît ensuite pour s'intensifier au-delà de 65 ans. Elle représente alors, environ 51% de la dépense médicale des personnes de 65 à 74 ans. Elle augmente encore et atteint 63% de la dépense médicale des personnes de 85 ans et plus.



Source : Ministère de la santé et des solidarités - DREES / DHOS - Base nationale PMSI 2003

¹⁷ MIZRAHI An, MIZRAHI Ar. Âge et santé, des pathologies exemplaires liées au vieillissement. *Actualité et dossiers en santé publique*. 1997/12, N° 21, pp 16-20.

Les causes d'hospitalisation sont en relation avec l'âge. Le vieillissement physiologique entraîne des troubles spécifiques. Ces troubles affectent les systèmes sensoriels (oculaires), endocriniens, neurologiques et vasculaires (la maladie d'Alzheimer et les démences). Cette diminution des performances des fonctions entraîne un risque de traumatisme (chutes) et de dépendance.

Toutefois ces maladies exemplaires du grand âge ne peuvent accréditer l'idée d'une population âgée qui serait massivement en mauvaise santé. Les moyens de vieillir harmonieusement sont en relation avec des éléments qui font appel aux déterminants sociaux comme le revenu, la vie en couple, l'existence d'une couverture complémentaire d'assurance maladie et l'existence d'une vie sociale¹⁸.

L'organisation actuelle des hôpitaux, repose sur un triptyque, médecine, chirurgie et obstétrique, cette organisation ne devrait pas être profondément bouleversée par le vieillissement de la population. Le grand âge des patients et la nature des pathologies demanderont toutefois une adaptation des pôles.

L'hospitalisation augmente avec l'âge et change de modalité. Les services fréquentés, la durée des séjours et l'intensité des soins se modifient avec l'âge. Le taux d'hospitalisation plus élevé des personnes âgées s'accompagne d'une « durée de séjour » plus longue avec toutefois « une intensité de soins » moins importante.

Dans l'avenir, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité qui suit globalement l'augmentation de l'espérance de vie, il est possible de considérer que, à type de pathologie semblable, la population des patients pris en charge à l'hôpital sera plus âgée. De manière identique, l'entrée en soins de longue durée se fera à un âge plus tardif qu'aujourd'hui.

b) Des tensions et des personnels âgés

Le contexte français est différent des autres pays industrialisés. En effet, la période d'activité de la population en âge de travailler s'étend en France de 20 à 60 ans. Contrairement aux autres pays d'Europe où cette période s'étend entre 16 ans et 64 ans inclus. En France le taux d'emploi des seniors, au-delà de 60 ans est faible et semble en corrélation avec un taux de chômage important chez les jeunes¹⁹.

Les projections INSEE pour la période 2006 à 2050 annoncent une augmentation de la population active jusqu'en 2015 et ensuite une stagnation de celle-ci jusqu'en 2050.

¹⁸ ibid

¹⁹ D'AUTUME A. , BETBEZE J-P et HAIRAULT J-O. Les seniors et l'emploi en France, Conseil d'analyse économique, 2005

Ces projections s'appuient sur un scénario tendanciel où des variations de la population active seraient possibles si les hypothèses de fécondité ou de migration devaient se modifier.

La réforme des retraites en 2003 produira vraisemblablement ses effets à partir de 2010. L'activité des 60 – 64 ans devrait augmenter du fait de l'allongement des durées de cotisation et des nouvelles modalités de calcul des retraites.

La population comprise entre 16 et 59 ans devrait se maintenir au niveau actuel. Une incertitude demeure sur les comportements des futurs retraités qui pourraient prendre leur retraite de manière anticipée et sur les nouveaux entrants issus de l'immigration en fonction des décisions politiques.

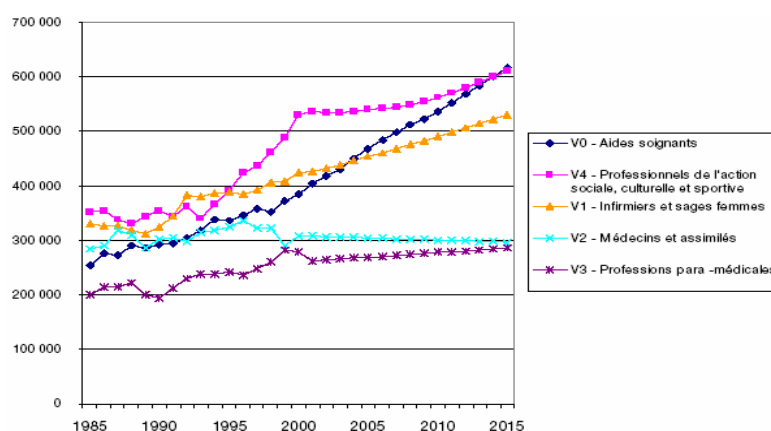
Les auteurs du rapport sur les métiers en 2015²⁰ estiment que l'âge de départ en retraite à l'horizon 2015 sera retardé, mais d'une année environ et que la population active sera plus faible que prévu.

Selon les rédacteurs du rapport de la Direction de l'animation et de la recherche des études et des statistiques (DARES) « Les métiers en 2015 », des difficultés durables dans le recrutement pourraient se faire jour compte-tenu des besoins en emploi qui seraient supérieurs aux entrées dans la vie active sur la même période.

Une des réponses sera une amélioration de la productivité mais les auteurs du rapport soulignent que, dans le domaine de la santé, ces gains pourraient s'avérer faibles.

Lorsque le regard est porté sur les familles professionnelles qui sont susceptibles de créer le plus d'emploi et qui demanderont des personnels qualifiés, dix familles professionnelles émergent et deux proviennent de la sphère de la santé. Ce sont les familles des « Infirmiers et Sages-femmes » et la famille des « Aides-soignants ». Les créations nettes d'emploi entre 2005 et 2015 sont évaluées à 78 000 pour les infirmiers et à 149 000 pour les aides-soignants.

Santé, action sociale : l'évolution de l'emploi de 1985 à 2015



Source DARES janvier 2007

²⁰ CHARDON O., ESTRADE M-A ; Les métiers en 2015, janvier 2007, DARES.

Toujours selon le rapport « Les métiers en 2015 », concernant le champ des métiers de la santé et de l'action sociale, les difficultés à recruter seront inévitables, elles existent déjà pour les infirmières.

Selon les disciplines et les établissements, les difficultés seront plus ou moins importantes. De manière identique, le recrutement des aides-soignantes pourrait également se révéler difficile, notamment dans les hôpitaux pour les pôles de gérontologie.

Une des raisons de pénurie annoncée de main d'œuvre, serait la demande, toujours croissante, des ménages pour les soins médicaux associée à l'intervention publique dans le domaine social qui est en lien avec le vieillissement de la population et les transformations du rôle des femmes dans la famille.

« Globalement, pour toutes les professions de la santé et de l'action sociale, les organisations de travail fonctionnent en sous-effectifs, ce qui accroît les mauvaises conditions de travail et n'incite guère à une prolongation de l'activité²¹ ».

Concernant les aides-soignants, la forte demande tient à plusieurs phénomènes.

Le vieillissement de la population va inciter à une meilleure prise en charge à domicile. Les aides-soignants peuvent participer et participent déjà aux services de soins infirmiers à domicile ; le nombre des bénéficiaires de ces services devrait augmenter dans l'avenir et le personnel des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est majoritairement composé d'aides-soignants.

Dans un contexte de contrainte financière, les établissements de santé et les maisons de retraite privilégient les recrutements d'aides-soignants pour leurs services de gérontologie ou de gériatrie. C'est en fait tout le secteur de l'aide à la personne fragile, malades, handicapés, personnes âgées dépendantes qui va être le moteur de la croissance des emplois des aides-soignants et des métiers apparentés que sont les aides médico-psychologiques (AMP) et les auxiliaires de puériculture.

Les tensions sur le marché du travail se concrétiseront, pour les établissements publics de santé, par une mise en concurrence avec les autres lieux d'exercice offerts aux professionnels de santé (SSIAD, hôpitaux privés).

Le contexte extérieur à l'hôpital est en évolution permanente et globale. Le fonctionnement interne de l'Hôpital est soumis lui aussi à de lentes mais profondes mutations. Ces évolutions intéressent l'organisation hospitalière dans deux domaines stratégiques : l'exécutif et les finances.

²¹ DARES. Rapport - Les métiers en 2015, janvier 2007, p 150.

1.1.2 2007... L'an I de la nouvelle gouvernance

La réflexion politique sur l'organisation hospitalière au plan médical et managérial est relativement ancienne. En 1984, une tentative de décloisonnement de l'institution, au niveau médical avait été tentée. La loi du 3 janvier portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier supprimait les services et créaient les départements médicaux. Constitués selon une logique médicale, les départements pouvaient librement choisir leur mode organisationnel. Cette réforme rencontra l'hostilité des professionnels médicaux et le changement de gouvernement (1986) entraîna l'abrogation de cette loi en 1987, redonnant ainsi une prépondérance aux services, les départements devenant optionnels. En 1991, la loi hospitalière innove en permettant la fédération de services ou de départements. Un outil d'organisation supplémentaire est proposé au travers d'un amendement déposé par M. B. Durieux. Cet amendement connu sous le vocable d' « amendement liberté » se résume dans l'article du Code de la santé publique (CSP) : « par dérogation aux dispositions des articles L.6146-1 à L.6146-6²² : le Conseil d'administration (CA) d'un établissement public de santé peut décider d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement dans le respect du projet d'établissement approuvé ». Dans la pratique peu d'établissements utiliseront cette possibilité à l'exception du Centre Hospitalier de la Côte Basque à Bayonne.

En 2002, M. Raffarin nommé 1^{er} ministre, fait de la « Nouvelle gouvernance » la pierre angulaire de la réforme de l'État. Dans le domaine de l'hospitalisation, l'impulsion a été donnée par M. Jean-François Mattei en 2002 alors ministre de la santé.

En présentant le plan « Hôpital 2007 » comme un « pacte de modernité avec l'hospitalisation », le ministre vise à « redonner aux établissements hospitaliers publics [...] confiance en leur avenir et fierté de leur métier au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française ²³»

Le ministre propose alors une architecture organisationnelle qui doit répondre aux attentes à la fois de la puissance publique et des professionnels de l'hôpital.

« Enfin, le cœur de l'hôpital, ce sont les hommes et les femmes qui le font vivre. La voie de la contractualisation interne directe avec le conseil d'administration, à l'échelon de pôles d'activité dépassant le cadre strict du « service », constitue l'orientation à privilégier²⁴ ».

²² C'est-à-dire le fonctionnement en services, départements et fédérations.

²³ Discours de Jean-François MATTEI, « Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation », 20 novembre 2002, site du Ministère de la Santé

²⁴ Ibid

Le cadre organisationnel est dépassé puisque le ministre déclare : « il est indispensable d'instaurer des mécanismes de financement incitatifs [...] C'est pourquoi, je souhaite que nous allions résolument vers la tarification à l'activité.²⁵ »

Le ministre propose donc à l'hôpital une organisation polarisée et une d'allocation de ressources modernisée.

A) L'hôpital organisé en pôles

Il sera traité dans cette partie, des innovations concernant l'organisation des structures ayant une activité clinique. Le choix a été fait de traiter des éléments communs aux Centres hospitaliers qui constituent la grande majorité des établissements publics de santé.

Il n'est non plus fait mention des dispositions transitoires qui assurent le fonctionnement entre les nouvelles structures (les pôles) et celles, préexistantes (les services) qui désormais sont incluses. Le temps harmonisera les situations atypiques.

la Nouvelle gouvernance redistribue le pouvoir dans l'hôpital et redessine les contours des lieux de soins.

a) *Le pouvoir redistribué*

Depuis le 1^{er} janvier 2007 les établissements de santé ont l'obligation d'être organisé en pôles. Cette organisation concerne l'ensemble des structures hospitalières : « Toutefois, le même article fait obligation aux établissements publics de santé, autres que les hôpitaux locaux, d'organiser l'ensemble de leurs activités cliniques, médico-techniques, administratives et logistiques en pôles qu'ils doivent mettre en place au plus tard le 31 décembre 2006²⁶»

Si la liberté est laissée aux établissements dans la création des pôles, il n'en demeure pas moins que cohérence et pertinence doivent être recherchées : « Cependant, dans la logique de la réforme, les pôles d'activité doivent revêtir une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer une gestion déconcentrée²⁷. »

Mais une organisation globale de l'hôpital en pôle ne signifie pas égalité ou liberté absolue dans le mode de création du pôle. Dans le cas des pôles qui sont liés à l'activité clinique, l'article L. 6146-1 du CSP précise que les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis sur la base du projet médical, lui-même intégré dans le projet d'établissement.

²⁵ ibid

²⁶ Article L. 6146-1 du CSP

²⁷ PRESENTATION DE LA REFORME DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE circulaire DHOS janvier 2007, chapitre 3 , section 1 p 80

L'acte de création du pôle relève d'une décision du Conseil d'administration (CA). Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, celui-ci se voit recentré sur les questions stratégiques. Cela se traduit par la suppression de certaines attributions antérieures, le regroupement de certaines matières ou à l'inverse, l'adjonction de nouvelles compétences.

Les pôles sont créés par une délibération du Conseil d'administration sur proposition du Conseil exécutif (CE).

Il s'agit de la novation la plus importante de la nouvelle gouvernance hospitalière car l'ensemble des décisions qui seront proposées au Conseil d'administration se prépare dans cette instance.

La composition du Conseil exécutif exprime la modernisation du mode de prise de décision opérationnelle dans les établissements de santé. Sont membres du conseil, d'une part les membres de l'équipe de direction de l'établissement et d'autre part un collège de praticiens médicaux. Deux membres de droit, le directeur de l'établissement et le président de la Commission médicale d'établissement (CME) incarnent cette volonté de paritarisme.

Ainsi, la décision exécutive se trouve collégialement construite par une structure médico-administrative.

Le lien entre le Conseil exécutif et l'organisation en pôle de l'hôpital est renforcé par la procédure de nomination des responsables de pôles. Les praticiens hospitaliers inscrits sur une liste d'habilitation nationale qui actuellement reste encore en élaboration sont nommés conjointement par le directeur de l'établissement et le président de la CME. Préalablement à la nomination les deux cosignataires de la nomination auront consulté le conseil de pôle dans sa formation restreinte²⁸, la CME (en l'absence de mention contraire dans les articles R. 6144-23 et R. 6146-1, il faut considérer que la CME siège en formation plénière à cette occasion) et le CE (l'avis est rendu par l'ensemble des membres de ce conseil quel que soit leur collège d'appartenance).

La durée du mandat des responsables de pôles est déterminée par le règlement intérieur de l'établissement de santé. Compris entre 3 et 5 ans, ce mandat peut cesser dans les mêmes conditions que celles ayant présidées à la nomination. La logique mise en œuvre est une plus grande adéquation entre les pouvoirs de nominations des responsables et la politique de l'établissement.

²⁸ Restreinte aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques.

Les responsables de pôle bénéficient, d'une part, de pouvoirs propres définis par les textes et, d'autre part, de pouvoirs dont le contenu et la portée sont susceptibles de varier en fonction des délégations de gestion que leur confie le directeur²⁹.

Les pouvoirs propres portent sur la conclusion et l'exécution du contrat interne, les modalités d'organisation et de fonctionnement du pôle et sur le choix de certains collaborateurs.

Ce pouvoir d'organisation de fonctionnement du pôle implique que le responsable exerce une véritable autorité fonctionnelle. Ainsi, il peut donner des instructions au personnel et il possède le pouvoir d'annuler des décisions prises par ses collaborateurs ainsi que celui de réformer leurs décisions. En revanche, il ne peut se prévaloir des prérogatives liées à la qualité d'autorité « investie du pouvoir de nomination » et qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

Le pouvoir enfin du responsable de pôle lui permet de choisir et nommer les responsables médicaux ou pharmaciens ou odontologistes des structures internes qui seront créées dans l'avenir. Malgré l'existence encore réelle de nombreux services, cette opportunité est déjà saisie par des centres hospitaliers. Il peut être cité l'exemple du Centre Hospitalier d'Orsay (CHO) qui a transformé un service en structure interne afin de permettre une optimisation du fonctionnement d'un pôle.

b) Les contours redessinés

Dans cette nouvelle organisation, la place des agents est à la fois conservée et néanmoins modifiée.

Traditionnellement l'affectation des agents et personnels non médicaux affectés dans les services cliniques, médico-techniques ou de rééducation procédait d'un acte du directeur de l'établissement, plus généralement du directeur des ressources humaines par délégation, sur proposition du directeur ou du coordonnateur général des soins. Cette affectation se faisait dans un service. Désormais tout agent exerçant dans un service exerce « de jure » dans un pôle. La conséquence de cette mutation réglementaire de structure est le rattachement de l'agent à une structure de production de soins ou d'activité significativement plus grande.

La mutualisation des personnels représente de nombreux avantages. Pour le personnel, la charge de travail est répartie sur une base plus large et en principe plus harmonisée. Le pendant de cette mutualisation est la perte des repères liés au service.

²⁹ PRESENTATION DE LA REFORME DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE, circulaire DHOS janvier 2007, chapitre 3, section 1 p 87.

Les pratiques de certains centres hospitaliers, notamment celui d'Orsay font que, antérieurement à la mise en place des pôles, une forme de mise en commun des personnels préexistait. La présence sur le CHO d'un pool de remplacement composé d'agents des services hospitaliers (ASH), d'aides-soignants (AS) et d'infirmiers (IDE) permet les mouvements de personnel d'une manière fluide et favorise la notion de partage des moyens entre les pôles. La question de la polyvalence, de l'appartenance historique à un service particulier n'est peut-être plus une réalité intangible.

L'expression du personnel non médical, avant l'ordonnance du 5 mai 2005 avait lieu au sein des conseils de services pour les services ayant une activité de soins et lors des réunions d'expression directes pour les autres services. Le faible nombre d'agents de certains services permettait à l'ensemble ou tout du moins à une majorité d'entre eux d'être présents lors de ces réunions de conseils de services. Cela était particulièrement marquant dans les services de rééducation fonctionnelle, qui dans un centre hospitalier universitaire (CHU), dépassent rarement quarante personnes. Cela était vrai aussi dans certains services logistiques, comme le transport interne des malades (brancardage), qui comprennent en général une trentaine de personnes dans les hôpitaux de huit cents lits.

Les règles de la représentation du personnel dans le pôle présentent désormais des modalités différentes. Le conseil de pôle est composé de membres de droit et de membres élus. Le nombre total de membres est fixé par le règlement intérieur et la représentation des différentes catégories de personnel fait encore l'objet de travaux réglementaires. Toutefois, l'effet de taille, de masse critique, recherché par l'organisation des établissements en pôles aura pour effet de donner, à la plupart des agents, oreille et voix au chapitre sous une forme représentée et non plus directe.

B) L'activité valorisée

La réforme de l'hôpital et la nouvelle gouvernance ne peut se concevoir sans le volet d'allocation des ressources.

« Afin de libérer le dynamisme des structures hospitalières et leur potentiel d'adaptation à leur environnement en mutation, il est indispensable d'instaurer des mécanismes de financement incitatifs. La dotation globale a montré ses limites : c'est un système de financement sclérosant. Je souhaite la rénovation totale du mode de financement des établissements. Il nous faut tout d'abord mettre en place un mécanisme de financement des établissements hospitaliers qui prenne davantage en compte l'activité médicale et le service rendu.

Nous ne pouvons pas, non plus, continuer à vivre avec un double système de financement public et privé qui obère les comparaisons et rend difficile les coopérations. C'est pourquoi, je souhaite que nous allions résolument vers la tarification à l'activité. Elle est seule capable, à terme, de responsabiliser les acteurs³⁰. »

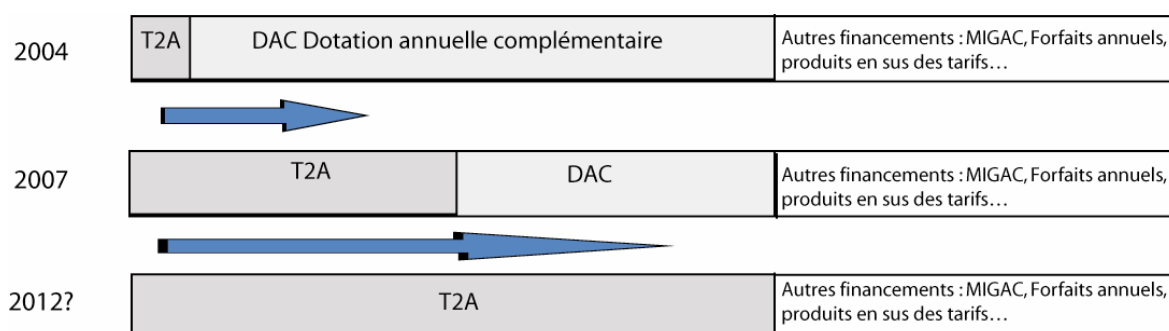
De nouveaux repères, conséquence d'une logique de recettes modifiée par l'inversion du paradigme antérieur doivent être mis en place accompagnés d'une obligation d'optimisation des recettes... Une révolution culturelle est en marche.

a) *La logique neuve de l'allocation des ressources*

Avant la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), la logique financière de l'hôpital reposait sur une base de financement prévisionnel stable en masse monétaire (dotation globale) et stable en périodicité (financement par douzième). La stabilité financière prévisionnelle se doublait d'une déconnexion avec la sphère économique marchande dans la mesure où les établissements privés étaient financés par un mécanisme indépendant (les forfaits de prestations variaient d'une région à une autre en fonction des négociations menées entre l'assurance maladie et les professionnels).

Les équilibres financiers étaient assurés pour les établissements publics de santé par une adéquation entre les dépenses engendrés par l'activité (majoritairement des dépenses de personnels, de l'ordre de 70%) et la dotation annuelle. Parallèlement existait une séparation budgétaire étanche entre la « section exploitation » et la « section d'investissement ». La critique principale de ce mode de financement repose sur le fait que la dotation globale de financement (DGF), en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduit soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives.

La T2A vise à rapprocher les logiques d'allocation de ressources des deux formes d'hospitalisation à un horizon situé à moyen terme (2012).



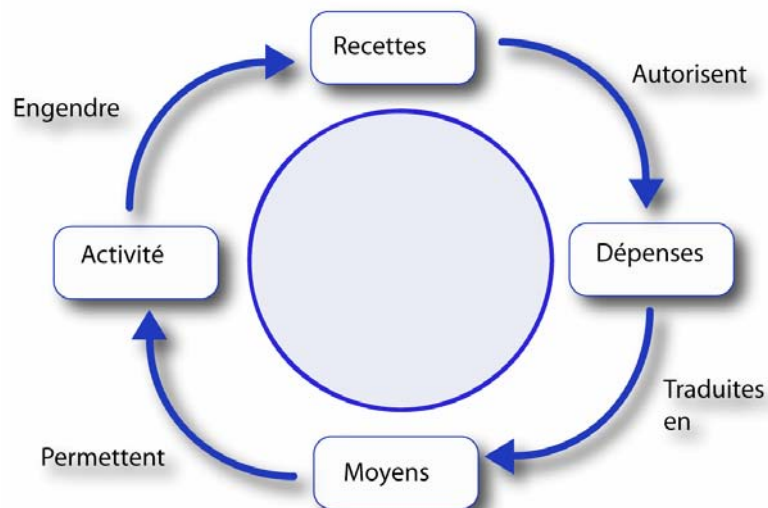
Source : LA TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE RAPPEL DES ENJEUX, DES MODALITES, DES SCHEMAS CIBLES ET TRANSITOIRES

³⁰ Discours de Jean-François MATTEI, « Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation », 20 novembre 2002, site du Ministère de la Santé.

Les effets attendus sont :

- Une plus grande médicalisation du financement,
- une responsabilisation des acteurs et une incitation à s'adapter,
- une équité de traitement entre les secteurs,
- le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion).

Le schéma ci-dessous illustre le changement de logique d'ajustement



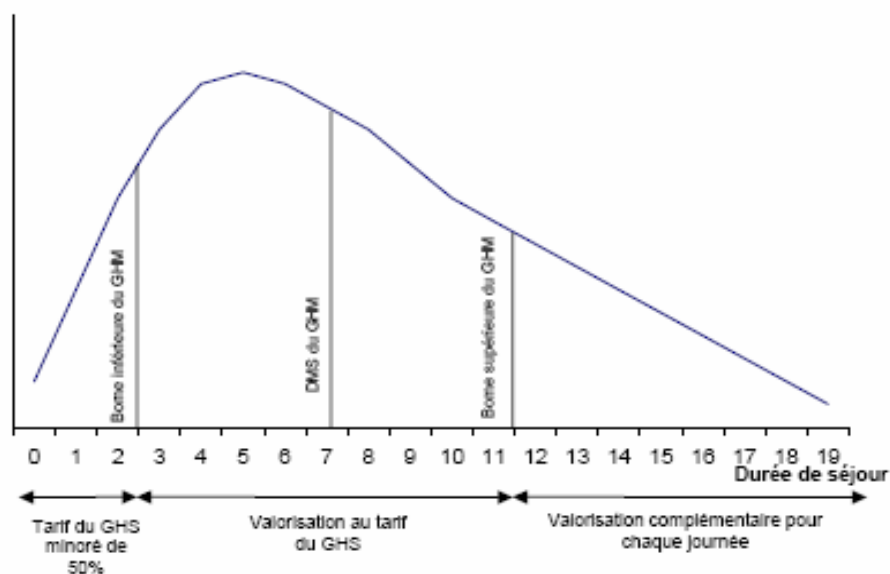
L'allocation des ressources aux établissements de santé est basée sur la nature et le volume de l'activité réalisée qui est mesurée, pour l'essentiel, sur la base des données issues du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI).

Après traitement informatisé ces données sont converties en un élément de valorisation synthétique appelé Groupe homogène de séjour (GHS). A chaque GHS correspond un tarif.

Trois types de financement sont mis en place : un financement à l'activité, un financement forfaitaire et une enveloppe complémentaire pour les Missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC).

Les recettes engendrées, comprises au sens comptable de produits d'exploitation, servent à financer l'ensemble des dépenses, dépenses comprises au sens de la comptabilité en tant que charges. Désormais les charges forment un ensemble cohérent, il n'existe plus de différence entre les charges d'exploitation et les charges liées aux investissements (remboursement des emprunts). La rémunération du personnel devient un des éléments de l'ensemble des charges et sa traduction réglementaire est le tableau des emplois rémunérés. Ce tableau comprend les emplois statutaires et les emplois contractuels, il remplace le tableau des emplois permanents.

b) *Le séjour optimal*



Source : LE BIHAN C., LANDAIS P

Chaque GHS correspond à une plage temporelle de séjour qui ouvre droit au paiement du tarif. Les dépassements des limites (appelées « bornes ») de cette plage sont autorisés. Un séjour très court (borne extrême basse) entraîne le paiement à l'établissement de la moitié de la valeur du tarif ; l'allongement du temps de séjour au-delà de la borne extrême haute n'est valorisé que faiblement.

La courbe ci-dessus montre le rendement financier d'un GHS théorique en fonction de la durée de séjour. L'optimum se situe autour de la durée moyenne de séjour (DMS). La forme de la courbe favorise une durée de séjour légèrement plus courte et pénalise proportionnellement plus le dépassement de la borne extrême haute du GHS que le dépassement de la borne extrême basse.

