



**Diplôme Universitaire  
Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice)  
en EHPAD et en SSIAD**

**Promotion 2020**

**Les Agents de Service Hospitalier  
« Faisant Fonction d'Aide-Soignant »  
en EHPAD**

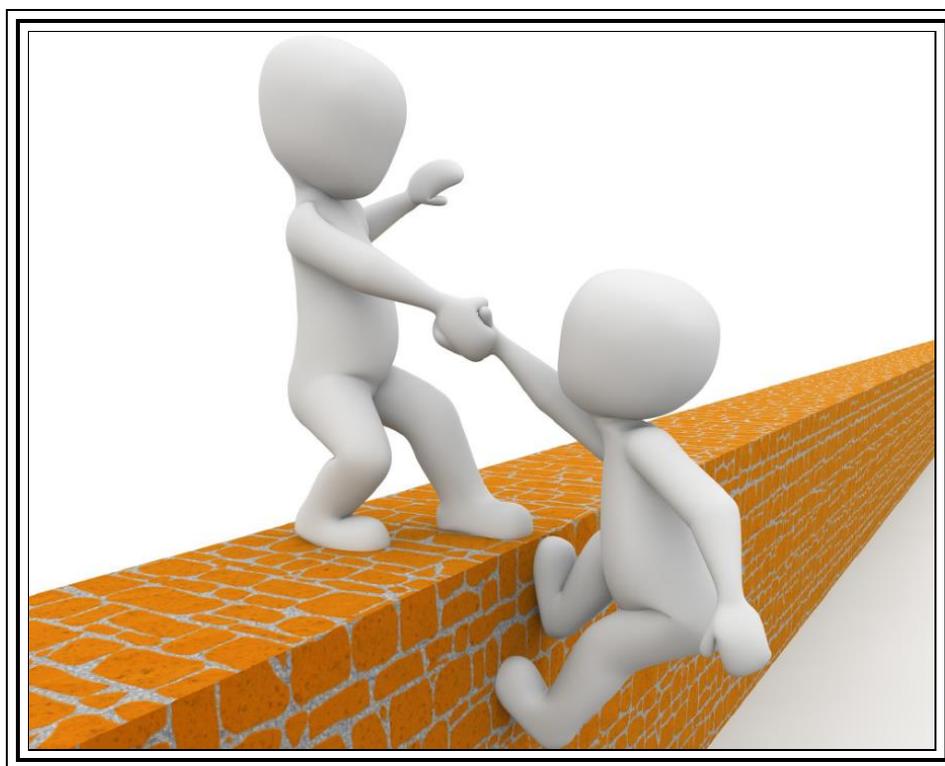
**Quel rôle et quel défi pour l'IDEC  
dans le processus d'accompagnement ?**

Mémoire de Diplôme Universitaire, présenté par :

**Laetitia BOURGEOIS  
Fabienne DUPUY  
Marie-Ange LANNAUD  
Elsa MENAGER**

Sous la direction  
**Madame Brigitte Feuillebois**

**Les Agents de Service Hospitalier  
« Faisant Fonction d'Aide-Soignant »  
en EHPAD**



**Quel rôle et quel défi pour l'IDEC dans le  
processus d'accompagnement ?**

**« Les crises favorisent les interrogations, stimulent les prises de conscience, les recherches de solutions nouvelles et dans ce sens aident les forces génératrices (créatrices) et régénératrices sommeillant dans l'être individuel comme dans l'être social ».**

Edgar Morin, « La méthode Ethique »,

Points Essais, Seuil, 2004, p 104

# REMERCIEMENTS

Nous remercions Madame Brigitte Feuillebois notre responsable pédagogique pour ses éclairages théoriques rigoureux, et la permanence de son regard bienveillant tout au long de ce travail collectif.

Nos chaleureux remerciements aux IDEC qui malgré leur quotidien professionnel particulièrement chargé, et d'autant plus en ces temps d'extrêmes tensions dus à la crise sanitaire se sont rendus disponibles pour répondre au questionnaire.

Nos pensées également envers les aides-soignants(es) qui transmettent par voie tutorielle ou par compagnonnage le cœur de leur métier, à celles et ceux qui veulent bien prendre la relève.

Toutes nos sincères pensées d'encouragement aux « faisant fonction », qui par leur présence humaine et leurs actes professionnels dans les EHPAD contribuent à la continuité des soins, et du soin, en tant qu'il constitue une relation à l'autre.

# SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES RENCONTRES.....	4
INTRODUCTION .....	5
PRESENTATION DU GROUPE .....	7
PREMIERE PARTIE – EXPLORATION DU SUJET.....	8
A. Repères pour situer le cadre des ressources soignantes en EHPAD.....	8
1) Répartition du personnel en EHPAD .....	8
2) Financement des personnels en EHPAD .....	10
3) Réglementation.....	11
B. Modalités et conditions pour la continuité des soins .....	13
1) Recrutement : Etape sélective .....	13
2) Compétences : Identification des profils.....	16
3) Accueil et Intégration : Démarche d’encadrement.....	17
4) Tutorat : Levier pour le suivi du projet de soins personnalisé .....	19
C. Des ressources humaines disponibles à la qualité des soins : un enjeu managérial .....	20
1) Problématique.....	20
2) Question de recherche.....	23
3) Hypothèses.....	24
DEUXIEME PARTIE – EXPLORATION DU SUJET DE L’ENQUETE .....	25
A. Méthodologie et limites.....	25
1) Objectifs .....	25
2) Choix de l’outil.....	25
3) Population cible.....	27
4) Difficultés rencontrées.....	27
B. Résultats, analyse et discussion .....	29
1) Analyse et interprétation des données.....	29
a) Préambule – Identification (question 1 à 5).....	29
b) Recrutement (questions 6 à 7).....	30
c) Accueil (questions 8 à 9) .....	31
d) Intégration (questions 10 à 14) .....	32
e) Suivi Post-intégration (questions 15 à 19) .....	33

f) Répercussion de la crise sanitaire (questions 20 à 21) .....	34
2) Synthèse .....	35
a) Identification du statut des professionnels interrogés .....	35
b) Éléments de réponses non exploités .....	35
c) Un quotidien professionnel à flux tendu.....	36
d) Attente des IDEC et réalité du terrain .....	36
e) COVID-19 : Quelles répercussions pour les IDEC et les faisant-fonction .....	38
f) Confrontation aux hypothèses de départ .....	38
g) Perspectives et ouverture .....	39
CONCLUSION .....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	45
ANNEXES .....	50

## LISTE DES SIGLES RENCONTRES

<b>EHPAD :</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>SSIAD :</b>	Service de Soins Infirmiers à Domicile
<b>IRCo :</b>	Infirmier Référent et Coordinateur
<b>IDEC :</b>	Infirmier Coordinateur
<b>ASH :</b>	Agent de Service Hospitalier
<b>CNSA :</b>	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
<b>ETP :</b>	Equivalent Temps Plein
<b>AS :</b>	Aide -Soignant
<b>AMP :</b>	Aide Médico-Psychologique
<b>IDE :</b>	Infirmier Diplômé d'Etat
<b>AGGIR :</b>	Autonomie Gérontologique groupe iso-ressources
<b>CPOM :</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>ARS :</b>	Agence Régionale de Santé
<b>PMP :</b>	Pathos Moyen Pondéré
<b>GMP :</b>	Gir Moyen Pondéré
<b>IFAS :</b>	Institut de Formation d'Aides-soignants
<b>CAP :</b>	Certificat d'Aptitude Professionnelle
<b>BEP :</b>	Brevet d'Etudes Professionnelles
<b>IFSI :</b>	Institut de Formation en Soins Infirmiers
<b>HAS :</b>	Haute Autorité de Santé
<b>GRH :</b>	Gestion des Ressources Humaines
<b>ANESM :</b>	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>ASG :</b>	Assistant de Soins en Gérontologie
<b>DREES :</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>COVID-19 :</b>	Coronavirus Disease en anglais - traduction maladie du coronavirus

Nous avons choisi par facilité d'utiliser les vocables au masculin. Il convient donc de lire par exemple « aide-soignant » pour « aide-soignante », « infirmier » pour « infirmière ».

# INTRODUCTION

La pandémie due à la Covid 19, nous fait traverser des moments cruciaux sur le plan sanitaire et humain. Les EHPAD et leurs professionnels sont plus que jamais mis à rude épreuve dans leurs missions premières quant aux personnes accueillies, exposées à des risques majeurs, compte tenu de leurs fragilités et leurs vulnérabilités.

Dans cette configuration, ce mémoire se propose d'apporter une meilleure visibilité sur une catégorie de professionnels insuffisamment connue et reconnue, à savoir, les agents de service hospitalier nommés ASH sur des postes de soins, souvent désignés sous la dénomination de « faisant fonction d'aide-soignant ». La mise en relief concernera également le rôle qui incombe aux IDEC quant à l'accompagnement de ces salariés.

En EHPAD, par désertification professionnelle, particulièrement en aides-soignants, les gouvernances sont dans l'obligation d'embaucher des salariés qui peuvent n'avoir, ni qualification, ni expérience en soins et accompagnement de base, auprès de nos aînés.

« Dans le monde du travail, « faire fonction » peut se définir comme l'exercice régulier des fonctions professionnelles habituellement associées à un titre, alors qu'on ne détient pas ce titre. A la différence d'un simple « glissement de tâches », faire fonction conduit à prendre en charge le rôle entier d'une profession et dans un cadre institutionnel ».<sup>1</sup>

Les ASH faisant-fonction sont donc comptabilisés dans les effectifs, sans pour autant, bénéficier d'un statut bien défini entre hébergement et soin, ainsi que d'une garantie d'une professionnalisation.

Trois constats issus des rapports El Khomri<sup>2</sup> et Libault<sup>3</sup> nous interpellent :

Le premier est celui « de forts besoins en recrutement dans les métiers du grand âge »<sup>4</sup> ; le second évoque une population vieillissante et en perte d'autonomie avec « 1,387 millions de

---

<sup>1</sup><https://halshs.archives-ouvertes.fr> Anne-Marie Arborio, « les « faisant fonction » d'aide-soignante face à la validation des acquis de l'expérience (VAE) : au risque de l'invalidation par d'autres professionnels ». 6 Sept 2019. p.2

<sup>2</sup> Grand Age et Autonomie-Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du Grand Age 2020-2024 Rapport remis à la ministre des Solidarités et de la santé Etabli par Mme Myriam El Khomri Octobre 2019.

<sup>3</sup> Rapport Libault Concertation Grand âge et autonomie. Mars 2019.

<sup>4</sup> Rapport El Khomri Principaux constats-De forts besoins en recrutement dans les métiers du grand âge. p.11

personnes à ce jour à 1,479 million dans cinq ans, 93 000 postes supplémentaires devront être créés dans les cinq prochaines années »<sup>5</sup>.

Le troisième constat porte sur « une attente forte d'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement ».<sup>6</sup> Les concertations mettant en relief que « la première nécessité pour demain est d'assurer auprès des personnes fragilisées par le grand âge la présence suffisante de professionnels qualifiés, fiers de leurs métiers, dans une relation d'accompagnement non seulement technique mais aussi humaine ».<sup>7</sup>

Notre problématique s'appuyant à la fois sur des données bibliographiques et de terrain, met l'accent sur un contexte à flux tendu pour l'IDEC, puisqu'il s'agit de recruter au plus vite, des compétences potentielles, afin d'assurer sur le terrain et dans un temps limité, la continuité des soins tout en étant garante de la sécurité et de la qualité. Une responsabilité éthico-managériale pour l'IDEC, qui doit certes remplir les plannings, mais peut-être pas à n'importe quelle condition.

En ce sens, en quoi la fonction de coordination de l'IDEC va-t-elle garantir une telle continuité et qualité de soins dispensés par des salariés inexpérimentés ?

Cette question centrale, nous a conduit à poser des hypothèses : l'implication indispensable de l'IDEC dans le transfert de compétences ; de son rôle majeur dans tout le processus d'accompagnement professionnel des faisant fonction ; et d'un devoir de vigilance, associé d'action en conséquence, devant un potentiel risque pour la qualité des soins.

En première partie, il s'agira d'un aperçu des logiques financières, des ressources humaines et de la réglementation en vigueur. Nous proposons ensuite un ensemble de conditions managériales comme les compétences et le tutorat, entre autres, comme éléments favorisant la continuité et la qualité des soins.

La seconde partie, sera consacrée à une enquête réalisée auprès de collègues IDEC, à la suite de laquelle nous présenterons l'analyse des données, suivie d'une discussion autour de deux axes : réalité de terrain et coordination des compétences dans un contexte de pénurie. Enfin, nous verrons si les résultats de l'enquête valident ou invalident nos hypothèses, et quelles pistes d'amélioration nous proposons.

---

<sup>5</sup>Ibid p.11

<sup>6</sup> Rapport Libault Concertation Grand âge et autonomie. Partie constats et enjeux. Mars 2019. p. 23

<sup>7</sup>Ibid. p. 14

## **PRESENTATION DU GROUPE**

Notre groupe est constitué de quatre infirmières : Laetitia Bourgeois est IDEC en SSIAD à Paris ; Fabienne Dupuy est infirmière libérale à Nice ; Marie-Ange Lannaud a été IDEC dans un réseau de soins palliatifs intervenant en EHPAD dans la région Parisienne, Elsa Ménager fait faisant -fonction de cadre de santé dans un EHPAD public en Eure et Loir.

Suite à une concertation collective avec la mise en exergue de nos vécus professionnels nous ayant mis en présence de personnels non diplômés, et peu ou pas expérimentés avec les problématiques que cela sous-tend, nous avons choisi de cibler notre recherche en direction des « faisant-fonction » aides-soignants(es) en EHPAD. Ces établissements étant bon nombre à compter ces personnes dans leurs effectifs. Nous avons ensuite retenu la situation d'appel de l'une de nous, situation qui nous paraissait la plus emblématique pour explorer ce sujet.

# PREMIERE PARTIE – EXPLORATION DU SUJET

## A. Repères pour situer le cadre des ressources soignantes en EHPAD

Il convient dans un premier temps de différencier les statuts juridiques des EHPAD du territoire. On recense selon le rapport du CNSA sur la situation des EHPAD en 2017, « 6 992 EHPAD tarifés en 2017, 42 % d'entre eux sont publics, près d'un tiers sont privés non lucratifs et un quart sont privés commerciaux. 49 % des places en hébergement permanent sont regroupées dans les EHPAD publics, 29 % dans les EHPAD non lucratifs et 22 % dans les EHPAD commerciaux ».<sup>8</sup> Toujours selon le rapport du CNSA, la majorité des EHPAD ont une capacité d'accueil de places permanentes « entre 60 et 99, quel que soit leur statut ».  
(Cf Annexe 1)

### 1) Répartition du personnel en EHPAD

#### • **Etat des lieux**

- Plus de la moitié des personnels salariés ou extérieurs soit 52,4 % est dédiée aux soins directement auprès des résidents.
  - La grande majorité des ETP en EHPAD est occupée par des AS, AMP et accompagnants éducatifs et sociaux à hauteur de 41,5%.
  - Les IDE représentent près de 11 %, bien souvent l'IDEC est inclus dans ces effectifs.
  - 1,3 % regroupe les différents auxiliaires médicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, pédicure) et à peine 1 % pour les psychologues et neuropsychologues.
  - Le corps médical ne représente que 1,2 % des ETP, médecin, médecin coordinateur et pharmacien confondus.
  - Les agents des services, dédiés à l'aide au repas, à la blanchisserie, et au service intérieur d'entretien représentent quant à eux 31,2 %.
  - Le personnel des services logistiques, techniques et cuisines représente 6,6 %.
  - Les agents dédiés à la direction et à l'administration représentent 4,6 %.
- Enfin les services sociaux et l'animation représentent 1,8 %. (Cf Annexe 2)

---

<sup>8</sup> Rapport CNSA La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des EHPAD et de la prise en charge des résidents. Mise à jour Avril 2019.

- **Outils PATHOS ET AGGIR**

Mises en œuvre progressivement depuis Janvier 2018 sur une période de 5 ans, les conventions tripartites, signées entre les établissements, les conseils départementaux et les ARS sont remplacées par les contrats pluriannuels d'objectif et de moyens<sup>9</sup> (CPOM)

Le contrat définit en autres les quotas de personnel en équivalent temps plein en s'appuyant sur la charge en soin requis pour les personnels médicaux, paramédicaux tel qu'IDE, et auxiliaires médicaux.

L'outil PATHOS<sup>10</sup> permet d'objectiver médicalement par une « coupe photographique », réactualisée tous les 5 ans au minimum, la charge en soins. Cette évaluation validée par l'ARS détermine le Pathos Moyen Pondéré (PMP). La valeur du PMP définit par une équation tarifaire le forfait soins. Ce forfait soins est pris en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation globale.

L'outil AGGIR<sup>11</sup> estime le niveau de perte d'autonomie, de dépendance d'un résident. La moyenne au sein de l'établissement pour l'ensemble de la population accueillie est représentée par le Gir Moyen Pondéré (GMP). Celui-ci entre, lui aussi, directement dans le système de financement des établissements. Plus la valeur du GMP est élevé, plus le niveau de dépendance est élevé et plus l'établissement pourra bénéficier d'un forfait dépendance conséquent alloué par les départements, afin de déterminer les quotas en équivalent temps plein de personnel pour une période de 5 ans.

- **Taux d'Encadrement**

Le taux d'encadrement correspond au pourcentage des effectifs en personnel en ETP pour 100 places d'hébergement. Ce taux d'encadrement médian était de 63,3% en 2017, soit 0,4 % supérieur à l'année précédente. « En 2006, le plan Solidarité-Grand âge préconisait de passer de 57 à 65 ETP pour 100 résidents ».

---

<sup>9</sup> : Création des CPOM Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens par la loi n°2002-2 du 02 Janvier 2002, introduit à l'article L 313-11 dans le code de l'action sociale et des familles CASF.

<sup>10</sup> : PATHOS : Modèle qui détermine le niveau de soins médicaux requis pour un résident au regard de ses pathologies somatiques et psychiatriques. Evaluation par les médecins coordonnateurs.