La construction et la forme de la courbe incitent à réaliser la prestation hospitalière en un temps légèrement inférieur à la DMS. La DMS représente une moyenne et peut être considérée comme un repère de la productivité moyenne³¹. Une amélioration de la productivité locale par rapport à la productivité moyenne apportera des recettes plus importantes. Ces ressources financières supplémentaires ouvriront la voie à une possibilité soit de rémunérer plus de personnel, soit de financer des investissements augmentant la qualité et la productivité du pôle.

L'hôpital est incité à optimiser la durée des séjours au niveau global et au niveau des pôles pour pouvoir financer les moyens qu'il requiert. Le dépassement des durées moyennes de séjours impactera les recettes tirées de l'activité. Une recherche d'efficience est demandée et la notion de productivité entre dans la logique des soins.

³¹ La DMS pour chaque séjour est calculée sur une base nationale.

La notion de productivité hospitalière a d'ailleurs été explicitement demandée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son avis du 3 juin 2006.

Conclusion du 1.1.1 et du 1.2.2

Les projections démographiques et statistiques annoncent un très probable vieillissement global. La population dans son ensemble sera plus âgée et les personnels soignants seront eux aussi, globalement plus âgés. Les consommations de biens et services médicaux seront plus importantes qu'aujourd'hui, bien que supportables sur le plan économique. Le recours à l'hôpital se fera pour des soins de médecine et de chirurgie de manière assez proche de ce qui existe aujourd'hui. Les patients néanmoins seront beaucoup plus âgés et les besoins en soins nécessiteront un recentrage sur les pathologies plus spécifiques du grand âge. Une politique active de maintien à domicile des personnes âgées et les progrès dans les traitements des pathologies du grand âge devraient limiter le recours aux structures de soins de longue durée.

L'hôpital est dans une modalité organisationnelle et d'allocation de ressource qui lie les centres de décisions stratégiques et les centres de décisions opérationnelles. Il s'agit, au final, de proposer une offre de soins adaptée, réalisable dans une configuration productive cohérente et financièrement équilibrée.

L'offre de soins hospitalière s'articule autour de moyens matériels et humains. Les moyens matériels comprennent les infrastructures et les équipements. La mise en place de la T2A s'est accompagnée d'un plan d'investissement important³². Les moyens humains reposent sur des personnels médicaux et non-médicaux. L'enjeu de la fidélisation des personnels de soins est majeur. Les personnels de soins représentent une proportion très importante des personnels non-médicaux de l'hôpital (70%). Ils sont principalement constitués des infirmiers et des aides-soignants.

³² Plan Hôpital 2007 devenu plan Hôpital 2012.

1.2 Le corps des aides-soignants

Lorsque l'hôpital est évoqué dans sa dimension humaine, deux grands métiers sont spontanément cités. Ce sont les médecins et les infirmiers. L'échelon le plus immédiat, le plus proche des malades hospitalisés ou bien des patients en consultation est « invisible ³³ ». Pourtant ce corps des personnels de la fonction publique hospitalière est indispensable au fonctionnement de l'institution.

Ce corps de personnels au service direct du malade se décrit au travers de son identité institutionnelle et de sa pratique.

1.2.1 Un corps au travail

La question de l'identité d'un groupe, d'un collectif de travail se pose en termes de « ce que je fais, le nom de mon groupe, correspondent-ils à une fonction, un métier ou bien une profession ?

Le dictionnaire Robert³⁴ propose une définition du terme « profession » qui tient à la fois du métier dont on tire un revenu d'existence et selon d'Alembert, une profession est un métier qui a un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique, par la position sociale de ceux qui l'exercent. Le dictionnaire Larousse³⁵ reste dans le champ du métier et le dictionnaire Littré³⁶ rattache ce mot à « emploi ». C'est dans le monde anglo-saxon que la réflexion sur le sens du mot profession est portée plus loin. « *A profession is an occupation, vocation or career where specialised knowledge of a subject, field, or science is applied*³⁷ », « Une profession est un métier, une vocation ou carrière qui requiert la connaissance spécifique d'une matière, d'un domaine ou d'un savoir », la définition est nécessaire mais non suffisante. Une profession prend corps lorsque l'exercice de celle-ci la transforme par le développement de qualifications formelles, basées sur la formation initiale et la validation de celle-ci par un système d'examens et que cette transformation entraîne l'émergence d'une autorité de régulation qui a le pouvoir d'accepter des nouveaux membres et de leur imposer une discipline (ordre) et un certain degré de monopole en termes de droits d'exercice.

Il convient d'explorer l'ensemble des dimensions tant factuelles que symboliques.

³³ ARBORIO A-M. *Un personnel invisible les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos, 2001.

³⁴ Le Nouveau Petit Robert édition électronique de 2001.

³⁵ Petit Larousse en couleurs. Paris, 1991

³⁶ Le Petit Littré édition de 1984.

³⁷ Oxford English Dictionary, Second Edition, Oxford University Press, 1989.

A) Un corps réel

L'apparition du corps des aides-soignants est le fait de l'administration hospitalière. Depuis sa création il chemine sur la voie de la professionnalisation et se recompose.

a) *De la fonction à...*

La première utilisation du terme « aide-soignant(e) » date de 1949. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris crée le grade par arrêté.

La création de cette nouvelle catégorie permet en effet de protéger la profession d'infirmière et son diplôme d'État (DE) créé en 1946.

Mais la loi, soumettant l'autorisation d'exercer comme infirmière, à la possession exclusive de ce DE, présente le risque pour les hôpitaux, dans un contexte de pénurie, de se trouver privés du nombreux personnel infirmier formé sur le tas. Pour pallier ces effets, des mesures transitoires sont envisagées, comme la création d'une catégorie intermédiaire « la catégorie d'aide-soignante ». Elle est d'abord conçue comme provisoire, visant au reclassement statutaire et indiciaire d'une partie du personnel. Mais, se révélant peu à peu un moyen commode d'assurer la promotion du « petit personnel hospitalier³⁸ » que réclament les syndicats, la catégorie d'aide-soignante est alors retenue.

Pour formaliser cette décision, en 1956 est alors créé le Certificat d'Aptitude à la Fonction Aide-soignante (CAFAS) délivré après une formation de 10 mois dont 40 heures de théorie.

En 1960, le CAFAS est obligatoire pour pouvoir exercer la profession d'aide-soignante. Parallèlement, l'Éducation nationale instaure un Brevet d'études professionnel (BEP) Sanitaire et Social afin d'améliorer le recrutement des aides-soignants.

De 1971 à 1996 le déroulement de la formation est redéfini, celle-ci est augmentée, enrichie et annotée de références aux textes réglementaires visant la profession d'infirmière.

Le champ d'action des aides-soignants est étendu et en 1978 ils sont autorisés à exercer en psychiatrie puis à partir de 1981, ils peuvent travailler dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées dans le secteur médico-social.

Le 12 août 1996, par décret, le Diplôme Professionnel des Aides-soignants (DPAS) remplace le CAFAS³⁹.

Un décret du 31 août 2007, associe le terme État au DPAS⁴⁰.

³⁸ BASTID-BRUGUIERE M. Académie des sciences morales et politiques : <<http://www.asmp.fr/travaux/debat/2007/huguier.pdf>>

³⁹ <http://www.aide-soignant.com/historique.htm>

⁴⁰ 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) NOR: SJSH0762979D

La définition du métier d'aide-soignant est : « Dispenser dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne⁴¹ »

L'arrêté du 22 octobre 2005 (modifié par l'arrêté du 8 février 2007) relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant précise : « l'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de celui-ci, défini par les articles 3 et 5 du décret n°2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ».

« L'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie. Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extra-hospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences, et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité⁴². »

L'accès au métier d'AS s'acquiert après une formation en école ou par la voie de la validation des acquis de l'expérience (VAE).

La formation en école suppose de satisfaire aux conditions d'accès. Le candidat doit être âgé de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation et doit satisfaire aux épreuves de sélection.

Une épreuve écrite d'admissibilité (aucune condition de diplôme n'est requise pour se présenter à cette épreuve) qui peut faire l'objet de dispenses définies par voie réglementaire.

⁴¹ Décret n° 2002 –194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

⁴² Annexe IV à 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.

Une épreuve orale d'admission divisée en deux parties :

- Présentation d'un exposé à partir d'un thème du domaine sanitaire et social
- Discussion avec le jury sur la connaissance et l'intérêt du candidat pour la profession d'aide-soignant.

L'admission définitive dans une école d'aides-soignants est subordonnée à la production d'un avis médical d'aptitude et une preuve de conformité aux règles vaccinales.

Le DPAS, délivré par la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS), se prépare dans un des 455 centres de formation souvent intégrés aux établissements de santé. Il n'existe qu'une dizaine d'écoles sans support hospitalier⁴³.

La formation comporte 1 435 heures d'enseignement théorique et clinique, en institut et en stage. Elle peut se faire de façon continue ou discontinue sur une période ne pouvant excéder deux ans.

L'enseignement théorique est prodigué sous forme de huit modules permettant l'acquisition de huit compétences avec cours magistraux et travaux dirigés (17 semaines soit 595 heures). La présence est obligatoire aux enseignements.

L'enseignement pratique se fait sous forme de stages au nombre de six (24 semaines soit 840 heures). Ils sont hospitaliers ou extra-hospitaliers avec encadrement adapté.

Le coût de la formation environ 3500€⁴⁴, est supporté soit par les étudiants eux-mêmes soit par les employeurs au titre de la formation professionnelle, soit par les conseils régionaux voire les assurances chômage⁴⁵ (Assedic).

L'accès au diplôme est également possible par la VAE.

Il est réglementé par 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.

Afin d'accéder au DPAS grâce au dispositif de VAE, le candidat doit justifier de compétences professionnelles acquises dans l'exercice d'une activité salariée, non salariée ou bénévole, en rapport direct avec le contenu de ce diplôme c'est-à-dire, avoir réalisé des soins d'hygiène et de confort, en établissement ou au domicile d'une personne.

La durée totale d'activité exigée est, pour l'année 2007, de trois ans.

Le recevable, doit suivre un module de formation obligatoire de 70 heures, déposer un livret de présentation des acquis de son expérience et se présenter à un entretien devant un jury, à l'issue duquel le candidat peut obtenir le diplôme, la validation d'une ou plusieurs unités de compétences, voire aucune.

⁴³ Circulaire DGS/2 C/DHOS/P 2 n° 2001-536 du 5 novembre 2001 relative à l'augmentation des capacités d'accueil dans les écoles conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant

⁴⁴ Moyenne de différents tarifs.

b) *Des professionnels de soins*

Ce groupe de personnels soignants est numériquement très important, équivalent à celui des infirmiers. Il est assez peu connu⁴⁵. Une description des éléments caractéristiques de la population aide-soignante actuelle et des entrants dans le métier éclaire les zones d'ombre.

Les chiffres concernant les aides-soignants sont peu actualisés. Les données qui servent à la caractérisation de cette fraction des personnels de soin datent pour une part de 2002 et pour une autre part de 2005.

Le nombre en France des aides-soignants est paradoxalement mal connu. Une enquête de l'Insee en 1999 tablait sur un nombre de 330 000 aides-soignants. Le chiffre fourni par le ministère du travail se fonde sur une extrapolation de ces chiffres de 1999 et annonce 405 000 aides-soignants en 2002. Par comparaison le nombre des infirmiers est selon les mêmes sources de 413 000.

Dans le cadre de ce mémoire, les chiffres fournis par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) feront référence.

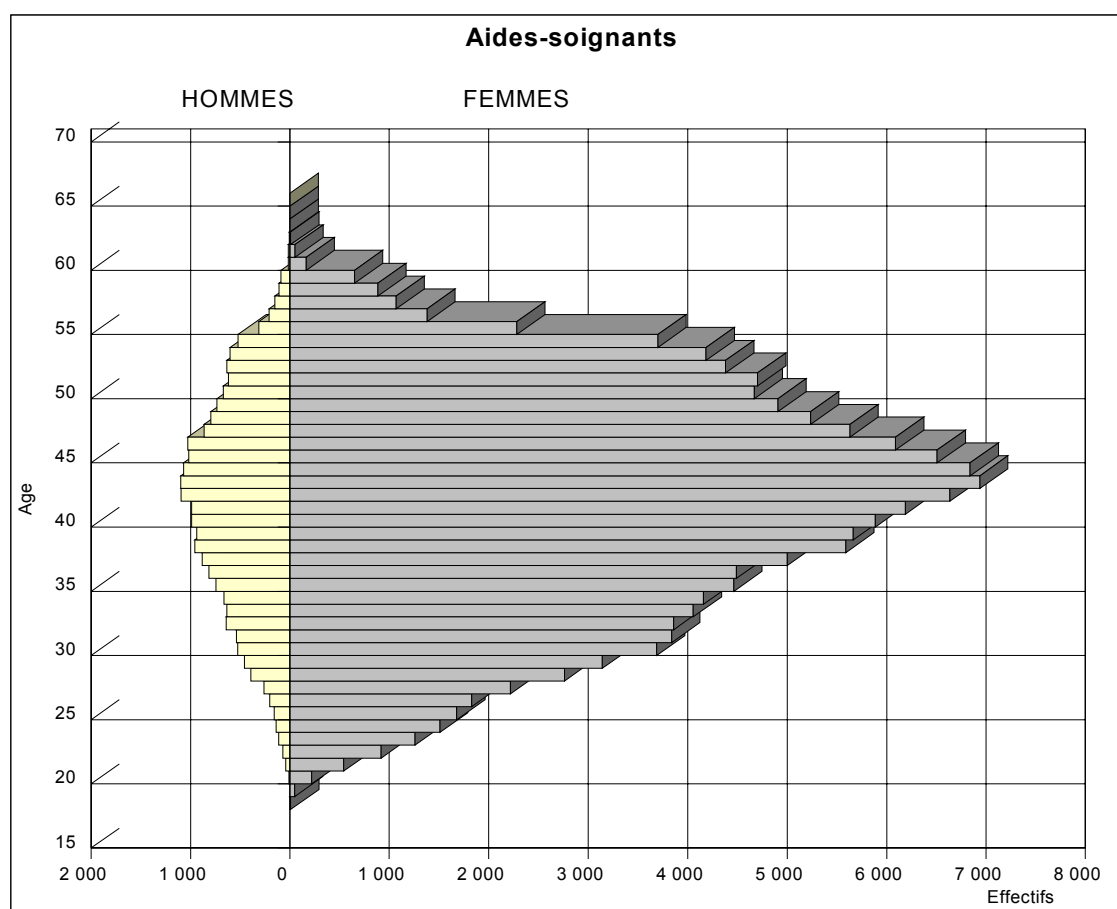
Le tableau suivant tiré du bilan social 2002 de la DHOS illustre la structure du personnel soignant et éducatif en France métropolitaine.

	Total		Total hors DOM	
	2001	2002	2001	2002
Personnels soignants et éducatifs dont :	100,00%		100,00%	
Encadrement	5,40%	5,40%	5,10%	4,60%
Infirmiers DE et de secteur psychiatrique	37,20%	37,30%	37,90%	38,10%
Infirmiers spécialisés	3,80%	3,90%	3,80%	2,10%
Autres personnels des services médicaux	2,40%	2,50%	2,30%	1,70%
Aides-soignants	32,00%	32,60%	32,20%	28,80%
ASH et autres personnels secondaires	13,80%	13,40%	13,10%	14,60%
Psychologue	1,30%	1,30%	1,20%	2,00%
Sages femmes	1,40%	1,50%	1,70%	1,60%
Personnels éducatifs et sociaux	0,00%	0,10%	0,00%	0,10%

⁴⁵ FASSINA S. Agence nationale pour l'emploi, Briare, Loiret, 2007.

⁴⁶ ROUMIGUIÈRES E. Etudes et résultats N° 54, mars 2000 DRESS

La pyramide des âges montre que les aides-soignants forment un groupe équilibré mais un grand nombre d'entre eux dépasse les quarante ans. La moyenne d'âge ainsi que l'âge médian se situent à 41,2 ans.

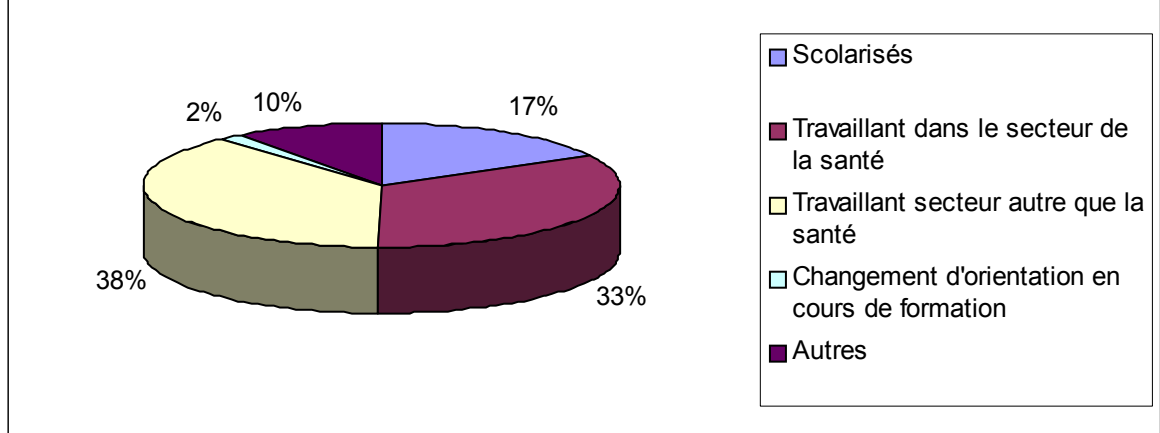


Source : DHOS 2002

La régularité de la pyramide et les classes d'âge importantes dans la fraction des 40 ans et plus indique que dans les quinze années à venir le groupe des aides-soignants sera majoritairement composé de personnels âgés. Les projections sur les métiers réalisées par la DARES et décrites antérieurement indiquent que la demande en aides-soignants sera importante alors que les cessations précoces d'activité seront moins fréquentes du fait de l'allongement des durées de cotisation pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

L'entrée dans le métier se fait, pour une fraction de 37% d'entre eux, directement après les études secondaires. Pour une autre fraction de 34%, les nouveaux entrants sont des actifs qui ont déjà exercé un métier ou qui sont en reconversion en dehors du secteur sanitaire. Les entrants ayant déjà une expérience sanitaire sont les agents des services hospitaliers (ASH). Ces particularités expliquent probablement une pyramide des âges quelque peu plus âgée que la distribution de l'ensemble des actifs en France.

Situation principale au cours de douze mois précédant l'entrée en formation



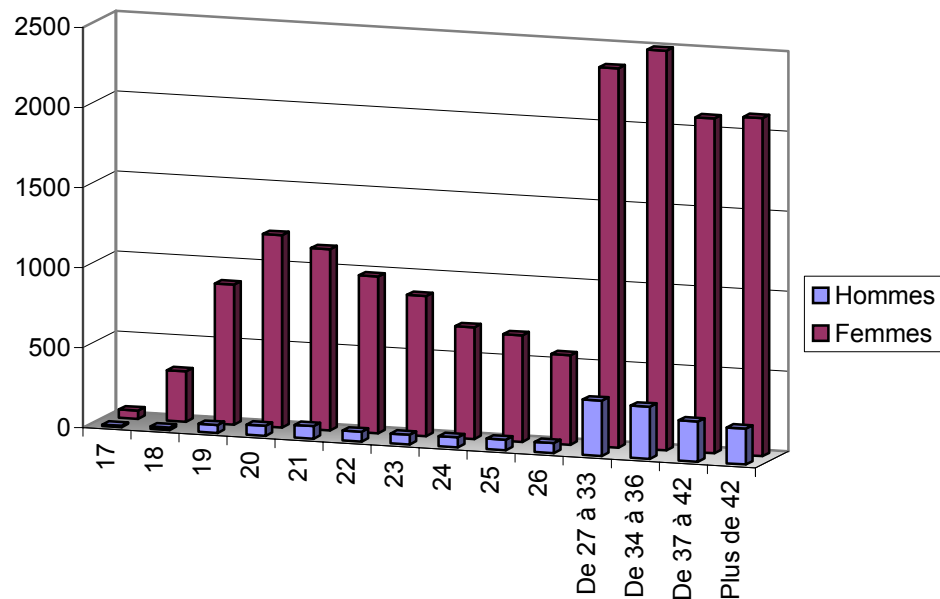
Source : DRESS 2005

L'âge d'entrée en formation est en cohérence avec la situation dans l'année précédant l'entrée en formation.

Les étudiants sortant du système scolaire intègrent les écoles régulièrement entre leur 18^e année et leur 25^e année.

Le grand nombre d'étudiants à partir de l'âge de 27 ans correspond aux promotions professionnelles, aux reconversions ou aux situations de requalification après chômage.

Âge d'entrée en formation



Source : DRESS 2005

Le niveau des diplômes initiaux des aides-soignants est en évolution. Les jeunes de moins de trente ans qui intègrent la formation sont 40% à posséder au moins un baccalauréat. Toutefois, pour l'ensemble des étudiants qui actuellement entrent en formation le niveau de diplôme se rapproche plus du niveau V compte tenu de la structure des entrées en écoles.

Niveau de diplôme

en %	moins de 30 ans		ensemble	
	1990	2002	1990	2002
Aucun diplôme	9,3	5,4	21,2	12,3
BEPC seul	14,2	2,6	10,9	8,3
CAP, BEP	62,1	51,9	59,4	59,4
BAC général seul	5,5	15,7	3,0	7,8
BAC technique	5,6	13,2	2,3	5,0
BAC+2	3,3	8,7	3,0	6,4
BAC +3 ou plus	0,0	2,6	0,2	0,9

Source : INSEE, enquête emploi; traitement : DARES 2005

B) Un corps symbolique

Chaque groupe humain véhicule des représentations. Ces images de soi s'expriment au travers des mots et s'incarnent dans des gestes.

a) Des mots...

Le titre est le premier élément d'un groupe que l'on se propose d'étudier. La multiplicité des situations rend l'analyse difficile. Un critère principal et durable est le titre.

Ainsi le titre est-il associé à une position sociale. L'identifiant, énonçant une expression signifiante s'ajoute aux autres signes distinctifs, comme l'uniforme ou la couleur du badge. Il est porteur d'une certaine valeur sociale non figée.

« aide-soignant(e) » est de prime abord un titre de subordination dans la hiérarchie. L'emploi ostensible du mot « aide » ne se fonde pas sur des choix techniques ou fonctionnels. Le mot par lui-même ne s'applique pas au rôle de servant du soin. C'est la position hiérarchique de l'aide-soignante que met en avant le nom « soignant ».

L'aide-soignant remplit une fonction qui est explicitement attribuée, en propre, à un autre professionnel soignant, l'infirmier ou l'infirmière.

Le titre d'aide-soignant procède néanmoins de textes juridiques. Les textes qui définissent l'aide-soignant sont des décrets, plus généralement des arrêtés ministériels ou des circulaires. Ces textes correspondent à des normes juridiques inférieures à celles qui définissent les professions médicales ou paramédicales, notamment celle des infirmiers.

La profession d'aide-soignant n'était pas réglementée et n'apparaissait donc pas comme telle dans le Code de la santé publique⁴⁷.

Lorsqu'un titre est socialement estimé, il est protégé. C'est le cas des professions médicales ou paramédicales. Dans le cas des infirmiers ou des autres auxiliaires médicaux celui qui ne possède pas le titre ne peut ni se prévaloir de l'exercice, ni se prévaloir du nom.

La valeur symbolique du titre d'aide-soignant paraît faible dans l'institution mais pour les ASH l'accès à ce titre permet de laisser celui d'agent qui constitue pour les catégories les moins valorisées de l'entreprise, le terme généralement accolé à une fonction.

Symboliquement l'aide-soignant accède à certains objets – thermomètre, masque à aérosol, appareil automatisé de prise de pression artérielle – signes de compétences techniques. Les outils utilisés par les ASH relevant eux, du domaine des travaux de nettoyage.

À l'AP-HP, l'ensemble du personnel soignant porte une tenue standardisée, seul le badge permet de différencier les emplois et les grades.

Par contre, à l'hôpital d'Orsay, la tenue des aides-soignants est identifiée par un liseré vert à l'encolure, alors que celle des ASH est liserée de jaune et celles des infirmiers de gris.

Si ces profits symboliques sont à mettre en relation avec l'organisation dans son ensemble, ils sont à mettre en rapport avec les trajectoires des individus qui les portent. L'ambivalence du titre d'aide-soignant, faible valeur dans l'organisation, revêt néanmoins une importance certaine pour les ASH dont c'est une perspective de promotion réelle du moins à l'hôpital où les exigences sont réduites pour entreprendre la formation d'aide-soignant et changer de métier.

b) Aux actes

La représentation du métier d'aide-soignant dépasse le simple cadre de l'hôpital ou du monde sanitaire. Le public participe aussi de la construction de la symbolique attachée au titre d'aide-soignant.

Dans une acceptation commune c'est un métier de « femmes », un métier féminin.

L'expérience montre que, lors des journées de sensibilisation aux métiers organisées dans les collèges, ce sont principalement des jeunes filles qui viennent demander des précisions sur le métier et la formation des aides-soignants⁴⁸.

⁴⁷ Le décret n° 2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) NOR: SJSH0762979D dispose : le diplôme d'aide-soignant doit être regardé comme diplôme d'État

⁴⁸ Forum des métiers avril 2006, Collège de l'Essouriau, Les Ulis.

Dans un sens premier, du fait que le taux de féminisation de la catégorie est de l'ordre de 91% et que la tentation d'en parler au féminin est aujourd'hui encore permanente.

Le métier d'aide-soignant apparaît ensuite, dans un sens second, comme faisant partie des métiers de « femmes ».

Selon l'historienne Michèle Perrot citée par Anne-Marie Arborio⁴⁹, un métier de femmes présente des caractéristiques telles que « Un métier qui semble requérir des « qualités innées » chez les femmes (souplesse, douceur, patience) qui s'inscrivent dans une vision naturaliste des fonctions ménagères ou maternelles ».

La matérialisation de ces aspects se retrouve dans le fait que les activités de soins déléguées aux aides-soignants se placent encore dans un cadre de compétences domestiques, socialement construites comme féminines. Le soin aux malades participe plutôt du « care » que du « cure », pour reprendre une typologie classique. Ce n'est pas le traitement de la maladie mais l'accompagnement du malade fragilisé ou dépendant qui est valorisé. Cette image est particulièrement forte dans les services de soins de longue durée où le nombre des aides-soignants est proportionnellement plus élevé que dans d'autres services. Dans le secteur médico-social, le constat est encore plus flagrant.

Par contre ces compétences féminines sont des désavantages dans certains postes.

Dans le secteur psychiatrique ou dans les services d'urgences, les hommes aides-soignants sont recherchés⁵⁰.

A la fois un métier de « femmes » où l'on a besoin des hommes pour des domaines très spécifiques, cela renvoie à des compétences qui sont sexuées. Le critère de l'emploi des hommes et des femmes comme aides-soignants n'est-il pas une forme de dénégation de leurs compétences proprement professionnelles.

La représentation de soi en tant que corps social passe par la représentation auprès des autorités ou des instances.

Les aides-soignants sont au contact des autres groupes professionnels qui mènent une politique active de promotion auprès de leurs collègues et des pouvoirs établis.

Auprès des autres membres de la filière des soins, les aides-soignants sont représentés dans la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

Le nombre des membres ne reflète pas parfaitement le rapport démographique à l'hôpital.

⁴⁹ ARBORIO A-M. Hommes et femmes aides-soignants : deux métiers différents ? Colloque « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », session « Genre et professions de santé » DREES/MIRE, Paris, 23-24 mai 2005 .

⁵⁰http://www.humanite.fr/2004-12-24_Politique_Le-temoignage-d-une-infirmiere-d-un-hopital-psychiatrique-de

C'est le seul lieu institutionnel où le titre d'aides-soignants est mentionné pour ce qu'il représente. L'autre instance représentant le personnel non médical, le CTE ne propose qu'une représentation par grandes catégories.

Il existe un canal de communication dédié aux aides-soignants. Ce média consiste en deux revues professionnelles, l'une dénommée « L'aide-soignante », la plus ancienne, qui paraît depuis 1986, l'autre intitulée « Soins Aides-soignantes » dont la parution date de 2004. Ces organes d'expression des aides-soignants ont pour mission d'être des outils d'information. Ils couvrent les domaines de la formation, de la législation et des informations pratiques.

Ces publications ne semblent pas émancipées de la profession infirmière. Au comité de rédaction de la revue « L'aide-soignante », sur les onze membres qui le compose deux sont des aides-soignants, quatre sont des infirmiers ou des cadres de santé, et la directrice de publication est un cadre de santé infirmier.

Il existe par ailleurs trois associations professionnelles⁵¹.

1.2.2 Un travail auprès du corps des malades

Le « métier-profession » d'aide-soignant n'est pas défini par un décret d'actes, contrairement aux autres professions d'auxiliaires médicaux qui, en général, sont considérés en institution comme paramédicaux.

L'activité à l'hôpital des aides-soignants relève de la collaboration dans l'exécution d'actes infirmiers.

Leur présence auprès des malades pour fondamentale quelle soit n'est pas toujours assurée.

A) Un métier contrôlé

Le rapport au travail entre les aides-soignants et les infirmiers se présente sous la forme d'une collaboration contrôlée. La délégation qui existe dans d'autres pays, notamment en Belgique, n'existe pas en France. Toute délégation procédant de textes, ceux-ci sont inexistantes dans le cas du travail conjoint infirmiers-aides-soignants. La collaboration entre ces deux soignants s'établit sous la forme d'une répartition contrôlée des tâches.

La part des actes infirmiers « délégués ⁵² » sert de socle à une identité praticienne pour les aides-soignants

⁵¹ La Fédération Nationale des Associations d'Aides-Soignants (FNASS) ; Le Groupement d'Etudes, de Recherches & d'ACtions pour la Formation Aide-Soignante (GERACFAS) ; (UFAS).

⁵² DDASS 77 : < <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/ddass-77/professions-concours/professions-paramedicales/aide-soignant.html> >

a) *Une collaboration contrôlée aux actes infirmiers*

Les infirmiers, les kinésithérapeutes pour ne citer que ces deux professions ont un décret qui régleme leurs champs d'action et décrit les actes qu'ils sont autorisés à pratiquer, soit de leur propre initiative, soit d'après une prescription médicale. Le professionnel, même lorsque l'acte est prescrit, conserve une certaine autonomie dans la réalisation de celui-ci. Il est en tout autrement pour les aides-soignants. Il a été noté que leur exercice était une forme de « substitution » au rôle propre de l'infirmière « Deux points essentiels méritent d'être soulignés :

- la collaboration porte sur le rôle propre de l'infirmier,
- la collaboration a lieu dans les domaines où les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture ont reçu un enseignement au cours de leur formation initiale » indique la Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 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.

Plus loin la circulaire précise : « plutôt que de dresser une liste nécessairement incomplète et réductrice des situations dans lesquelles peut s'instaurer la collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant ou entre l'infirmier ou la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture, il est préférable de définir de grands domaines d'activités qui peuvent être identifiés comme suit :

- Collaboration dans les soins d'hygiène et de confort auprès de l'enfant et de l'adulte (hygiène corporelle, prévention des escarres, installation des patients pour les repas et pour la nuit, hygiène alimentaire, élimination...)
- Collaboration dans la surveillance des enfants et des adultes reposant sur des observations réalisées par les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, permettent d'identifier les modifications de l'état et du comportement des patients et de transmettre à l'infirmier ou à la puéricultrice les informations recueillies en vue d'une action de soins adaptée à laquelle ils pourront apporter leur concours.
- Collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire, définitive ou ne l'ayant pas encore acquise pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (aide à l'habillage, à la prise des repas, changement de position, aide à la marche et au déplacement, participation aux activités occupationnelles et plus particulièrement s'agissant des auxiliaires de puériculture, collaboration aux collaborations dans l'hygiène de l'environnement de l'enfant ou de l'adulte hospitalisé pendant son séjour et après son départ nettoyage, décontamination, désinfection de la chambre, du mobilier, du matériel, activités d'éveil et d'éducation de l'enfant...)

- L'importance de ces tâches doit être réévaluée au regard, non seulement de ceux qui les réalisent, mais aussi de l'ensemble de la communauté hospitalière. »

Ainsi une grande liberté est-elle laissée aux établissements dans les pratiques de management des aides-soignants.

b) *Une forme de « dirty work »*

Cette division du travail de fait aboutit à une asymétrie de la charge de travail car le mot « collaboration » s'applique à la relation entre deux acteurs de soins qui ont des positions hiérarchiques inégales

C'est ce qui permet à Anne Marie Arborio⁵³ de mettre en perspective la délégation, par les infirmières, d'une partie de leurs actes avec le processus de « dirty work » par délégation. La notion de « dirty work » est évoquée par Everett Hughes en 1951 et reprise par Ashford et Kreiner en 2006⁵⁴. Pour ces auteurs, le « dirty work » est une construction sociale qui assimile aux emplois les moins qualifiés ceux qui les exercent. La qualification de « dirty », « sale » fait référence soit à des atteintes physiques liées au travail, soit à des atteintes morales, soit à des atteintes sociales. Ils classent dans les atteintes physiques, la fréquentation des fluides biologiques et la proximité des personnes décédées ainsi que tout travail qui peut avoir un retentissement sur la santé du fait des gestes ou postures fatigants.

La notion de dirty work est une construction sociale propre à chaque « métier-profession » (il existe un dirty work chez les patrons qui s'incarne dans l'expression « aller au charbon »).

Dans cette caractérisation, les aides-soignants, dans la société (communauté⁵⁵) hospitalière répondent à cette acceptation. Lorsque l'on sait que leurs tâches relèvent des actes infirmiers par délégation, il est possible de considérer qu'ils font le « dirty work » des infirmiers.

⁵³ ARBORIO A-M. Un personnel invisible les aides-soignantes à l'hôpital. Paris : Anthropos, 2001.327 p.

⁵⁴ CHIDAUSHE S J. Ashforth and Kreiner's "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity": A Critical Analysis, Printemps 2006, <http://sociology.sdstate.edu/arwoodd/theory2/presentations/papers/stacy-paper.pdf>

⁵⁵ Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 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.

Néanmoins, pour les aides-soignants leurs tâches ne relèvent pas en elles-même du « dirty work » car elles leur permettent de se construire une identité à travers elles⁵⁶.

En ce sens la circulaire DGS l'expose clairement : « Dans l'ensemble des domaines sus-énumérés, l'activité de l'aide-soignant ou de l'auxiliaire de puériculture comporte une dimension relationnelle très importante, compte-tenu notamment du temps passé auprès de la personne soignée et de sa famille. »

C'est d'ailleurs ces champs du relationnel et du social qui selon A.M. Arborio, retournent le stigmate du dirty work. En s'occupant intimement du patient l'aide-soignant(e) se réapproprie une partie du rôle de l'infirmière tout en étant protégé(e) du jugement sur ses actes techniques.

B) La présence contrôlée au travail

Poser la question de la présence des personnels renvoie aussitôt à la question de leurs positionnements dans les services.

La présence se conçoit aussi comme la présence au travail et fait référence à l'absentéisme. La cause de cet absentéisme est corrélée avec les conditions de travail.

a) *L'absence*

Les hôpitaux publics, quel que soit leur mode d'aménagement de la réduction du temps de travail, exigent que les personnels soient présents à leur poste 208 jours par an environ. L'absentéisme des agents de catégorie C est régulièrement pointé par l'encadrement soignant⁵⁷.

La difficulté majeure est de mettre en relation le discours tenu par les services de médecine du travail et qui attestent de la réalité des absences au travail pour raisons de santé⁵⁸ et les chiffres issus du bilan social de l'établissement.

Afin d'appréhender la réalité de l'absentéisme de la catégorie des aides-soignants, une approximation méthodologique est nécessaire.

La présentation du bilan social est réglementairement formalisée. Les personnels sont classés en fonction de leur grade ou de leur catégorie. Les aides-soignants sont des personnels de grade C et ils appartiennent à la catégorie des « personnels soignants et sociaux éducatifs » mais ils ne sont pas les seuls dans chacune de ces classifications.

⁵⁶ CHIDAUSHE S J. Ashforth and Kreiner's "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity": A Critical Analysis, Printemps 2006, <http://sociology.sdstate.edu/arwoodd/theory2/presentations/papers/stacy-paper.pdf>

⁵⁷ PROUHA – DIENG B. L'absentéisme « une bouée de sauvetage ». Mémoire de Maîtrise de sciences et techniques de gestion des organisations sanitaires et sociales. AP-HP 2001.

⁵⁸ Dr BERTHIER CH Orsay citation directe.

Toutefois, si l'on croise les données, on peut extraire d'une manière assez fine les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture. En effet, ne peuvent se trouver à la fois comme personnels soignants et éducatifs et de catégorie C que les métiers d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture, d'agent des services hospitaliers et les aides médico-psychologiques. Le biais introduit par cette approximation est acceptable dans la mesure où l'intérêt de ces études repose sur la comparaison de l'absentéisme entre les différents personnels de l'hôpital plus que sur la valeur absolue de celui-ci.

Les tableaux suivants tirés du bilan social de la DHOS permettent de mettre en lumière quelques données.

	Statut								Catégories professionnelles											
	A		B		CD		Total		Administratifs		Soignants et éducatifs		Techniques		Médico-technique		Médical		Total	
	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02
Maladie	3,1	4,3	8,0	8,4	12,2	11,6	9,4	9,2	6,8	6,2	10,7	10,7	9,9	9,1	6,4	6,2	2,4	2,9	9,4	8,9
Longue maladie	1,8	2,6	4,3	4,3	7,1	7,1	5,3	5,3	2,4	2,4	2,7	3,4	3,6	3,6	2,4	2,0	0,5	0,6	2,7	3,0
maladie de longue durée	0,2	0,3	0,8	0,8	2,2	2,4	1,4	1,5	2,2	2,1	2,7	2,4	3,1	2,9	1,7	1,9	0,6	0,7	2,6	2,3
Accident du travail	0,0	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,5	0,4	1,4	1,6	2,6	2,4	0,7	0,6	0,1	0,2	1,4	1,4
Accident du trajet	0,1	0,1	0,2	0,3	0,5	0,6	0,3	0,4	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2
maladie professionnelle ou imputable au service	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,5	0,5	0,7	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,4
maternité ou adoption	2,5	3,1	4,8	4,9	2,8	2,7	3,6	3,6	3,5	3,2	4,6	4,6	0,8	0,9	3,1	3,0	2,2	2,9	3,6	3,8
Absences médicales au total	7,7	10,5	18,2	18,8	25,1	24,6	20,2	20,2	15,5	14,5	22,6	23,4	20,8	19,9	14,8	14,1	5,9	7,4	20,2	20,0

L'absentéisme pour raison médicale est plus élevé quand le statut est « C » dans l'absolu.

Les agents de catégories C existent dans l'ensemble des filières mais c'est la filière soignante et éducative, celle qui, rassemble le personnel le plus nombreux qui présente le nombre de jours d'absence le plus élevé.

Cette situation globale se retrouve sur le site de l'hôpital d'Orsay. L'analyse du bilan social montre que le nombre de jours moyens d'absences médicales par agent est plus important à la fois dans la filière soignante et à la fois dans la catégorie C.

En comparaison, les absences liées à la formation continue sont les plus faibles. L'établissement de santé se trouve confronté à la problématique de la non-présence de

	Statut						Catégories professionnelles											
	A		B		C		Administratifs		Soignants et éducatifs		Techniques		Médico-technique		Médical		Total	
	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02	01	02
Motif syndical	0,2	0,2	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5	0,8	0,8	0,6	0,7	0,0	0,0	0,5	0,5
Journées de formation	3,6	3,2	3,9	3,9	2,9	3,0	2,1	2,0	3,8	3,9	1,9	1,9	2,4	1,9	3,7	3,6	3,3	3,4
Congés autorisés	0,2	0,6	0,8	1,4	0,8	1,4	0,8	1,3	0,8	1,4	0,7	1,2	0,9	1,3	-	-	0,7	1,3
Non justifiés non récupérés	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Missions temporaires	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2
Absences non médicales au total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,5	0,5	0,7	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,4

personnels de soins qui bénéficie moins des formations que les autres catégories. La non-crédation de valeur est double.

b) Les raisons ?

Les entretiens réalisés avec le médecin du travail du centre hospitalier d'Orsay font apparaître que la principale raison de l'absentéisme médical des aides-soignants repose sur une usure physique⁵⁹.

L'étude PRESST-NEXT⁶⁰ de 2004 accreditte cette explication.

Cette enquête réalisée auprès d'un ensemble de soignants européens vise à repérer les risques en matière de santé et de départ prématuré. L'originalité de ce travail initiée par SALTA, le programme suédois de recherche pour la vie au travail a été d'intégrer la question de l'exercice au long terme des professions soignantes.

Le thème de l'insatisfaction d'ordre physique vient en seconde position après l'insatisfaction du soutien psychologique.

Lorsque les soignants déclarent leurs problèmes de santé, les troubles musculo-squelettiques viennent en premier point. En référence à « l'Indice de santé perçue » de l'OMS et à « l'Indice d'astreinte au travail » le groupe des aides-soignants présente les scores les plus faibles de tous les soignants.

La charge physique au travail est l'élément le plus facilement repérable dans les raisons conduisant aux arrêts de travail. Les actes de manutention, de soulever de charges et de postures inconfortables sont majoritaires dans le groupe des aides-soignants⁶¹.

⁵⁹ « Les agents , en fin de carrière disent qu'ils n'en peuvent plus » Dr BERTHIER citation directe.

⁶⁰ ESTRYN-BEHAR M. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, janvier 2004

⁶¹ Cf Annexe 3

Un indice regroupant les tâches ayant plutôt trait à soulever et un indice regroupant les tâches ayant plutôt trait à se pencher ont été constitués. Ces indices varient de 0 (pour jamais) à 100 (pour le plus souvent).

L'indice de manutention est en moyenne de 44,3 pour les AS et entre 24 et 34 pour les ASH, IDE, IDE spécialisés et autres. Il est de 5,8 pour les cadres.

L'indice de sollicitation de postures penchées est en moyenne de 53,4 pour les AS, de 46,2 pour les ASH et entre 27 et 34 pour les IDE et spécialisés. Il est de 11,8 pour les cadres et de 19,8 pour les « autres » (comprenant des kinés et des sages-femmes)⁶².

Conclusion des 1.2.1 et 1.2.2.

Le nouveau cadre de répartition des pouvoirs dans l'institution hospitalière s'accompagne d'une redéfinition des modes d'allocation des ressources. Les pôles deviennent les centres de production des soins. Par analogie avec le secteur marchand ils deviennent une forme de centre de profits. L'importance donnée dans le « Nouvelle gouvernance » à la contractualisation et aux modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs implique une efficacité avérée. La notion de rentabilité apparaît en filigrane ainsi que celle de productivité. Les ressources sur lesquelles repose la production des soins sont les ressources en soignants. Au plus près des patients la présence et la diligence dans les soins sont liés au travail effectué par les aides-soignants. La situation actuelle est préoccupante en termes de présence et de perspectives de conditions de travail. Un des enjeux des ressources humaines est de mettre en œuvre des modalités de gestion qui assurent une employabilité optimale des aides-soignants.

⁶² *ibid*

L'histoire est souvent au service du présent. Le développement de Guy Bernfeld⁶³, directeur du patrimoine de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris en 2000, renseigne justement sur l'évolution et le profil ontologique de l'hôpital. Hier comme aujourd'hui son histoire a toujours été jalonnée de paradoxes...

« Hier, dans les murs et hors ses murs,
médical et social, hospitalier et répressif,
espace de convergence et de diffusion,
à la fois centrifuge et centripète, demain l'hôpital sera ;
plus réparti sur le territoire, mais plus concentré dans ses activités ;
plus proche des patients, mais plus loin des centres ;
plus ouvert sur la ville mais plus protecteur pour les patients fragilisés ;
plus facile d'accès à tous, mais plus résistant à la pression de l'automobile ;
plus virtuel, mais plus attentif à la qualité esthétique des ambiances ou des matériaux ;
plus adapté à l'évolution des normes mais plus respectueux de son patrimoine ;
plus technique, mais plus chaleureux ;
plus équipé mais plus discret ;
plus rapide mais plus à l'écoute ;
plus économe mais plus entreprenant ;
Plus rentable mais plus « service public » ! »

L'hôpital est donc invité, pour continuer d'offrir des soins en cohérence avec les attentes et les besoins de la population, à inventer et réformer ses pratiques. Mais l'hôpital de demain est également confronté à plusieurs enjeux majeurs. Le vieillissement parallèle et concomitant des populations soignées et des populations de soignants et le défi drastique d'un cadre organisationnel et financier contraint. Les pistes émergentes explorées par l'hôpital s'orientent vers une gestion adaptée et innovante des ressources humaines et la saisie des opportunités que représentent les nouvelles modalités de réformes hospitalières. Pour que le poste de dépenses majeur, que représente le personnel, devienne créateur de valeur, l'hôpital devra maintenir un haut degré d'employabilité de ses collaborateurs. L'avenir de l'hôpital semble bien être lié à sa capacité d'assurer une efficience médico-économique.

L'enjeu dès aujourd'hui et pour l'avenir est donc de résoudre la tension entre le vieillissement global du corps social et l'amélioration demandée de l'efficacité économique. Défi d'autant plus ambitieux qu'il repose sur des ressources difficilement substituables par des machines.

63 BERNFELD G. Quels espaces pour l'hôpital de demain, actes du festival international de géographie Saint Dié des Vosges, 2000.

2 Seconde partie : vers un management pluriel

La fonction publique hospitalière est marquée par une forte culture statutaire. Cette culture permet, en théorie une adaptation de la fonction publique aux évolutions : mutations de la société. Dans la réalité les statuts sont des cadres protecteurs qui peuvent freiner les innovations. La conséquence de ce mode de rapport au travail est pour les agents une garantie de maintien dans l'emploi mais aussi une garantie d'insatisfaction si le travail est perçu comme pénible et que les pénalités financières interdisent un départ avant l'âge minimal de liquidation des pensions. « Avancer en âge dans la fonction publique : une chance de rester en emploi, un risque de lassitude et de repli »⁶⁴

La question pour une direction des ressources humaines est d'utiliser l'ensemble des dimensions en privilégiant un management individualisé.

2.1 Optimiser les modalités existantes

Maintenir l'emploi des agents dans la fonction publique hospitalière est une préoccupation constante des Directions des Ressources Humaines. Chaque année le document unique⁶⁵ décrit les mesures prises pour réduire les risques au travail et améliorer les conditions de travail. Ce document sert de base de travail pour les membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans l'élaboration du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT)⁶⁶. Les perspectives d'actions se traduisent pour certains établissements⁶⁷, principalement par des actions visant à la gestion de l'inaptitude.

64 TIBERGHEN F., BERTHOD-WURMSER M. Fonctions publiques : de la réforme des retraites à la gestion des parcours professionnels. Rapport au Conseil d'orientation des retraites, janvier 2006.

65 Décret no 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 30-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

66 Art. L. 236-4 du Code du travail

67 PAPRIPACT 2005-2006 AP-HP. Disponible à l'adresse : <http://www.aphp.fr/documents/presse/ajis09.pdf>

2.1.1 Rester dans le soin

Les aides-soignants investissent fortement leur position dans l'organisation soignante. Les réponses de ce groupe professionnel lors de l'enquête PRESST-NEXT sont sans ambiguïté, ils perçoivent leur rôle avec fierté. La politique de la direction des ressources humaines promeut le maintien des agents dans leurs missions de soins et favorise leur promotion.

A) En adaptant ou en aménageant les postes

a) *L'adaptation du poste*

Lorsque les fonctionnaires sont reconnus par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Le texte est suffisamment souple pour permettre de jouer sur un ensemble de paramètres. Ce texte pose la question de l'inaptitude, l'agent ne peut plus remplir la fonction pour laquelle il est normalement employé. Cette modalité impose de trouver un emploi qui utilise le potentiel en matière de soins de l'aide-soignant. Cette « expertise » est évaluée par l'encadrement. Il convient pour optimiser l'adaptation de faire appel à un ensemble d'avis de tiers, tel que ergonomes, psychologues. La novation est l'articulation et la réflexion conjointe, au moins tripartite entre l'encadrement technique (cadre de santé), la médecine du travail et la direction des ressources humaines (DRH) pour valider la faisabilité de cette adaptation. Il existe déjà des situations qui peuvent être considérées comme « adaptation », mais souvent celles-ci revêtent un caractère ponctuel, peu ou pas formalisé et dont la connaissance publique (transparence) n'est pas nécessairement avérée. C'est ainsi que l'on trouve des aides-soignants chargés de la partie logistique dans les services de soins ; affectés à des tâches de secrétariat ou d'accueil (les secrétaires hospitalières) ou en charge de la régulation des transports de malades.

Ces formes d'adaptation se retrouvent dans des établissements hospitaliers de grande taille. La possibilité de détacher du soin des soignants implique que la spécialisation des tâches soit possible compte-tenu de la taille ou du nombre de services.

La nouvelle gouvernance a fait disparaître les services. Les pôles, pour autant qu'ils aient des dimensions suffisantes peuvent offrir des postes en relation avec les soins sans pour autant être auprès du patient.

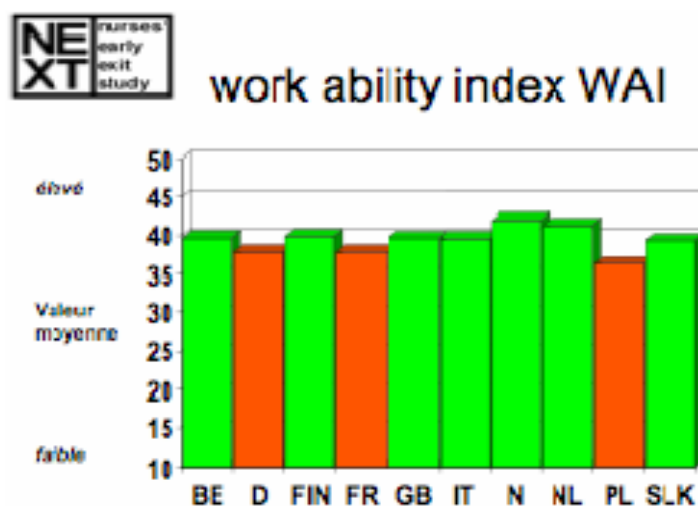
b) *L'aménagement du poste*

Le législateur a prévu une autre modalité, l'adaptation n'étant pas toujours possible. L'aménagement du poste consiste en la poursuite des fonctions d'aide-soignant mais en prévoyant des dispositifs facilitateurs pour l'agent.

L'aménagement des postes permet en outre de maintenir dans l'emploi et la fonction des agents souffrant de handicaps. Les modalités d'aménagements sont-elles aussi libres.

La principale modalité d'aménagement des postes repose sur l'utilisation de la force mécanique en lieu et place de la force manuelle.

Les soins d'hygiène, d'aide à l'autonomie, soins qui relèvent des missions de l'aide-soignant demandent un contact immédiat avec le patient et des manipulations au sens propre du terme. La manutention/manipulation de patients dépendants, quelle que soit la raison est une cause de fatigue physique en relation directe avec le poste. La mécanisation du mobilier d'hôpital, essentiellement les lits est une première réponse. La mise en place de système de transfert ou de verticalisation assistés mécaniquement est une réponse supplémentaire.



L'utilisation du Work ability index (WAI) ou Indice d'astreinte au travail (IAT) en Finlande a favorisé une modification des représentations concernant l'employabilité des salariés âgés, qui a permis, en 10 ans, une augmentation d'un an de l'âge réel de départ en retraite moyen des Finlandais.

Le programme FIN-AGE s'est appuyé sur la réduction de la pénibilité des postes de travail et l'amélioration de la forme physique des personnes. Le but n'est pas de retarder l'âge officiel de départ en retraite, mais de permettre un vieillissement en bonne santé au travail et un départ en retraite avec le moins d'invalidité possible.

La tendance actuelle des fabricants de matériel et de mobilier hospitalier est de proposer des aides mécaniques pour assister les soignants dans les soins d'hygiène. Le champ est en expansion continue, il englobe désormais la toilette des patients⁶⁸.

⁶⁸ Un système de douche au lit à été présenté lors de la manifestation Géront-Expo en 2007.

Le choix du CHO a été de remplacer tous les lits des secteurs de médecine, de chirurgie, de soins de suites et de longue durée par des lits à hauteur variables électriques. Des lèves-malades sont aussi présents dans ces secteurs. La pratique de l'encadrement est de faire participer activement le personnel soignant (plus particulièrement les aides-soignants) à l'évaluation des matériels avant achat.

Ces aménagements ont une double finalité. D'une part, ils permettent de maintenir en poste des agents qui autrement seraient déclarés inaptes alors que leur « inaptitude » ne porterait que sur un des aspects de leur rôle auprès du malade et d'autre part, ils participent de la prévention des risques de troubles musculo-squelettiques.

Au CHO l'intérêt d'un équipement total de l'établissement en aides mécanisées est avéré. Depuis la généralisation des lits électriques et des lèves-malades, le nombre d'accident du travail par effort de soulèvement a diminué⁶⁹. De plus les personnels concernés sont autant les infirmiers que les aides-soignants.

Cette orientation qui vise à remplacer une partie de l'utilisation du capital humain par du capital technique peut être complétée par une mécanisation plus poussée. Le Royaume Uni et l'Australie⁷⁰ ont mécanisé les déplacements du mobilier hospitalier avec l'introduction de matériels dénommés « Bed-movers » (« Déplaces-lits »). La mise en place de ces dispositifs de traction-manutention a pour objectif de diminuer l'effort physique et d'éviter les risques d'accidents du travail pour le personnel des blocs opératoires⁷¹. Dans une prospective à plus long terme, l'aide robotisée à la mobilisation des patients est envisageable, cette piste est explorée activement au Japon⁷².

⁶⁹ Dr BERTHIER M. Rapport annuel de la médecine du travail, mars 2007.

⁷⁰ Dossier relatif à l'Hôpital de Canberra in Healthy Territory, A newsletter for act healthcare providers, summer 2004.

⁷¹ Minutes of the Trust Board Meeting held on Tuesday 28 March 2006, The Royal Orthopaedic Hospital, Birmingham, Royaume Uni.

⁷² RIKEN biomimetics, disponible à l'adresse internet : http://www.bmc.riken.jp/~RI-MAN/index_us.html

B) La promotion professionnelle

a) *La lettre*

La promotion professionnelle est un droit pour l'ensemble des agents de la fonction publique⁷³. Le décret n° 319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue de l'ensemble des établissements relevant de la fonction publique hospitalière précise le but de la formation professionnelle⁷⁴ :

- maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle
- d'assurer leur adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail
- favoriser leur promotion sociale et leur contribution à l'évolution culturelle, économique et sociale.

La formation professionnelle s'effectue sous formes d'actions à l'instigation des établissements (plans de formation) ou choisies par les agents.