<sup>11</sup> AGGIR : Grille AGGIR outil de référence national pour évaluer le degré de dépendance des personnes âgées. Classement selon des groupes Iso ressources de 1 à 6. Gestion par le CNSA.

« Comme pour le taux d'encadrement infirmier, plus les valeurs moyennes de PMP et GMP sont élevées, plus le taux d'encadrement médian des aides-soignants, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux est fort »<sup>12</sup>.

## **2) Financement des personnels en EHPAD**

Le financement des EHPAD qu'ils soient du secteur public ou privé, repose sur trois sources de financement. (Cf Annexe 3)

- **Le budget « SOINS »** qui est intégralement supporté par l'assurance maladie et prend en charge le financement du personnel soignant et des équipements médicaux. Les IDE, les médecins, rééducateurs ainsi qu'une partie des AS sont financés par ce forfait soins. L'Etat alloue un budget soins qui repose sur une équation tarifaire en lien avec le niveau de perte d'autonomie et les besoins en soins requis définis par les outils AGGIR et PATHOS. Ce forfait comprend les soins de base dit de nursing, d'hygiène et de confort ainsi que les soins techniques liés aux pathologies somatiques et psychiatriques.
- **Le budget « DEPENDANCE »** est pris en charge majoritairement par le département et pour une part par les résidents. Ce forfait dépendance qui s'appuie sur le niveau de dépendance moyen de l'établissement (GMP) des résidents accueillis au sein de la structure permet de prendre en charge les frais liés à l'aide, à la surveillance et à l'assistance du résident dans les actes de la vie quotidienne en perte d'autonomie. Il regroupe l'ensemble des prestations qui ne sont pas en lien direct avec le soin médical. Les aides-soignantes en grande partie, les aides médico-psychologiques, les psychologues sont financés par ce forfait.
- **Le budget « HEBERGEMENT »** reste à la charge du résident et inclus tous les frais en lien avec les services de restauration, d'hôtellerie, d'animation, de logistique et de direction. Il s'agit d'un forfait libre fixé par les établissements, qui diffère selon le niveau de prestations proposé, la localisation de l'établissement, les locaux. Le résident peut selon ses ressources bénéficier d'aides sociales à l'hébergement.

---

<sup>12</sup> : Rapport CNSA La situation des EHPAD en 2017. Ressources Humaine-Répartition du personnel - Taux d'encadrement Sources ERRD 2017. Mise à jour Avril 2019

### **3) Réglementation**

Afin d'éviter une description trop prolixe et dans un souci de synthèse, nous ne citerons dans ce paragraphe uniquement la réglementation en lien avec les fonctions d'ASH et d'IDEC.

- **Les ASH**

Actuellement pour occuper un poste d'agent de service hospitalier, cela ne nécessite aucun diplôme particulier au niveau réglementaire.

Le décret du 3 Août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des ASH de la fonction publique hospitalière (FHP) stipule que « les agents des services hospitaliers qualifiés sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Ils effectuent également les travaux que nécessite la prophylaxie des maladies contagieuses et assurent, à ce titre, la désinfection des locaux, des vêtements et du matériel et concourent au maintien de l'hygiène hospitalière »<sup>13</sup>.

Alors que le code de la Santé publique prévoit que "lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation"<sup>14</sup>, les ASH ne figurent pas dans les catégories d'agents susceptibles de collaborer avec les infirmiers.

Au quotidien, et sur le terrain, il semble que la réglementation qui régit l'activité des ASH et des auxiliaires de vie ne soit pas aussi claire, si nous nous en tenons aux propos suivants « les auxiliaires de vie et les agents de service hospitaliers ont souvent des fonctions proches ; il reste, pour les ASH que par glissement de tâches, une partie importante d'entre eux assurent des fonctions d'AS/AMP, et pour les autres, sont sur des missions d'hôtellerie ». <sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> <https://www.légifrance.gouv.fr> Décret n°2007-1188 du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignantes et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction hospitalière. Article 4

<sup>14</sup> <https://www.légifrance.gouv.fr> Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux exercices de la profession infirmier. Section 1 Actes professionnels Article R.4311-4

<sup>15</sup> CNDEPAH, conférence Nationale des Directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées, « Les effectifs soignants en EHPAD : états des lieux et perspectives ». Déc.2019. p.4

- **L'IDEC**

L'IDEC a un rôle primordial dans l'accompagnement des ASH. Cependant, à la différence des IDE, dont le statut est régi par le code de la santé publique<sup>16</sup>, il ne jouit d'aucune reconnaissance légale à ce jour.

La Fédération française des IDEC (FFIDE) créée en 2016 « a pour ambition ...d'être une structure de réflexion, de concertation, de formation et d'intégrer, à ce titre, les instances de concertation...de représenter le plus grand nombre d'IDEC en France et d'être dès lors l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics sur le plan national comme local afin d'avancer sur des questions aussi essentielles que le statut, les missions et la formation d'IDEC »<sup>17</sup>

Le diplôme universitaire IRCO proposé par l'Université Paris Descartes créée en 2013 participe à la formation et par de là, à une forme de reconnaissance des IDEC. L'infirmière coordinatrice en EHPAD nécessite une connaissance approfondie dans le domaine de la gériatrie, ainsi que des aptitudes et compétences en management et la conduite de projet.

En 2009 le diplôme d'État d'infirmier est un diplôme reconnu de niveau II de grade licence. Depuis le 27 Novembre 2016, un code de déontologie a été créé pour la profession infirmière. Faute de réglementation spécifique sur les IDEC nous nous concentrons sur celle dédiée aux IDE pour appuyer le rôle de l'IDEC dans l'organisation des soins. « L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation. »<sup>18</sup> L'IDE peut déléguer des soins relevant de son rôle propre à la condition qu'il se soit assuré des compétences de ses collaborateurs en la matière.

Les professions d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique sont donc les seules habilitées réglementairement pour assurer les soins d'hygiène du rôle propre des résidents en EHPAD. « 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. »<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> Décret du 29 Juillet 2004 Faisant suite au décret de compétences 2002-194 du 11 Février 2002.

<sup>17</sup> [www.trilogie-santé.com](http://www.trilogie-santé.com) FFIDE article du 30 Juin 2020

<sup>18</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/decrets/2004-804> Relatif à la profession infirmière Section 1 Actes professionnels Article R 4311-1

<sup>19</sup> Code de la Santé Publique Arrêté du 22 Octobre 2005 relatif à la profession d'aide-soignant Annexe 1 Référentiel de formation Article 4311-5

## B. Modalités et conditions pour la continuité des soins

### 1) Recrutement : Etape sélective

- **Processus du recrutement**

Pierre Louart définit le recrutement « comme le processus qui consiste à choisir entre divers candidats en vue d'un poste de travail qu'on a jugé utile de créer, de maintenir ou de transformer ». <sup>20</sup>

Le directeur de la structure est le responsable et détient l'autorité pour nommer et embaucher le personnel paramédical. Il définit sa politique de recrutement et bien souvent délègue la mission du recrutement au responsable des ressources humaines, au cadre de santé référent ou à l'IDEC.

Le process de recrutement repose sur des **grandes étapes décrites** par Sylvie Ouazan dans son mémoire sur les enjeux du recrutement. <sup>21</sup>

- « **L'identification et la spécialisation du besoin** » en personnels en se référant aux effectifs alloués par les CPOM, au taux d'absentéisme très élevé en EHPAD et au turn-over important des personnels. La détermination de la charge de travail par l'IDEC est un élément majeur pour objectiver le besoin en personnel, « de qui a-t-on besoin et pour quoi faire ? ».
- « **La détermination des profils de poste et de fonction** » concernant les soins liés à la dépendance et à l'aide relatifs aux actes de la vie quotidienne permet de préciser les compétences requises pour le poste. Les postes d'aide-soignant sont alors les plus recherchés en EHPAD. L'IDEC sera en charge de rédiger les fiches de poste et de fonction, outils essentiels au recrutement, sur lesquelles il s'appuiera pour déterminer et choisir objectivement le meilleur candidat.

---

<sup>20</sup> / Pierre Louart « Gestion des ressources Humaines » Edition Eyrolles, 1991.

<sup>21</sup> Sylvie Ouazon Directeur des soins Mémoire de l'Ecole National de la Santé Publique 2002 « Le recrutement un enjeu stratégique pour l'hôpital » Première partie 3 .2.1 Les étapes de la procédure de recrutement, p 20 et 21.

- « **La procédure de sélection** » définit par la direction en collaboration avec l'IDEC, permet d'objectiver les modalités de tri des candidatures, après lecture des curriculum vitae et des lettres de motivation.

Une fois cette première sélection, il convient de procéder à un entretien de recrutement bien souvent réalisé par les IDEC en collaboration directe ou indirecte avec la direction. Cette étape permet de mettre en lumière l'adéquation entre le profil du candidat et le profil du poste. Il s'agit d'un temps d'échange primordial qui permet de percevoir le potentiel du candidat, ses aptitudes, ses connaissances, ses compétences et de revenir sur son expérience passée et ses projets professionnels à venir.

- **D'autres qualifications possibles**

Concernant notre sujet, un agent de service hospitalier fera la différence selon son expérience et ses formations réalisées lors de ces précédents emplois ou durant son cursus d'apprentissage. Si l'agent ne détient pas de diplôme de professionnel de santé réglementé par le code de la santé publique, il peut néanmoins présenter certaines qualifications obtenues lors d'un cursus de formation tels que les baccalauréats professionnels ou les diplômes dans le secteur de l'aide à la personne.

Le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES) qui résulte de la fusion entre les diplômes d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), et d'aide médico-psychologique (DEAMP) est accessible sans le baccalauréat et propose un enseignement de base pour intervenir auprès d'un public « dont la situation nécessite une aide pour le maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social »<sup>22</sup>. Le référentiel « comporte un module à dimension sanitaire sur l'accompagnement aux soins d'hygiène »<sup>23</sup>. Des certifications de qualifications professionnelles telles que « assistante de vie dépendance » restent également recherchées.

Ces formations en alternance ou non avec stage sont également un gage d'engagement du postulant qui démontrent sa motivation à se former pour travailler auprès des personnes âgées. L'IDEC appréciera alors les qualités humaines et relationnelles du candidat.

---

<sup>22</sup> Site internet [www.cned.fr](http://www.cned.fr) Fiche métier Accompagnement éducatif et social

<sup>23</sup> Rapport El Khomri Octobre 2019 Chapitre Diagnostic – 2.2.1 Des travaux de rénovation des diplômes p 42

- **Difficulté de recrutement**

Les métiers du grand âge peu attractifs peinent à recruter, les causes multifactorielles seront exposées dans le chapitre problématique. Preuve en est « la baisse de 25 % de 2012 à 2017 des candidatures au concours d'accès en institut de formation d'aide-soignant. »<sup>24</sup>.

Les IFAS ayant des difficultés à combler leur place dans les promotions d'élèves aides-soignants, il y a donc par conséquent moins d'aides-soignants diplômés sur le marché de l'emploi. Cette faible attractivité, outre les conditions de travail difficiles, peut également s'expliquer par un accroissement du niveau d'étude des postulants.

La suppression de certaines filières type CAP ou BEP qui permettaient d'intégrer un IFAS ont été remplacées par une filière en baccalauréat professionnel. Ainsi depuis 2011, le BEP carrière sanitaire et sociale est remplacé par le baccalauréat ASSP spécialisé en accompagnement, soins et services à la personne. Les jeunes bacheliers sont alors orientés sur Parcoursup<sup>25</sup> et ont la possibilité d'entrée directement en IFSI au détriment des IFAS.

Dans ce contexte difficile, fragilisé par des taux d'absentéisme et un turn-over très élevés dans les structures, les établissements ne parviennent pas à embaucher faute de candidature aides-soignants. Les établissements en arrivent donc à embaucher des agents de service hospitalier à l'origine dédiés à l'hébergement, avec ou sans qualification sur des postes d'aides-soignants en lien avec la dépendance, pour pallier à cette carence.

D'autre part, rappelons que le recours à l'embauche d'ASH peu ou pas qualifié sur des postes de soins reste également contraint et imposé par les conventions tripartites devenues CPOM qui définissent et imposent un ratio entre les AS et ASH, comme le souligne un directeur des soins interrogé par Marielle Gallouet dans ses travaux universitaires ; «... sur le médico-social, la convention tripartite avec le Conseil Régional, l'ARS et nous (l'EHPAD), nous impose 33% de personnel non qualifié dans les postes d'accompagnement. De fait, ces personnels non qualifiés font partie de nos effectifs ». <sup>26</sup> Ceci reste une constante à proportion peu variable quel que soit le statut de l'établissement.

---

<sup>24</sup> Rapport El Khomri Octobre 2019 Chapitre Diagnostic - 1.2.2 Des inscriptions aux concours en baisse, reflets du manque d'attractivité de ces métiers. p 36

<sup>25</sup> Parcoursup : Selon le site de l'ONISEP consulté en Octobre 2020 : Plateforme nationale via internet de préinscription en première année de l'enseignement supérieur en France. Concernent les lycéens ou étudiants y compris les apprentis.

<sup>26</sup> Murielle Gallouet DU 2017/2019 Université Angers Mémoire « L'action de formation en situation de travail, un levier pour prendre soins des salariés peu ou pas qualifiés – l'exemple de faisant fonction » p 25.

## **2) Compétences : Identification des profils**

Dans son rapport d'étude, l'HAS rappelle que « la compétence des professionnels de santé est déterminante pour la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients ».<sup>27</sup>

La Commission Européenne propose la définition suivante « la compétence est définie comme l'ensemble de caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse dans sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide ».<sup>28</sup>

Par ailleurs, « un professionnel « est » compétent non seulement s'il possède « des » compétences, mais s'il sait avec elles créer des combinaisons de ressources qui lui permettent de gérer avec pertinence des situations professionnelles ».<sup>29</sup>

### **• Les aides-soignants**

En termes de compétences attendues, nous citerons principalement :

Outre des capacités d'écoute et d'empathie, le professionnel doit faire preuve de respect envers la personne soignée et ses proches. Il saura réactualiser ses connaissances théoriques et techniques. Il fera preuve de rigueur et de réflexion concernant ses actes qu'ils soient de nature technique ou relationnel.<sup>30</sup> De plus, l'aide-soignant doit être en mesure de « rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins » et savoir « organiser son travail au sein d'une équipe pluri-professionnelle ».<sup>31</sup>

### **• Les ASH**

Il est attendu de ces professionnels<sup>32</sup> :

Des qualités techniques notamment pour les tâches ménagères, accompagnées de rigueur et d'un sens de l'organisation dans l'application des protocoles.

A ces compétences techniques, des compétences humaines sont requises et nécessaires comme :

---

<sup>27</sup> HAS Rapport d'étude Evaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé. Novembre 2015. p.5

<sup>28</sup> Définition issue de la Commission européenne de 1996, citée dans le Rapport HAS. p.5

<sup>29</sup> Ibid. Le Boterf. p.6

<sup>30</sup> IFSI-IFAS groupe hospitalier Saint Vincent, Strasbourg

<sup>31</sup> Référentiel de compétences de l'aide-soignant 8 novembre 2009. Annexe V de l'arrêté du 25 janvier 2005. Unité 7 et 8

<sup>32</sup> <https://www.mip-louhans.asso.fr> Agent des services hospitaliers ASH Document réalisé par la Mission d'Information Professionnelle de Louhans. Avril 2012, éléments mis à jour en 2015

Le sens des responsabilités ; une adaptabilité au changement ; le sens du contact associé à une capacité d'écoute, ainsi qu'un esprit d'équipe. Il est également question de faire preuve d'une « aptitude à prendre des initiatives, et autonomie sur le poste »<sup>33</sup>.

Si nous ramenons la question des professionnels et des compétences en établissement gérontologique, deux auteurs font le constat suivant :

« L'axe compétence montre que les salariés constituent la principale valeur ajoutée de la qualité du service à la personne âgée. Afin de les mobiliser et développer leurs compétences, il paraît indispensable d'agir, d'une part sur la mobilisation en redynamisant les équipes de travail, et d'autre part, sur la professionnalisation en activant les leviers de GRH. Néanmoins, certains freins externes et internes laissent encore peu de liberté en termes d'actions managériales »<sup>34</sup>.

### **3) Accueil et Intégration : Démarche d'encadrement**

#### **Accueillir et intégrer dans un contexte de travail médico-social**

En 2008, l'ANESM et dans le cadre de l'adaptation à l'emploi, éditait ses recommandations sur les stratégies à adopter par les professionnels, dans le but d'offrir aux populations accompagnées des pratiques professionnelles adaptées, différenciées et bienveillantes. Pour ce faire, l'ANESM recommande de :

- « Faciliter la prise de fonction, l'exercice professionnel dans la durée et les changements d'emploi au sein du secteur social et médico-social »<sup>35</sup>

Et de prévoir :

- « Une phase d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels »<sup>36</sup> .

L'accent étant mis sur la notion primordiale de l'information et ce, dès l'accueil avec notamment présentation de l'équipe, du service et des valeurs portées par la structure.

Toujours dans les recommandations de l'ANESM au chapitre « management d'équipe et l'organisation »<sup>37</sup>, résumons le processus d'intégration :

- Organisation de l'accompagnement du nouvel arrivant

---

<sup>33</sup> *Ibid.*, p.2

<sup>34</sup> <https://www.cairn.info> Jean-Yves Duyck et Natacha Pijoan, « Enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes », revue *Gérontologie*, 2010/4 vol 3/n° 135, p. 187 à 211. Paragraphe 69

<sup>35</sup> ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », Juin 2008. p 10

<sup>36</sup> *Ibid.* p 18

<sup>37</sup> *Ibid.* P 19

- Identification d'un référent
- Mise en place de l'accompagnement par un pair disponible
- Organisation du travail en doublon débutant/expérimenté

Par ailleurs, « Dans le cadre du travail d'équipe, veiller tout particulièrement à... »<sup>38</sup> nous retenons la recommandation suivante qui est de :

« Poser des espaces de concertation et d'échanges interdisciplinaires contribuant à une connaissance réciproque du travail et des savoirs, théoriques et pratiques, de chacun »<sup>39</sup>

Référons-nous maintenant aux travaux de Ramondou Orane, qui nous dit que « l'intégration d'un nouveau salarié peut être associée à une période d'apprentissage et de familiarisation à la nouvelle structure. Elle renvoie au concept de socialisation organisationnelle, c'est-à-dire à l'apprentissage de son rôle au sein de l'entreprise »<sup>40</sup>.