Les plans de formation des établissements promeuvent des actions de préparations aux concours et examens afin d'accéder à un grade supérieur ou à l'entrée dans une école préparatoire à un emploi de la fonction publique hospitalière.

Les études promotionnelles débouchant sur l'accès aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social⁷⁵ relèvent du plan de formation institutionnel.

Les adaptations afin de faciliter l'accès à un nouvel emploi ou le maintien de la qualification requise dans l'emploi actuel ainsi que les actions de reconversion sont du ressort du plan de formation⁷⁶.

b) *Les chiffres*

Concernant les aides-soignants, la logique voudrait que les agents se présentent aux concours d'entrée en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Cette progression leur permet de rester dans la filière des soins et d'accéder à la plénitude professionnelle. Les textes réglementaires prévoient un accès à la formation d'infirmier pour nombre d'aides-soignants. L'intérêt du dispositif est de ne pas exiger pour ces impétrants la possession d'un diplôme équivalent au baccalauréat, seule la pratique de la fonction d'aide-soignant durant trois années suffit. La proportion de ce contingent est fixée par voie réglementaire et ne peut, en 2007, excéder le nombre de 15% de l'ensemble des places proposées au concours. Les chiffres montrent que cette proportion dépasse rarement les 10%.

⁷³ Article 22 de la loi du 13 juillet 1983

⁷⁴ Article 1^{er} du décret n°90-319 du 5 avril 1990 NOR:SPSH9000410D

⁷⁵ Liste arrêtée par le ministre.

⁷⁶ Art 2 du décret n°90-319 du 5 avril 1990 NOR:SPSH9000410D

À l'hôpital d'Orsay qui est aussi centre de formation en soins infirmiers le nombre d'étudiants entrant en première année est de 1 voire 2 soit une proportion de moins de 5% des promotions.

De manière identique, le nombre des aides-soignants qui se présentent au concours d'infirmier est de l'ordre de 5% des places offertes par l'IFSI⁷⁷.

Pourtant, il existe des formations de préparation au concours d'accès en IFSI et ces formations sont inscrites au plan de formation des établissements. À l'AP-HP le dispositif est particulièrement conséquent, il représente un volume de 60 heures réparties sur 30 semaines et l'accès se fait après un test de niveau de manière à optimiser les chances de réussite au concours d'entrée en IFSI.

La VAE pour obtenir le diplôme d'infirmier sera dans l'avenir une voie possible qui devrait augmenter les possibilités de promotion professionnelle.

L'accès aux autres métiers de la santé et des soins, masseur-kinésithérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale ou bien technicien d'analyse biologique reste exceptionnel.

Les outils de gestion et de promotion des agents dans une optique de maintien et de progression dans l'emploi et la carrière sont nombreux.

Littéralement ils permettent de répondre de manière adéquate à l'obligation de mutabilité du service public. Dans la pratique, pour la catégorie des aides-soignants, ils sont assez peu opérants. Le renforcement des modalités d'aménagement des postes, l'exemple du CHU de Nantes le prouve et l'investissement en matériel sont des pistes primordiales. La voie de la VAE pour l'accès à une deuxième carrière est à privilégier dans l'avenir. Les démarches déjà citées (CHU de Nantes) l'intègrent formellement.

2.1.2 Changer de métier

Les carrières hospitalières se déroulent sur une période de temps relativement longue. Il revient à l'administration de favoriser la mobilité des agents. Cette mobilité présente l'opportunité, pour les deux parties, de concilier les intérêts de l'institution et ceux des agents. Le changement de voie professionnelle peut se concrétiser par un reclassement ou par la volonté de l'agent d'embrasser un nouvel emploi.

⁷⁷ Source : Direction des ressources humaines CHO

A) La voie du reclassement

Le reclassement est le dispositif qui permet à un agent inapte à la tenue de son poste de conserver un emploi public. Le dispositif est réglementairement défini et mis en œuvre de manière contrastée.

a) *De la définition juridique à...*

La loi du 1986 prévoit dans son article 71 la possibilité de reclassement d'un fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions (conformément aux critères du décret du 8 juin 1989). Ce reclassement ne peut intervenir que « lorsque l'adaptation du poste n'est pas possible ».

L'art. 71 du statut précise que l'agent « doit être reclassé dans un autre grade ou un autre corps s'il est reconnu en mesure de remplir les fonctions correspondantes ».

Le statut prévoit une obligation pour l'administration qui est conditionnée aux possibilités de trouver un emploi pour cet agent mais de plus que celui-ci soit apte au nouvel emploi.

Le reclassement est de droit, mais une demande doit être présentée par l'agent et soumise à l'avis du médecin du travail ou du comité médical départemental⁷⁸.

Le reclassement est une modalité de mobilité interne. Il correspond à un détachement dans un autre corps ou un autre grade. Cette position statutaire présente l'avantage pour l'agent de garder un lien fort avec son ancienne situation et de faciliter la prise de fonction dans un nouvel environnement.

Le reclassement est accordé pour une durée limitée. Il est accordé par période d'une année, à l'issue desquelles une nouvelle évaluation de l'inaptitude de l'agent est examinée en comité médical. Si l'inaptitude n'a plus lieu d'être, alors l'agent est réintégré dans son corps et grade d'origine. Si par contre l'inaptitude aux fonctions est maintenue, alors l'agent est détaché de nouveau pour une période d'un an. Si l'inaptitude revêt un caractère définitif, il convient d'envisager l'intégration de l'agent dans ce nouveau corps.

L'agent est classé à un indice égal ou immédiatement supérieur à celui détenu dans son grade d'origine. Le détachement peut avoir pour effet de placer l'agent dans un corps d'accueil hiérarchiquement inférieur avec un indice inférieur à celui détenu antérieurement. L'agent est alors placé à l'échelon terminal du corps d'accueil et conserve, à titre personnel l'indice détenu dans son corps d'origine.

L'intégration dans le nouveau corps est pour l'agent reclassé, le moyen de commencer une nouvelle carrière au sein de ce corps. L'intégration est une démarche active de l'agent qui en fait la demande expresse.

⁷⁸ Décret n ° 376 du 8 juin 1989 précisant les modalités d'application des art 72 à 75 du statut.

Un avis du comité médical départemental favorable est requis. L'intégration suppose que l'agent satisfasse aux modes de sélection retenus par les statuts particuliers du corps et du grade. Il peut s'agir d'un recrutement sans concours, d'un recrutement sur liste d'aptitude après avis de la Commission administrative paritaire (CAP), sur examen professionnel ou concours. Les modalités de passation des épreuves peuvent être aménagées sur proposition du comité médical.

Les effets de l'intégration, pour l'agent sont les mêmes que celui du détachement.

Cela implique les mêmes règles en matière de classement indiciaire.

Le recrutement dans un nouveau corps est l'autre voie qui est offerte aux agents reconnus inapte médicalement, à leurs fonctions.

Le recrutement peut se faire dans un corps inférieur ou supérieur hiérarchiquement. Les règles de sélection, d'aménagement de celle-ci, les conditions d'ancienneté et l'avis favorable du comité médical départemental s'appliquent comme dans le cas de l'intégration.

b) La pratique

Le constat est très mitigé. Le nombre des agents reclassés reste inférieur aux besoins.

Dans le cas du CHO, les reclassements sont de l'ordre d'un agent par an en moyenne sur les dix dernières années.

Le reclassement se heurte à la réalité de la structure des emplois hospitaliers. La grande masse des emplois se concentre dans la filière soignante. Cette filière est celle qui présente le plus d'arrêts de travail, d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. La capacité du CHO de proposer des postes est limitée. Seule une forme de poste de transit existe. Par convention avec le CHO, le Commissariat à l'énergie atomique (CEA) réalise une activité de recherche et de diagnostic en imagerie. Un poste d'aide-soignant est affecté à cette unité. Ce poste compte-tenu de la spécificité des examens d'imagerie réalisés (PET-SCAN⁷⁹) permet une activité plus lissée dans la journée pour l'agent qui y est affecté.

La capacité des établissements à se concerter en Ile-de-France est encore en devenir.

Les résistances des agents à quitter leur statut et à intégrer un autre corps restent importantes. Malgré le maintien de la rémunération indiciaire, la perte de primes spécifiques est un frein réel. Le nombre réel de « reclassements » est probablement supérieur aux chiffres extraits des données informatisées qui font appel à des clés de tri statutaires.

⁷⁹ Dispositif d'imagerie associant une caméra de détection des positons (PET) et un scanner (SCAN)

L'exemple du CHU de Nantes.

Confronté à la même problématique que l'ensemble des hôpitaux, le CHU de Nantes a développé une démarche plurielle.

Antérieurement les reclassements étaient étudiés site par site avec pour effet une tendance à privilégier le reclassement « externe » des agents en demandant pour ceux-ci une affectation vers des pôles ou des services « fléchés » (Standard, Biomédical..)

Une nouvelle stratégie est initiée depuis 2005. La procédure devient coordonnée par la direction des personnels et ressources humaines (DPRS) et fait intervenir les acteurs des différents sites. Les résultats montrent une augmentation significative du nombre des reclassements. La qualité des reclassements est améliorée car une majorité des reclassements se fait désormais dans le pôle d'origine lui-même. Les désavantages d'une gestion coordonnée en termes de nombre de dossiers et de durée des réunions sont contrebalancés par la pluridisciplinarité et l'effet positif sur le présentisme des agents reclassés.

Aujourd'hui le CHU de Nantes a élaboré une fiche projet qui propose de mettre en place une politique innovante associant la fluidité inter-pôles, la formation professionnelle et la contractualisation des reclassements. Ce projet est porté par une équipe associant la direction des ressources humaines et la direction de soins.

B) La voie de la mobilité choisie

Chaque agent de la fonction publique bénéficie des possibilités d'évoluer au sein de l'administration. Ce cheminement se traduit par une mobilité professionnelle et « géographique ».

a) *Vers les métiers émergents*

La DHOS a élaboré un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Les fiches métiers servent de balises à la définition pratiques de ceux-ci⁸⁰.

Le contexte hospitalier est en évolution. La distribution des emplois en nombre et en qualification est évolutive. La DHOS se projette dans un futur à moyen / long terme pour envisager les besoins en professionnels des hôpitaux.

De ces travaux découlent des propositions de nouveaux emplois. Ils forment les métiers dits « émergents ».

Au niveau régional, l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) identifie 9 métiers.

Ces métiers sont présentés dans le tableau suivant.

⁸⁰ Cf Annexe 3 : Fiche métier aide-soignant

Nom du métier	Description du métier
CONTROLEUR DE GESTION OPERATIONNEL	Personnel qui met en œuvre, au niveau d'une entité opérationnelle ou d'un centre de responsabilité (un service, un pôle, une partie de l'établissement), la politique de pilotage et les outils de gestion définis par la direction, afin de mesurer l'efficacité opérationnelle de cette entité. Assure également la mise en œuvre d'outils de pilotage complémentaires, spécifiques à l'entité opérationnelle dont il a la charge, afin d'analyser ses particularités et de comprendre finement ses évolutions.
DIRECTEUR COORDONNATEUR DES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS	Personne qui suit les investissements, qui porte les projets. Elle assure la coordination et le pilotage de la politique globale d'investissements de l'hôpital dans les secteurs des équipements biomédicaux, des travaux et du système d'information, et ce dans le respect du projet d'établissement.
INFIRMIERE CLINICIENNE/EXPERTE	Expert infirmier qui, par sa formation, son expérience et sa compétence dans un domaine spécifique de la profession réalise des tâches déléguées par le personnel médical en vue d'améliorer la qualité et l'activité de soins. Quatrième spécialisation du métier d'infirmière qui, par délégation de tâches médicales, pourrait avoir plusieurs dimensions : participation au suivi en consultation des maladies chroniques ; coordination des examens de suivi et de reconduction ; suivi de la bonne exécution des traitements et surveillance de leur tolérance ; intervention dans le domaine de la prévention, de l'éducation et du dépistage. Métier directement issu des rapports Berland, et ayant fait l'objet d'une expérimentation de terrain.
MAITRE D'OUVRAGE DE PROJET « SYSTEME D'INFORMATION »	Pilotage de projets internes concernant le système d'information. Il s'agit de concevoir et de mettre en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation effective des objectifs du projet dans les conditions de coût, de qualité et de délai définis par la direction. Le champ de responsabilité porte sur les volets techniques, organisationnels et de conduite du changement. C'est moins un poste de technicien qu'un rôle d'intercesseur entre les différents acteurs qu'il s'agit de faire parler ensemble.
MANAGER DE LITS	Personne chargée d'assurer la meilleure gestion de l'ensemble des lits de l'établissement pour une prise en charge efficace des patients et l'optimisation des flux et des coûts. Pas d'autorité directe sur les services mais un rôle de facilitateur, disposant d'une forte capacité à négocier et d'une connaissance approfondie des systèmes d'information de l'établissement de santé.

RESPONSABLE DE PLATEAU TECHNIQUE (blocs opératoires, stérilisation, imagerie, laboratoires, rééducation)	Personne chargée de concevoir, de planifier et d'assurer la réalisation et la gestion d'un plateau technique regroupant toutes les activités de diagnostic et de rééducation ou de bloc opératoire et de stérilisation proposées dans les établissements de soins
RESPONSABLE DE PLATEAU TECHNIQUE (consultations, hôpital de jour, actes techniques)	Personne chargée de concevoir, de planifier et d'assurer la réalisation et la gestion des plateaux de consultation et d'hôpital de jour des établissements de santé, associant la réalisation d'actes techniques simples
RESPONSABLE DE PROJETS « PROMOTION ET DIFFUSION DES BONNES PRATIQUES »	Personne chargée d'organiser la diffusion des bonnes pratiques au sein de l'hôpital par une politique d'animation et de communication active et efficiente. Travail de communication interne. Le lien hiérarchique s'établit avec le responsable qualité.
TECHNICIEN DE TRAITEMENT DE L'INFORMATION ET DE TRANSFERT DE L'IMAGERIE MEDICALE	Personne chargée de recueillir, gérer, traiter et transférer les images médicales afin de contribuer à la démarche de diagnostic.

Dans le cas des aides-soignants peu de métiers émergents sont accessibles facilement hormis celui de « manager de lits ».

b) Vers d'autres structures publiques

La synthèse du Rapport au conseil d'orientation des retraites fait le constat : « En fin de carrière, apparaissent des difficultés qui, le plus souvent, ne sont pas spécifiques à l'âge des agents, mais résultent plutôt de l'accumulation au fil du temps de facteurs peu ou mal pris en compte : [...] Obstacles et lourdeurs s'opposant à la mobilité fonctionnelle des agents » et propose de réfléchir à « un projet d'aménagement des rythmes et des profils de carrières incluant, par exemple, les périodes de mobilité transversale et de respiration-reliance des projets professionnels. »

La loi n° 2005-843 du 26 juillet 2005 portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique, assouplit la modalité du détachement qui devient une modalité privilégiée de la mobilité transversale.

Le détachement est : « la position du fonctionnaire placé hors de son corps d'origine ou, dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article 4, de son emploi d'origine mais continuant à bénéficier, dans son corps ou cet emploi, de ses droits à l'avancement et à la retraite.

Le détachement est autorisé dans les cas prévus à l'article 13 de décret n° 976 du 13 octobre 1988 modifié par le décret n°2005-1213 du 21 septembre 2005.

Le détachement obéit à des règles formelles.

L'agent doit faire la demande de détachement. L'autorisation de détachement est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination (le directeur de l'établissement). Le détachement ne peut se faire que sur un emploi au plus équivalent, sauf examen ou concours permettant l'accès à un emploi supérieur. Le détachement ne peut se réaliser qu'à partir du cadre d'origine, ce qui justifie le terme de « respiration-reliance » utilisé par les rapporteurs.

Les conséquences pour l'agent en situation de détachement sont d'être placé sous l'autorité de l'autorité de détachement qui l'évalue. La notation reste du ressort de l'autorité d'origine.

Les règles d'organisation et les rémunérations sont celles de l'administration d'accueil.

La durée du détachement est variable. Une première forme est le détachement de courte durée (inférieur à 6 mois), ce détachement ne peut-être renouvelé.

Une deuxième forme est le détachement de longue durée (plus de 6 mois) qui ne peut excéder 5 années mais peut-être renouvelé par période de 5 ans sans limitations.

Dans une optique de gestion optimisée des ressources humaines, le détachement des aides-soignants vers des emplois du soin ou du social est à privilégier. Les autres fonctions publiques proposent des emplois correspondant au grade d'aides-soignants, notamment la fonction publique territoriale. Les modalités d'emploi peuvent être différentes de celles de la fonction publique (cas des Centres municipaux de santé) et l'environnement de travail peut inciter les agents à explorer des pistes connexes à leur métier initial.

Conclusion des 2.1.1 et 2.1.2.

Le traitement des limitations à l'emploi et de la promotion professionnelle présente des marges d'optimisation importantes. Des pistes sont déjà explorées par des établissements précurseurs. La progression professionnelle, la promotion et les mobilités transversales sont des voies qu'il convient de renforcer. Néanmoins, l'ensemble de la problématique de l'employabilité des aides-soignants vieillissants ne pourra trouver de solutions dans ces seuls dispositifs. Les établissements hospitaliers, par une réflexion concernant l'organisation des situations de travail et le management des agents dégagerons une valeur ajoutée en interne.

2.2 Saisir des opportunités

La période actuelle est propice aux changements. Les personnels vont devoir être renouvelés et les réformes hospitalières permettent des expérimentations. Des opportunités se présentent dans la manière d'organiser les unités de soins et de manager le personnel.

2.2.1 Opportunités organisationnelles

A) La dynamique des pôles

La culture médicale hospitalière met en exergue la satisfaction des besoins en soins des patients. L'expression de cette logique a été pendant longtemps le relatif désintérêt des praticiens hospitaliers pour la sphère gestionnaire. Dans le même temps le corps médical demandait une plus grande latitude de gestion.

La nouvelle organisation hospitalière permet de concilier logique de soins et projet d'établissement, le résultat se traduisant par une amélioration des ressources, un intéressement.

a) *La logique des soins au service d'un projet déconcentré*

La nouvelle gouvernance permet par le mécanisme des délégations, une gestion plus proche du terrain.

« Mais les pôles n'auront un intérêt que s'il y a une véritable délégation de gestion ⁸¹ »

L'article L. 6145-16 du CSP dispose que les responsables des pôles cliniques et médico-techniques bénéficient de délégations de gestion, accordées par le directeur d'établissement après signature du contrat interne. Faute de précisions supplémentaires, c'est le directeur qui décide de son contenu et de ses modalités.

La gestion et les affaires générales sont de la compétence du directeur de l'établissement. La délégation de gestion accordée au responsable de pôle est une délégation de compétence partielle.

La forme de la délégation est celle de la délégation de signature, l'article D. 6143-33, alinéa 2 du code de la santé publique dispose : « Le directeur peut également, sous sa responsabilité, déléguer sa signature dans les conditions prévues par l'article L. 6145-16. Ceux-ci [les délégataires] sont dès lors, dans l'exercice des actes de gestion pour lesquels ils bénéficient d'une délégation de signature, placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement. ».

Le responsable de pôle aurait, dans ce cas de figure, autorité pour recruter du personnel de remplacement (sous réserve de modalités de contrat qui exclurait le risque de conférer aux agents temporaires la qualité d'agents permanents par requalification des contrats). Le responsable de pôle aurait aussi autorité pour organiser les moyens humains (tableau de services et répartition du personnel) dans le respect des conditions statutaires respectives aux différents personnels du pôle.

La délégation de gestion peut également se réaliser sans nécessairement revêtir la forme d'une délégation de signature. La circulaire DHOS indique : « Il convient de préciser que les délégations de gestion ne supposent pas nécessairement que le directeur consente une délégation de signature aux responsables de pôle et qu'en tout état de cause, elles ne peuvent porter que sur des matières qui, relevant des pouvoirs propres du directeur, n'excèdent pas le champ d'attribution du pôle. À l'inverse, les questions qui intéressent plusieurs pôles ou, a fortiori, l'ensemble de l'établissement doivent être exclues d'une telle délégation »

Dans ce cas, il s'agirait d'une délégation à minima. La possibilité de gérer suppose que les marges de manœuvre soient suffisamment importantes en termes de périmètre de compétences et de volume financier.

Il s'agit d'une véritable novation : le responsable de pôle disposerait des pouvoirs d'ordonnateur secondaire pour les dépenses courantes dans les limites fixées par les enveloppes.

Des expérimentations étrangères peuvent éclairer et guider la réflexion des cadres français⁸².

L'hôpital universitaire de Stockholm, le Karolinska Universitetssjukhuset, présente depuis 2003 une organisation en pôles. Ces pôles, au nombre de 8, sont essentiellement construits autour de logiques de soins.

⁸¹ M. LECLERC B. DECISION SANTE. N° 230, cahier 1, décembre 2006, p 16 propos recueillis par DHORDAIN A. et MAUREL P.

⁸² La lettre de la nouvelle gouvernance, N° 5.

Dénomination du pôle	Effectif du pôle (personnes physiques)
Onco-hématologie	1044
Neuro/Tête	1627
Médecine Chirurgie 1	1302
Médecine Chirurgie 2	2106
Laboratoires	1870
Thorax (cœur/poumon)	977
Enfants	1905
Urgences	2811

Tableau issu de « La lettre de la nouvelle gouvernance » N° 5

La dimension de ces pôles est variable, mais le plus petit d'entre eux correspond à un Centre Hospitalier comme Orsay. Les modalités de nomination des responsables de pôles sont comparables au dispositif français.

L'exemple de la Belgique montre que le niveau de délégation peut être très profond. La gestion décentralisée repose sur un trio médecin, cadre soignant, administrateur (cadre administratif). C'est ce dernier qui a en charge une gestion des ressources financières et humaines du pôle ainsi que le « reporting » global. Il s'agit dans ce cas de figure plus d'une décentralisation que d'une déconcentration conforme à l'esprit de la nouvelle gouvernance.

L'expérience du CHU de Saint-Nazaire, en France, affirme le choix des délégations. Quatre grands domaines font l'objet de délégation :

- L'organisation et le fonctionnement des pôles.
- La gestion du personnel et la formation.
- Les équipements et les achats.
- La qualité et la gestion des risques.

b) L'intéressement, un élément fort du contrat d'objectifs

La relation entre la motivation au travail et les récompenses ont fait l'objet d'études reprise dans une publication de M.Christian Vandenberghe⁸³. Selon lui : « En somme, la différence d'impact de la satisfaction envers la rémunération entre le secteur privé et le secteur public est peut-être attribuable à des attentes ou des valeurs sensiblement différentes entre les employés de ces systèmes. »

La forme de l'organisation induit partiellement la forme de la récompense.

La notion de récompense et de valorisation est un point fort de la nouvelle gouvernance.

La gestion se trouve déconcentrée au niveau du pôle ; la contractualisation et l'évaluation des objectifs ont pour conséquence de déclencher un mécanisme de récompense.

Le contrat de pôles présente une forme et un contenu.

La forme correspond à la procédure de contractualisation et à l'évaluation du contrat.

Le contenu se compose des objectifs que le pôle s'engage à réaliser ; ces objectifs se déclinent en volume d'activité, en indicateurs de qualité et de réalisation financière. Les modalités de l'intéressement en cas de réussite et les conséquences de la non-réalisation du contrat font aussi partie du contenu. Le contenu des contrats est négocié entre le pôle (son représentant) et le duo chef d'établissement-président de la CME.

L'intéressement est un élément fondamental du contrat de pôle.

Dans son acception commune l'intéressement est d'ordre financier et fait référence au code du travail. Des obligations réglementaires s'y attachent :

- Il est aléatoire, ce qui implique nécessairement qu'aucun montant minimum ne peut être fixé ou garanti du fait de la formule retenue devant prévoir un double délai de conclusion et de dépôt des accords afin d'éviter la prise en compte de paramètres connus ou prévisibles lors de la signature de l'accord.
- Il est collectif, donc tous les salariés de l'entreprise ou des établissements entrant dans le champ d'application, de l'accord, à l'exclusion des mandataires sociaux, doivent pouvoir bénéficier des produits de l'intéressement. Toutefois, il peut être exigé une condition d'ancienneté dans l'entreprise d'une durée minimum de six mois.
- Il ne peut se substituer à aucun des éléments du salaire en vigueur dans l'entreprise ou qui deviendraient obligatoires en vertu des règles légales ou contractuelles supprimées et la date d'effet de l'accord d'intéressement.

La forme de l'intéressement préconisée par le législateur n'est pas définie puisque librement négociée entre les parties au contrat.

Une expérience probante d'intéressement des personnels est conduite actuellement au CHO. La forme retenue est celle du versement d'une somme monétaire.

La question de la forme que prendra l'intéressement est centrale. Dans une optique de motivation des personnels, l'aspect financier - surtout pour les catégories indiciaries modestes, représente une reconnaissance et une gratification réelle⁸⁴.

Dans l'optique d'une employabilité durable des personnels, cette forme de bonus financier (l'intéressement n'est pas une rémunération) permet de maintenir au travail des personnels mais ignore la question de l'usure et de la pénibilité.

Néanmoins, l'expérience du CHU de Saint-Nazaire montre que le choix s'est porté sur une « ligne de crédit » dévolue au matériel ou au financement de mensualités⁸⁵.

Une expérience plus ancienne, celle du CHU de Nantes prévoyait explicitement un intéressement sous forme d'une ligne de crédits d'investissements.

Ces modalités sont compatibles avec la démarche de développement durable. L'intéressement garde un caractère collectif et récompense les efforts d'une équipe. L'investissement représente des achats de biens durables. Le choix de « consommer » l'intéressement par le recours aux mensualités permet de ménager les personnels et paradoxalement de limiter leur consommation au sens littéral du mot.

B) La réflexion sur les organisations de travail

L'accomplissement des missions de soins ou des tâches dans le cas des aides-soignants est lié au lieu d'exercice du travail et à la manière dont il s'organise. La capacité de tenir un emploi d'une manière performante n'est pas seulement liée aux conditions de travail mais aux situations de travail. Depuis le début du XX^e siècle, il convient de décrire à la fois la position dans l'espace et à la fois la position dans le temps.

Un management durable intègre la dimension temporelle et spatiale.

a) *L'organisation des temps*

Les travaux les plus récents disponibles sur les conditions de travail des soignants en Europe sont résumés dans l'enquête PRESST-NEXT. La question du temps et des plannings vient en quatrième position des causes de pénibilité au travail. La notion de temps de travail et temps de vie privée n'est pas disjointe de la question de l'articulation entre temps professionnel et temps personnel dans le vécu des agents.

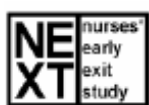
⁸³ VANDENBERGHE C. L'engagement organisationnel dans le secteur public : quelques déterminants essentiels. *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, Mai 2005, volume 12, n°2, pp.8-15.

⁸⁴ PASZTELYI Z. Système de motivation collectif, basé sur la contractualisation interne : expérience hongroise. Colloque du 9 janvier 2002 organisé par la DHOS.

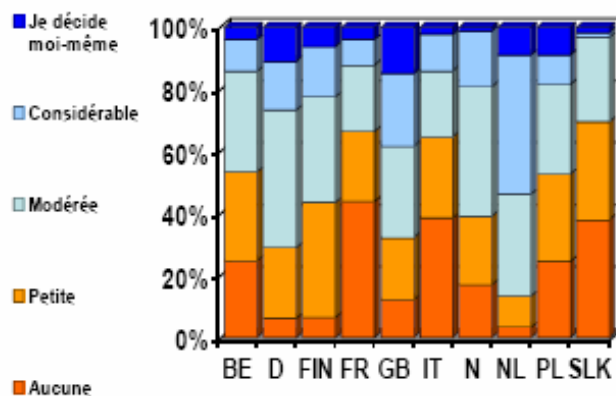
⁸⁵ La délégation de gestion et l'intéressement au Centre hospitalier de Saint-Nazaire

Ce témoignage en est l'illustration : « Le plus pénible c'est les changements de planning au dernier moment, sans avoir son mot à dire. Nous devons être disponibles. Notre travail au détriment de notre vie privée. Si nous refusons un changement, il nous est parfois imposé. Ne pas pouvoir prendre nos vacances quand nous voulons. Les appels téléphoniques à la maison pour travailler sur un jour de repos. Les arrêts qui ne sont pas remplacés. Cette année nous n'avons pas pu prendre nos RTT parce que nous avons travaillé en sous-effectif. Il est difficile de gérer sa vie privée car au travail on nous demande toujours plus » AS, Médecine, CHU.

Quels enseignements peuvent être tirés de cette enquête ?

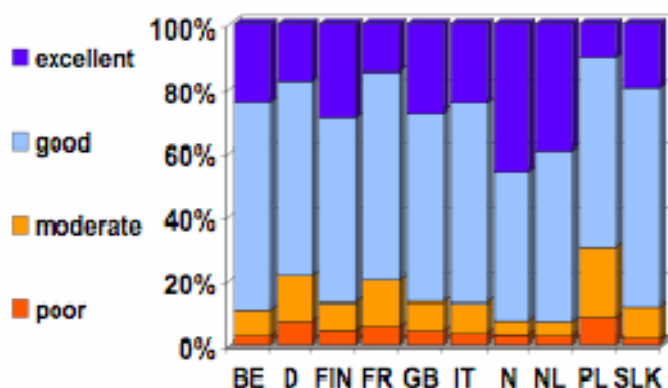


Quelle influence avez-vous dans la planification de vos horaires?



Les soignants français, italiens et slovaques ont moins d'influence que les autres dans la planification de leurs horaires et jours de travail.

Work ability among nurses (WAI classification)



La charge physique de travail influence de façon significative le score du WAI. De même, l'insatisfaction quant au soutien psychologique et aux horaires de travail sont liés à un mauvais score du WAI.

Graphiques tirés des pages 26 et 37 de l'enquête PRESST-NEXT

Dans ces quatre pays, toujours selon l'étude précitée, il existe une latitude forte pour les agents de négocier leurs plannings. Pour autant les horaires de travail des soignants sont rarement en phase avec ceux de la population.

Des pistes sont à explorer dans le cadre d'une vision élargie de gestion des personnels notamment en articulation avec les contraintes propres à chaque pôle.

Il est même envisageable de permettre une possibilité d'organisation des temps de travail qui concilie la diversité des lieux et la stabilité des horaires. L'organisation en pôles, pour autant que ceux-ci soient d'une taille significativement importante, élargit le champ des possibles.

b) *L'organisation de l'espace*

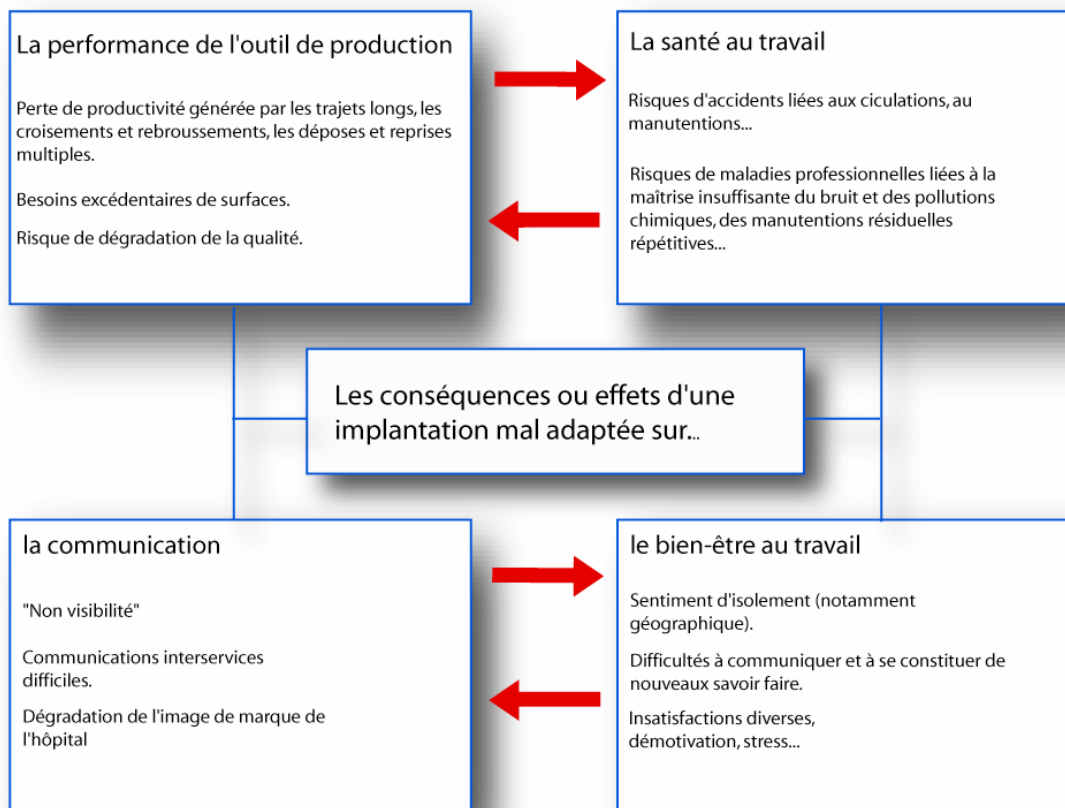
Dans les études déjà anciennes comme celles réalisées par M^{me} Estryn-Béhar en 1997, ainsi que dans l'étude européenne PRESST-NEXT plus récente, la composante architecturale intervient dans les facteurs de satisfaction au travail et dans la sensation de pénibilité.

Intégrer les soignants à la réflexion, lors des réaménagements et des constructions, à une architecture et à du matériel réduisant la pénibilité physique est judicieux, respectueux pour les soignants, et économique pour le système de soins de santé. (Estryn-Béhar M et coll. *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*, Etude PRESST-NEXT, Partie 1, Janvier 2004, p 47.

L'institut national de recherche et de sécurité (INRS)⁸⁶ propose une démarche applicable dans les établissements de santé. Elle s'appuie sur une conception des projets architecturaux qui se présente comme globale et participative. Globale car elle intègre un ensemble large de critères qui composent le projet (hygiène, conditions de travail...).

Participative car cette démarche associe tout au long du projet les personnels concernés. L'importance des phases initiales de recueil des données est illustrée par le schéma ci-après.

⁸⁶ INRS. *Conception des lieux et des situations de travail. Santé et sécurité : démarches méthodes et connaissances techniques*. INRS ED 950, 2006.



L'INRS insiste sur la consultation des personnels tout au long de la poursuite du projet. Une réalisation montre la pertinence de cette approche.

Décrit par M^{me} Estryn-Behar, le réaménagement de services au CHU de Grenoble en 1994⁸⁷ se déroule dans un cadre méthodologique participatif. L'appropriation par les agents concernés de l'ensemble des déterminants de l'environnement au travail débouche sur une réalisation validée par la direction des travaux. Les effets sur les conditions de travail se concrétisent par des améliorations mesurables.

- Les aides-soignants bénéficient d'un local (office) plus vaste.
- Le nombre d'interruptions au cours de l'exécution du travail est légèrement moins important.
- Le fractionnement de l'activité est réduit.
- Les périodes de station debout sont diminuées
- Le nombre des périodes d'échange avec les autres soignants est augmenté facilitant la concertation alors que le temps global reste identique.

⁸⁷ ESTRYN-BEHAR M. *Stress et souffrance des soignants à l'Hôpital*. Paris Editions ESTEM, 2002, pp 209-217.

Dans le cadre du développement durable, l'aménagement des espaces de travail prend en compte les nouveaux facteurs écologiques. Au décours des journées de l'ADH, le directeur de la Clinique Champeaux (Béziers) a invité les directeurs d'établissement à recourir aux éco-matériaux dans les projets architecturaux.

Le code des marchés publics en son article 5 associe la commande publique et le développement durable : « La nature et l'étendue des besoins à satisfaire sont déterminées avec précision avant tout appel à la concurrence ou toute négociation non précédée d'un appel à la concurrence en prenant en compte des objectifs de développement durable »

L'article 6 ajoute : « Les prestations qui font l'objet d'un marché ou d'un accord-cadre sont définies, dans les documents de la consultation, par des spécifications techniques formulées : [...] Lorsque les performances ou les exigences fonctionnelles définies en application du 2° du I comportent des caractéristiques environnementales, celles-ci peuvent être définies par référence à tout ou partie d'un écolabel »

2.2.2 Opportunités manageriales

La conjonction du départ en retraite de nombreux personnels et du renouvellement par des nouveaux entrants sur le marché du travail permet de pratiquer une gestion innovante des ressources humaines. Cette « nouvelle GRH » est orientée vers une plus grande individualisation et une prise en compte des attentes générationnelles.

A) Un suivi personnalisé

Le rapport au conseil d'orientation des retraites constate la modification des attentes des nouveaux fonctionnaires et propose que le dialogue social soutienne la motivation des agents et qu'un suivi personnalisé soit engagé.

Un travail de réflexion mené par la DHOS va dans ce sens et une expérience du secteur privé apporte un éclairage sur la relation entre efficience économique et gestion stratégique des compétences.

a) La démarche métiers-compétences

Depuis 2004 la DHOS a finalisé le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Ce document sert de descripteur à la réalité des emplois hospitaliers de manière plus fine que la nomenclature statutaire.

Ce document est utilisé par l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France pour construire une prospective des métiers.

De l'intérêt du répertoire pour les directions des ressources humaines.

Le répertoire des métiers permet tout d'abord d'identifier les métiers présents dans un établissement et de quantifier les besoins en effectifs par métier, à court, moyen et long terme (réalisation de tableaux de projection des effectifs par métiers à 3/5 ans).

Il se présente comme un outil de gestion des ressources humaines dans la mesure où il peut servir :

- à repérer des besoins de formations, soit par métier, soit transverses à plusieurs métiers et, sur cette base, bâtir des actions de formation,
- à compléter des profils de recrutement, des supports d'évaluation...

Ensuite le répertoire peut se révéler un outil utile de communication interne sur les métiers (en termes de reconversion, d'évolution et d'élaboration de projet professionnel pour les personnels) mais également externe (en termes de présentation des métiers, de leur contenu et de leur accessibilité)

Enfin, le répertoire des métiers est support à la préparation de démarches plus ambitieuses d'anticipation, sur les métiers et les secteurs critiques dans un établissement.

De l'intérêt du répertoire et de la démarche pour la gestion individuelle.

Lors de l'entretien d'évaluation les documents types⁸⁸ permettent à l'encadrement de proximité de visualiser d'une manière objective les compétences des agents.

Cette gestion personnalisée est en étroite relation avec la dynamique des pôles.

L'expérience initiée dans le pôle santé mentale de l'Hôpital d'Argenteuil.

« La démarche a été d'embaucher du personnel avec l'idée de les faire tourner sur l'ensemble du pôle psychiatrie afin qu'on puisse travailler sur leurs compétences. Par ailleurs, plutôt que de les affecter à n'importe quel poste, j'ai proposé à chacun de cibler en fonction de leurs choix et des besoins du pôle⁸⁹ »

L'accroissement des performances des professionnels du soin est permanente comme en témoigne M. Jean-Yves Kirion : « Nous souhaitons dorénavant franchir une nouvelle étape dans la gestion des évolutions professionnelles en détectant et gérant de manière individualisée les salariés à fort potentiel. »[...]

« Enfin, une politique de formation dynamique permet de répondre concrètement aux attentes de salariés soucieux de développer ou maintenir leurs compétences et leur employabilité.⁹⁰ ».

⁸⁸ Cf Annexe 5

⁸⁹ Sakil Valimahomed, cadre supérieur du pôle de psychiatrie et de santé mentale de l'hôpital d'Argenteuil, disponible sur internet : < http://www.c2rsante.fr/metiers-competences2012/temoignage_sv.php >

⁹⁰ Jean-Yves Kirion DRH santé Service, disponible sur internet : < http://www.c2rsante.fr/metiers-competences2012/temoignage_jyk.php >

Cette démarche de valorisation des agents se conjugue avec le potentiel offert par les métiers émergents.

b) Air France, une longueur d'avance

La société Air France présente de nombreuses zones d'analogie avec l'hôpital public. Durant de nombreuses années la forme juridique de la compagnie aérienne fut celle d'un établissement public (industriel et commercial) et le statut du personnel se rapprochait de celui de la fonction publique. Comme l'hôpital, elle présente deux groupes sociaux majeurs, les navigants et les personnels au sol, chacun ayant non pas une hiérarchie distincte mais une convention collective distincte et des intérêts propres. Confrontée au changement de statut, la privatisation de la compagnie, elle a dû affronter la concurrence du secteur du transport aérien. La notion de profitabilité et celle concomitante de productivité sont devenues cardinales. Dans ce contexte, Air France et aujourd'hui le groupe Air France-KLM s'est doté d'un dispositif de gestion des personnels modernisé. Chaque année Air France réalise une planification budgétaire à 3 ans appelée Cible à moyen terme (CMT).

Du début du mois de novembre 2006 à janvier 2007, le Contrôle de gestion d'Air France bâtit la CMT pour l'horizon 2007-2009. Cette CMT est présentée à la Direction générale pour validation.

Dans le cadre de la CMT, l'actualisation des effectifs par métier, par bassin d'emploi et par année apporte un éclairage primordial, en cohérence avec les objectifs d'activité de l'entreprise. Cette actualisation de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) est conduite conjointement par les équipes des ressources humaines et les équipes du contrôle de gestion.

Les analyses qui sont menées permettent d'identifier les déséquilibres éventuels entre besoins et ressources. Ils dépendent des hypothèses prises :

- Rythme des départs à la retraite.
- Calendrier des projets de changements.
- Probabilités de réussite des grands projets de changement actuellement menés dans les différents secteurs de l'entreprise.

Si tel ou tel projet de changement réussit plus ou moins bien, cela n'aura pas le même impact une année donnée en termes d'effectifs à redéployer ou à reconvertir vers d'autres métiers ou d'autres bassins géographiques⁹¹.

⁹¹ FASSINA T. Air France Le contrôle de gestion et la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences. Rapport de stage en entreprise, ENSP 2007

La société AIR FRANCE est membre d'un groupe plus vaste. L'appartenance à cet ensemble renforce les synergies et la démarche suivie par KLM porte sur l'employabilité et la maîtrise des coûts qui constituent les principaux objectifs de la politique en matière d'emploi de KLM.

L'employabilité consiste pour KLM à promouvoir :

- la flexibilité, permettant d'équilibrer les besoins et les ressources,
- la mobilité, offrant la possibilité aux collaborateurs d'utiliser de nouvelles méthodes de travail et d'occuper une grande variété de fonctions,
- la santé, condition de base à la productivité, la flexibilité et la mobilité, présentes et futures,
- la participation, consistant à stimuler la diversité au sein de KLM en favorisant la mobilité et en offrant aux collaborateurs la possibilité de travailler au cours des différents stades de leur carrière.

KLM stimule la diversité en garantissant l'égalité des chances à son personnel. KLM anticipe le vieillissement démographique au sein de l'entreprise et met en place des actions préventives sur la santé et la mobilité professionnelle.

Les principaux objectifs de la politique d'emploi de KLM reposent sur l'augmentation de la productivité et de l'efficacité, ainsi que l'organisation du travail. KLM entend augmenter la productivité notamment par une meilleure combinaison entre les besoins et la demande (flexibilité)⁹².

Cette synergie est un modèle pouvant servir d'inspiration par adaptation ou transposition dans le cadre sanitaire. La dimension du groupe pris en exemple correspond à un hôpital de la taille de l'AP-HP qui reste une singularité européenne. La gestion de l'organisation sanitaire est régionalisée. C'est probablement au niveau régional que la gestion coordonnée des compétences des agents serait la plus efficiente.

⁹² AIR France KLM. 2005-06 document de référence. Consultable à l'adresse : <http://www.airfranceklm-finance.com/reference0506/FR/index.php>

B) Un management intergénérationnel

Ce mode de management est en relation avec le développement durable car il vise à :

- soutenir les salariés seniors ;
- faciliter la montée en puissance des nouveaux embauchés ;
- conserver et fidéliser l'expérience ;
- développer entre les différentes populations, des rapports de travail efficaces et efficients, dans leur environnement.⁹³

Le management intergénérationnel possède une dimension à la fois préventive et opérationnelle. Il s'agit pour l'organisation d'identifier toutes les situations d'interactions générationnelles.

À partir de ces différentes situations, l'objectif est d'améliorer le lien et l'efficacité relationnelle et professionnelle entre les jeunes et les salariés plus anciens.

Il faut entendre par génération, les personnes qui ont une même perception des situations de travail. Dans une génération, il peut exister une différence d'âge importante ; par exemple la génération dite du « baby-boom » s'étend sur une vingtaine d'années (de 1946 à 1964) environ.

Dans cette approche très actuelle du management, des travaux d'outre-atlantique peuvent nous inciter à l'exploration de quelques pistes.

a) *À l'Ouest du nouveau*

La problématique du vieillissement des agents au travail et de la confrontation des générations est commune aux pays développés. Le Canada, le Québec plus précisément s'est penché sur la question⁹⁴.

L'apport de l'analyse québécoise permet de mettre en perspective les orientations en management intergénérationnel.

93 KAROLEWICZ F. FMK consulting, lettre d'info N°14 : RH & DEVELOPPEMENT DURABLE. Le management Intergénérationnel.

94 LATULIPPE D. Vieillissement de la population, nouveaux comportements et gestion des ressources humaines. Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique, Mai 2005, volume 12, n°2, pp.32-40.

Les situations démographiques sont assez semblables.

Ratio du nombre de travailleurs sur le nombre des retraités*

	2000	2030
CANADA (SANS QUÉBEC)	4,9	2,5
ÉTATS-UNIS	4,8	2,8
QUÉBEC	4,7	2,1
ALLEMAGNE	3,8	2
FRANCE	3,7	2,3
JAPON	3,6	1,8

*Personnes âgées de 20 à 64 ans/personnes de 65 ans ou plus

Sources : Régie des rentes du Québec, 2001. Statistique Canada, Projections démographiques de 2001. ONU, World Population Prospects, The 2000 revision

Le Québec a engagé une réflexion sur la performance des agents publics. Les questions démographiques et du remplacement des générations se posent des deux côtés de l'Atlantique : « Au sein de toutes les sociétés occidentales, les organisations font face au départ massif de leurs employés et de leurs gestionnaires les plus expérimentés. À lui seul, le secteur public québécois verra quelque 40% de son effectif (soit environ 21000 personnes) occupant des postes réguliers quitter leur emploi entre 2001 et 2010⁹⁵ »

« Enfin, notre société connaît une transition de générations majeure dont les conséquences sont sur le point de se manifester dans le monde des organisations. Cette transition va se traduire par la cohabitation prochaine de générations d'employés aux valeurs très différentes, mais aussi par une pénurie de la main-d'œuvre disponible pour assurer la relève de ceux qui arrivent à la retraite⁹⁶ ».

M. Réal Jacob et M. Sébastien Harvey ont identifié trois problématiques dont une à leurs yeux, est particulièrement sensible : « l'intégration des nouveaux travailleurs qui doivent à la fois intégrer le capital savoir de l'organisation, mais qui souhaitent tout autant contribuer à son renouvellement »

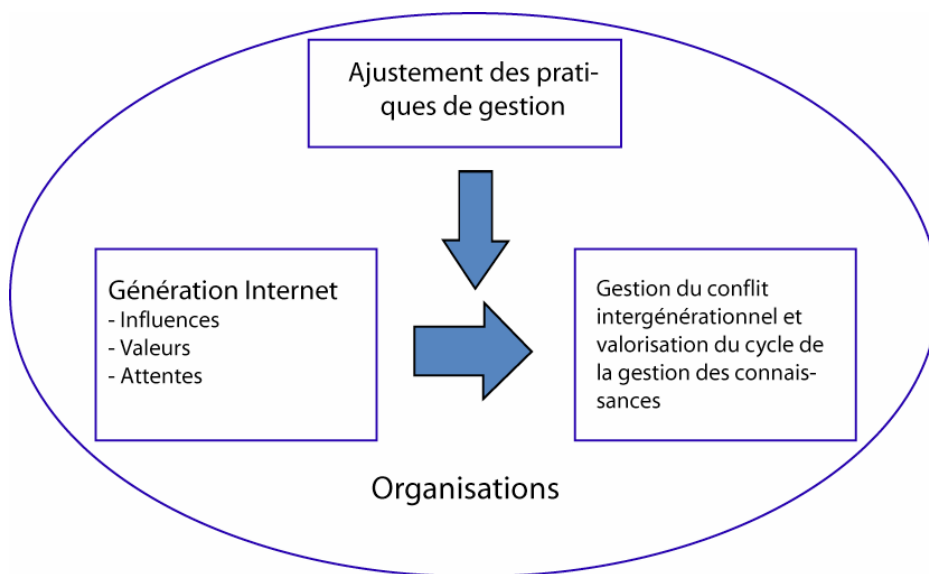
Ces auteurs recommandent aux gestionnaires des ressources humaines de favoriser les organisations de travail qui facilitent la socialisation des agents en place et celle des nouveaux arrivants. Ils proposent aussi que les cadres gestionnaires prennent en compte les caractéristiques des générations entrantes sur le marché du travail.

⁹⁵ JACOB R, HARVEY S. La gestion des connaissances et le transfert intergénérationnel : une étude de cas au sein de la fonction publique québécoise. *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, Mai 2005, volume 12, n°2, pp.16-31.

⁹⁶ VANDENBERGHE C. L'engagement organisationnel dans le secteur public : quelques déterminants essentiels. *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, Mai 2005, volume 12, n°2, pp.8-15.

Les nouveaux arrivants dans la fonction d'aides-soignants, cela à été noté antérieurement, se composent de deux grands groupes. Un groupe est formé par des adultes en progression professionnelle ou en reconversion, l'autre groupe est constitué de jeunes sortants du système scolaire. Le groupe des jeunes est selon Jacob et Harvey, une « génération Internet ».

La caractérisation de cette génération se fait selon trois axes, les influences, les caractéristiques et les attentes. La gestion qui en découle peut être représentée graphiquement de la manière suivante :



Ce qui pourrait se traduire par deux modalités :

Modèle de management traditionnel	Modèle de management renouvelé
<p>Non correspondance</p> <p>avec les attentes des travailleurs de la génération internet</p> <p>ADAPTATION RADICALE</p>	<p>Correspondance</p> <p>avec les attentes des travailleurs de la génération internet</p> <p>ADAPTATION DE TYPE AMÉLIORATION CONTINUE</p>

Les auteurs de l'étude proposent un tableau synthétisant les résultats des pratiques de gestion⁹⁷.

Ils concluent : « La littérature traitant du sujet du transfert intergénérationnel en milieu de travail, et plus particulièrement celle traitant de l'intégration de nouveaux arrivants issus de la génération Internet, nous annonce des bouleversements relativement importants pour nos organisations ». Le choc générationnel annoncé ne se présente pas nécessairement et « Cette perspective nous amène à l'importance, dans un premier temps, de caractériser les pratiques de gestion historiquement en place dans une organisation ou une unité de travail en vue d'établir un premier diagnostic quant à la capacité d'une organisation ou d'une unité de travail à intégrer de manière efficace, au sens de la gestion des connaissances, des jeunes travailleurs ou professionnels issus de la génération Internet ».

b) L'hôpital sur la voie

La société Océ France a, dès les années 2000, pris conscience de la nécessité de mixer les âges. À cette période, l'entreprise renouvelle une partie de son personnel suite aux départs en retraite d'un nombre important de collaborateurs. C'est aussi dans le même temps que s'amorce la mutation du « numérique » dans le domaine de la photocopie. Les personnels recrutés sont majoritairement des jeunes issus d'une formation universitaire courte (Diplôme universitaire technologique) et ils sont déjà formés aux technologies numériques par opposition aux anciens techniciens dont l'expertise de terrain correspond aux procédés électro-photographiques. Selon le président directeur général, Norbert Debargue l'approche fut très pragmatique. Le premier point a été que les employés choisis comme « coach » avait au moins cinquante ans, de manière à éviter le risque de concurrence entre les générations. Selon ce dirigeant, ils ont optimisé la transmission tout en évitant un « choc des cultures ». L'expérience positive s'est ensuite déclinée dans les instances dirigeantes. Le conseil d'administration est aujourd'hui composé de jeunes cadres et de cadres plus expérimentés.

L'expérience de la Société nationale des chemins de fer français évalue l'apport, pour la dynamique de l'organisation, du mélange des générations.

Depuis 1997, la SNCF renouvelle massivement ses agents. Ce sont 65 000 personnes qui ont été recrutées et 50% de l'effectif de l'entreprise a moins de dix ans d'ancienneté.

⁹⁷ Cf Annexe 5

L'articulation avec les « anciens » s'est réalisée de manière plus facile que prévu. Une analyse des niveaux scolaires des recrutés montre que ces jeunes possèdent majoritairement un diplôme correspondant au niveau V (BEP). Cela explique selon Mme Bidault, responsable du développement des compétences et de la formation, que des points tels que la sécurité de l'emploi, la carrière aient faits consensus. L'évaluation par les chefs d'équipe est contrastée ; les plus anciens (quinquagénaires) ont une vision positive des jeunes embauchés alors que les chefs d'équipe plus jeunes (entre 30 et 40 ans) les perçoivent comme quelque peu individualistes. Il semble qu'il y ait un hiatus entre les attentes de l'encadrement de proximité en termes d'appropriation du modèle conforme par les jeunes embauchés et les attentes de ceux-ci en termes d'autonomie et de possibilité d'initiatives. La direction de la SNCF fait le constat qu'il est primordial d'une part, de manager les jeunes autour de la valorisation des initiatives et des projets d'équipe et d'autre part de proposer des secondes parties de carrières attrayantes.

Au niveau de l'Hôpital, une démarche est engagée par l'AP-HP. Démarche stratégique conduite au niveau central par la Direction des personnels et des relations sociales (DPRS⁹⁸) et démarche locale sur le site du groupe hospitalier Lariboisière-Fernand-Widal⁹⁹.

Le retour d'expérience montre que la voie de la mixité générationnelle est à favoriser. Elle permet, dans le cas des aides-soignants de mettre en valeur les personnels et participe à l'équilibre des équipes et à la qualité du « vivre ensemble » au travail.

⁹⁸ JACQUES H. Le management intergénérationnel : outil de régulation du turn-over ? *Gestions hospitalières* n° 466, mai 2007, cah 205, p368

⁹⁹ RUCARD P. L'exemple de groupe hospitalier Lariboisière-Fernand Widal. *Gestions hospitalières* n° 466, mai 2007, cah 205, p369

Conclusion

Imaginer le développement durable dans le cadre hospitalier est un exercice difficile, il s'apparente à une forme de pari sur l'avenir.

Des certitudes existent quant au futur. L'institution hospitalière restera une modalité de distribution des soins indispensable. La démographie projette un vieillissement de la population. Le recours aux ressources humaines restera très important dans les hôpitaux et la différenciation de ceux-ci se fera, entre autres, sur la qualité de la relation avec la clientèle. La contrainte financière et la notion de productivité conserveront leur place.