L'IDEC dans sa fonction managériale a donc un rôle fondamental dans ce processus d'accompagnement, et qui par ailleurs, ne peut se concrétiser également que par la mobilisation des pairs. Un processus où plusieurs niveaux vont s'imbriquer.

- « Au niveau relationnel, le manager favorisera la communication et la coopération afin d'intégrer les nouveaux membres de l'équipe.
- Au niveau organisationnel, le manager doit poser des règles, planifier et déterminer les résultats.
- Au niveau du contrôle et de la régulation, le manager doit-être vigilant aux compétences et doit pouvoir réajuster en cas de manque de connaissances »<sup>41</sup>.

Les recommandations de l'ANESM et le mémoire cité ci-dessus, mentionnent que ces dispositifs peuvent être formalisés ou non. Par formalisation, nous comprenons, un ensemble de dispositions systématiques telles que : livret d'accueil avec repères de base sur la structure et son fonctionnement ; des temps dédiés pour le nouveau salarié à son arrivée et en suivi à la fois par un soignant expérimenté et l'équipe ; un mode d'accompagnement et d'apprentissage différencié que l'on nommera compagnonnage ou tutorat.

---

<sup>38</sup> Ibid. p 20

<sup>39</sup> Ibid. p 20

<sup>40</sup> RAMONDOU Orane, « Le dispositif d'intégration des nouveaux salariés a-t-il une incidence sur la qualité de prise en charge des résidents en EHPAD ? », mémoire MASTER Management sectoriel 2017-2018 UNIVERSITE de LILLE, p.15

<sup>41</sup> Ibid. p 25

## **4) Tutorat : Levier pour le suivi du projet de soins personnalisé**

- **Le tutorat**

Considéré comme un outil d'intégration et de transfert de compétences, le tutorat apparaît notamment dans la Loi du 4 mai 2004 relative à la formation tout au long de la vie professionnelle. Ainsi, cette loi « reconnaît que des salariés expérimentés puissent être choisis comme tuteurs, afin de favoriser un partage de compétences au sein de l'entreprise entre différents collectifs de travail, jeunes et seniors, personnes qualifiées et en recherche de qualification ».<sup>42</sup> Pour l'Accord national interprofessionnel, la fonction tutorale a pour objet de « contribuer à l'acquisition de connaissances, de compétences et d'aptitudes professionnelles par le salarié concerné, au travers d'actions de formation en situation professionnelle ».<sup>43</sup>

La méthode du tutorat repose sur « un apprentissage des tâches couplé avec une formation théorique suivie hors du milieu professionnel ». <sup>44</sup> C'est-à-dire une formation en alternance. Et « le dispositif revêt un caractère formalisé dans un cadre qui peut être pour tout ou en partie extérieur au cadre professionnel habituel de l'agent ».<sup>45</sup> (Cf Annexe 4)

Les fonctions du tuteur sont les suivantes <sup>46</sup>:

- « Une fonction de guidance », tuteur et tutoré élaborant ensemble un projet pré-requis-besoins.
- « Une fonction de transmission de connaissances » en articulant théorie et pratique.
- « Une fonction de socialisation et d'insertion ». Il s'agit autant de la transmission de manières d'être, d'un vocabulaire et de postures professionnelles.
- « Une fonction d'évaluation ».

Pour assurer ces fonctions, le tuteur se doit de posséder des compétences relationnelles, organisationnelles et pédagogiques.

---

<sup>42</sup> Agnès Fredy-Planchot, « Reconnaître le tutorat en entreprise », p 23, article issu des Editions Lavoisier 2207, archives-rfg.revuesonline.com. La Loi du 4 mai 2004 est citée dans l'article

<sup>43</sup> Ibid. p 24

<sup>44</sup> SNUITAM SFU, Boîte à outils, fiche « Le compagnonnage et le tutorat », 21/05/2013. Fiche complète en ANNEXES 4

<sup>45</sup> Source citée précédemment

<sup>46</sup> Lettre du CEDIP (Ministère de la transition écologique et solidaire) en lignes, « Quelques clés d'entrée pour manager le tutorat » n°9, avril 1999, p 2

- **Le compagnonnage**

« Apparu vraisemblablement au XIII<sup>ème</sup> siècle, le compagnonnage correspond à un regroupement entre gens d'un même métier (Castéra, 1998) ». <sup>47</sup>

« Cette démarche vise principalement deux objectifs : assurer la continuité des métiers et la qualification des ouvriers. Mais elle est également un état d'esprit... « il n'y a pas de science sans conscience ». <sup>48</sup>

« Le compagnonnage s'organise en interne en mobilisant uniquement des forces propres au service dans un contexte de proximité fonctionnelle », et par ailleurs, « le dispositif revêt un caractère plus ou moins formalisé dans le cadre du travail habituel de l'agent », et « le compagnon transmet son savoir, par la démonstration et son expérience, sans relation avec un centre de formation ». <sup>49</sup>

## **C. Des ressources humaines disponibles à la qualité des soins : un enjeu managérial**

### **1) Problématique**

Historiquement, les hospices, les asiles de vieillards employaient un nombre important d'agents de service, généralement des femmes qui étaient chargées de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins communs. La médicalisation progressive des établissements devenus EHPAD<sup>50</sup> de par l'accueil d'une population polypathologique, de plus en plus dépendante à l'entrée en institution, a nécessité une augmentation des besoins humains avec un accroissement du taux d'encadrement passant de 57,2 % en moyenne dans les EHPAD en 2007 à 62,8 % en 2015 <sup>51</sup>. (Cf Annexe 5)

En augmentant la prise en soins au sein des établissements, « la part du personnel le plus qualifié, paramédical et soignant, a augmenté par rapport à celle des agents de

---

<sup>47</sup> Agnès Fredy-Planchot, « Reconnaître le tutorat en entreprise », p 25, article issu des Editions Lavoisier 2007, archives-rfg.revuesonline.com

<sup>48</sup> La lettre du CEDIP (Ministère de la transition écologique et solidaire) en lignes, « Tutorat et compétences » n°22, juin 2002

<sup>49</sup> SNUITAM SFU, Boite à outils, fiche « Le compagnonnage et le tutorat », 21/05/2013. Fiche complète en annexes

<sup>50</sup> Loi n°97-60 du 24 Janvier 1997 création des EHPAD

<sup>51</sup> Rapport Libault 2019 : Taux d'encadrement pour 100 résidents Sources DRESS, Enquête EHPAD p 42

service traditionnellement plus nombreux en maison de retraite »<sup>52</sup>. Ainsi, en 2017, 41,5 % des personnels des EHPAD étaient des AS, AMP, ou ASG, soit du personnel qualifié, diplômé contre 31,2 % des ASH <sup>53</sup>.

Le Rapport EL Khomri <sup>54</sup> souligne que 68 % des soignants faisant fonction sont affectés au sein des établissements médico -sociaux sur des postes d'aides-soignants. Il est normalement interdit de faire appel à des « faisant fonction » sur des missions de soins, pourtant, faute de personnel suffisant, et de difficultés de recrutement dans le secteur, 54 % des établissements sont souvent contraints d'y avoir recours.

Assurant une fonction d'encadrement au sein d'un EHPAD public, nous sommes amenés quotidiennement à gérer la complexité des ressources humaines. L'IDEC doit savoir faire face à l'absentéisme, souvent dû à des accidents de travail et maladies professionnelles, un taux d'absentéisme très élevé dans les EHPAD bien supérieur aux autres secteurs de la santé et le double du taux d'absentéisme général des travailleurs sur le territoire tous secteurs confondus. « Les EHPAD ont le taux d'absentéisme record avec 8,9 % soit 32,5 jours moyens d'absence par salarié sur une année »<sup>55</sup>.

Les métiers du grand Âge peinent à recruter, « 81 % des EHPAD déclarent avoir des postes vacants et 82 % jugent que les difficultés de recrutement sont récurrentes »<sup>56</sup> et pour la majorité sur des poste d'aides-soignants. Le rapport de la DREES met en lumière le renouvellement du personnel fréquent dans les EHPAD, qui connaissent « un turn-over élevé, la part du personnel récemment recruté (moins d'un an) atteignant 15 % »<sup>57</sup>

« Le flux des nouveaux diplômés compétents pour accompagner les personnes en perte d'autonomie s'élève au total à 32000 mais ce flux ne suffit pas à couvrir les besoins de recrutement ». <sup>58</sup>

De plus, le rapport El Khomri fait état de conditions de travail dégradées, d'une forte pénibilité et de rémunération salariale peu valorisante.

---

<sup>52</sup> Lechevalier Hurard Lucie, « Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? » Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de premières lignes en milieu spécialisé Alzheimer, Retraite et Société, 2014/3 n°69 p 99-120.

<sup>53</sup> Analyse de la gestion des EHPAD en 2017. CNS Portail EHPAD, p 23 Répartition du personnel. Tableau des effectifs et des rémunérations ERRD 2017.

<sup>54</sup> Rapport El Khomri Octobre 2019, Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge.

<sup>55</sup> /Donnée de l'ANAP en 2015. Rapport : L'absentéisme en établissement médico-social ARACT et ARS Nouvelle Aquitaine – Constats p 3.

<sup>56</sup> Données UNIOPSS-URIOPSS, septembre 2019.

<sup>57</sup> « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », Études et Résultats, DREES, n°1067, Bazin M. et Muller M., juin 2018.3

<sup>58</sup> Rapport El Khomri : Octobre 2019 : Des difficultés à recruter et à fidéliser p 35

C'est dans ce contexte, que l'IDEC se doit d'assurer la continuité et la qualité des soins, en tenant compte des ressources humaines qui lui sont allouées, de la réalité du terrain, et des ressources disponibles sur le territoire.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, anciennement conventions tripartites<sup>59</sup> définissent, et répartissent le personnel alloué au sein des établissements. Le système de financement des établissements reposant sur la tarification de trois prestations reste très disparate selon la localisation des EHPAD, et ne permet pas la possibilité d'embaucher autant de personnel qualifié que les besoins des personnes accueillies requièrent.

Pour pallier au manque d'effectif, ou lorsque les effectifs alloués ne deviennent plus suffisants, les directions sont souvent amenées à embaucher du personnel non diplômé pouvant avoir une qualification telle qu'auxiliaire de vie, ou un baccalauréat issu de la filière aide à la personne, sur des postes de soins. Il revient alors à la direction de porter cette responsabilité tout en justifiant ces choix au regard de l'accompagnement des projets personnalisés à garantir.

A titre d'exemple, prenons le cas d'une jeune professionnelle titulaire d'un baccalauréat SAPAT<sup>60</sup> de 19 ans qui candidate pour un poste d'ASH en soins c'est-à-dire faisant fonction d'aide-soignant en EHPAD. Reçue en entretien, elle exprime honnêtement son absence d'expérience auprès de la personne âgée, cependant elle fait preuve d'intérêt pour l'aide à la personne et semble dynamique. Devant l'absence de candidature AS, elle est embauchée à l'essai, trois jours après son entretien sur un poste de soins.

- **Une question de départ émerge** : Comment cette jeune salariée, non expérimentée « faisant fonction d'aide-soignante » va-t-elle être accompagnée afin d'être opérationnelle dans les soins auprès de personnes âgées dépendantes ?

Le rôle de l'IDEC est déterminant, et commence dès l'examen des curriculums vitae et lettres de motivation. Puis viennent les étapes de l'entretien de recrutement avec la direction, l'accueil et l'intégration, la formation et l'accompagnement du professionnel non diplômé. L'IDEC doit construire le parcours apprenant de ces jeunes professionnels, et doit adapter sa posture managériale en tenant compte de deux fondamentaux : le niveau de compétences souvent peu développé, ou inadapté et le niveau de motivation du candidat.

---

<sup>59</sup>Loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015

<sup>60</sup> Bac professionnel Services aux Personnes et aux Territoires

Les EHPAD évoluent toujours vers une médicalisation importante, et selon le rapport de la DREES<sup>61</sup>, les professionnels doivent faire preuve, d'une grande adaptation devant des situations de plus en plus fréquentes : polyopathologies, démences évoluées, accompagnement à la fin de vie.

A ce titre, et s'il y a nécessité de faire appel à des personnels non qualifiés, les institutions et l'encadrement ne doivent pas perdre de vue, et toujours selon la DREES, le renforcement de la qualification du personnel et du contrôle qualité. Car « La médicalisation de la prise en charge en EHPAD est allée de pair avec l'inscription d'objectifs en matière de qualification, celle-ci étant garante de la qualité des soins apportés aux usagers fragiles »<sup>62</sup>.

- **Nous proposons maintenant la problématique suivante**

Devant l'évidence de nécessité en termes de besoin pressant en professionnel, les EHPAD se trouvent dans l'obligation de faire appel à des personnels faisant-fonction d'aide-soignant peu ou non expérimenté, et peu ou non qualifié. Ces salariés doivent être efficaces et autonomes en un temps minimal, ce qui représente un défi pour l'IDEC dans sa fonction d'organisation managériale avec les moyens budgétaires alloués aux ressources humaines, puisqu'une continuité et une qualité des soins la plus optimale possible doivent être assurées. Dans un contexte tendu, il convient toutefois d'être attentif au taux d'encadrement et d'alerter la direction en cas de risque potentiel pour les personnes accueillies, et les équipes. Le rôle de l'IDEC peut par conséquent s'avérer fondamental pour identifier un équilibre entre les bénéfices des choix par « défaut » des profils recrutés, et les compétences de plus en plus exigeants au sein des établissements.

## **2) Question de recherche**

- **Voici ce qui nous amène à la question de recherche :**

En quoi, la fonction de coordination des soins assurée par l'IDEC au sein d'un EHPAD garantit-elle la continuité et la qualité des soins lorsqu'ils sont dispensés par des salariés peu expérimentés et non qualifiés en un temps limité ?

---

<sup>61</sup>Les Dossiers de la DREES, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », Septembre 2016//n°5

<sup>62</sup> Ibid. Dossiers de la DREES, p 12

### 3) Hypothèses

- **Nous formulons les trois hypothèses suivantes :**

- 1) En l'absence d'outil qualitatif permettant d'accompagner le développement de compétences des faisant-fonction, l'IDEC a un rôle de manager-formateur spécifiquement auprès de ces salariés.
- 2) Malgré la participation et la contribution limitées de l'IDEC pour l'ensemble du processus de recrutement, depuis la phase de recrutement jusqu'à la phase de post-intégration, sa fonction est d'assurer le parcours professionnel du faisant-fonction.
- 3) En tant que membre de l'équipe d'encadrement et dans le cadre de sa fonction contrôle, il convient à l'IDEC de discerner tout risque pour la qualité des soins et d'en faire part.

# DEUXIEME PARTIE – EXPLORATION DU SUJET DE L'ENQUETE

## A. Méthodologie et limites

### 1) Objectifs

L'objectif de notre enquête consistait dans un premier temps à définir si notre situation d'appel, à savoir la présence d'agents de service hospitalier en mission sur les soins était une pratique courante et fréquente dans les établissements, tout statuts confondus. Il s'agissait de dresser un état des lieux des professionnels ASH faisant fonction d'aides-soignants dédiés sur des poste de soins.

Dans un second temps, nous souhaitons étudier le rôle de l'IDEC dans le parcours d'accompagnement de ces professionnels et ainsi répondre à notre question de recherche. Cette dernière consistait à définir en quoi l'IDEC dans ses fonctions de coordination pouvait-elle garantir la continuité et la qualité des soins, lorsque ces derniers étaient prodigués par des professionnels faisant fonction d'aides-soignants, et ce dans un temps limité.

### 2) Choix de l'outil

Le contexte sanitaire a bien évidemment eu un impact majeur sur le déroulement de notre travail, de notre enquête et a imposé de ce fait le questionnaire comme l'outil le plus adapté à la situation.

La plupart des EHPAD étant fermés au public et les stages inclus dans notre processus de formation pédagogique repoussés voire annulés par le confinement d'une part et la fermeture des établissements cibles au public d'autre part, nous ne pouvions nous déplacer directement sur les sites pour mener des entretiens.

Nous avons donc élaboré un questionnaire s'adressant aux IDEC et/ou IDE travaillant en EHPAD. (Cf Annexe 6)

Notre questionnaire de vingt et une questions se construisait avec un préambule puis cinq grandes thématiques :

- Le préambule constitué de cinq questions permettait d'identifier le professionnel répondant IDE ou IDEC, son ancienneté dans le poste, le statut de l'EHPAD dans lequel il exerçait et le nombre de personnel sous sa responsabilité. Enfin, pour ouvrir le sujet, une question sur l'existence dans la structure d'ASH non diplômés sur des postes dédiés aux soins.

Nous avons ensuite fait le choix de dérouler le parcours d'agents non diplômés dédiés sur des postes de soins en reprenant les différentes étapes, du recrutement, à l'accueil puis à l'intégration et enfin au suivi post-intégration.

- La thématique du **recrutement** définissait en deux questions la participation de l'IDEC au recrutement seul ou accompagné, et devait objectiver les raisons de l'embauche d'ASH sur des postes d'aides-soignants.
- La thématique dédiée à l'**accueil** constituée de deux questions, demandait une précision sur l'existence d'un dispositif d'accueil formalisé pour les professionnels ASH faisant fonction d'aides-soignants ainsi qu'un « temps de doublure ».
- L'**intégration**, thématique majeure comprenait cinq questions. Nous avons comme objectifs de définir les aspects qui soulèvent le plus de difficultés pour les ASH faisant fonction lors de leur l'intégration mais également en parallèle pour l'IDEC. Enfin, nous demandions aux IDEC de quelles ressources ils disposaient pour faciliter l'intégration des professionnels et s'ils estimaient disposer d'un champ d'action suffisant pour assurer une intégration efficiente.
- La thématique sur le **suivi post-intégration** en cinq questions se concentrait sur l'identification du professionnel qui assurait le suivi et l'accompagnement de l'agent, l'existence d'une évaluation en fin de période, et par qui était-elle menée et sous quelle forme. Enfin à l'issue de la période d'essai du professionnel, nous souhaitions appréhender la démarche managériale de l'IDEC en cas d'autonomie défailante de l'agent et l'existence ou non d'un entretien.