Des incertitudes se présentent. Le nombre et la qualification de la main d'œuvre restent délicate à apprécier. Les effets économiques de la progression vers le grand âge sont insuffisamment cernés. Les traitements médicaux et les pathologies nouvelles sont à venir.

Afin de préserver les chances des générations futures, il convient de mettre en pratique une politique de prévention. Politique qui implique de conserver la performance du dispositif hospitalier et d'assurer sa régénération.

En premier lieu, les moyens réglementaires et institutionnels offrent une large palette d'action au directeur des ressources humaines. Ces moyens peuvent être optimisés en associant les acteurs clés des dispositifs, notamment la médecine du travail et les directions des soins.

En second lieu, le directeur des ressources humaines active les ressources organisationnelles et managériales issues de la « Nouvelle gouvernance ». La modernisation de la gestion se réalise par une individualisation des suivis de carrière des agents au plus près des unités de soins. La gestion des ressources est déléguée à l'encadrement de proximité, elle oblige à une articulation cohérente, administrative et soignante.

Cette articulation est la clé de la stratégie de management. Les DRH dialogueront avec les responsables de pôles (médecins) et les cadres paramédicaux soignants. Une acculturation semble indispensable.

La dimension stratégique de la gestion des ressources humaines dépasse également le simple cadre de la gestion administrative. Il a été mis en lumière la complexité des facteurs qui impactent la performance des aides-soignants à l'hôpital.

Ces facteurs sont liés aux situations de travail dans ce qu'elles présentent de plus large, les lieux, les ambiances physico-chimiques, la force physique requise et les contraintes horaires. Ces facteurs sont aussi liés aux capacités qu'a l'organisation de répondre aux attentes de ses employés : reconnaissance, valorisation, promotion ou élargissement de l'horizon professionnel.

Au terme de ce travail, le rôle du directeur des ressources humaines dans un management durable est exprimé par Louis Côté, professeur à l'École nationale d'administration publique du Québec : *« Il a troqué l'archet du deuxième violon contre la baguette du chef d'orchestre. Certes, le socle traditionnel de ses compétences techniques n'est pas remis en cause, mais on réclame aujourd'hui beaucoup plus de celui qui est appelé à gérer le patrimoine humain de l'organisation, son actif par excellence. Stratège pour les uns, architecte pour les autres, il sera tour à tour prévisionniste et pédagogue et fera preuve de leadership, de sensibilité et de tact politique. Ainsi endossera-t-il les habits de sa nouvelle légitimité, qui est celle du pourvoyeur de sens.¹⁰⁰ »*

¹⁰⁰ COTE L. Editorial. *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, Mai 2005, volume 12, n°2.

Bibliographie

Ouvrages

- ARBORIO A-M. *Un personnel invisible les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos, 2001. 327 p.
- AUBERTIN C., VIVIEN F-D. *Le développement durable, enjeux politiques, économiques et sociaux*. Paris : La documentation Française, 2006. 143 p.
- BONNICI B. *L'hôpital obligation de soins, contraintes budgétaires*. Paris : La Documentation française, 2007.
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE. *Gestion des âges et fin d'activité. Retraite et société*, n°36, 2002/01. 229 p.
- DUCROUX A-M. *Les nouveaux utopistes du développement durable*. Paris : Les Editions Autrement - n° 216, 2002. 342p. Collection Mutations.
- ESTRYN-BEHAR M. *Stress et souffrance des soignants à l'Hôpital*. Paris : Editions Estem, 2002. 245p.
- FERONE G., DEBAS D., GENIN A-S. *Ce que développement durable veut dire*. Paris : Editions d'Organisation, 2004. 325 p.
- GILLES M., LOISIL F. *La gestion des âges : pouvoir vieillir en travaillant*. Paris : Liaisons, Lyon : ANACT , 2003 . 120 p.
- GONNET F. *L'hôpital en question(s)*. Edition actualisée par LUCAS S. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2003. 272 p.
- GRIMALDI A. *Réinventer l'hôpital public. Contre l'hôpital entreprise*. Paris : Textuel, 2005, 132 p. Collection La discorde.
- IRIBARNE P. *La logique de l'honneur* Gestion des entreprises et traditions nationales. Paris : Seuil, 1989. 279 p.
- KERVASDOUE J. *L'Hôpital*. 2^e édition. Paris, Presses Universitaires de France – Puf, 2007. 127 p. Collection Que sais-je ?
- LAVILLE É. *L'entreprise verte*. 2^e édition. Paris : Village Mondial, 2004. 359 p.
- NUTTIN J. *Théorie de la motivation humaine*. Paris : Puf, 2000, 383 p. Psychologies d'aujourd'hui.
- PICHAULT F., NIZET J. *Les pratiques de gestion des ressources humaines*. Paris : Seuil, 2000. 333 p. Points Essais.
- VALLEMONT S. *La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences dans les trois fonctions publiques*. Paris : Berger-Levrault, 1996. 221 p.

Publications & périodiques

- DECISION SANTE. N° 230, cahier 1, décembre 2006.
- GESTION HOSPITALIERE. N° 451, décembre 2005.
- GESTION HOSPITALIERE. N° 452, janvier 2006.
- GESTION HOSPITALIERE. N° 456, mai 2007.
- INRS. Conceptions des lieux et de situations de travail. INRS, ED 950, 2006
- OCDE. Vivre et travailler plus longtemps [en ligne], OCDE Editions, Paris, 2006.
Disponible à l'adresse : <http://www.oecd.org/dataoecd/32/52/36219120.pdf>
- REVUE HOSPITALIERE DE France. N° 509, mars / avril 2006.
- TRAVAIL ET CHANGEMENT. N° 294, février / mars 2004, Anact.
- TRAVAIL ET CHANGEMENT. N° 296, juin / juillet 2004, . Anact.
- TRAVAIL ET CHANGEMENT. N° 305, novembre / décembre 2005, Anact.
- TRAVAIL ET CHANGEMENT. N° 309, juillet / août 2007, Anact.
- TRAVAIL ET CHANGEMENT. N° 310, septembre / octobre 2006, Anact.
- TRAVAIL ET CHANGEMENT. N° 312, janvier / février 2007, Anact.
- TRAVAIL ET CHANGEMENT. N° 313, mars / avril 2007, Anact.

Articles

- BANGA B. La gestion des absences à l'hôpital. *Décision santé*, Janvier 2006, N°221, cah. 1, pp. 24-25.
- BODDAERT J, GOURONNEC A, BOUCHON J.P et all. Vieillissement de la population : conséquences en médecine d'urgence. *Médecine d'urgence*, Elsevier SAS, 2003, p. 7-19.
- BRUTEL C. La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. *Population*, 2002, Economie et statistique, N° 355-356 pp 57-71.
- FLOURY M-C, ROUXEL C, VINCK L et all. La manutention manuelle de charges en 2003 : la mécanisation n'a pas tout réglé. *Premières synthèses*, n° 11.3, 2006, Dares.
- GRIGNON M. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé. *Questions d'économie de la santé*. CREDES, 2003/03, N° 66.
- JACOB R, HARVEY S. La gestion des connaissances et le transfert intergénérationnel : une étude de cas au sein de la fonction publique québécoise. *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, Mai 2005, volume 12, n°2, pp.16-31.
- MIZRAHI An, MIZRAHI Ar. Âge et santé, des pathologies exemplaires liées au vieillissement. *Actualité et dossiers en santé publique*. 1997/12, N° 21, pp 16-20.
- POLTON D., SERMET C. Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? *BEH*, 2006, n° 5-6, pp 49-52.
- ROBERT-BOBEE I. Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, *Insee première*, 2006 n° 1089.

ALLONIER C, GUILLAUME S, SERMET C. De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France Enquête décennale santé INSEE 2002-2003. *Bulletin d'information en économie de la santé Questions d'économie de la santé*, IRDES, Juin 2007, n°123.

VANDENBERGHE C. L'engagement organisationnel dans le secteur public : quelques déterminants essentiels. *Télescope, Revue d'analyse comparée en administration publique*, Mai 2005, volume 12, n°2, pp.8-15.

Mémoires

FRITSCH A. *Les postes aménagés à l'hôpital, recenser pour anticiper*. Mémoire de Directeur d'Hôpital. Ensp 2000.

LEQUET Y. *L'hôpital organisé en pôles médicaux, l'apprentissage de la « nouvelle gouvernance » : L'expérience du centre hospitalier universitaire de Dijon*. Mémoire de Directeur d'Hôpital. Ensp 2005.

PAGES C. *Contrôle de gestion et pratiques managériales à l'hôpital, la mise en œuvre d'un management de la performance au Centre Hospitalier d'Orsay*. Mémoire de Directeur d'Hôpital. Ensp 2006

PROUHA – DIENG B. *L'absentéisme « une bouée de sauvetage »*. Mémoire de Maîtrise de sciences et techniques de gestion des organisations sanitaires et sociales. AP-HP 2001.

ROCHER M. *La mise en œuvre d'une politique de GPEC : l'exemple du Centre hospitalier de Haguenau*. Mémoire de Directeur d'Hôpital. Ensp 2004

SLIWKA C. *Turn-over des infirmières en Ile de France : quelles stratégies des Directeurs des Soins pour recruter et fidéliser ?* Mémoire de directeur des soins. Ensp 2005.

Rapports

BEDUWE C, FOURCADE B, LEMISTRE P. et all. « *Le travail non qualifié : enjeux économique et sociaux d'une catégorie statistique* » *Emploi non qualifié : quel(s) usage(s) pour quels parcours professionnels ?* Rapport de recherche commandité et financé par la DARES (Mission Animation de la Recherche et Sous-Direction Emploi, Marché du travail), LIRHE, Université des Sciences Sociales de Toulouse, Rapport final 15 juillet 2003.

Dr BERTHIER M. *Rapport annuel de la médecine du travail*,. CHO, Mars 2007.

D'AUTUME A., BETBEZE J-P et HAIRAULT J-O. *Les seniors et l'emploi en France*, ANALYSES ÉCONOMIQUES – N° 6/2005

DEAHAYE-GUILLOCHEAU V., FLAMANT P. et coll. *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social ; l'exemple de la filière soignante et des métiers de l'aide à la personne*. Rapport n° 2004057, Mai 2004 ; IGAS.

FASSINA T. *Air France Le contrôle de gestion et la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences*. Rapport de stage en entreprise, Ensp, 2007.

FERETTI C. MARQUIER R. *La formation aux professions de la santé en 2005*, n° 109. Dress, Mars 2007. Séries statistiques.

JOUNIN N, WOLFF L. *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*. Document de travail, n°64. Dress, Octobre 2006. Séries statistiques.

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. Avis sur la tarification à l'activité (T2A) et la convergence tarifaire des établissements de santé (MCO). Mars 2006.

LE BIHAN C., LANDAIS P. *Tarification à l'Activité (T2A) : modalités de financement des hôpitaux publics*. [en ligne] Service de Biostatistique et d'Informatique Médicale. Université Paris 5 Hôpital Necker-Enfants Malades [consulté le 17 août 2005]. Disponible sur internet : <www.spim.jussieu.fr/IMG/pdf/PMSI_texte_T2a_Landais_2005-2.pdf>

LE LAN R. *Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès de 5 000 actifs des établissements de santé*. Document de travail, n° 102. Dress Août 2006. Séries statistiques.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière, Facteurs d'évolution Enjeux et Impacts sur les ressources humaines*. DHOS, sous-direction P, bureau P2, Paris, 2005.

TIBERGHEN F., BERTHOD-WURMSER M. *Fonctions publiques : de la réforme des retraites à la gestion des parcours professionnels*. Rapport au Conseil d'orientation des retraites, Janvier 2006.

WHO *Study on Global Ageing and Adult Health* [en ligne] consultable à l'adresse : <http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/index.html>

Communications

16^e *Journées nationales de l'ADH*. Actes, [en ligne] Paris 22 & 23 mars 2007 [consulté le 20 août 2007]. Disponible à l'adresse : <www.adh-asso.org/doc/Actes_JN_ADH_2007.pdf>

34^e *congrès de la fédération internationale des hôpitaux*. [en ligne] Nice, 2005. [consulté le 16 août 2007]. Disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/develop_durable/documents/present_dd.pdf>

ARBORIO A-M. *Hommes et femmes aides-soignants : deux métiers différents ?* Colloque « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », session « Genre et professions de santé » DREES/MIRE, Paris, 23-24 mai 2005 .

Enjeux de la gestion des ressources humaines en France et au Québec. Colloque École nationale d'administration, Université du Québec, École nationale d'administration publique, Strasbourg, Octobre 2006.

SIMON A. *L'Enquête PRESST-NEXT Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. 4e journée du CNSF, Paris, 13 mars 2006. Disponible sur internet : <<http://www.cnsf.asso.fr/images/4eme%20journee%2013%20Mars%202006/Texte/agnes%20Simon%20communication%20CNSF%2013%20mars%202006.pdf>>

Textes réglementaires

Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 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
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 NOR : SANH0520299A

Arrêté du 8 février 2007 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant NOR : SANP0720711A.

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) NOR: SJSH0762979D

Autres

AIR France KLM. *2005-06 document de référence*. [en ligne] [consulté le 25 novembre 2006] Disponible sur Internet : <<http://www.airfranceklm-finance.com/reference0506/FR/index.php>>

Fédération française des sociétés d'assurance. *Vieillesse et dépenses de santé : accélération de la croissance contenue ou explosive ?* [en ligne] Flash vieillissement de la population, Juillet 2005 [consulté le 10 août 2007] . Disponible sur Internet : [http://www.ffsa.fr/webffsa/portailffsa.nsf/html/flashvieillissement/\\$file/notedepensessante.pdf](http://www.ffsa.fr/webffsa/portailffsa.nsf/html/flashvieillissement/$file/notedepensessante.pdf)

KAROLEWICZ F. FMK consulting, lettre d'info N°14 : RH & DEVELOPPEMENT DURABLE. Le management Intergénérationnel.

Ressources de l'Internet

<http://www.aide-soignant.com/> consulté le 20 mai 2007.

http://www.cnfpt.fr/fr/particuliers/contenu.php?&action=det&id=42&ci=true&code_metier=14/D/25 consulté le 21 mai 2007.

<http://www.fhf.fr/> consulté le 20 mai 2007

http://www.humanite.fr/2004-12-24_Politique_Le-temoignage-d-une-infirmiere-d-un-hopital-psychiatrique-de consulté le 14 août 2007.

<http://sociology.sdstate.edu/arwoodd/theory2/presentations/papers/stacy-paper.pdf>,
consulté le 14 août 2007.

<http://www.who.int/healthinfo/systems/sage/en/index.html> consulté le 3 septembre 2007.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Principes généraux des projections démographiques
- Annexe 2 : Textes réglementaires relatifs aux aides-soignants
- Annexe 3 : Fiche métier aide-soignant
- Annexe 4 : Soignants, pénibilité physique
- Annexe 5 : Outils démarche métiers-compétences
- Annexe 6 : Intégration de la génération Internet et pratiques de gestion : synthèse des résultats

Annexe 1 : Principes généraux des projections démographiques

L'exercice de projection consiste à estimer les effectifs par sexe et âge pour chaque année de la période de projection retenue en fonction de ceux de l'année précédente et des trois composantes de l'évolution de la population, à savoir les naissances, les décès et le solde migratoire. C'est le principe de la méthode des composantes. Parmi l'ensemble de la population présente au début d'une année donnée, certains passent de l'âge x à l'âge $x + 1$ ou vieillissent, d'autres meurent et d'autres migrent. Le renouvellement de la population se fait par les naissances et le flux migratoire net.

Pour faire vieillir les effectifs présents au 1er janvier d'une année donnée, on leur applique des probabilités de survie déduites des quotients de mortalité projetés pour l'année considérée. Les décès résultent de l'application de ces quotients. Les naissances sont obtenues en appliquant aux effectifs de femmes en âge de procréer des taux de fécondité par âge projetés pour l'année considérée. Enfin, l'intégration des migrations s'opère en ajoutant aux survivants le solde migratoire estimé (solde net entre les entrées et les sorties du territoire) par sexe et âge.

L'exercice de projection revient donc à projeter des quotients de mortalité par sexe et âge, des taux de fécondité par âge de la mère et un solde migratoire par sexe et âge.

Des projections à l'horizon 2050

Le point de départ des projections présentées dans cet article est le 1er janvier 2000 et l'horizon le 1er janvier 2050. Elles sont basées sur le recensement de la population de 1999 dans la mesure où la population au 1er janvier 2000 est basée sur la population recensée en mars 1999. Elles utilisent les données d'état civil disponibles au moment de l'élaboration des projections, à savoir les données observées jusqu'en 1998.

Un scénario central et cinq variantes

Au sens strict du terme, la projection des quotients de mortalité, des taux de fécondité par âge et du solde migratoire est basée sur des hypothèses prolongeant les tendances observées sur le passé. Ce sont ces hypothèses qui déterminent le scénario central.

Cependant, afin de mesurer l'impact des hypothèses sur le résultat des projections, on formule des hypothèses alternatives sur chacune des trois composantes de l'évolution de la population. Un scénario est défini comme la combinaison de différentes hypothèses.

Pour ces projections, trois hypothèses de mortalité et de fécondité et deux hypothèses de migrations ont été formulées. Parmi les 18 scénarios possibles, six sont commentés dans l'article : le scénario central et cinq scénarios alternatifs. Pour chacun d'entre eux, il s'agit de ne faire varier l'hypothèse que d'une seule composante par rapport au scénario central. Ils permettent donc aisément de mesurer la sensibilité des hypothèses aux résultats (cf. tableau) Scénarios et hypothèses

Nom du scénario	Hypothèses de fécondité	Hypothèses de mortalité	Hypothèses de migration
Central	1,8 enfant par femme	Tendancielle	50 000
Fécondité basse	1,5 enfant par femme dès 2015	Tendancielle	50 000
Fécondité haute	2,1 enfants par femme dès 2015	Tendancielle	50 000
Mortalité haute	1,8 enfant par femme	Haute	50 000
Mortalité basse	1,8 enfant par femme	Basse	100 000
Migrations hautes	1,8 enfant par femme	Tendancielle	

LES HYPOTHÈSES DE MORTALITÉ

L'hypothèse de mortalité tendancielle : poursuite de la baisse actuelle

L'hypothèse de mortalité tendancielle ou hypothèse centrale de mortalité consiste à supposer que la baisse de la mortalité observée en France métropolitaine depuis 30 ans va se poursuivre au même rythme au cours des 50 années à venir. Pour un sexe et un âge donné, on suppose que les quotients de mortalité évoluent au cours du temps selon une loi exponentielle ou autrement dit que les logarithmes des quotients évoluent linéairement au cours du temps. Les paramètres de cette loi sont estimés sur la base de l'observation des quotients de mortalité par sexe et âge sur la période 1967-1997.

La prolongation tendancielle des quotients de mortalité par simple ajustement à une loi exponentielle fait apparaître deux évolutions peu probables. À un horizon donné, la hiérarchie des quotients de mortalité par âge peut se révéler inversée, alors qu'elle est respectée depuis plus de 30 ans. Il n'y a donc aucune raison d'anticiper un retournement des situations dans les projections. Des corrections, somme toute assez marginales et de faible ampleur, ont donc été apportées. De plus, la prolongation « brute » des quotients de mortalité des hommes de 25 à 40 ans, tranche d'âge affectée par une forte mortalité due au sida au milieu des années 1980, implique une tendance à la hausse de la mortalité à ces âges. Il convient donc d'estimer les paramètres d'évolution de ces quotients hors période de « choc du sida ».

La courbe des quotients de mortalité à l'horizon 2050 obtenue après corrections a ensuite été lissée par une moyenne mobile sur trois ans d'âge. Les quotients de mortalité des années 2000 à 2049 ont finalement été obtenus par interpolation linéaire sur les logarithmes des quotients entre 1997 et 2050.

Selon l'hypothèse centrale, l'espérance de vie à la naissance serait de 84,3 ans pour les hommes et de 91 ans pour les femmes à l'horizon 2050. L'écart d'espérance de vie entre

hommes et femmes passe de 7,6 ans en 1997 à 6,7 ans en 2050, soit une réduction de près d'un an.

L'hypothèse de mortalité basse : accélération de la baisse pour les plus âgés

L'hypothèse de mortalité basse consiste, par rapport à l'hypothèse centrale tendancielle de mortalité, à accélérer la baisse de la mortalité des personnes âgées de 75 ans ou plus. En effet, au cours du temps, les gains de mortalité les plus élevés surviennent à des âges de

plus en plus avancés :

- pour les femmes, la baisse de la mortalité entre 60 et 75 ans s'est accélérée sur la période 1970-1979 et la baisse de la mortalité à 75-85 ans s'est accélérée entre 1980 et 1989 ;

- pour les hommes, la baisse de la mortalité entre 60 et 64 ans s'est accélérée sur la période 1990-1997. On peut supposer que les progrès médicaux qui ont permis l'accélération de la baisse de la mortalité des 60-75 ans vont profiter aux âges plus élevés dans les années à venir. Les quotients de mortalité sont projetés par sexe et âge détaillé. Les quotients de mortalité des 0 à 74 ans sont ceux de l'hypothèse centrale. On affecte ensuite aux quotients de mortalité des 85 à 99 ans observés en 1999, le rythme de baisse de la mortalité de l'hypothèse centrale des 75 à 89 ans. Un lissage est ensuite effectué afin d'assurer une hiérarchie cohérente des quotients de mortalité entre 0 et 99 ans.

Selon cette hypothèse, l'espérance de vie des hommes atteindrait 86 ans en 2050 et celle des femmes 94 ans, soit un écart de 8 ans.

L'hypothèse de mortalité haute : un infléchissement de la mortalité tendancielle

L'hypothèse de mortalité haute consiste à freiner la baisse de la mortalité de l'hypothèse centrale. Le principe est de considérer que la prolongation tendancielle des quotients de mortalité donne une vision optimiste(ou en tout cas trop optimiste) de l'intensité de la mortalité à l'horizon 2050 et que les progrès constatés au cours des 30 dernières années ne vont pas se poursuivre au même rythme dans les années à venir. On considère donc que la baisse tendancielle retenue pour l'hypothèse centrale va progressivement s'infléchir et cela de manière différenciée pour les hommes et pour les femmes.

Dès le début de la période de projection, on réduit la valeur de la pente des logarithmes des quotients de mortalité par sexe et âge progressivement au cours du temps. Plus le temps passe et plus les gains en matière de mortalité sont supposés être faibles. Pour les femmes, on suppose que le rythme de baisse de la mortalité entre 2000 et 2050 sera réduit de moitié par rapport au rythme de l'hypothèse centrale. Pour les hommes, on

suppose que le rythme de baisse de la mortalité entre 2000 et 2050 sera réduit d'un peu moins d'un tiers seulement.

Cette distinction entre hommes et femmes se fonde sur le fait que les femmes ont connu des gains très importants de baisse de la mortalité (notamment aux grands âges) au cours des années récentes, en tout cas bien plus importants que les hommes. Il existerait donc un décalage temporel entre hommes et femmes d'une part sur le rythme global de baisse de la mortalité, mais aussi sur les âges auxquels la baisse de la mortalité est la plus importante. On calcule les quotients de mortalité par sexe et âge de 2050 afin de respecter le rythme de baisse entre 2000 et 2050, puis pour chaque sexe et âge, on interpole linéairement le logarithme des quotients entre ces deux dates.

Selon cette hypothèse, l'espérance de vie à la naissance des hommes serait de 82,6 ans pour les hommes et de 87,7 ans pour les femmes. L'écart entre les deux sexes serait donc réduit à 5,1 ans (contre 6,7 ans pour l'hypothèse centrale).

LES HYPOTHÈSES DE FÉCONDITÉ

Les indicateurs de fécondité

Le taux de fécondité à un âge donné compris entre 15 et 50 ans mesure la probabilité pour les femmes survivantes à cet âge de mettre au monde un enfant au cours de l'année.

L'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) ou somme des naissances réduites mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. Il ne faut pas perdre de vue que les taux utilisés dans le calcul sont ceux observés au cours d'une année donnée dans l'ensemble de la population féminine (composée de plusieurs générations) et ne représentent donc pas les taux d'une génération réelle de femmes. Il est probable qu'aucune génération réelle n'aura à chaque âge les taux observés. L'indicateur conjoncturel de fécondité sert donc uniquement à caractériser d'une façon synthétique la situation démographique d'une année donnée.

La descendance finale d'une génération de femmes, c'est-à-dire nées la même année, est le nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une génération de femmes tout au long de leur vie féconde.

L'hypothèse centrale de fécondité : 1,8 enfant par femme

L'hypothèse centrale de fécondité retient sur toute la période de projection un indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) à 1,8 enfant par femme, soit le niveau moyen observé entre 1977 et 1998, dernière année disponible au moment de l'élaboration des projections. L'âge moyen à la maternité, qui est de 29,3 ans en 2000, est supposé croître jusqu'à 30 ans selon le rythme connu depuis une quinzaine d'années, soit un mois tous

les ans. Il s'agit d'un âge moyen conjoncturel c'est-à-dire calculé avec les taux de fécondité par âge observés une année donnée. Le niveau d'âge moyen à la maternité atteint 30 ans en 2005, ce qui signifie que les taux de fécondité projetés sont constants à partir de cette date (cf. graphique).

Il s'agit donc de poursuivre les tendances récentes en matière de fécondité, ce qui correspond bien à l'exercice de projection actuel. En termes de génération, cette hypothèse implique une baisse de la descendance finale des générations nées après 1985 à 1,8 enfant par femme. Cette baisse se fonde sur le fait que le déficit des naissances aux âges jeunes s'est poursuivi au cours des années 1977 à 1998 et qu'il semble improbable qu'il puisse y avoir un rattrapage suffisant aux âges élevés. En effet, au-delà de 40 ans, la fécondité reste faible, alors que la descendance finale à 35 ans continue à baisser au fil des générations.

La remontée de l'indicateur conjoncturel de fécondité amorcée dès 1999 ainsi que l'accélération de la hausse de la fécondité des 35 à 39 ans n'ont donc pas été prises en compte dans le calcul de la tendance. Ceci peut expliquer, en partie, les divergences sur le niveau de la descendance finale entre ces projections et d'autres travaux plus récents. Concrètement, la courbe des taux de fécondité par âge de 1998 (dernière disponible au moment de l'élaboration des projections) a été modifiée en diminuant, de 2000 à 2005, les taux de fécondité des âges les plus jeunes (15 à 28 ans) et en augmentant la fécondité des plus âgées (de 29 à 50 ans). Les taux de fécondité par âge ainsi obtenus pour l'année 2005 sont ensuite lissés pour obtenir un profil régulier. On dispose donc d'une courbe de taux de fécondité « cible » en 2005. Les taux de fécondité définitifs des années 1999 à 2004 sont ensuite obtenus, pour chaque âge, par interpolation linéaire entre 1998 et la cible de 2005.

L'hypothèse de fécondité basse : 1,5 enfant par femme dès 2015

L'hypothèse de fécondité basse suppose un indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) de 1,5 enfant par femme dès 2015. Ce niveau global de fécondité est par exemple celui observé au Japon et sur l'ensemble de l'Union européenne.

Entre 1998 (dernière année disponible sur les naissances lors du calcul des projections) et 2015, l'ICF est obtenu par interpolation linéaire entre sa valeur en 1998 et la valeur cible de 1,5 enfant par femme.