Dans le contexte sanitaire où chacune de nous évoluions au quotidien avec toutes les difficultés que cela impliquait, il nous était inenvisageable de ne pas proposer une courte thématique en lien avec le sujet et la crise sanitaire sans précédent due à la COVID 19, qui touchait de plein fouet et avec une extrême violence les EHPAD, entre autres.

- En deux questions, l'objectif était d'identifier si les IDEC avaient dû particulièrement adapter leur management auprès des ASH en poste de soins et s'ils avaient observé des problématiques spécifiques, en lien avec l'insuffisance de qualifications des agents concernés, dans le contexte sanitaire du moment.

### **3) Population cible**

Toujours contraints par le contexte sanitaire, nous avons fait le choix, pour plus de commodité, de diffuser notre questionnaire auprès de nos collègues de promotion du diplôme universitaire, via le réseau commun d'information.

Nous avons diffusé à la promotion le questionnaire le 27 Juillet 2020 avec une date limite de réponse au 10 Août 2020. Cependant, au 7 Août, seules 3 réponses nous sont retournées, ce qui a imposé un envoi via nos réseaux professionnels à 68 établissements du territoire national. Le 8 Septembre 2020, nous avons un échantillon de 21 réponses, ce qui était au regard du contexte, suffisant pour étudier le panel.

### **4) Difficultés rencontrées**

- **Une crise sanitaire sans précédent sur le territoire**

La conjoncture sanitaire a bien évidemment représenté un frein et ce à plusieurs niveaux.

- Nos situations professionnelles dans un contexte d'extrême tension ne nous ont pas permis de respecter le rétroplanning que nous nous étions fixés en Mars concernant notre étude. Ce n'est que fin Mai que nous nous sommes remis à l'ouvrage de notre travail commun.
- L'absence de projection sur la poursuite de la formation, ses modalités organisationnelles, notre capacité individuelle puis collective à mener à bien notre projet ont généré une inertie peu productive.
- L'impossibilité de réunir le groupe et l'obligation de travailler à distance en faisant coïncider nos emplois du temps extrêmement contraints professionnellement.

Ce n'est qu'en période estivale, que nous avons eu la possibilité de diffuser le questionnaire, ce qui était de loin la période la moins propice surtout en post crise, pour les professionnels répondants.

Devant le peu de retour, nous avons joint treize établissements par téléphone afin d'essayer d'objectiver l'absence de réponse :

- Trois établissements ont objectivé leur indisponibilité de par les congés estivaux des IDEC.
- Deux autres IDEC ont expliqué de ne pas avoir le temps à consacrer au questionnaire (absence de médecin Coordonnateur).
- Un IDEC a déclaré ne jamais répondre aux questionnaires envoyés par choix individuel.
- Deux cadres de santé sans IDEC n'ont pas souhaité répondre.
- Cinq autres établissements se sont engagés à répondre aux questionnaires.

Nous pouvons donc considérer sur le panel-test, que 38 % des EHPAD, avec lesquels nous avons eu un contact téléphonique personnalisé, se sont engagés à répondre au questionnaire. Nous supposons donc que sans contact direct, par simple diffusion du questionnaire sur les boîtes mail, l'échantillon de retour reste faible.

- **Un échantillonnage non défini**

Lors de notre diffusion à la promotion, nous n'avions pas de notion du nombre d'étudiants que la diffusion pouvait concerner. Combien d'étudiant ont reporté leur formation, combien ont abandonné ?

- **Un questionnaire trop large**

Lors de notre analyse des questionnaires, nous avons observé que les questions étaient parfois trop vastes manquant de cible et qu'il ne nous était pas possible de tout mettre en corrélation.

## B. Résultats, analyse et discussion

### 1) Analyse et interprétation des données

Nous exploiterons les données selon la répartition des différentes thématiques du questionnaire. L'exhaustivité des réponses pourra être consultée dans les annexes de référence.

#### a) Préambule – Identification (question 1 à 5)

Sur le panel des professionnels interrogés, nous avons constaté que **95,24%** des sondés occupaient actuellement un poste d'Infirmier Diplômé d'État Coordinateur (IDEC) et **4,76%** un poste d'Infirmier Diplômé d'État (IDE). (Cf Annexe 7)

Parmi ces personnes ayant répondu, nous pouvons mettre en évidence que

- **38,1%** ont une ancienneté comprise entre **4 et 10 ans**,
- **23,8%** une ancienneté comprise entre **1 et 3 ans**,
- **23,8%** une ancienneté inférieure à **1 an**,
- **14,3%** une ancienneté comprise entre **11 et 20 ans** sur les postes qu'ils occupent actuellement.

On notera qu'aucune des personnes sondées n'occupe son poste depuis plus de 20 ans.  
(Cf Annexe 8)

Concernant le statut juridique de l'établissement dans lesquels exercent les sondés :

- **38,1%** des réponses correspondent à une structure EHPAD public autonome,
- **23,8%** à une structure type EHPAD publique rattachée à un centre hospitalier ou à une collectivité locale,
- **19%** à une structure EHPAD associative ou privée à but non lucratif,
- **19%** à une structure EHPAD privée commerciale.

(Cf Annexe 9)

Par la suite, nous avons demandé au panel de nous indiquer le nombre de personnes qu'ils avaient sous leur responsabilité.

Des réponses fournies, nous avons pu dégager que :

- **52%** des sondés avaient sous leur responsabilité entre **20 et 59 personnels**,
- **24%** un nombre compris entre **60 et 99 personnels**,

- **19%** avaient, pour leur part, plus de **100 personnels** en charge,
- **5%** nous ont indiqués avoir **moins de 20 personnels** sous leur responsabilité actuellement.

Une question demandait si certains d'entre eux étaient amenés à embaucher des ASH sur des postes de soins en qualité de faisant-fonction d'aide-soignant :

- **85,7%** nous ont confirmés avoir recours à cette pratique,
- **14,3%** affirmant ne pas employer d'ASH sur ce type de poste.

(Cf Annexe 10)

#### **b) Recrutement (questions 6 à 7)**

Parmi les sondés, une majorité nous a fait part que :

- **48%**, des IDEC participait seul au processus de recrutement des professionnels de soins,
- **28%** des sondés nous ont répondu que ce processus était réalisé en collaboration avec les directeurs d'établissements (parfois avec la participation de l'IDE/IDER),
- **8%** nous ont indiqué que ce processus pouvait également se faire avec l'aide d'un autre IDEC,
- **8%** des personnes interrogées nous ont informé ne jamais participer au processus de recrutement des personnels de soins.

(Cf Annexe 11)

Dans la suite de notre questionnaire, nous interrogeons sur les raisons motivant l'embauche des ASH sur des postes de faisant-fonction d'aide-soignant au sein de leur établissement.

Parmi les sondés prenant ces décisions :

- **45%** nous ont indiqué avoir recours à cette pratique pour des raisons de manque de candidatures d'aides-soignants,
- **36%** pour des contraintes relatives au budget alloué, ne leur permettant pas de recruter du personnel soignant diplômé et qualifié,
- **14%** nous ont répondu ne pas recruter d'ASH en poste de soins,
- **5%** ne pas savoir.

(Cf Annexe 12)

### c) Accueil (questions 8 à 9)

Nous avons ensuite voulu savoir s'il existait au sein des établissements un dispositif d'accueil formalisé pour les nouveaux professionnels faisant-fonction d'aides-soignants.

L'analyse des réponses à cette question nous a permis de constater que :

- **52%** des sondés ne disposent pas de dispositif d'accueil pour ce personnel spécifique,
- **48%** indiquent en disposer.

Parmi les réponses des sondés disposant d'un dispositif d'accueil à l'intention de ce personnel, nous avons dégagé les principales tendances suivantes :

- **29%** disposent d'un livret d'accueil,
- **29%** effectuent une évaluation,
- **14%** mettent en doublon ce personnel avec un autre professionnel de soins diplômé et qualifié.

(Cf Annexe 13)

Notons que 30% de ceux disposant d'un dispositif d'accueil, ne nous ont pas communiqués quels types de dispositifs étaient mis en place au sein de leur établissement.

Il est important de noter que, dans les faits, plusieurs modalités de dispositif peuvent être mises en place à la fois.

Le sondage a donc été paramétré en fonction, en autorisant une saisie libre.

Dans ces conditions, nous avons opéré un regroupement des différents éléments de réponses donnés afin de dégager la tendance suivante à savoir :

- **29 %** dispose d'un livret d'accueil
- **29%** réalise une évaluation
- **14 %** réalise un doublon

(Cf Annexe 14)

La question suivante, plus précise, permettait d'objectiver si un temps de doublure était programmé lors de l'intégration d'un nouvel arrivant ASH.

A cette question, **76,19%** ont répondu à l'affirmative alors que **19,04%** ont répondu par la négative.

Nous noterons, le décalage des réponses entre cette question précise et la question précédente. La plupart des sondés ont pu considérer que le temps de doublure n'était pas une

modalité du dispositif d'accueil mais plutôt une obligation de validation des compétences faisant partie du processus d'embauche.

Dans la majorité des cas, le temps de doublure s'établit à 2 journées (30,76% des réponses).  
(Cf Annexe 15)

#### **d) Intégration (questions 10 à 14)**

Certains aspects soulèvent plus de difficultés que d'autres lors de l'intégration de personnel peu qualifié.

Parmi ces difficultés ressortent principalement :

- **25%** l'application des protocoles de soins,
- **25 %** l'apprentissage des gestes techniques,
- **21,42 %** l'organisation du travail ;
- **12,5%** l'interaction et les relations avec les résidents.

(Cf Annexe 16)

Il nous est apparu important de demander aux IDEC, quelles étaient les difficultés qu'ils éprouvaient eux-mêmes durant l'intégration de ces personnels peu qualifiés sur des postes de soins.

La question a été posée de telle sorte à autoriser un maximum de 3 réponses parmi les 9 proposées. Nous observerons donc la tendance globale par type de réponses.

Il est fait état que le décalage entre les attentes de ce personnel et la réalité du terrain ne fait aucun doute dans **32,60%** des cas de réponses. L'insuffisance du temps de tutorat professionnel est une raison évoquée dans **21,73%** des cas. L'absence de protocole d'accueil est un facteur accentuant ces difficultés dans **13,04%**. Enfin, le manque de motivation du personnel nouvellement embauché participe à majorer ces difficultés dans **10,86%** des cas.

(Cf Annexe 17)

Une question interrogeait sur les ressources ressources/outils mis à disposition des IDEC, sur lesquelles ils pouvaient s'appuyer afin de faciliter l'intégration des ASH, les résultats suivants ont été mis en évidence :

- **35,09%** ont répondu les compétences de l'équipe soignante en place,

- **29,82%** une fiche de poste,
- **10,53%** une charte ou livret d'accueil des nouveaux professionnels,
- **8,77%** l'esprit d'équipe,
- **7,02%** la facilitation de promotion professionnelle avec accès à l'entrée en IFAS,
- **5,26%** des outils d'évaluation des compétences,
- **1,75%** un protocole de tutorat des AS diplômés,
- **1,75%** une fiche de tâches.

Par la suite, nous avons cherché à savoir sur une échelle allant de 1 à 5 quel était le champ d'action dont disposait les IDEC afin d'assurer une intégration efficiente des faisant-fonction aides-soignants. Le barème suivant a été appliqué : 1 pour aucun, 2 pour insuffisant, 3 pour correct, 4 pour satisfaisant, 5 pour total.

Le constat est le suivant :

- **50%** estiment bénéficier d'un champ d'action correct,
- **35%** d'un champ d'action satisfaisant,
- **10%** d'un champ d'action insuffisant,
- **5%** expriment ne disposer d'aucun moyen leur permettant d'assurer une intégration optimale vis-à-vis de ce personnel.

Pour celles et ceux ayant répondu entre aucun champ d'action et un champ d'action correct, les dispositifs suivants ont été indiqués comme moyens de facilitation à mettre en place pour la réussite de l'intégration :

- **21,05%** un temps dédié à l'encadrement,
- **15,79%** un temps de formation avant l'embauche,
- **10,52%** le tutorat,
- **10,52%** un temps d'évaluation adapté.

#### **e) Suivi Post-intégration (questions 15 à 19)**

Dans une majeure partie des établissements sondés, soit une part de **48,48%**, le suivi et l'accompagnement des faisant-fonction aides-soignantes sont assurés par l'IDEC seule. Ces missions sont réalisées par un aide-soignant référent par délégation dans **27,27%** des cas, et enfin, elles peuvent être amenées à être conduites par un IDE dans **18,18%** des cas. (Cf Annexe 18)

Nous avons pu constater qu'avant la fin de la période d'essai dans :

- **57,14 %** une évaluation était réalisée par l'IDEC seule,
- **35,71%** des cas en collaboration avec un autre professionnel de santé (AS, IDE, IDEC, personnel de direction ou cadre de santé).

(Cf Annexe 19)

Dans le cadre de la réalisation de cette évaluation, les résultats du sondage nous indiquent différents moyens de mise en œuvre. (Cf Annexe 20)

- **85 %** réalise un entretien,
- **10 %** donne une fiche d'auto-évaluation,
- **5 %** réalise un accompagnement lors d'un soin suivi d'un entretien.

Lors de cette évaluation dans le cas où l'agent venait à manquer d'autonomie :

- **55%** des sondés ont répondu être prêts à mettre un terme au contrat de travail de l'agent,
- **25%** ont indiqué en référer à la direction après un rapport détaillé leur laissant le soin de prendre cette même décision.
- **10%** seraient décidés à prolonger le contrat de l'agent tout en accentuant son temps de tutorat auprès d'un professionnel de soin.

Le reste des réponses se partage entre prolongation de la période d'essai ou affectation à un poste d'ASH uniquement.

#### **f) Répercussion de la crise sanitaire (questions 20 à 21)**

Depuis février/mars 2020, l'épidémie de Coronavirus touche la France de plein fouet, et met à mal l'organisation et le fonctionnement des instances de santé et de soins.

Dans ce nouveau contexte sanitaire complexe, les EHPAD ont particulièrement souffert.

Nous avons cherché à savoir si les IDEC au sein de leur établissement ont dû adopter un management différent auprès du personnel de soin peu qualifié.

Dans

- **61,9%** des cas, les IDEC ont bien confirmé avoir dû proposer un management spécifique,
- **28,6%** ont répondu n'avoir rien changé dans leurs habitudes d'organisation.
- **9,5%** des sondés n'ont pas souhaité s'exprimer sur le sujet.

(Cf Annexe 21)

Parmi celles et ceux ayant adoptés un management spécifique, certains IDEC nous ont soulignés qu'ils ont dû notamment renforcer la prévention en étant en appui régulièrement sur le terrain, en prodiguant des conseils ou en rappelant l'importance des règles d'isolement en cas de contamination ou suspicion de contamination. Ils ont également insisté sur l'importance et l'utilité des équipements de protections individuels et sur la nécessité de maîtriser le risque infectieux.

- **52,38%**, ont déclaré ne pas avoir été confronté à des problématiques pouvant être imputées à des manquements d'agents faisant-fonction d'aides-soignants.
- **38,09%** disent avoir dû faire face à des situations compliquées, imputables à cette catégorie de personnel, notamment liées à un manque de connaissances sur les infections manuportées et aux mesures d'isolement.

Dans une moindre mesure, d'autres causes ont été citées, telle que le défaut ou l'insuffisance d'observation de l'état clinique du résident, des arrêts de travail récurrents, des pratiques et des gestes mal maîtrisés. Et enfin, la nécessité pour les IDEC de rappeler régulièrement le respect des règles d'hygiène et les caractéristiques qui composent la Covid-19.

(Cf Annexe 22)

## **2) Synthèse**

### **a) Identification du statut des professionnels interrogés**

La quasi-totalité du panel (95%) est constitué d'IDEC, nous assimilerons donc cette fonction aux professionnels répondants pour la suite de l'analyse.

De plus, toute mention aux personnels ASH par la suite, fera référence aux ASH faisant-fonction aides-soignants.

Globalement, les IDEC encadrent des équipes constituées d'un nombre significatif de personnels, dans la grande majorité ont la responsabilité de 20 à 60 salariés, parfois plus de 100 salariés pour certains EHPAD, et recrutent très régulièrement des ASH faisant-fonction aides-soignants (85% de réponses allant dans ce sens).

### **b) Éléments de réponses non exploités**

Parmi les IDEC, l'ancienneté est un facteur disparate et non déterminant.

Les différents statuts juridiques des établissements dans lesquels les IDEC évoluent (tout statut juridique confondu) ne montrent pas de prédominance particulière.

Ces deux caractéristiques ne seront donc pas retenues comme facteur d'analyse dans la suite de l'étude.

### **c) Un quotidien professionnel à flux tendu**

#### **• Recrutement**

De manière générale, les IDEC participent seuls au processus de recrutement des professionnels de soins, dont les ASH, et assument donc une pleine responsabilité de cette mission.

Tel que retranscrit par l'enquête, le recours à l'embauche des ASH est une situation « subie » et non une volonté propre des services de recrutement.

Il s'agit donc d'un « choix par défaut » justifié par des raisons budgétaires ou un manque de candidature de personnels aides-soignants.

#### **• Accueil et intégration**

Malgré ce contexte d'embauche de personnel peu qualifié connu des établissements, plus de la moitié des IDEC ne disposent pas de dispositif d'accueil formalisé leur permettant d'intégrer efficacement les nouveaux professionnels ASH.

En effet, en grande partie, les IDEC s'appuient non pas sur des outils mis à disposition mais sur les effectifs déjà en place et sur leur capacité à prendre en charge l'intégration de ces nouveaux professionnels. Si des outils sont présents, ils demeurent malgré tout très basiques : fiche de poste, charte ou livret d'accueil.