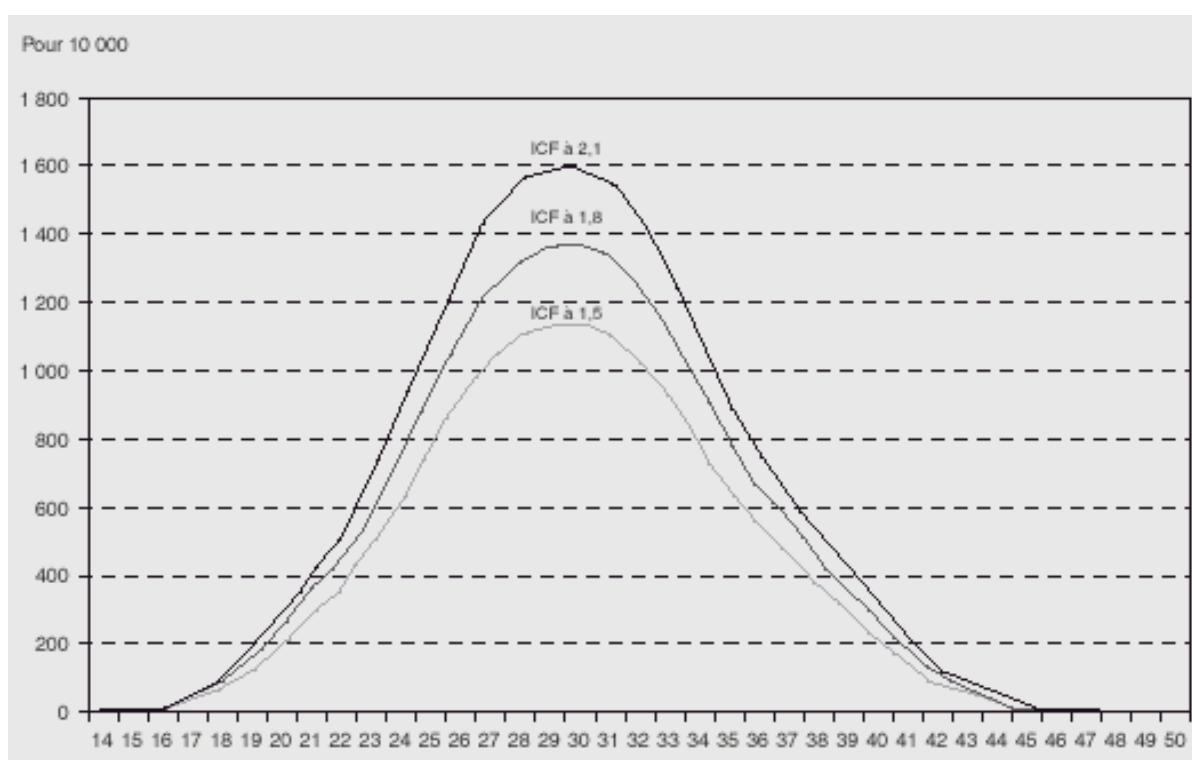
Les taux de fécondité par âge de l'hypothèse centrale (ICF constant et égal à 1,8 enfant par femme) sont calés sur ces valeurs d'ICF projeté. Ainsi les structures par âge de la fécondité sont identiques entre les deux hypothèses. Les taux de fécondité par âge de l'hypothèse de fécondité basse sont stabilisés dès 2015.

L'hypothèse de fécondité haute : 2,1 enfants par femme dès 2015

L'hypothèse de fécondité haute suppose un indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) de 2,1 enfants par femme dès 2015. Ce niveau global de fécondité correspond au seuil de remplacement des générations.

Entre 1998 (dernière année disponible sur les naissances lors du calcul des projections) et 2015, l'ICF est obtenu par interpolation linéaire entre sa valeur en 1998 et la valeur cible de 2,1 enfants par femme.

Les taux de fécondité par âge de l'hypothèse centrale (ICF constant et égal à 1,8 enfant par femme) sont calés sur ces valeurs d'ICF projeté. Ainsi les structures par âge de la fécondité sont identiques entre les deux hypothèses. Les taux de fécondité par âge de l'hypothèse de fécondité haute sont stabilisés dès 2015.



Source : projections de population pour la France métropolitaine, Insee.2002

LES HYPOTHESES DE MIGRATIONS

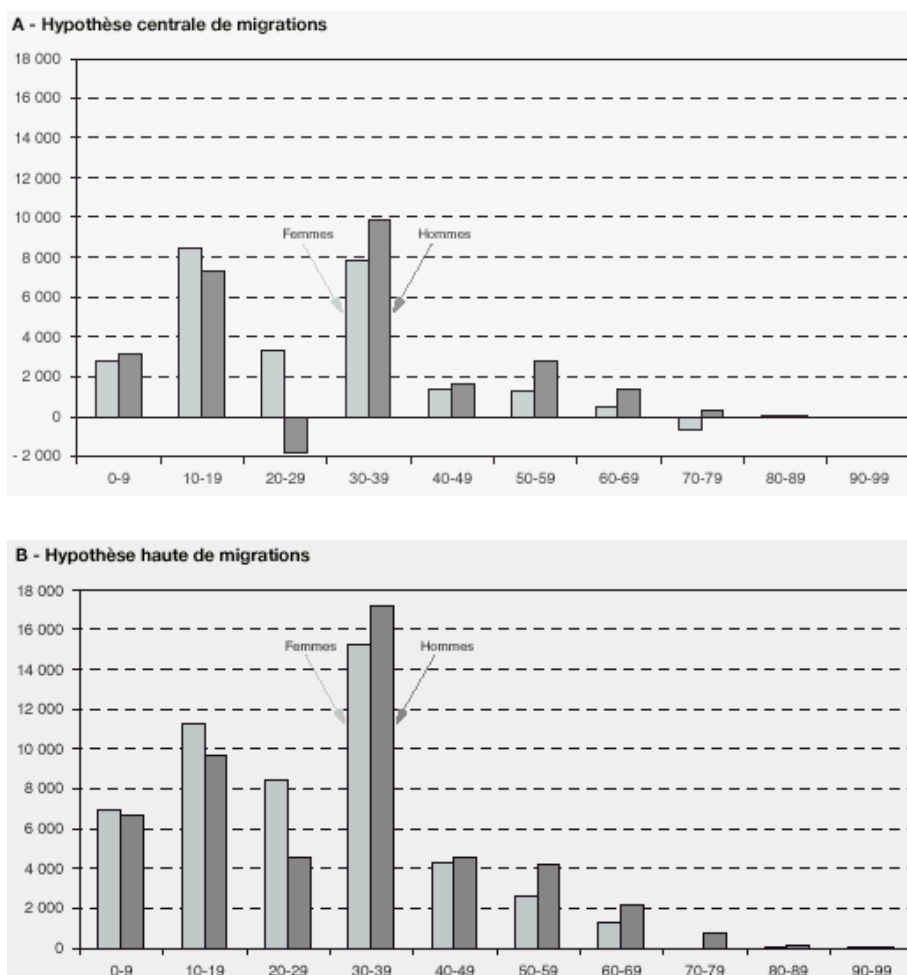
L'hypothèse centrale de migrations : un solde annuel constant à 50 000

L'hypothèse centrale de migrations ou « migrations à 50 000 » retient un solde migratoire constant et égal à 50 000 par an sur toute la période de projection. Il est réparti également entre hommes et femmes. Pour chaque sexe, la répartition par âge est obtenue selon la structure moyenne par âge des soldes migratoires estimés sur la période intercensitaire 1990-1999 (cf. graphique A).

L'hypothèse haute de migrations : un solde annuel de 100 000 dès 2015

L'hypothèse haute de migrations ou « migrations à 100 000 » retient un solde migratoire de 100 000 par an dès 2005. Ce solde croît régulièrement de 50 000 à 100 000 entre 1999 et 2005. Par rapport à l'hypothèse centrale, on suppose que le surplus (valeur du solde migratoire de l'hypothèse haute - valeur du solde migratoire de l'hypothèse centrale soit 50 000) correspond à une augmentation du flux d'immigration. Ce surplus est également réparti entre hommes et femmes et pour chaque sexe et il est réparti par âge selon le profil moyen par âge des arrivées sur le territoire métropolitain entre 1990 et 1998. Cette structure par âge est issue de l'exploitation de la question sur la date d'arrivée en France au recensement général de la population de 1999. Une fois réparti par sexe et âge, le surplus de 50 000 est ajouté au solde migratoire par sexe et âge de l'hypothèse centrale (cf. graphique B).

Solde migratoire par sexe et tranche décennale d'âge



Annexe 2 : Textes réglementaires relatifs aux aides-soignants

J.O n° 203 du 2 septembre 2007 page 14516 texte n° 9

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

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)

NOR: SJSH0762979D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports,

Vu le code de la santé publique ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Au premier alinéa de l'article R. 4383-6 du code de la santé publique, les mots : « diplôme professionnel d'aide-soignant » sont remplacés par les mots : « diplôme d'Etat d'aide-soignant. »

A ce même article il est inséré un cinquième alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ou du diplôme professionnel d'aide-soignant sont regardées comme titulaires du diplôme d'Etat d'aide-soignant. »

Article 2

Au premier alinéa de l'article R. 4383-12 du code de la santé publique, les mots : « diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture » sont remplacés par les mots : « diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture ».

A ce même article il est inséré un cinquième alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture ou du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture sont regardées comme titulaires du diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture. »

Article 3

L'article R. 4383-17 du code de la santé publique est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 4383-17. - La formation d'ambulancier est sanctionnée par le diplôme d'Etat d'ambulancier.

Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé :

1° Les modalités et le programme de la formation préparatoire à ce diplôme ;

2° Les conditions de délivrance du diplôme.

Les personnes titulaires du certificat de capacité d'ambulancier ou du diplôme d'ambulancier sont regardées comme titulaires du diplôme d'Etat d'ambulancier. »

Article 4

A compter de la publication du présent décret, l'appellation : « diplôme professionnel d'aide-soignant » est remplacée par l'appellation : « diplôme d'Etat d'aide-soignant », l'appellation : « diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture » est remplacée par l'appellation : « diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture » et les appellations : « certificat de capacité d'ambulancier » et « diplôme d'ambulancier » sont remplacées par l'appellation : « diplôme d'Etat d'ambulancier » dans tout acte réglementaire en comportant la mention, à l'exception des articles R. 4383-6, R. 4383-12 et R. 4383-17.

Article 5

La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 31 août 2007.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé,
de la jeunesse et des sports,
Roselyne Bachelot-Narquin

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé et des solidarités

Arrêté du 8 février 2007 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant

NOR: SANP0720711A

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 4311-4 et 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° 2006-255 du 2 mars 2006 instituant le diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ;

Vu l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études 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 22 juillet 2003 modifié relatif au titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles ;

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

Vu l'arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture ;

Vu l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier ;

Vu l'arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique,

Arrête :

Article 1

Dans l'intitulé de l'arrêté du 22 octobre 2005 susvisé, les mots : « relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant » sont remplacés par les mots : « relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant ».

Article 2

L'arrêté du 22 octobre 2005 susvisé est ainsi modifié :

I. - L'article 8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 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 composé d'au moins 20 % de l'ensemble des correcteurs. Il est présidé :

a) En cas d'absence de regroupement entre instituts, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du lieu d'implantation de l'institut ou son représentant ;

b) En cas de regroupement de tout ou partie des instituts d'un même département, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son représentant ;

c) En cas de regroupement d'instituts de départements différents, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du département dont la capacité d'accueil de l'ensemble des instituts concernés par le regroupement est la plus importante ou son représentant ;

d) En cas de regroupement de tous les instituts d'une même région, par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant.

En cas d'organisation des épreuves, prévue à l'alinéa b, le jury comprend au moins un représentant de chacun des instituts pour lesquels des épreuves sont organisées. En cas d'organisation des épreuves, prévue aux alinéas c et d, la représentation de chaque département doit être assurée.

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

II. - Au premier alinéa de l'article 9, les mots : « un infirmier cadre de santé accueillant des élèves en stage » sont remplacés par les mots : « un infirmier, accueillant des élèves aides-soignants en stage, nommé dans le grade de cadre de santé lorsqu'il exerce au sein d'un établissement public de santé ou exerçant des fonctions d'encadrement depuis au moins trois ans lorsqu'il exerce dans un établissement de santé privé ».

III. - L'article 10 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 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 composé d'au moins 20 % de l'ensemble des évaluateurs. Il est présidé :

a) En cas d'absence de regroupement entre instituts, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du lieu d'implantation de l'institut ou son représentant ;

b) En cas de regroupement de tout ou partie des instituts d'un même département, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de leur lieu d'implantation ou son représentant ;

c) En cas de regroupement d'instituts de départements différents, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du département dont la capacité d'accueil de l'ensemble des instituts concernés par le regroupement est la plus importante ou son représentant ;

d) En cas de regroupement de tous les instituts d'une même région, par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant.

En cas d'organisation des épreuves, prévue au b, le jury comprend au moins un représentant de chacun des instituts pour lesquels des épreuves sont organisées. En cas d'organisation des épreuves, prévue aux c et d, la représentation de chaque département doit être assurée. »

IV. - Il est inséré un article 10 bis ainsi rédigé :

« Art. 10 bis. - 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 définies aux a et b 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. »

V. - Au dernier alinéa de l'article 12, les mots : « d'une durée supérieure à deux ans » sont remplacés par les mots : « d'une durée supérieure à trois ans ».

VI. - Le 1° de l'article 13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'un certificat médical par un médecin agréé attestant que le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession. »

VII. - A l'article 15, il est ajouté un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« La formation comprend huit unités de formation correspondant aux huit unités de compétences définies à l'annexe V de l'arrêté du 25 janvier 2005 susvisé. Les unités de formation 1 à 6 sont constituées d'un module d'enseignement en institut et d'une période d'enseignement en stage, tels que défini dans le référentiel figurant en annexe I du présent arrêté. Les unités de formation 7 et 8 ne comprennent qu'un module d'enseignement en institut. »

VIII. - L'article 18 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 18. - 1. Les personnes titulaires du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture qui souhaitent obtenir le diplôme professionnel d'aide-soignant sont dispensées des unités de formation 2, 4, 5, 6, 7 et 8 ainsi que des épreuves de sélection prévues à l'article 5 du présent arrêté. Elles doivent suivre les unités de formation 1 et 3. Tous les stages se déroulent auprès d'adultes, dont un au moins auprès de personnes âgées.

2. Les personnes titulaires du diplôme d'ambulancier ou du certificat de capacité d'ambulancier qui souhaitent obtenir le diplôme professionnel d'aide-soignant sont dispensées des unités de formation 2, 4, 5 et 7 ainsi que des épreuves de sélection prévues à l'article 5 du présent arrêté. Elles doivent suivre les unités de formation 1, 3, 6 et 8. Tous les stages se déroulent auprès d'adultes, dont un au moins auprès de personnes âgées. »

IX. - L'article 19 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 19. - 1. 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 unités de formation 1, 4, 5 et 7 ainsi que des épreuves de sélection prévues à l'article 5 du présent arrêté. Elles doivent suivre les unités de formation 2, 3, 6 et 8. Tous les 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.

2. Les personnes titulaires du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique, qui souhaitent obtenir le diplôme professionnel d'aide-soignant, sont dispensées des unités de formation 1, 4, 5, 7 et 8 ainsi que des épreuves de sélection prévues à l'article 5 du présent arrêté. Elles doivent suivre les unités de formation 2, 3 et 6. Tous les stages se déroulent au sein du secteur hospitalier, un en médecine ou chirurgie, un auprès de personnes âgées ou handicapées et un au choix, en fonction du projet professionnel de l'élève.

3. Les personnes titulaires du titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles, qui souhaitent obtenir le diplôme professionnel d'aide-soignant, sont dispensées des unités de formation 1, 4 et 5 ainsi que des épreuves de sélection prévues à l'article 5 du présent arrêté. Elles doivent suivre les unités de formation 2, 3, 6, 7 et 8. Tous les 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. »

X. - A l'article 22, les mots : « au plus tard la première semaine du mois de juillet » sont remplacés par les mots : « au plus tard le 15 juillet » et les mots : « au plus tard la première semaine du mois de décembre » sont remplacés par les mots : « au plus tard le 20 décembre. »

XI. - L'article 23 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 23. - Pour chacune des épreuves prévues pour l'évaluation des modules d'enseignement en institut, l'élève ou le candidat qui ne remplit pas les conditions de validation doit se présenter à une épreuve de rattrapage. Dans le cas où la validation du module comporte deux épreuves, l'élève ou le candidat peut conserver, pour l'épreuve de rattrapage, la note égale ou supérieure à la moyenne obtenue à l'une d'entre elles.

A l'issue des épreuves de rattrapage, les notes prises en compte pour la validation du module sont les notes les plus élevées, que celles-ci aient été obtenues lors de l'évaluation initiale ou lors de l'évaluation de rattrapage.

L'élève ou le candidat 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 le ou les modules d'enseignement en institut non validés, conformément au référentiel de formation défini en annexe I du présent arrêté et satisfaire à l'ensemble des épreuves de validation du module ou des modules d'enseignement concernés.

Au-delà de ce délai, l'élève ou le candidat perd le bénéfice des modules d'enseignement validés et pour les élèves en cursus complet celui des épreuves de sélection.

Pour les élèves en cursus complet de formation, les épreuves de rattrapage doivent être organisées avant la fin de la formation.

Pour les candidats au diplôme en cursus partiel, elles sont organisées dans les trois mois qui suivent la première évaluation. »

XII. - L'article 24 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 24. - 1. En cas de suivi du cursus complet de formation, l'élève qui ne remplit pas les conditions de validation des compétences professionnelles acquises au cours des stages cliniques dispose de cinq années pour effectuer un stage pour chacune des compétences non validées. La durée du stage pour les unités de formation 1 à 6 est conforme au référentiel de formation défini en annexe I du présent arrêté et, pour les unités de formation 7 et 8, la durée du stage est fixée à deux semaines pour chacune d'elles.

Au-delà de ce délai, l'élève perd le bénéfice des unités de formation validées ainsi que celui des

épreuves de sélection.

2. En cas de suivi partiel du cursus, dans le cadre d'une dispense de formation prévue à l'article 18 ou à l'article 19 du présent arrêté ou dans le cadre de l'obtention du diplôme par la voie de la validation des acquis de l'expérience, le candidat qui ne remplit pas les conditions de validation des compétences professionnelles acquises au cours des stages cliniques dispose de cinq années pour effectuer un stage pour chacune des compétences non validées. La durée de chaque stage est conforme au référentiel de formation défini en annexe I du présent arrêté.

Au-delà de ce délai, le candidat perd le bénéfice des unités de formation validées dans le cadre du cursus partiel. »

XIII. - Le premier alinéa de l'article 25 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le diplôme professionnel d'aide-soignant est délivré, par le préfet de la 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 ou à ceux qui ont échoué au diplôme d'Etat. »

XIV. - A l'article 37, il est inséré un troisième alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions prévues aux alinéas précédents sont applicables à l'ensemble des candidats au diplôme y compris à ceux le préparant dans le cadre d'une dispense de formation prévue aux articles 18 et 19 du présent arrêté ou dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience. »

XV. - Il est inséré un article 44 bis ainsi rédigé :

« Art. 44 bis. - Les dispositions des articles 39 à 44 sont applicables à l'ensemble des candidats au diplôme y compris à ceux le préparant dans le cadre d'une dispense de formation prévue aux articles 18 et 19 du présent arrêté ou dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience. »

XVI. - A l'annexe I, dans le 5° « Modalités d'évaluation », la phrase : « Le nombre d'examineurs de la mise en situation professionnelle du module 3 est de trois : un infirmier, enseignant permanent dans un institut de formation d'aides-soignants, un infirmier ou une puéricultrice, et un aide-soignant ou une auxiliaire de puériculture ou une sage-femme ou un éducateur de jeunes enfants ou un cadre de santé » est remplacée par : « Le nombre d'examineurs de la mise en situation professionnelle du module 3 est de trois : un infirmier, enseignant permanent dans un institut de formation d'aides-soignants, un infirmier ou une puéricultrice titulaire ou non du diplôme de cadre de santé, et une sage-femme ou un aide-soignant ou une auxiliaire de puériculture. »

XVII. - Dans le tableau récapitulatif des modalités d'évaluation et de validation des modules de formation figurant à l'annexe 1 modifiée, les modalités complémentaires concernant l'épreuve du module 3 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Se déroule, sous le contrôle de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, en fin de formation. L'infirmier, enseignant permanent relève d'un autre institut que celui de l'élève. »

Article 3

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 8 février 2007.

Pour le ministre et par délégation :

Le chef du service politique de santé

et qualité du système de santé,

D. Eyssartier

Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et missions des aides-soignants et auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers

Le rôle des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture s'inscrit dans une approche globale qui, outre la participation aux soins, implique une prise en charge psychologique et comportementale de la personne soignée.

Il est essentiel de mieux reconnaître la spécificité de leurs activités qui représentent une réponse adaptée aux besoins des patients.

Cette activité s'exerce conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier selon lesquelles : "relèvent du rôle propre de l'infirmier, les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. . . Lorsque ces soins sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile ou à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants ou d'auxiliaires de puériculture qu'il encadre et dans la limite de la compétence reconnue à ces derniers du fait de leur formation".

Deux points essentiels méritent d'être soulignés :

- la collaboration porte sur le rôle propre infirmier ;
- la collaboration a lieu dans les domaines où les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture ont reçu un enseignement au cours de leur formation initiale.

I - RÔLE ET MISSIONS DES AIDES-SOIGNANTS ET DES AUXILIAIRES DE PUÉRICULTURE

A - DES COMPÉTENCES ORIENTÉES AUTOUR DE PLUSIEURS GRANDS AXES

Le rôle propre de l'infirmier est défini à l'article 2 du décret du 15 mars 1993 précité. Ce rôle est extrêmement vaste et a de multiples dimensions.

L'article 3 du décret susmentionné énumère aussi précisément que possible les actes et les soins infirmiers entrant dans ce cadre. C'est pourquoi, plutôt que de dresser une liste nécessairement incomplète et réductrice des situations dans lesquelles peut s'instaurer la collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant ou entre l'infirmier ou la puéricultrice et l'auxiliaire de puériculture, il est préférable de définir de grands domaines d'activité qui peuvent être identifiés comme suit :

- collaboration dans les soins d'hygiène et de confort auprès de l'enfant et de l'adulte (hygiène corporelle, prévention des escarres, installation des patients pour les repas et pour la nuit, hygiène alimentaire, élimination. . .).
- collaboration dans la surveillance des enfants et des adultes reposant sur des observations réalisées par les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, permettant d'identifier les modifications de l'état et du comportement des patients et de transmettre à l'infirmier ou à la puéricultrice les informations recueillies en vue d'une action de soins adaptée à laquelle ils pourront apporter leur concours.
- collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon

temporaire, définitive ou ne l'ayant pas encore acquise pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (aide à l'habillage, à la prise des repas, changement de position, aide à la marche et au déplacement, participation aux activités occupationnelles. . . , et plus particulièrement s'agissant des auxiliaires de puériculture, collaboration aux activités d'éveil et d'éducation de l'enfant. . .).

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

L'importance de ces tâches doit être réévaluée au regard, non seulement de ceux qui les réalisent, mais aussi de l'ensemble de la communauté hospitalière. Il convient en effet de rappeler que les infections nosocomiales sont responsables dans les établissements de santé d'une morbidité et d'une mortalité très importantes puisqu'elles concernent annuellement entre 600 000 et 1 100 000 patients et sont à l'origine d'environ 10 000 décès par an. Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, dont il est indispensable d'assurer la présence au sein des comités de lutte contre les infections nosocomiales jouent, en liaison avec les autres membres de l'équipe soignante, un rôle essentiel dans la prévention et la lutte contre ces infections.

Dans l'ensemble des domaines sus-énumérés, l'activité de l'aide-soignant ou de l'auxiliaire de puériculture comporte une dimension relationnelle très importante, compte tenu notamment du temps passé auprès de la personne soignée et de sa famille. Cette relation doit prendre en considération les habitudes de vie du patient, ses valeurs et son environnement, tout en respectant sa personnalité et sa dignité. Elle revêt une importance toute particulière notamment lorsque celui-ci est un enfant, une personne handicapée, une personne atteinte d'une maladie chronique évolutive, une personne âgée, un malade en fin de vie.

B - UNE PRISE EN COMPTE INDISPENSABLE DE L'APPORT DE L'AIDE-SOIGNANT OU DE L'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE AU SEIN DE L'ÉQUIPE DE SOIN

Il est souvent fait état des difficultés qu'entraîne une répartition des fonctions qui conduit des aides-soignants ou des auxiliaires de puériculture à se voir confier des tâches qui relèvent des infirmiers ou au contraire incombent à des agents moins qualifiés.

Or la prise en charge globale du malade suppose, dès l'accueil de celui-ci, une répartition et une coordination des tâches au sein de l'équipe soignante, qui permettent à tous les professionnels de jouer pleinement leur rôle de façon complémentaire dans le respect des compétences reconnues à chacun.

Afin de mieux assurer l'intégration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture au sein de ces équipes, il convient de s'attacher tout particulièrement aux points suivants :

a) Il convient, chaque fois que cela est possible, de favoriser l'établissement de relations binaires infirmier/aide-soignant et infirmier ou puéricultrice/auxiliaire de puériculture qui permettent l'existence de véritables relations fonctionnelles et personnalisées.

L'organisation de ces relations se conçoit de façon différente dans les services hospitaliers et les crèches qui y sont rattachées et dans les services d'hospitalisation à domicile.

Dans les premiers et les secondes, la présence simultanée sur les lieux de travail de l'infirmier ou de la puéricultrice et de l'aide-soignant ou de l'auxiliaire de puériculture est le plus souvent une réalité. En revanche, elle est beaucoup plus rare dans les services d'hospitalisation à domicile, compte tenu de leur fonctionnement. Dans ceux-ci, il est indispensable que l'aide-soignant et l'auxiliaire de puériculture puisse joindre en

permanence l'infirmier ou la puéricultrice ou tout au moins, en cas d'impossibilité, l'infirmier coordonnateur ou la puéricultrice responsable.

b) Une attention particulière doit être portée à la qualité de la transmission des informations échangées entre l'infirmier ou la puéricultrice et l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture tant au sein d'une même équipe que lors des changements d'équipe. Au moment de la transmission de ces informations écrites et orales, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture ont un rôle actif à jouer. Il leur appartient de consigner, dans le dossier de soins, les observations qu'ils ont réalisées. Celles-ci s'ajoutent aux observations effectuées par les autres professionnels de santé. Ces observations constituent une aide précieuse dans l'identification des besoins de santé du patient qui permettra de définir les objectifs de soins.

L'organisation des relations de travail mise en place doit permettre aux aides-soignants et aux auxiliaires de puériculture de se voir confié dans le respect des textes réglementaires et dans les limites des directives données par l'infirmier ou la puéricultrice sur la base de leur diagnostic, des tâches leur permettant de développer pleinement leur capacité d'initiative.

II - NÉCESSITÉ D'UNE RÉFLEXION COLLECTIVE AU SEIN DE CHAQUE ÉTABLISSEMENT

Il est nécessaire d'engager au sein de chaque établissement une réflexion collective sur la base des orientations dégagées ci-dessus.

Les développements qui précèdent définissent un cadre général à l'intérieur duquel, dans le respect des dispositions réglementaires, les modalités concrètes de la collaboration entre les infirmiers ou les puéricultrices et les aides-soignants ou les auxiliaires de puériculture peuvent prendre des formes très diverses, compte tenu de l'importance de l'établissement, de la nature de son activité, de l'organisation du travail mise en place au sein de celui-ci et des caractéristiques spécifiques à chaque service.