Ce manque de mise en place de processus d'intégration conduit à de nombreuses difficultés observées à la fois chez les ASH, mais aussi chez les IDEC.

Les difficultés constatées auprès des ASH lors de leur intégration sont nombreuses, allant de la complexité de mise en œuvre de certains gestes techniques chez les patients aux manques de connaissances théoriques, en passant par un manque de sensibilisation sur des problématiques organisationnelles ou relationnelles avec les résidents.

### **d) Attente des IDEC et réalité du terrain**

On peut donc observer des lacunes dues à un manque logique de connaissances et de compétences techniques pouvant se justifier par le parcours d'apprentissage manquant à ces personnels faisant-fonction aides-soignants par rapport à leurs homologues aides-soignants.

Les ASH nécessitent un temps d'adaptation et de montée en compétences supplémentaires à prendre en considération.

Globalement, les IDEC estiment disposer d'un champ d'action suffisant afin d'assurer cette phase d'intégration mais y rencontrent, malgré tout, nombre de problématiques récurrentes.

Les points les plus mis en évidence sont la méconnaissance du rôle même de faisant-fonction aide-soignant par les nouveaux arrivants et le manque de moyens mis à leur disposition.

Par rapport à ce constat, les IDEC réclament « plus de temps » afin de parfaire les connaissances des ASH et un protocole d'accueil formalisé afin d'offrir un cadre d'apprentissage efficace de la fonction.

De plus, des moyens supplémentaires seraient nécessaires pour pallier le décalage constaté entre le rôle tel qu'imaginé par les ASH et la réalité, notamment :

- Un temps alloué à l'échange interprofessionnel au travers d'entretiens individuels ou collectifs
- Un temps de prise en compte des retours d'expérience et d'identification des actions à prendre pour améliorer la situation et faire en sorte que les ASH puissent plus aisément appréhender et assumer leur nouveau rôle.

Dans tous les cas, le temps dédié apparaît comme le principal levier à actionner pour la mise en œuvre de ces actions.

La majeure partie des IDEC, ont à leur charge le suivi et l'accompagnement des ASH, et sont donc logiquement les mieux placés pour réaliser l'évaluation validant la période d'essai de ce nouveau personnel.

A ce propos, les IDEC estiment disposer des moyens nécessaires pour évaluer l'autonomie des ASH et sont dans la capacité de mettre un terme, de leur propre initiative ou en concertation avec la direction, à l'activité du professionnel au sein de l'établissement en cas d'insuffisance constatée.

Et ce que ne dit pas notre enquête, et nous en voyons une limite, c'est que nous ne savons pas si, c'est la faisant-fonction seule qui fait défaut, ou si ce sont aussi des conditions insuffisantes (comme dans le cas où des IDEC décident de prolonger le temps de tutorat), ou inappropriées dans le processus d'encadrement et pédagogique qui a été insuffisant.

Les IDEC interviennent donc globalement dans l'intégralité des phases constituant le processus de recrutement, de l'entretien d'embauche, à la validation de la période d'essai, en passant par la phase d'intégration.

#### **e) COVID-19 : Quelles répercussions pour les IDEC et les faisant-fonction**

La crise sanitaire a été un révélateur de cette situation dans la mesure où la pénurie de personnel aide-soignant s'est fait ressentir de manière encore plus marquée devant un besoin de recrutement plus important dû, notamment, à la mise en place de soins plus nombreux ou de mesures sanitaires plus drastiques.

Les ASH ont dû faire face à une situation plus complexe et leur demandant plus de précaution, de rigueur, de technicité, liés aux nouveaux protocoles sanitaires, ce qui a pu les mettre en difficulté par rapport à leur manque de connaissances sur certains sujets médicaux ou paramédicaux enseignés au sein de cursus spécifiques.

De leur côté, la majorité des IDEC ont dû adapter leur stratégie managériale afin de les accompagner sur ces problématiques, en étant plus présents et à l'écoute, tout en renforçant la pédagogie sur l'application des nouvelles mesures sanitaires.

#### **f) Confrontation aux hypothèses de départ**

**Hypothèse 1 : En l'absence d'outil qualitatif permettant d'accompagner le développement des compétences des faisant-fonction, l'IDEC a un rôle manager-formateur spécifiquement auprès de ces salariés.**

En accord avec la première partie de cette hypothèse affirmant qu'aucun outil n'était mis à la disposition des IDEC, notre étude nous permet de constater que la majorité des IDEC ne jouissent d'aucun dispositif d'accueil.

De plus, l'hypothèse est confirmée dans son intégralité par les résultats empiriques tirés de notre enquête et mis en exergue par la crise sanitaire de la COVID-19.

En effet, il en ressort que les IDEC ont dû adopter un management spécifique axé sur la pédagogie, le rappel des mesures sanitaires et des risques infectieux, tout en se rendant disponibles et à l'écoute afin d'assurer la continuité et la bonne exécution des soins.

**Hypothèse 2 : Malgré la participation et la contribution limitées de l'IDEC pour l'ensemble du processus de recrutement, depuis la phase de recrutement jusqu'à la phase de post-intégration, sa fonction est d'assurer le parcours professionnel du faisant-fonction.**

La première partie de cette hypothèse est contredite par notre étude.

En effet, les IDEC sont les principaux acteurs du recrutement des ASH et interviennent sur l'ensemble des phases du processus avec un champ d'action étendu.

Les IDEC assurent le suivi ainsi que l'accompagnement des ASH durant la phase de post-intégration, en ayant dans la grande majorité des cas, la responsabilité seuls de valider ou non l'embauche.

Nous ne sommes malheureusement pas en mesure de valider ou infirmer la deuxième partie de cette hypothèse car aucun élément de réponse pertinent sur le suivi du parcours professionnel n'a pu être extrait de l'enquête.

**Hypothèse 3 : En tant que membre de l'équipe d'encadrement et dans le cadre de sa fonction contrôle, il convient à l'IDEC de discerner tout risque pour la qualité des soins et d'en faire part.**

Cette hypothèse est bien confirmée par notre étude.

La première hypothèse ayant validé son rôle de manager-formateur, l'IDEC dispose bien d'un regard omniscient sur les compétences et la qualité des soins prodigués par les ASH.

En ce sens, l'IDEC est en mesure de détecter à tout moment un risque dans la prise en charge des résidents de l'établissement, et dispose de la latitude nécessaire pour en référer à sa direction, ou dans la grande majorité des cas pour mettre un terme directement à la période d'essai du personnel concerné.

#### **g) Perspectives et ouverture**

Les IDEC semblent donc avoir toutes les cartes en main afin d'initier et de proposer un cadre effectif de travail et de montée en compétences des personnels ASH nouvellement embauchés.

La seule ressource qui semble leur manquer dans la mise en œuvre de cette mission est le temps, qui doit leur être aménagé officiellement par la direction afin de faciliter l'exécution de

leurs actions. De plus, il apparaît primordial que cette responsabilité imputée aux IDEC soit clairement actée dans leur fiche de poste et communiquée à l'ensemble de l'organisation.

Les IDEC doivent se responsabiliser sur cette mission, qui leur incombe en majeure ou totale partie, et faire preuve de proactivité sur la mise en place des moyens, avec, bien sûr l'appui et une implication forte de la direction.

Les moyens suivants peuvent faire partie des pistes de réflexion à envisager dans le cadre d'une telle mission :

- **Sensibilisation en amont**

Une option pertinente serait d'intervenir en amont du processus de recrutement afin de sensibiliser les potentiels futurs embauchés sur le rôle même de faisant-fonction et les tâches qui lui incombent.

Cette sensibilisation pourrait se faire par le biais de journées portes ouvertes organisées par les IDEC où des aides-soignants feraient la démonstration des soins devant être effectués par les ASH.

Les services de recrutement ont également un rôle important à jouer en opérant une sélection de profils plus pertinente, par exemple, en référant des annonces décrivant de manière précise les missions attendues pour les ASH faisant-fonction et basées sur une fiche de poste de faisant-fonction aide-soignant préalablement définie et validée par les IDEC et la direction.

- **Tutorat et ateliers**

La mise en place d'un tutorat facilitant la montée en compétences des ASH faisant-fonction apparaît comme une solution primordiale.

Pour ce faire, une phase d'identification préalable des profils aptes à transmettre leur savoir-faire au sein de l'entreprise serait nécessaire. L'objectif étant de leur proposer une formation leur apportant les outils essentiels à la réussite de leur nouvelle mission.

La pédagogie et l'apprentissage continu seraient alors au cœur des processus d'intégration et de formation des ASH.

- **Protocole formalisé**

Il appartient à l'IDEC d'organiser la construction d'un cadre formel, explicite, standardisé et documenté régissant les différentes phases du parcours professionnel du personnel ASH faisant-fonction aide-soignant, et de le faire valider par la direction.

Le recrutement, l'accueil, l'intégration, la formation et le suivi continu sont autant d'aspects importants dans la vie d'un salarié que l'IDEC doit prendre en considération afin d'assurer un parcours professionnel optimal.

L'IDEC est alors responsable du maintien de ce cadre, en assure son évolutivité en fonction des changements de réglementations, et veille à son application stricte.

## CONCLUSION

Au terme de ce travail de recherche dans lequel nous avons posé en toile de fond, une double approche, d'une part, celle d'une réalité persistante, que représente le recrutement et le suivi des salariés peu ou non qualifiés et non diplômés que sont les faisant fonction aides-soignants. D'autre part, celle de l'IDEC en tant que responsable de coordination des soins associée à des missions managériales.

Les EHPAD ne sont plus les « maisons de retraite » où le profil des personnes accueillies en termes de dépendance et de problème de santé était assez hétérogène. Depuis quelques années, et plus encore aujourd'hui, il s'agit de l'organisation d'un système gérontologique qui admet des personnes présentant d'importantes complexités médicales et comportementales, quand ces personnes n'arrivent pas en stade palliatif avancé.

Face aux besoins de base et spécifiques en soins, autant relationnels que techniques, plus grandissants de jours en jours, la crise provoquée par la COVID-19 nous le prouvant encore et de plein fouet, l'expérience, et les compétences variées des soignants sont fondamentales pour que soient assurées sécurité et qualité des soins.

Dans ce mémoire, il est fait mention des rapports DREES, El Khomri et Libault, faisant état d'un corps professionnel gérontologique pris en tension entre des aspects environnementaux (logiques financières, pénurie de candidat, conditions de travail dégradées par une pression permanente, entre autres), et un engagement soignant qu'ils voudraient tenir. Dans ce contexte, des postulants à des postes d'ASH dans les soins se voient le plus souvent confier, sans réglementation aucune, un rôle d'aide-soignant, avec d'emblée une exigence au même titre que leurs collègues expérimentés et diplômés, à savoir, être efficaces et autonomes, quelle que soit la personne accompagnée et sa situation.

Les données des IDEC répondants, attestent de leur rôle majeur dans toutes les phases déployées à partir du recrutement, jusqu'à la phase d'embauche définitive.

Les IDEC sont attentifs à l'accueil et l'intégration, ainsi qu'au suivi dans une dimension d'accompagnement qui intègre un dispositif d'évaluation. Sur ce dernier point, nous posons la question des évaluations « en situation », puisque seulement une faible part dit réaliser ce contrôle de compétences lors d'un soin. De plus, l'analyse montre qu'une « doublure » est pratiquée. Est-il pour autant considéré comme un tutorat qui suppose une formalisation, ou un

compagnonnage « sur le tas » pouvant être pratiqué de manière aléatoire, selon les circonstances organisationnelles par exemple ?

Pour ce qui est de notre question de recherche : En quoi, la fonction de coordination assurée par l'IDEC au sein d'un EHPAD garantit-elle la continuité et la qualité des soins lorsqu'ils sont dispensés par des salariés peu expérimentés et non qualifiés ? en un temps limité ?

Arrêtons-nous sur les notions de « fonction » et de « garantie », en les associant au facteur « temps » qui ressort de l'analyse. Nous pourrions proposer en guise d'ouverture la réflexion suivante :

Si la fonction et les protocoles inscrits dans les réglementations et recommandations garantissent, en théorie et en principes, une continuité et une qualité des soins, nous savons que dans les faits, et bien qu'un cadre soit fixé, la qualité peut, ne pas être au rendez-vous. Ainsi, la posture de l'IDEC porteuse de motivations, de compétences, d'inventivité et d'un regard critique, intervient en tant que composante complémentaire indispensable pour que la qualité et la continuité visées puissent se concrétiser.

L'analyse des données a mis en relief, le « poids » que peut avoir l'IDEC sur ses épaules quant à ses nombreuses missions transversales avec le nombre de soignants à encadrer, et parallèlement nous observons le « poids », qu'elle a, ou peut avoir au sein de l'institution en termes de confiance et de marge de manœuvre. Nous l'avons observé par exemple, pour le recrutement, et dès lors, qu'elle reste décisionnaire pour mettre un terme à un contrat quand elle juge qu'il y a un risque pour les résidents. L'IDEC s'inscrit donc, bel et bien, dans un processus de responsabilisation, et de professionnalisation pour ce qui est des faisant-fonction. L'objectif étant qu'ils apprennent « bien » le métier, et qu'ils intègrent l'EHPAD de façon durable.

Et si la notion de temporalité qu'il serait absurde de nier, était reconsidérée comme un levier de créativité dont le but serait de réinventer les pratiques, et non plus comme un frein ? Autrement dit, on ne nous donne pas de temps, prenons-le ! Le rôle de l'IDEC est d'en faire alors une priorité aux côtés de ses équipes pour impulser une orientation aux soignants en cours de formation. Car l'IDEC doit être garant d'une posture éthico-managériale qui demande d'abord à mobiliser et penser ce qui est productif, et contre-productif, au niveau individuel et collectif, au service des résidents et de l'institution.

Les IDEC au nom, de leur rôle d'intermédiaire auprès de leur direction, et de l'autonomie qui leur est laissée, sont de véritables « pierres angulaires » tout à fait à même, de défendre leur projet comportant des objectifs pertinents et prioritaires, élaborés en co-construction avec des

soignants de terrain, et visant à répondre, tant que faire se peut, à l'impératif humain et déontologique, de la continuité et de la qualité des soins dispensés par des personnels non expérimentés et non qualifiés.

# BIBLIOGRAPHIE

## **Références législatives**

- Loi n°97-60 du 24 Janvier 1997 création des EHPAD
- Loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015
- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux exercices de la profession infirmier. Section 1 Actes professionnels
- Décret n°2007-1188 du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignantes et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction hospitalière.
- Code de la Santé Publique Arrêté du 22 Octobre 2005 relatif à la profession d'aide-soignant Annexe 1 Référentiel de formation Article 4311-5
- Référentiel de compétences de l'aide-soignant 8 novembre 2009. Annexe V de l'arrêté du 25 janvier 2005. Unité 7 et 8

## **Rapports / Recommandations / Dossiers**

- Rapport EL Khomri : Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du Grand Age 2020-2024 Rapport remis à la ministre des Solidarités et de la santé Etabli par Mme Myriam El Khomri Octobre 2019.
- Rapport Libault sur la concertation Grand âge et autonomie. Mars 2019.
- HAS Rapport d'étude Evaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé. Novembre 2015.
- ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », Juin 2008.
- Les Dossiers de la DREES, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », Septembre 2016///n°5
- Études et Résultats, DREES, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », Bazin M. et Muller M., n°1067, juin 2018.3

## **Sites internet consultés**

- [www.légifrance.gouv.fr](http://www.légifrance.gouv.fr)
- [solidarités-santé.gouv.fr](http://solidarités-santé.gouv.fr)
- [m.onisep.fr](http://m.onisep.fr)

- <http://ifsi.ghsv.org> IFSI-IFAS groupe hospitalier Saint Vincent, Strasbourg

### **Articles**

- Fredy-Planchot Agnès, « Reconnaître le tutorat en entreprise », archives-rfg.revuesonline.com Revue française de gestion, pp 23-32 du volume 33 issu des Editions Lavoisier 2207
- Le chevalier Hurard Lucie, « Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? » Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de premières lignes en milieu spécialisé Alzheimer, www.cairn.info Retraite et Société, 2014/3 n°69 p 99-120.
- Duyck Jean-Yves et Pijoan Natacha, « Enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes », www.cairn.info revue Gériatrie, 2010/4 vol 3/n° 135, p. 187 à 211. Paragraphe 69
- Anne-Marie Arborio, « les « faisant fonction » d'aide-soignante face à la validation des acquis de l'expérience (VAE) : au risque de l'invalidation par d'autres professionnels », halshs.archives-ouvertes.fr 6 Sept 2019. p.2
- FFIDEC www.trilogie-santé.com article du 30 Juin 2020

### **Ouvrage**

- Louart Pierre « Gestion des ressources Humaines » Editions Eyrolles, 1991.

### **Mémoire**

- Ouazon Sylvie, Directeur des soins Mémoire de l'Ecole National de la Santé Publique 2002 « Le recrutement un enjeu stratégique pour l'hôpital » Première partie 3 .2.1 Les étapes de la procédure de recrutement, p 20 et 21.
- Gallouet Murielle, DU 2017/2019 Université Angers Mémoire « L'action de formation en situation de travail, un levier pour prendre soins des salariés peu ou pas qualifiés – l'exemple de faisant fonction » p 25.
- RAMONDOU Orane, « Le dispositif d'intégration des nouveaux salariés a-t-il une incidence sur la qualité de prise en charge des résidents en EHPAD ? », mémoire MASTER Management sectoriel 2017-2018 UNIVERSITE de LILLE, p.15

### **Autres publications et fiches techniques**

- CNDEPAH, conférence Nationale des Directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées, « Les effectifs soignants en EHPAD : états des lieux et perspectives ». Déc.2019. p.4

- Rapport CNSA La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des EHPAD et de la prise en charge des résidents. Mise à jour Avril 2019.
- Agent des services hospitaliers ASH Document réalisé par la Mission d'Information Professionnelle de Louhans <https://www.mip-louhans.asso.fr> Avril 2012, éléments mis à jour en 2015
- Données de l'ANAP en 2015. Rapport : L'absentéisme en établissement médico-social ARACT et ARS Nouvelle Aquitaine – Constats p 3.
- Données UNIOPSS-URIOPSS, septembre 2019.
- Snuitam-sfu Boite à outils, fiche « Le compagnonnage et le tutorat », [www.snuitam-fsu.org](http://www.snuitam-fsu.org) 21/05/2013.
- La lettre du CEDIP (Ministère de la transition écologique et solidaire) en lignes, « Quelques clés d'entrée pour manager le tutorat » n°9, [www.cedip.developpement-durable.gouv.fr](http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr) avril 1999.
- La lettre du CEDIP (Ministère de la transition écologique et solidaire) en lignes, « Tutorat et compétences » n°22, [www.cedip.developpement-durable.gouv.fr](http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr) juin 2002
- Fiche métier Accompagnement éducatif et social [www.cned.fr](http://www.cned.fr)

## Résumé

Devant la pénurie de candidatures d'aides-soignants, des directions d'établissements d'hébergement pour personnes âgées embauchent des agents de service hospitaliers sur des postes de soins en qualité de faisant-fonction d'aide-soignant.

Dans un souci de garantir la continuité ainsi que la qualité des soins auprès des résidents, et de limiter les risques qui peuvent être encourus lors de la réalisation de soins par du personnel non expérimenté, notre étude a voulu explorer le rôle de l'infirmier coordinateur et son implication en un temps limité dans la valorisation, l'accompagnement et l'intégration de ce personnel spécifique.

Notre observation s'est faite par l'intermédiaire d'infirmiers coordinateurs au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées tout statut juridique confondu.

Au vu du contexte sanitaire, nous avons dû mener notre enquête via l'envoi d'un questionnaire de 21 questions à 20 infirmiers coordinateurs et 1 infirmier.

Il ressort de cette enquête qu'une majeure partie des infirmiers coordinateurs sont omniprésents et partie prenante dans le parcours de l'agent faisant-fonction d'aide-soignant.

En effet, leur intervention se manifeste dès l'entretien d'embauche et jusqu'à la validation ou non de la période d'essai. Ce suivi leur permet à tout moment de repérer des facteurs de risques en lien avec des comportements ou des pratiques qui peuvent présenter un danger pour la continuité et la qualité de soins.

Par ailleurs, notre étude met également en lumière, un manque de moyen faisant défaut aux infirmiers coordinateurs dans la réalisation de leur mission d'accompagnement de ce personnel peu expérimenté.

L'aménagement d'un temps dédié permettant aux infirmiers coordinateurs d'organiser le suivi et la montée en compétences du personnel faisant-fonction apparaît comme la solution la plus efficace. Heures de tutorats, ateliers de réflexion sur l'élaboration de protocoles d'accueil et d'intégration, animations de journée portes ouvertes de sensibilisation sur les métiers du soin, sont autant de possibilités qui amèneraient à la réussite de cette mission propre à l'infirmier coordinateur.

**Mots-clés : IDEC – ASH faisant fonction d'aide-soignant – EHPAD – recrutement – accueil – intégration – tutorat – accompagnement – sécurité des soins – qualité des soins -**

## **Abstract**

Due to a lack of applications for nursing assistants, the management of nursing homes for the elderly (English for EHPAD) are hiring hospital service agents as nursing assistants. In order to ensure the continuity as well as the quality of care for residents, and to limit the risks that may be incurred when providing care by inexperienced staff, our study wanted to explore the role of the nurse coordinator and its involvement in a limited time in the development, support and integration of this specific staff.

Our observation was made through nurse coordinators working in nursing homes for the elderly of all legal status.

Because of the pandemic, we had to conduct our survey by sending a questionnaire of 21 questions to 20 nurse coordinators and 1 nurse.

It emerges from this survey that a major part of the nursing coordinators are totally involved in the career of the agents acting as nursing assistants. Indeed, their intervention manifests itself from the job interview to the validation of the trial period, which allows them at any time to notice a danger, a failure or a dysfunction likely to jeopardize the continuity or the quality of care.

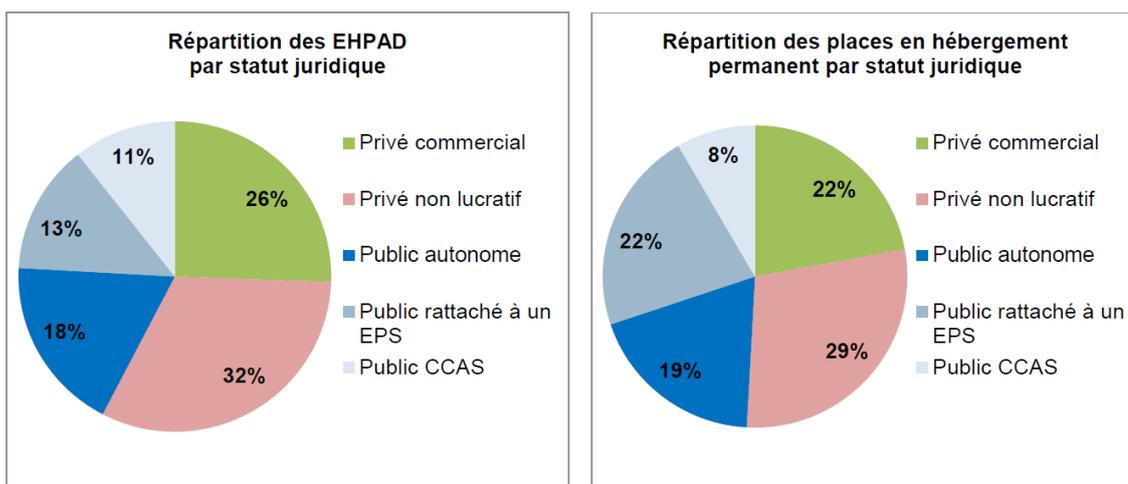
However, our study also highlights a lack of resources preventing nurse coordinators from carrying out their mission of supporting this inexperienced staff correctly.

Arranging a dedicated time allowing the nurse coordinators to organize the follow-up and the upgrading of the skills of the working staff appears to be the most effective solution. Hours of tutoring, meetings to reflect on the development of reception and integration protocols, open day activities to raise awareness of care professions, are all possibilities that would lead to the success of this mission specific to the nurse coordinators.

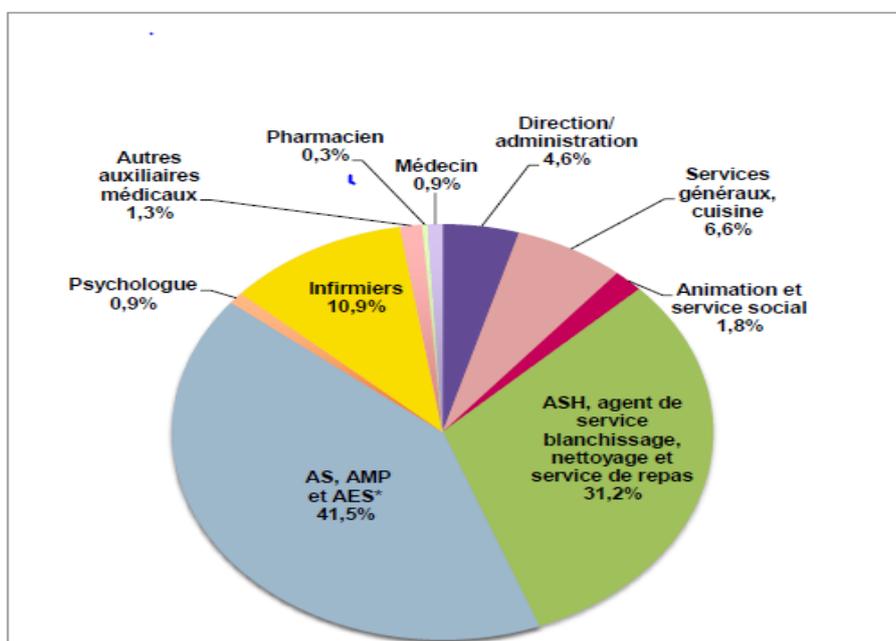
**Keywords :** nurse coordinators - hospital service agents as nursing assistants – nursing homes – recruitment – home – integration – tutoring – support – safety of care – quality of care

# ANNEXES

**ANNEXE 1 :** Source : HAPI 2017 Chiffres et analyses issus des tableaux des effectifs et des rémunération (TER) jointe aux ERRD 2017. Rapport CNSA La situation des EHPAD en 2017



**ANNEXE 2 :** Graphique Répartition du personnel en % des ETP salariés et extérieurs par fonction principales exercées – Ressources Humaine -Répartition du personnel Sources ERRD 2017. Rapport CNSA La situation des EHPAD en 2017. Mise à jour Avril 2019.



**ANNEXE 3** : Schéma Répartition des charges de personnel Code Action Social et familial  
Annexe 3-2

	Hébergement	Dépendance	Soins
Direction – administration - animation	100%		
Médecin coordonnateur			100%
IDE			100%
AS - AMP		30%	70%
Auxiliaire de vie	70%	30%	
Psychologues		100%	
Cuisine + diététicien	100%		
Services généraux (OPQ)	100%		
ASH Blanchisserie	70%	30%	
hygiène	70%	30%	
ASH salle de restauration	70%	30%	
Pharmaciens (PUI)			100%
Paramédicaux (ergothérapeutes, psychomotriciens,...)			100%
Médecins, kinés,... (dotation globale)			100%

Boite à outils

Fiche N°

**Le compagnonnage et le tutorat**

Qu'est-ce qui les rapproche ?

Le tutorat et le compagnonnage sont deux modalités d'apprentissage en situation professionnelle entre un professionnel (le tuteur ou le compagnon) et un apprenant.

Ces deux dispositifs ont pour finalité la transmission d'un savoir qui participe de l'élaboration d'un projet professionnel de l'agent sur son poste.

Le tuteur et le compagnon maîtrisent les connaissances et les savoir-faire que doit acquérir l'apprenant au terme de son apprentissage. Ils participent tous les deux à l'évaluation des qualifications acquises par l'apprenant.

Ces deux dispositifs peuvent être envisagés simultanément dans le cadre d'un processus global de formation.

Qu'est-ce qui les distingue ?

Le compagnonnage	Le tutorat
<p><b>A- La méthode d'apprentissage</b> C'est un apprentissage rapide et en situation professionnelle des tâches, des gestes, des procédures d'une activité relevant des missions de l'agent apprenant.</p> <p><b>B- Les ressources</b> Le compagnonnage s'organise en interne en mobilisant uniquement des forces propres au service dans un contexte de proximité fonctionnelle.</p> <p><b>C- Le dispositif</b> 1- Le dispositif revêt un caractère plus ou moins formalisé dans le cadre du travail habituel de l'agent.  2- Le compagnon s'adresse à un seul apprenant.  3- Le compagnon transmet son savoir, par la démonstration et son expérience, sans relation avec un centre de formation.</p>	<p><b>A- La méthode d'apprentissage</b> C'est un apprentissage des tâches couplé avec une formation théorique suivie hors du milieu professionnel.</p> <p><b>B- Les ressources</b> Le tutorat fait appel à des ressources externes : intervention d'un tuteur et d'un centre de formation. Mobilisation d'une expertise extérieure au service.</p> <p><b>C- Le dispositif</b> 1- Le dispositif revêt un caractère formalisé dans un cadre qui peut être pour tout ou partie extérieur au cadre professionnel habituel de l'agent.  2- Le tuteur peut éventuellement s'adresser à plusieurs apprenants sur plusieurs sites.  3- Le tuteur assure la liaison avec les organismes de formation et les services qui participent à l'acquisition de compétences professionnelles par l'agent ou qui l'initient à de nouvelles activités professionnelles.</p>

## Acteurs et rôles

Dans les deux dispositifs, **la hiérarchie** précise le cadre de l'exercice du compagnonnage ou du tutorat. Elle en assure la mise en œuvre et le suivi :

- ces deux dispositifs s'intègrent dans le projet de service. À cette occasion, une charte peut être élaborée en vue d'évaluer l'efficacité du dispositif de manière partagée avec les agents.
- une convention ou lettre cadre liant la hiérarchie, le compagnon ou le tuteur et l'apprenant fixe les conditions de l'apprentissage : objet, lieu, durée et obligations réciproques.

Le rôle du **compagnon** et du **tuteur** est reconnu au moment de l'entretien professionnel annuel.

Dans le cadre du tutorat les **acteurs de la formation** ministériels ou externes sont mobilisés.

### **Exemples de situations professionnelles**

Dans le cadre du compagnonnage, il s'agit principalement de réussir l'insertion professionnelle d'un agent dans un service.

Concernant le tutorat, il s'agit principalement d'assurer une montée en compétences déterminante pour le service pouvant aller jusqu'à un changement d'orientation professionnelle pour l'agent.

### **Ressources complémentaires**

- *Fiche technique n°22-CEDIP « compagnonnage »* : [http://competences-formation.metier.i2/IMG/pdf/22-compagnonnage\\_et\\_compences\\_-\\_pourquoi\\_-\\_comment\\_cle72794c.pdf](http://competences-formation.metier.i2/IMG/pdf/22-compagnonnage_et_compences_-_pourquoi_-_comment_cle72794c.pdf)
- *Fiche technique n° 9 CEDIP « Quelques clés d'entrée pour manager le tutorat »* : <http://competences-formation.metier.i2/quelques-cles-d-entree-pour-a72.html>

### **Quelques outils**

- charte du compagnonnage ou du tutorat à l'échelle du service ;
- convention de compagnonnage passée entre la hiérarchie, le compagnon et l'apprenant ;
- convention de tutorat passée entre la hiérarchie, le centre de formation, le tuteur et l'apprenant ;

### **Pour aller plus loin**

- fiche O 08 le compagnonnage
- fiche O 39 le tutorat

**ANNEXE 5 :** Taux d'encadrement pour 100 résidents 2007 2011 2015 Total dont personnel soignant. Source : DREES, Enquêtes EHPAD Libault 2019 p 42.

			2011		2015	
	Total	dont personnel soignant	Total	dont personnel soignant	Total	dont personnel soignant
EHPAD publics	61,1	29,2	66,0	32,4	67,9	33,1
EHPAD privés à but non lucratif	52,7	20,3	56,2	23,1	59,1	25
EHPAD privés à but lucratif	51,9	18,4	53,2	20,3	55,5	23,4
<b>MOYENNE EHPAD</b>	<b>57,2</b>	<b>24,9</b>	<b>60,8</b>	<b>27,5</b>	<b>62,8</b>	<b>28,7</b>
Maison de retraite non EHPAD	44,0	14,3	40,2	9,9	38,1	6,1
Résidences autonomie	13,7	1,6	13,4	1	13,2	1
Unités de soins de Longue durée (USLD) des hôpitaux*	77,4	48,7	92,4	65	102,6	72,7

## **ANNEXE 6 : Questionnaire de l'enquête**

# **QUESTIONNAIRE**

## **« Le rôle de l'IDEC dans l'intégration de l'agent faisant-fonction d'aide-soignante en EHPAD »**

Ce questionnaire s'adresse aux IDEC en poste en EHPAD et IDE en EHPAD. Il est constitué 21 questions réparties en 6 thématiques et ne vous prendra que 10 à 15 minutes pour y répondre. Vos réponses sont anonymes.

Par avance, notre groupe vous remercie de votre collaboration précieuse et du temps consacré au renseignement de cette enquête dans le cadre du Diplôme Universitaire 2020  
« Infirmière référente et coordinatrice en SSIAD et en EHPAD »

### **1/ PREAMBULE**

#### **Question 1**

J'occupe la fonction de

- IDE en EHPAD
- IDEC en EHPAD

#### **Question 2**

Quel est votre ancienneté sur le poste :

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 4 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- Plus de 20 ans

#### **Question 3**

Je travaille au sein d'un :

- EHPAD Public Autonome
- EHPAD Public rattaché à un Centre Hospitalier ou une Collectivité Locale
- EHPAD Associatif ou Privé à but non lucratif
- EHPAD Privé Commercial

#### **Question 4**

Combien avez -vous de personnel sous votre responsabilité : .....

#### **Question 5**

Au sein de l'établissement dans lequel vous exercez, des agents de service non diplômés (ASH) sont-ils employés sur des postes de soins (Faisant fonction d'aide -soignant) ?

- OUI
- NON

### **2/ RECRUTEMENT**

#### **Question 6**

L'IDEC de votre établissement, ou vous-même en qualité d'IDEC, participe-t-elle au recrutement des professionnels de soins ?

- OUI seule
- OUI avec le Directeur
- OUI avec (préciser dans la case « autre »)
- NON
- Autre

#### **Question 7**

Pour quelles raisons des agents de service (ASH) faisant fonction d'Aide-Soignant sont-ils recrutés sur des postes de soins au sein de l'établissement ?

- Par manque de candidature Aide-Soignant
- Par contrainte relative au budget alloué, défini par les conventions tripartites / CPOM
- Autres : préciser.....

### **3/ ACCUEIL**

#### **Question 8**

Existe-t-il au sein de votre établissement un dispositif d'accueil formalisé pour les nouveaux professionnels faisant fonction d'aide-soignant ? (Exemple : livret d'accueil, tutorat, accompagnement pédagogique, évaluation mi-parcours...)

- OUI (préciser dans « autre »)
- NON
- AUTRE

### **Question 9**

Un « temps de doublure » est-il programmé pour accompagner le nouvel agent faisant fonction d'aide-soignant ?

- OUI (préciser sur combien de jour ou semaine)
- NON
- AUTRE

## **4/ INTEGRATION**

### **Question 10**

Quels sont les aspects qui soulèvent le plus de difficultés pour les personnes peu qualifiées lors de leur intégration ?

*3 réponses maximum :*

- Le travail en équipe
- La communication
- L'application des protocoles de soins
- L'apprentissage des gestes techniques
- L'organisation du travail
- L'interaction et les relations avec les résidents
- Autres : préciser.....

### **Question 11**

Quelles sont les principales difficultés auxquelles doit faire face l'IDEC durant l'intégration des personnes peu qualifiées ?