Il convient donc que se développe dans chaque établissement et dans chaque service, une réflexion collective et une réelle participation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans l'élaboration des différents projets :

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

Les cadres infirmiers ont un rôle primordial à jouer à la fois pour impulser une dynamique de réflexion, pour entreprendre les actions nécessaires notamment dans le domaine de l'organisation du travail et de l'équilibre entre les différentes catégories professionnelles composant les équipes, et pour en faire vivre le contenu au quotidien.

Les organismes consultatifs mis en place par la loi du 31 juillet 1991 visée en objet (conseil de service, commission du service de soins infirmiers) ainsi que le comité technique d'établissement, le comité technique paritaire, la commission médicale d'établissement, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et le comité de lutte contre les infections nosocomiales sont les instances privilégiées d'application des principes ci-dessus développés. Ils doivent permettre à ces professionnels d'apporter une contribution effective dans les débats menés au sein de ces instances qui permettra une réelle prise en compte de leur avis sur les différents projets de l'établissement.

La formation permanente constitue un outil essentiel dans l'adaptation des différents acteurs de soins aux besoins spécifiques de chaque service. L'élaboration du plan de formation devra tenir compte de l'adaptation des aides-soignants et des auxiliaires de

puériculture à leur tâche et de l'évolution de leur fonction au regard de la réglementation.

Je vous serais obligé d'attirer l'attention des responsables hospitaliers sur toute l'importance qui s'attache à une application effective des orientations dégagées dans la présente circulaire et de veiller à une large diffusion de celle-ci.

Le Directeur de cabinet

Benoît PARLOS

TEXTES GENERAUX

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE

Décret no 94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture et modifiant le décret no 47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture

NOR: SPSP9401962D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et du ministre délégué à la santé,

Vu la directive no 92/51/C.E.E. du conseil de l'Union européenne du 18 juin 1992 relative à un deuxième système général de reconnaissance des formations professionnelles, qui complète la directive no 89/48/C.E.E.;

Vu le code de la santé publique;

Vu le décret no 47-1544 du 13 août 1947 modifié instituant un diplôme d'Etat de puériculture;

Vu le décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier;

Vu l'avis du Conseil supérieur des professions paramédicales,

Décète:

Art. 1er. - La formation d'aide-soignant est sanctionnée par le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant.

Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les modalités et le programme de la formation préparatoire à ce certificat, les conditions de délivrance du certificat ainsi que les conditions d'agrément et de fonctionnement des établissements habilités à organiser cette formation.

Art. 2. - Les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen,

titulaires d'une attestation d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant,

bénéficient des mêmes droits que les titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant.

Art. 3. - L'attestation d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant est délivrée par le préfet de région, après avis d'une commission régionale spécialisée, aux ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont suivi, au minimum, un cycle d'études secondaires d'enseignement général,

technique ou professionnel, et qui sont titulaires:

1o D'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres de formation permettant l'exercice des fonctions d'aide-soignant dans un Etat membre ou un Etat partie qui régit cet exercice, délivrés:

a) Soit par l'autorité compétente de cet Etat et sanctionnant une formation acquise de façon prépondérante dans un Etat membre ou un Etat partie, ou en dehors, dans des établissements d'enseignement qui dispensent une formation conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou administratives d'un Etat membre ou partie;

b) Soit par un pays tiers, à condition que soit fournie une attestation émanant de l'autorité compétente de l'Etat membre ou de l'Etat partie qui a reconnu le ou les diplômes, certificats ou autres titres certifiant que le titulaire de ce ou ces diplômes, certificats ou autres titres a une expérience professionnelle dans cet Etat de deux ans au moins;

2o Ou d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres, sanctionnant une formation réglementée, spécifiquement orientée vers l'exercice des fonctions d'aide-soignant, dans un Etat membre ou un Etat partie qui ne régit pas l'exercice des fonctions d'aide-soignant;

3o Ou d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres permettant l'exercice des fonctions d'aide-soignant dans un Etat membre ou un Etat partie qui ne régit ni l'exercice des fonctions d'aide-soignant ni la formation d'aide-soignant, à condition de justifier d'un exercice à plein temps des fonctions d'aide-soignant pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes, ou pendant une période équivalente à temps partiel,

dans cet Etat, à condition que cet exercice soit attesté par une autorité compétente de cet Etat.

Si la formation suivie par le demandeur porte sur des matières théoriques ou pratiques substantiellement différentes de celles couvertes par le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant, le préfet de région peut exiger que celui-ci choisisse soit d'accomplir un stage d'adaptation d'une durée d'un an maximum, soit de subir une épreuve d'aptitude portant sur les matières sur lesquelles sa formation a été jugée insuffisante. Dans ce cas, l'attestation d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ne lui est délivrée qu'après validation du stage d'adaptation ou réussite à l'épreuve d'aptitude.

Art. 4. - L'attestation d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant est également délivrée par le préfet de région, après avis d'une commission régionale spécialisée, aux ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui, sans posséder de titre de formation conforme aux dispositions de l'article 3, ont exercé les fonctions d'aide-soignant pendant trois ans ou pendant une période équivalente à temps partiel au cours des dix années précédentes dans un Etat membre ou un Etat partie qui ne régit pas l'exercice des fonctions d'aide-soignant.

Le préfet de région peut exiger du demandeur qu'il accomplisse un stage d'adaptation d'une durée maximale d'un an ou qu'il subisse une épreuve d'aptitude. Dans ce cas, l'attestation d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant ne lui est délivrée qu'après validation du stage d'adaptation ou réussite à l'épreuve d'aptitude.

Art. 5. - A compter du 15 septembre 1994, sauf pour les cycles de formation commencés avant le 1er septembre 1994, les dispositions de l'article 8 du décret du 13 août 1947 modifié susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes:

<< Art. 8. - La formation d'auxiliaire de puériculture est sanctionnée par le certificat d'aptitude aux

fonctions d'auxiliaire de puériculture.

<< Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine les modalités et le programme de la formation préparatoire à ce certificat, les conditions de délivrance du certificat ainsi que les conditions d'agrément et de fonctionnement des établissements habilités à organiser cette formation. >>

Art. 6. - Les ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen,

titulaires d'une attestation d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture, bénéficient des mêmes droits que les titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture.

Art. 7. - L'attestation d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture est délivrée par le préfet de région, après avis d'une commission régionale spécialisée, aux ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont suivi, au minimum, un cycle d'études secondaires d'enseignement général, technique ou professionnel, et qui sont titulaires:

1o D'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres de formation permettant l'exercice des fonctions d'auxiliaire de puériculture dans un Etat membre ou un Etat partie qui réglemente cet exercice, délivrés:

a) Soit par l'autorité compétente de cet Etat et sanctionnant une formation acquise de façon prépondérante dans un Etat membre ou un Etat partie, ou en dehors, dans des établissements d'enseignement qui dispensent une formation conforme aux dispositions législatives, réglementaires ou administratives d'un Etat membre ou partie;

b) Soit par un pays tiers, à condition que soit fournie une attestation émanant de l'autorité compétente de l'Etat membre ou de l'Etat partie qui a reconnu le ou les diplômes, certificats ou autres titres certifiant que le titulaire de ce ou ces diplômes, certificats ou autres titres a une expérience professionnelle dans cet Etat de deux ans au moins;

2o Ou d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres, sanctionnant une formation réglementée, spécifiquement orientée vers l'exercice des fonctions d'auxiliaire de puériculture, dans un Etat membre ou un Etat partie qui ne réglemente pas l'exercice des fonctions d'auxiliaire de puériculture; 3o Ou d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres permettant l'exercice des fonctions d'auxiliaire de puériculture dans un Etat membre ou un Etat partie qui ne réglemente ni l'exercice des fonctions d'auxiliaire de puériculture ni la formation d'auxiliaire de puériculture, à condition de justifier d'un exercice à plein temps des fonctions d'auxiliaire de puériculture pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes,

ou pendant une période équivalente à temps partiel, dans cet Etat, à condition que cet exercice soit attesté par une autorité compétente de cet Etat.

Si la formation suivie par le demandeur porte sur des matières théoriques ou pratiques substantiellement différentes de celles couvertes par le certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture, le préfet de région peut exiger que celui-ci choisisse soit d'accomplir un stage d'adaptation d'une durée d'un an maximum, soit de subir une épreuve d'aptitude portant sur les matières sur lesquelles sa formation a été jugée insuffisante. Dans ce cas, l'attestation d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture ne lui est délivrée qu'après validation du stage d'adaptation ou réussite à l'épreuve d'aptitude.

Art. 8. - L'attestation d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture est également délivrée

par le préfet de région, après avis d'une commission régionale spécialisée, aux ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui, sans posséder de titre de formation conforme aux dispositions de l'article 7, ont exercé les fonctions d'auxiliaire de puériculture pendant trois ans ou pendant une période équivalente à temps partiel au cours des dix années précédentes dans un Etat membre ou un Etat partie qui ne réglemente pas la profession.

Le préfet de région peut exiger du demandeur qu'il accomplisse un stage d'adaptation d'une durée maximale d'un an ou qu'il subisse une épreuve d'aptitude. Dans ce cas, l'attestation d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture ne lui est délivrée qu'après validation du stage d'adaptation ou réussite à l'épreuve d'aptitude.

Art. 9. - Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine la composition des commissions régionales spécialisées mentionnées aux articles 3, 4, 7 et 8 et les modalités de délivrance de l'attestation d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et de l'attestation d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture.

Art. 10. - Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 22 juillet 1994.

EDOUARD BALLADUR

Par le Premier ministre:

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales,

de la santé et de la ville,

SIMONE VEIL

Le ministre délégué à la santé,
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

AIDE-SOIGNANT

DÉFINITION

- Réaliser, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, d'éducation à la santé et relationnels pour préserver ou restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne

SPÉCIFICITÉS DANS LE MÉTIER

- Exercice à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD)

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Soins d'hygiène, et de confort à la personne
- Observation et recueil de données relatives à l'état de santé de la personne
- Aide de l'infirmière dans la réalisation des soins
- Entretien de l'environnement immédiat de la personne et refection des lits
- Entretien du matériel de soins
- Transmission des observations par écrit et par oral pour maintenir la continuité des soins
- Accueil, information, accompagnement et éducation des personnes et de leur entourage
- Accueil et accompagnement des stagiaires en formation
- Aide et accompagnement aux activités quotidiennes (repas, toilette...)
- Entretien du matériel et gestion des stocks de matériels
- Aide, soutien psychologique aux patients et à l'entourage
- Réalisation d'animations à destination des personnes hospitalisées ou des résidents

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES

- Cadres de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales pour la gestion des activités
- Services logistiques pour les prestations hôtelières

SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Identifier les besoins fondamentaux et apprécier l'état de santé d'une personne ou d'un groupe et adapter sa réponse
- Maintenir ou restaurer l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne
- Utiliser les règles et les protocoles d'hygiène lors des soins
- Utiliser les techniques de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des patients
- Communiquer avec les patients ou leur entourage dans le cadre d'une relation d'aide
- Utiliser les techniques et les protocoles d'entretien des locaux et du matériel dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales
- Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins
- Organiser son travail au sein d'une équipe interprofessionnelle
- Discerner le caractère urgent d'une situation de soins pour alerter
- Transmettre son savoir professionnel aux stagiaires et aux nouveaux agents

CONNAISSANCES ASSOCIÉES

Anatomie, physiologie	Hygiène hospitalière	Techniques et protocoles de soins	Communication et relation d'aide	Ethique et déontologie	Techniques de manutention	Bureautique
2	2	2	2	1	1	1

1 : Connaissances générales 2 : Connaissances détaillées 3 : Connaissances approfondies

CONDITIONS PARTICULIÈRES D'EXERCICE DU MÉTIER

- Manutention fréquente des patients
- Travail week-end, nuit et jours fériés

PRÉREQUIS INDISPENSABLES POUR L'EXERCER

- Diplôme professionnel d'aide-soignant

PASSERELLES ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES VERS D'AUTRES MÉTIERS

- | | |
|--|---|
| Passerelles courtes <ul style="list-style-type: none"> ● Auxiliaire de puériculture ● Aide médico-psychologique ● Agent de stérilisation | Passerelles longues <ul style="list-style-type: none"> ● Métiers des soins et des activités paramédicales |
|--|---|

CORRESPONDANCES STATUTAIRES ÉVENTUELLES

- Aide-soignant

TENDANCES D'ÉVOLUTION DU MÉTIER

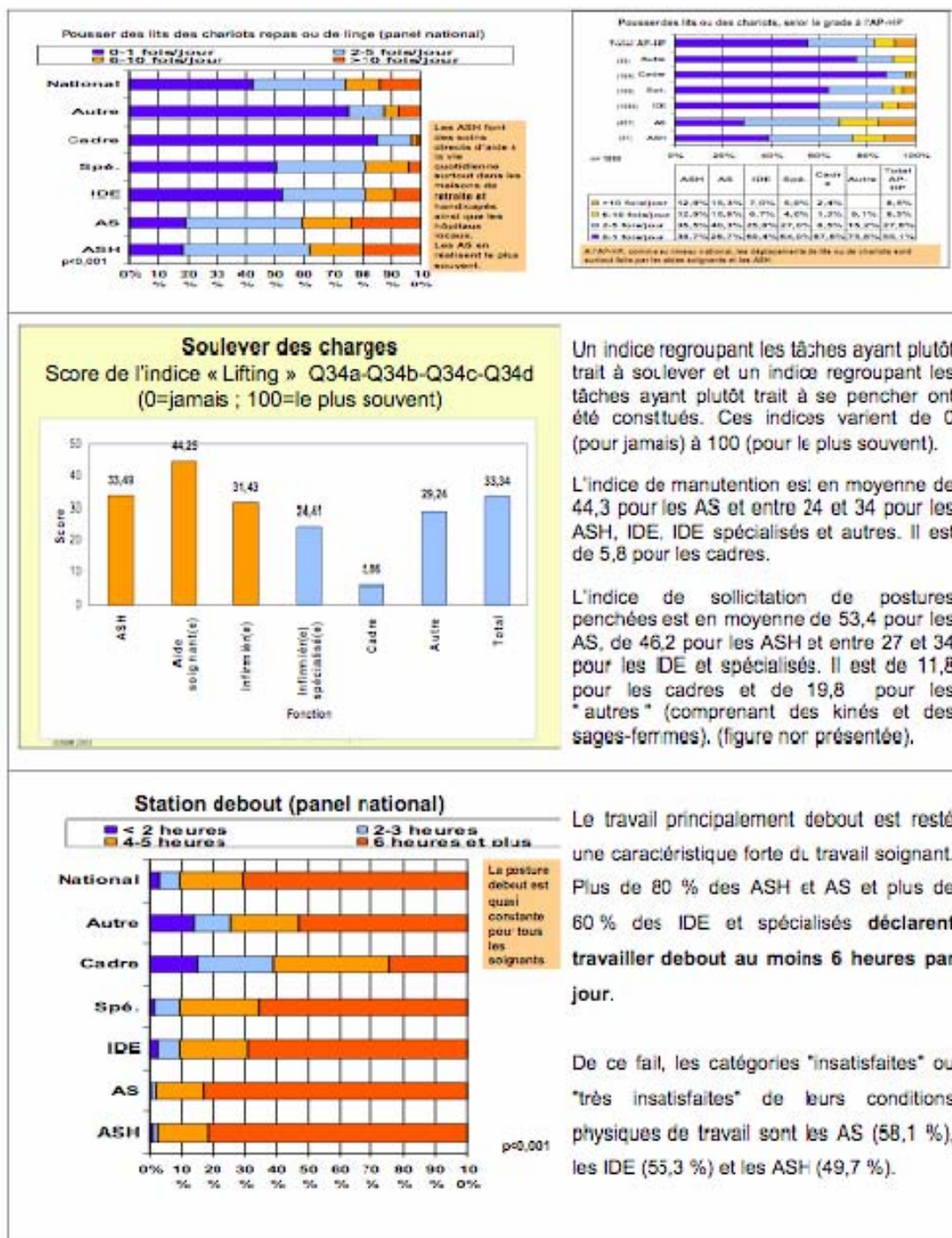
Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences
<ul style="list-style-type: none"> ● Augmentation probable des pathologies chroniques et des soins de longue durée, liés à l'allongement de la durée de la vie 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des activités et des compétences en accompagnement de vie et de fin de vie, connaissances des pathologies de fin de vie, de la maladie d'Alzheimer, de la douleur, relation d'aide
<ul style="list-style-type: none"> ● Modification de la demande des patients : droit à l'information, exigence de qualité... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des connaissances sur les droits des patients, et des savoir-faire en communication
<ul style="list-style-type: none"> ● Modification des modes de prises en charge des patients : hospitalisation de courte durée, hospitalisation de jour... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des capacités d'adaptation
<ul style="list-style-type: none"> ● Introduction de logiciels de gestion dans les établissements de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des compétences pour utiliser l'outil informatique
<ul style="list-style-type: none"> ● Ouverture sur les réseaux pluriprofessionnels de soins (participation à l'accueil des patients, de leur famille...) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des compétences en relation, et en communication, connaissances des réseaux
<ul style="list-style-type: none"> ● Ouverture de postes en santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement des compétences en santé mentale

FAMILLE : Soins et activités paramédicales

SOUS-FAMILLE : Assistance aux soins

CODE MÉTIER : 1A101

Annexe 4 : Soignants, pénibilité physique



Annexe 5 : Outils démarche métier-compétences

Guide Pratique Démarche "Métiers-Compétences 2012"

Outil 2 : La fiche de recueil d'information pour le rattachement salariés – métiers du Répertoire

Source : AP-HP

1) Partie pré-remplie par le DRH					2) Partie réservée aux cadres			3) Décision de la DRH			
UG	Nom	Prénom	Id	Grade	Intitulé du métier	Intitulé spécificité	Code métier	Avis conforme	Autre intitulé métier	Autre spécificité	Code
N°	Dupont	Martin	N°	AHQ	Agent de bio nettoyage		N°	Oui			
N°	Lovain	Cécile	N°	IDE	Infirmier en soins généraux	Expertise en stomathérapie	N°	Oui			

Guide Pratique Démarche "Métiers-Compétences 2012"

Outil 5 : Exemple de support d'entretien d'évaluation

Proposé par Demos

ENTRETIEN D'EVALUATION ET DE DEVELOPPEMENT DE COMPETENCES

ANNEE 2006/2007

Date de l'entretien:

COLLABORATEUR			RESPONSABLE HIERARCHIQUE		
Nom :			Nom :		
Prénom :			Prénom :		
Service / Département :			Fonction :		
Date d'entrée dans l'établissement :			ENTRETIEN MENE PAR (si différent du responsable)		
Intitulé du poste :			Nom :		
Date d'accession à ce poste :			Prénom :		
Fonction :			Fonction :		
COMMENTAIRES DU RESPONSABLE					
COMMENTAIRES DU COLLABORATEUR					
1 - BILAN DE L'ANNEE ECOULEE					
1.1 - RAPPEL ET APPRECIATION DES OBJECTIFS DE L'ANNEE ECOULEE					
Objectifs	Résultats obtenus			Explication de l'écart	
	Non atteints	Partiellement	Atteints	Commentaires du collaborateur	Commentaires du responsable
Objectif 1 :					
Objectif 2 :					
Objectif 3 :					
Objectif 4 :					
Objectif 5 :					

N.B. : Les objectifs doivent être exprimés en termes concrets, précis, détaillés et mesurables.

1.2 - BILAN DE L'EVALUATION DES COMPETENCES (Se référer au support d'évaluation des compétences - Outil 4 du volet 2 du guide)	
Après analyse des écarts de compétences	
Quelles sont les compétences à améliorer sur le court terme ?	
Quelles sont les compétences à améliorer sur le moyen-long terme ?	
Commentaires du collaborateur	Commentaires du responsable

1.3 - BILAN FORMATION DE L'ANNEE ECOULEE			
Avez-vous suivi des formations au cours de l'année écoulée ?		Oui	Non
Les formations dispensées correspondaient-elles à vos attentes ?	Totalement	Partiellement	Pas du tout
Avez-vous pu mettre en pratique ce que vous avez appris ?		Oui	Non
Avec du recul, pensez vous que vous avez acquis les compétences attendues ?	Totalement	Partiellement	Pas du tout
Avez-vous vécu des situations de travail qui ont accru vos compétences ?		Oui	Non
Si oui lesquelles ? :			
Commentaires du collaborateur		Commentaires du manager	

Annexe 6 : INTEGRATION DE LA GENERATION INTERNET ET PRATIQUES DE GESTION : SYNTHESE DES RESULTATS

	CORRESPONDANCE DES PRATIQUES ACTUELLES DE GESTION AUX BESOINS DES TRAVAILLEURS DE LA GÉNÉRATION INTERNET (TRÈS ÉLEVÉ, ÉLEVÉ, FAIBLE, TRÈS FAIBLE)	BESOINS D'ADAPTATION (AUCUN, DE TYPE AMÉLIORATION CONTINUE, DE TYPE CHANGEMENTS IMPORTANTS)
LA GESTION DE L'ACCUEIL	<p>La grande majorité des répondants croit que la gestion de l'accueil convient bien aux besoins des jeunes travailleurs de la génération Internet.</p> <p>Les principales raisons invoquées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'absence de structure hiérarchique rigide ; • un climat de travail où les liens informels, cordiaux et amicaux sont encouragés ; • une rencontre personnalisée avec la haute direction ; • le recours formel aux activités de parrainage ou d'accompagnement individuel pour faciliter l'intégration des jeunes ; • le suivi individualisé et régulier pendant la période d'accueil. <p>Niveau de correspondance : très élevé</p>	<p>Seules les gestionnaires femmes ont admis que certains besoins d'adaptation devraient être envisagés, bien qu'ils ne soient pas absolument nécessaires.</p> <p>Parmi ceux-ci notons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • offrir un encadrement plus structuré ; • transmettre des renseignements qui ne soient pas trop théoriques, mais qui soient davantage axés sur la pratique concrète du travail. <p>Besoins d'adaptation : amélioration continue</p>
LA GESTION DU TRAVAIL	<p>La majorité des gestionnaires a dit que la gestion du travail actuelle convient bien aux jeunes de la génération Internet. Les principales raisons invoquées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le recours à la rencontre d'équipe hebdomadaire ; • une façon décentralisée et conviviale de faire le travail ; • il règne généralement un bon climat de travail ; • on leur accorde rapidement de l'autonomie ; • on leur permet de travailler en équipe ; • on leur attribue des tâches qui correspondent à ce qu'ils aiment faire. <p>Niveau de correspondance : élevé</p>	<p>Peu de participants ont dit qu'il serait nécessaire d'apporter des changements à la gestion du travail. Ces derniers ne seraient toutefois pas très importants.</p> <ul style="list-style-type: none"> • une relation de supervision plus étroite ; • une rétroaction fréquente ; • des horaires adaptés et flexibles. <p>Besoins d'adaptation : amélioration continue</p>

	CORRESPONDANCE DES PRATIQUES ACTUELLES DE GESTION AUX BESOINS DES TRAVAILLEURS DE LA GÉNÉRATION INTERNET (TRÈS ÉLEVÉ, ÉLEVÉ, FAIBLE, TRÈS FAIBLE)	BESOINS D'ADAPTATION (AUCUN, DE TYPE AMÉLIORATION CONTINUE, DE TYPE CHANGEMENTS IMPORTANTS)
LA GESTION DU RENDEMENT	<p>Une majorité de participants ont dit que la gestion du rendement pratiquée actuellement convient bien aux jeunes de la génération Internet. Les principales raisons invoquées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le recours au concept d'attentes signifiées et partagées ; • les jeunes apprécient qu'on leur accorde beaucoup de temps de rétroaction (formelle et informelle par les gestionnaires) ; • ils sont ouverts à la discussion ; • ils aiment être évalués en profondeur. <p>Niveau de correspondance : élevé</p>	<p>Très peu de gestionnaires ont parlé de besoins d'adaptation importants. Néanmoins, parmi ceux-ci, retenons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation ne devrait pas se faire seulement entre un jeune et son supérieur immédiat, mais si possible avec d'autres membres de la direction ; • l'évaluation devrait tenir compte de la participation de l'individu au sein de son équipe ; • il serait intéressant d'ajuster les attentes concernant le travail en fonction de l'âge et de l'expérience. <p>Besoins d'adaptation : amélioration continue</p>
LA GESTION DE L'IMPLICATION	<p>Une majorité de gestionnaires croient que les pratiques de gestion de l'implication sont adaptées aux jeunes de la nouvelle génération. Pour soutenir leurs propos, les interviewés ont dit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • que leurs façons de faire étaient axées sur la participation de tous ; • que les jeunes pouvaient s'exprimer et qu'ils avaient une influence sur les enjeux ; • que la communication était en général ouverte ; • que les gestionnaires transmettaient continuellement de l'information aux jeunes ; • utiliser davantage les technologies de l'information tel le courriel comme moyen de communication ; • que l'information nécessaire au nouveau est accessible par l'intranet ; • qu'ils favorisaient une approche de reconnaissance non monétaire. <p>Niveau de correspondance : élevé</p>	<p>Seulement quelques répondants ont suggéré des besoins d'adaptation à l'égard de la gestion de l'implication. Parmi leurs suggestions, soulignons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire participer davantage les jeunes par le biais de présentations des résultats de leurs travaux et d'autres activités similaires (mentorat inversé) <p>Besoins d'adaptation : amélioration continue</p>
LA GESTION DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL	<p>Dans une moindre proportion, les répondants ont dit que la gestion actuelle du développement professionnel convenait aux jeunes de la génération Internet, et ce, pour diverses raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les jeunes sont soutenus dans la 	<p>Seul un gestionnaire a avancé quelques hypothèses d'amélioration concernant la gestion du développement professionnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • développer davantage les possibilités d'avancement de carrière ; • le statut de travailleur précaire nuirait à leur développement professionnel,

	CORRESPONDANCE DES PRATIQUES ACTUELLES DE GESTION AUX BESOINS DES TRAVAILLEURS DE LA GÉNÉRATION INTERNET (TRÈS ÉLEVÉ, ÉLEVÉ, FAIBLE, TRÈS FAIBLE)	BESOINS D'ADAPTATION (AUCUN, DE TYPE AMÉLIORATION CONTINUE, DE TYPE CHANGEMENTS IMPORTANTS)
	<p>poursuite de leur formation ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • les frais de scolarité sont parfois couverts par le Ministère ; • ils savent que la poursuite de leur formation leur permettra d'occuper ultimement d'autres fonctions. <p>Niveau de correspondance : faible</p>	<p>freinant leurs possibilités d'avancement ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • il faudrait lier davantage le rendement à l'avancement professionnel et à la stabilité d'emploi. <p>Besoins d'adaptation : amélioration continue</p>
LA GESTION DES CONFLITS	<p>Une majorité de gestionnaires ont soutenu que l'approche de gestion des conflits semblait convenir aux jeunes. Les raisons les plus souvent avancées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • que le gestionnaire agit de façon à prévenir les conflits ; • que le gestionnaire gère les inquiétudes des jeunes qui sont souvent liées à leur statut précaire ; • que le gestionnaire croit que c'est son devoir d'accompagner et de soutenir un jeune en situation de difficulté. <p>Niveau de correspondance : élevé</p>	<p>Dans l'ensemble, les participants n'avaient pas d'idées concernant des améliorations possibles à l'égard de la gestion des conflits. Des gestionnaires ont soutenu que, selon eux, les conflits étaient davantage liés à des personnalités divergentes qu'au facteur de l'âge.</p> <p>Besoins d'adaptation : aucun changement</p>