*3 réponses maximum :*

- Insuffisance de temps du tuteur professionnel
- Absence de protocole d'accueil
- Manque de motivation du nouveau professionnel recruté peu qualifié
- Décalage entre les attentes du nouveau professionnel et la réalité du terrain
- Stress
- Autres : préciser.....

### **Question 12**

Quelles sont les principales ressources sur lesquelles l'IDEC peut s'appuyer pour faciliter l'intégration des agents peu qualifiés ?

*3 réponses maximum :*

- Compétence de l'équipe soignante en place
- Esprit d'équipe
- Protocole de tutorat des aides-soignants diplômés
- Charte ou livret d'accueil des nouveaux professionnels

- Fiche de poste
- Outils d'évaluation des compétences
- Facilitation de promotion professionnelle avec accès à l'entrée en IFAS et /ou IFSI
- Autres : préciser.....

**Question 13**

Selon vous, l'IDEC dispose-t-elle d'un champ d'action suffisant pour assurer une intégration efficiente des agents faisant fonction d'aide-soignant ?

Sur une échelle de 1 à 5

1 : pas du tout      2 : parfois      3 : souvent      4 : la plupart du temps      5 :

Absolument, toujours

**Question 14**

Si vous avez répondu entre 1 et 3, selon vous qu'est-ce qui faciliterait les missions de l'IDEC dans l'intégration des nouveaux agents peu qualifiés ?

.....  
 .....

**5/ SUIVI- POST INTEGRATION**

**Question 15**

Au sein de votre établissement, qui assure le suivi et l'accompagnement des agents faisant fonction d'aide-soignant ?

- L'IDEC
- L'IDE par délégation
- L'AS référente par délégation
- Autres : préciser.....

**Question 16**

Au sein de votre établissement, s'il existe une évaluation de l'agent en fin de période d'essai, par qui est-elle réalisée ?

- IDEC seule
- IDEC + Autre (préciser dans la case « autre »)
- Direction
- Autre préciser .....

**Question 17**

Au sein de votre établissement, s'il existe une évaluation de l'agent en fin de période d'essai, sous quelle forme celle-ci est réalisée ? (Exemple : fiche de prérequis, entretien, etc)

.....  
 .....

### **Question 18**

A la fin de la période d'essai, quelle démarche managériale l'IDEC adopte-elle si l'agent faisant fonction en poste de soins n'est pas autonome ?

- Non renouvellement du contrat
- Renouvellement du contrat avec arrêt du tutorat
- Renouvellement du contrat avec prolongation du tutorat
- Rapport circonstancié à la direction pour prise de décision
- Autres préciser .....

### **Question 19**

Si un entretien est réalisé à l'issue de la période d'essai ou du premier contrat, par qui celui-ci est conduit ?

- IDEC
- Direction
- Autre préciser.....
- NON

## **6/ REPERCUSSION CRISE SANITAIRE**

### **Question 20**

Durant la crise sanitaire due à la COVID 19, en qualité d'IDEC, avez-vous dû spécifiquement adapter votre management auprès des agents peu qualifié en soins ?

- OUI (Préciser en quoi dans la case « autre »)
- NON
- Autre...

### **Question 21**

Durant la crise sanitaire due à la COVID 19, avez-vous observé en tant qu'IDEC, des problématiques particulières liées à l'insuffisance de qualification des agents faisant fonction d'aide-soignant ?

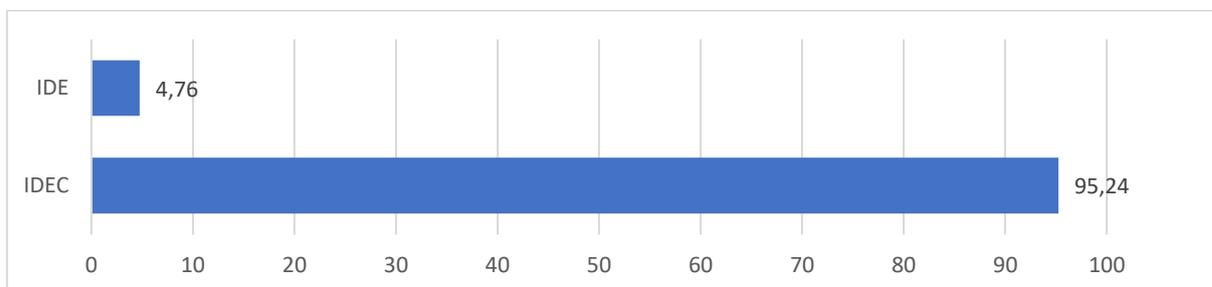
- OUI (Préciser en quoi dans la case « autre »)
- NON
- Autre...

*Nous vous remercions de votre participation.*

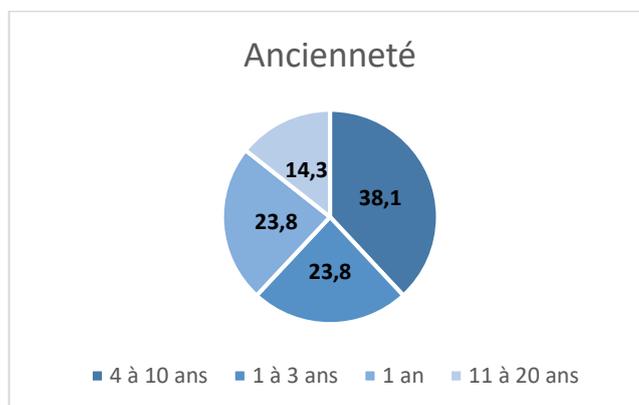
*Laetitia, Fabienne, Marie Ange et Elsa*

**Les annexes suivantes feront références aux données de l'enquête en mode graphique**

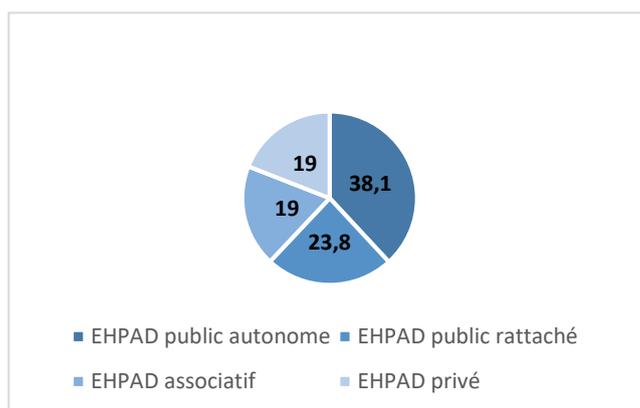
**ANNEXE 7 : J'occupe la fonction de ?**



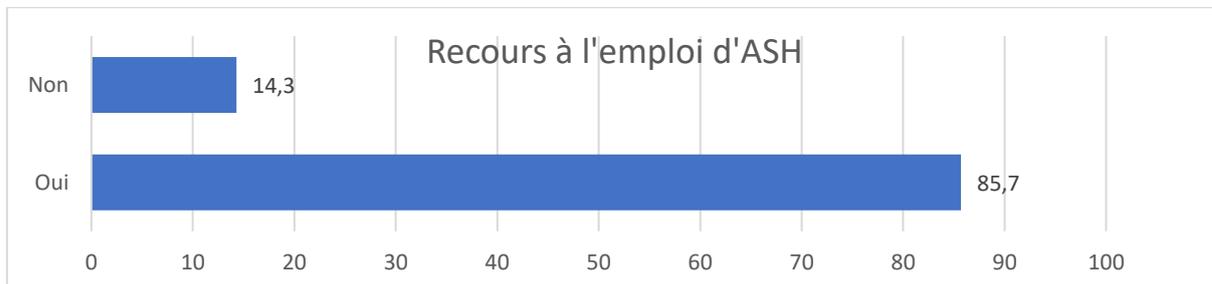
**ANNEXE 8 : Quel est votre ancienneté sur le poste ?**



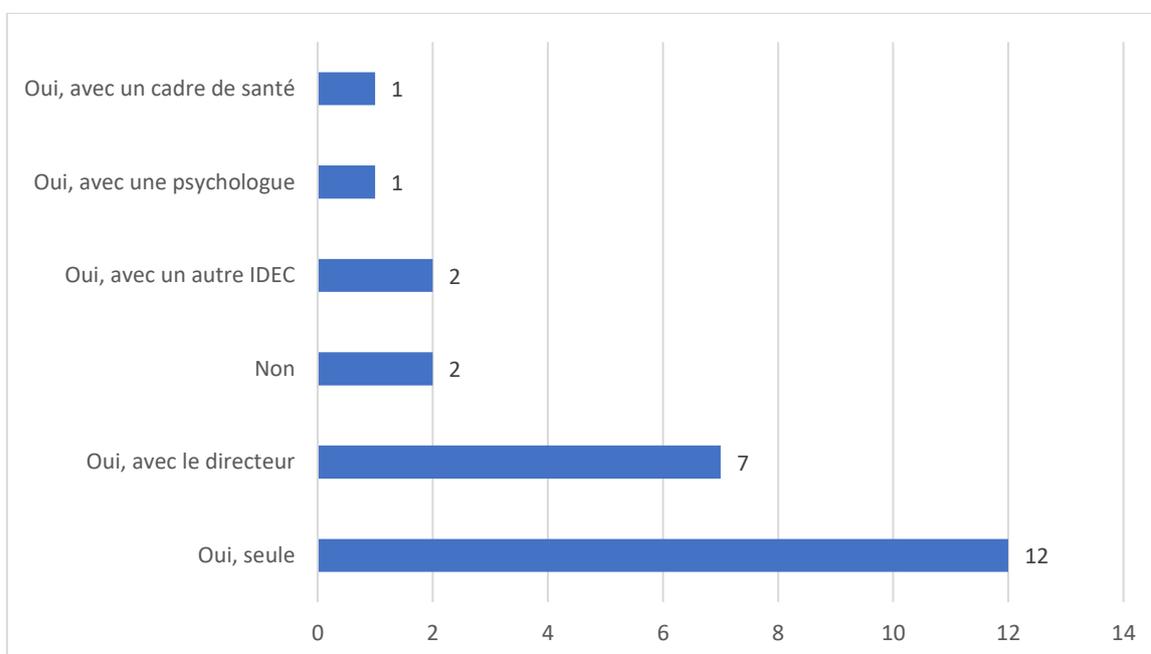
**ANNEXE 9 Je travaille au sein d'un ?**



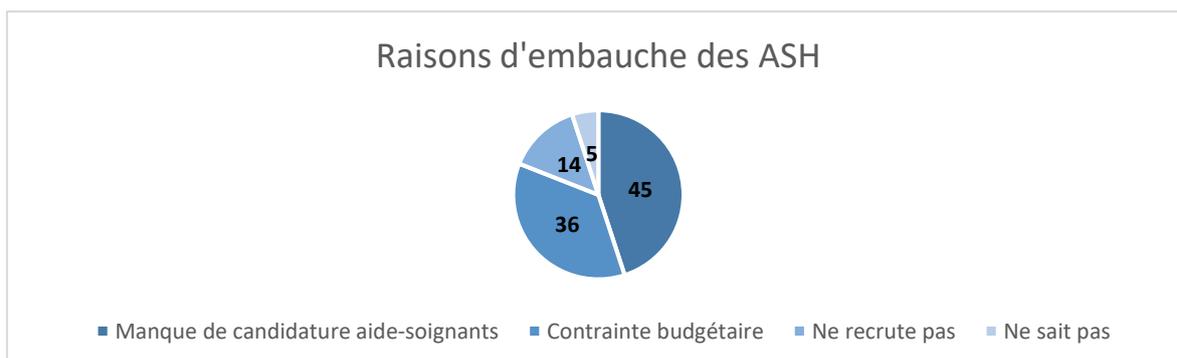
**ANNEXE 10 :** Au sein de l'établissement dans lequel vous exercez, des agents de service non diplômés (ASH) sont-ils employés sur des postes de soins (Faisant fonction d'aide -soignant) ?



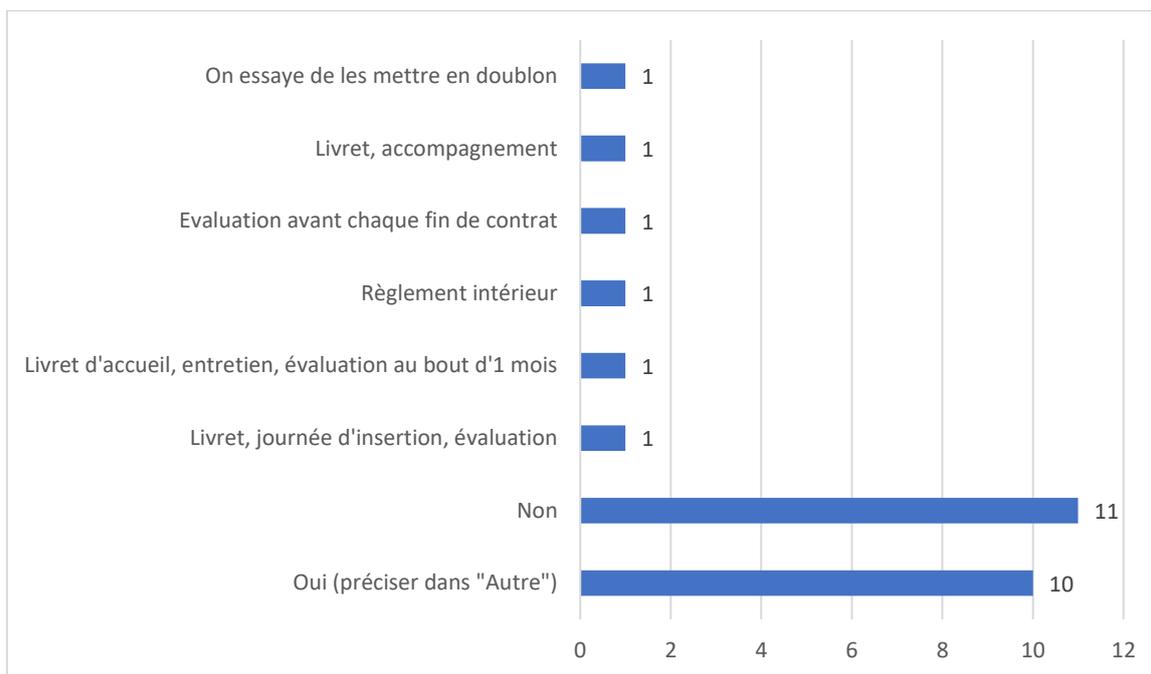
**ANNEXE 11 :** L'IDEC de votre établissement (ou vous-même en qualité d'IDEC), participe-t-elle au recrutement des professionnels de soins ?



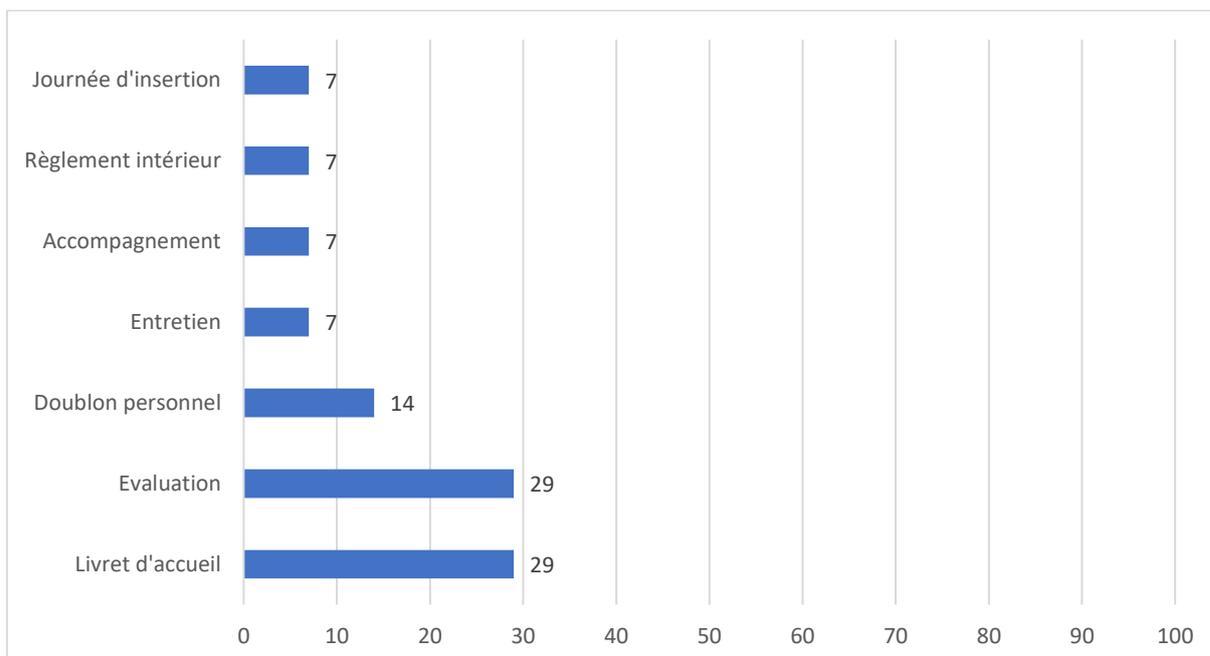
**ANNEXE 12 :** Pour quelles raisons des agents de service (ASH) faisant fonction d'Aide-Soignant sont-ils recrutés sur des postes de soins au sein de l'établissement ?



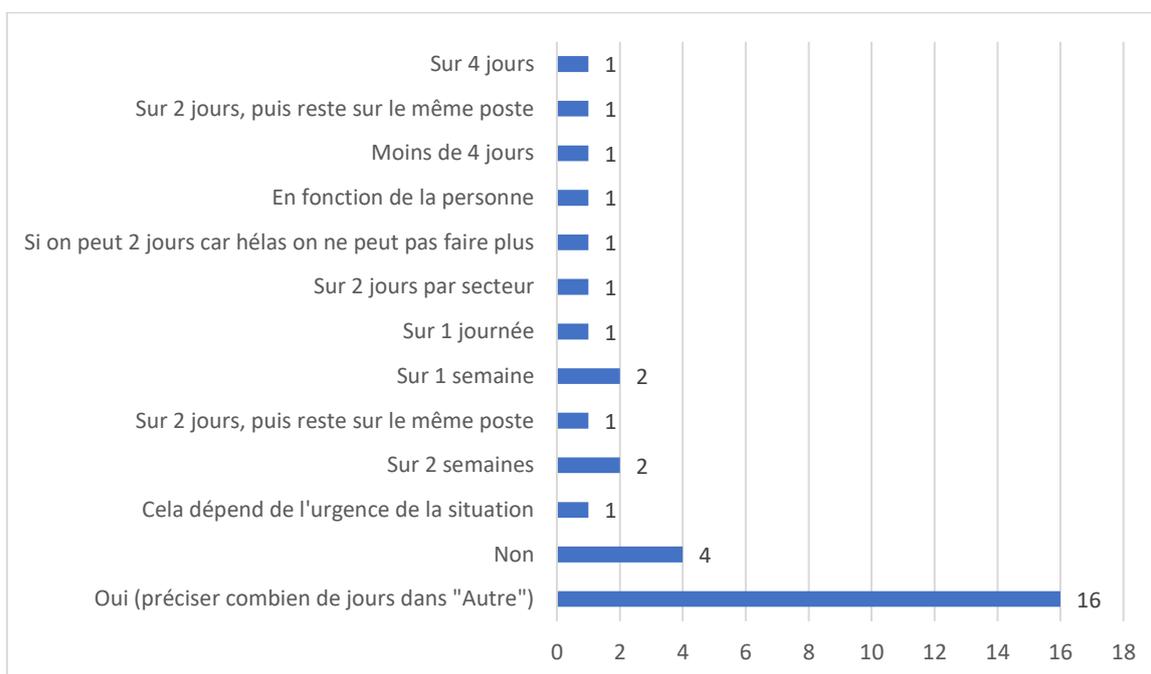
**ANNEXE 13 :** Existe-t-il au sein de votre établissement, un dispositif d'accueil formalisé pour les nouveaux professionnels faisant-fonction d'aide-soignant ?



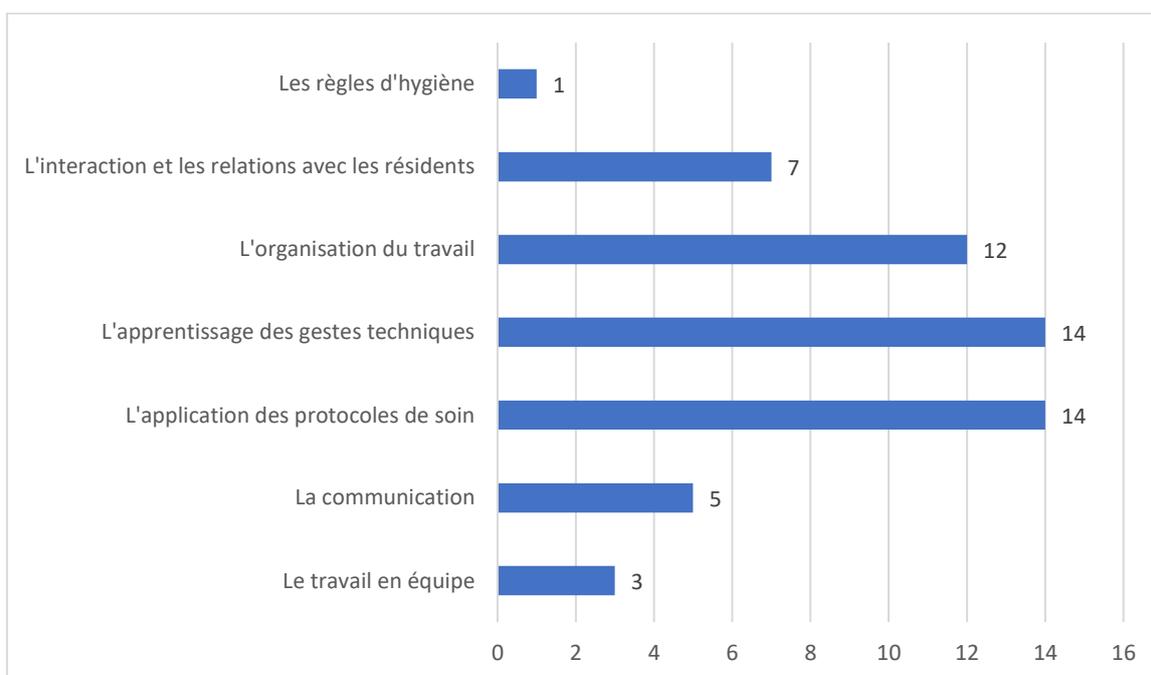
**ANNEXE 14 :** Précisez le dispositif d'accueil



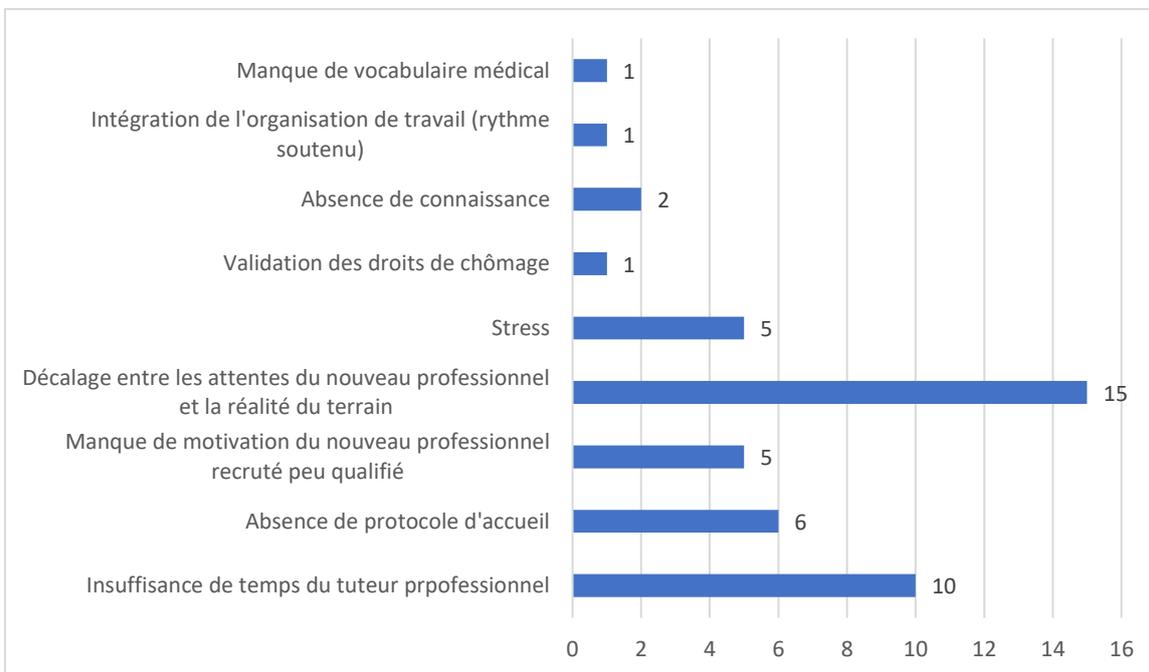
**ANNEXE 15 :** Un temps de doublure est-il programmé pour accompagner le nouvel agent faisant-fonction d'aide-soignant ?



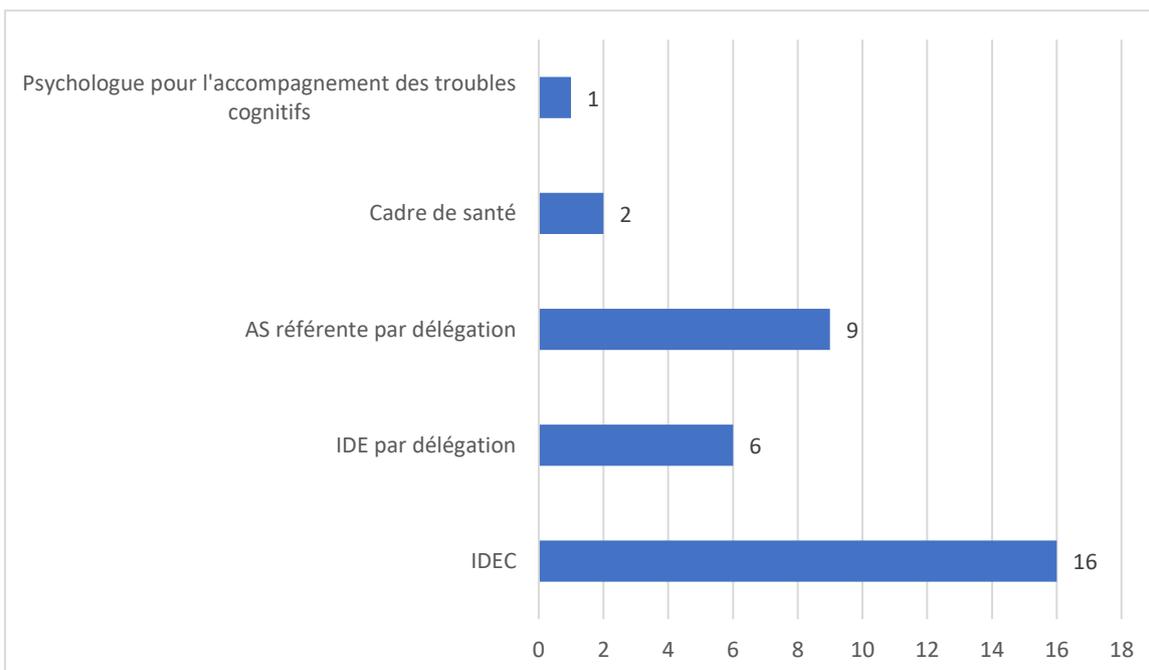
**ANNEXE 16 :** Quels sont les aspects qui soulèvent le plus de difficultés pour les personnes peu qualifiées lors de leur intégration (3 réponses maximum) ?



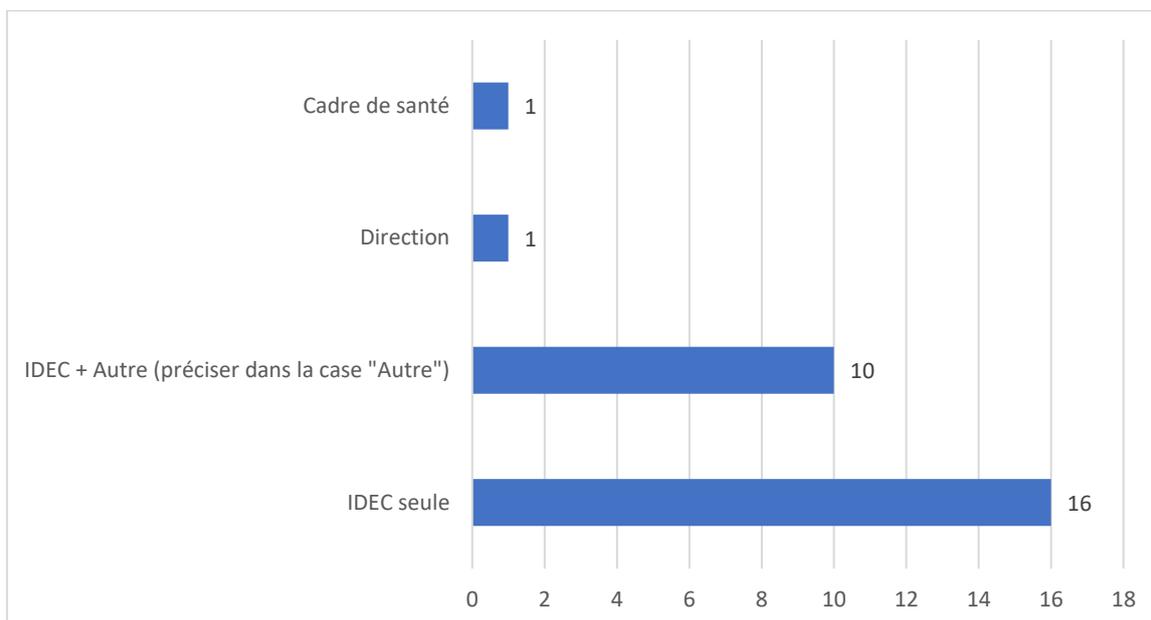
**ANNEXE 17 :** Quelles sont les principales difficultés auxquelles doit faire face l'IDEC durant l'intégration des personnes peu qualifiées ? (3 réponses maximum).



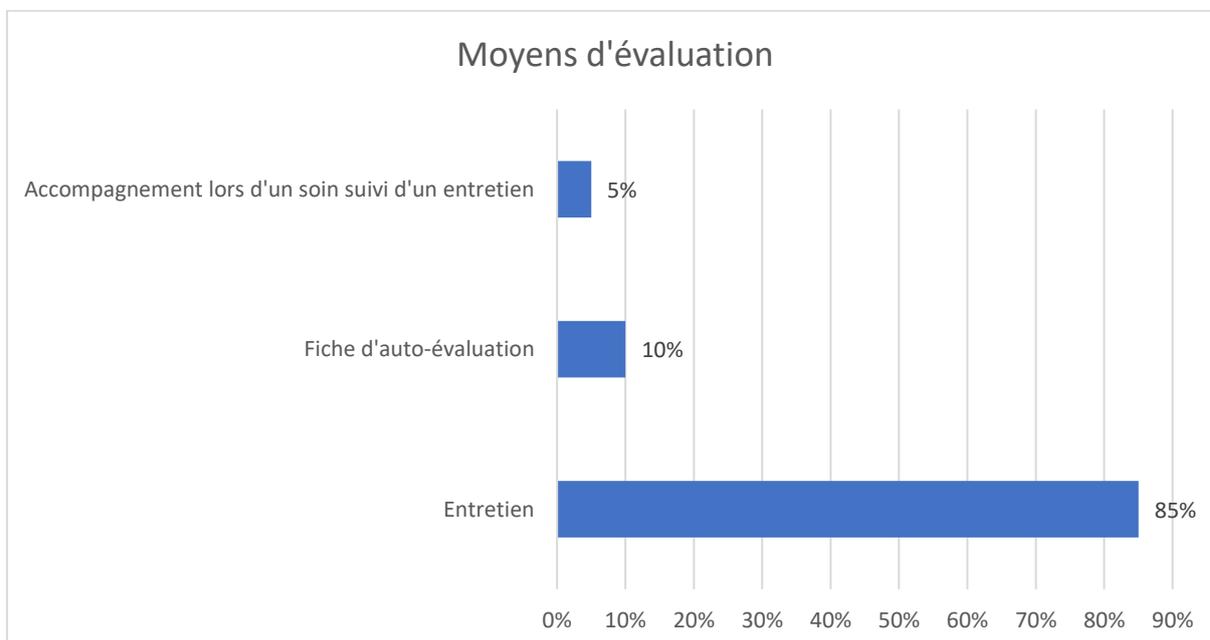
**ANNEXE 18 :** Au sein de votre établissement, qui assure le suivi et l'accompagnement des agents faisant-fonction d'aide-soignant ?



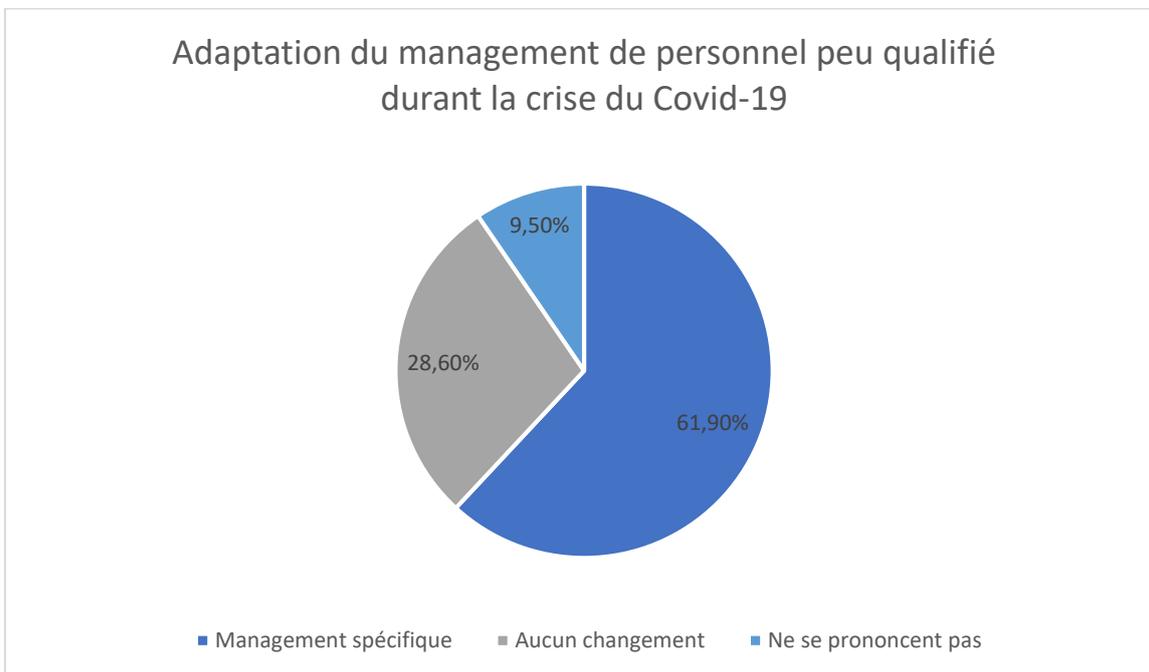
**ANNEXE 19 :** Au sein de votre établissement, s'il existe une évaluation de l'agent en fin de période d'essai, par qui est-elle réalisée ?



**ANNEXE 20 :** Précisez les moyens d'évaluation



**ANNEXE 21 :** Durant la crise sanitaire due à la COVID 19, en qualité d'IDEC, avez-vous dû spécifiquement adapter votre management auprès des agents peu qualifié en soins ?



**ANNEXE 22 :** Durant la crise sanitaire due à la COVID 19, avez-vous observé en tant qu'IDEC, des problématiques particulières liées à l'insuffisance de qualification des agents faisant fonction d'aide-soignant ?

