



**OBSERVATOIRE PROSPECTIF DES METIERS ET
DES QUALIFICATIONS DE L'HOSPITALISATION
PRIVEE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE A
STATUT COMMERCIAL**

ETUDE SUR 4 METIERS

**Brancardier et Agent de stérilisation
du secteur sanitaire**

**Agent de Service Hôtelier et Cuisinier
du secteur médico-social**

Rapport final

9 juin 2013

Table des matières

1. Commande et méthodologie	5
1.1. Commande	5
1.2. Méthodologie mise en œuvre	5
a) Etude documentaire et étude statistique	5
b) Entretiens en établissements.....	6
c) Enquête employeurs	6
d) Groupes Focus et entretiens personnes ressources	6
2. Les quatre métiers	7
2.1. Agent de service hôtelier en EHPAD	7
a) Evolutions.....	7
b) Données statistiques	8
c) Définition / mission.....	8
d) Qualification professionnelle.....	9
e) Profil	9
f) Formation actuelle au poste	9
g) Compétences	11
h) Situation de l'emploi et problématique.....	11
i) Enjeux	13
j) Pistes pour l'avenir	13
2.2. Cuisinier en EHPAD	17
a) Evolution.....	17
b) Données statistiques	18
c) Définition / mission.....	18
d) Qualification professionnelle.....	18
e) Profil	18
f) Formation actuelle au poste	18
g) Compétences	19
h) Situation de l'emploi et problématique.....	19
i) Enjeux	20
j) Pistes pour l'avenir	20
2.3. Brancardier	22
a) Evolution.....	22
b) Données statistiques	22
c) Définition / mission.....	23
d) Qualification professionnelle.....	23

e) Profil	24
f) Formation actuelle au poste	24
g) Compétences	25
h) Situation de l'emploi et problématique	25
i) Enjeux	26
j) Pistes pour l'avenir	27
2.4. Agent de stérilisation	30
a) Evolution.....	30
b) Données statistiques	30
c) Définition / mission du métier	30
d) Qualification professionnelle.....	31
e) Profil	31
f) Formation actuelle au poste	31
g) Compétences	32
h) Situation de l'emploi et problématique.....	32
i) Enjeux	33
j) Pistes pour l'avenir	33
2.5. Lecture transversale des résultats	36
3. Résultats de l'enquête sur le secteur sanitaire	37
3.1. Caractéristiques des répondants	37
a) Le nombre de lits parmi l'ensemble des répondants	37
b) Nombre de brancardiers et d'agents de stérilisation en ETP	37
c) L'activité de l'établissement.....	38
d) L'appartenance ou non à un groupe.....	39
e) Répartition géographique.....	40
f) Significativité de l'échantillon des participants.....	40
g) Le statut des répondants.....	41
3.2. Résultats comparés brancardier et agent de stérilisation	42
a) Les difficultés de recrutement.....	42
b) L'augmentation du nombre de brancardiers au sein des établissements	44
c) Les pratiques des établissements dans l'hypothèse d'un recrutement :.....	45
d) Formations des personnels au regard des évolutions et contraintes sanitaires..	46
e) Manque de reconnaissance	47
f) Mise en place d'une qualification professionnelle.....	49
g) Les arrêts pour cause de TMS	52
3.3. Les difficultés de recrutement d'aides-soignants	53

4. Etat des lieux : données sectorielles, qualitatives et quantitatives	55
4.1. Remarques sur les informations disponibles et non disponibles sur la branche et les 4 métiers	55
4.2. Les secteurs	56
4.3. Données CCN	65
4.4. Situations chiffrées	67
4.5. Données qualitatives sur l'évolution des métiers	75
4.5.1. Donnée de la branche de l'hospitalisation privée	75
4.5.2. Eléments du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière	76
4.6. En complément	79
4.7. Liste des formations prises en charge par l'OPCAPL / FORMAHP 2011	88
5. Annexe	95
5.1. Participants à l'étude	95
5.2. Equipe consultants	96

1. Commande et méthodologie

1.1. Commande

La branche de l'hospitalisation privée à statut commercial est composée de deux secteurs : le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Les partenaires de l'Observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la branche de l'hospitalisation privée ont souhaité que soit menée une étude sur des métiers peu étudiés et pouvant présenter une problématique de reconnaissance.

L'étude porte sur 4 métiers de la branche :

2 métiers du secteur sanitaire :

- Brancardier
- Agent de stérilisation

2 métiers du secteur médico-social :

- Agent de service hôtelier
- Cuisinier

Caractéristiques de ces métiers :

- Métiers non reconnus par des diplômes,
- En mal de reconnaissance,
- Difficiles sur le plan physique.

Finalités de l'étude :

- Compétences nécessaires,
- Evolutions du métier,
- Difficultés rencontrées (TMS, stress, reconnaissances compétences),
- Prospective et évolution professionnelle.

1.2. Méthodologie mise en œuvre

a) Etude documentaire et étude statistique

Cette partie a visé la capitalisation des études de la branche et l'exploitation des données sectorielles disponibles.

Elle permet de dresser un panorama de ces métiers tant sur une dimension statistique que sur une dimension qualitative.

Son contenu, exploité dans l'analyse des éléments d'observation, est restitué en annexe de cette étude.

b) Entretiens en établissements

Cette phase a permis de réaliser des entretiens individuels en établissements avec des salariés titulaires des métiers à l'étude, des représentants du personnel et des représentants de la direction. Ont été réalisés :

- 45 entretiens dans 8 établissements du médico-social ;
- 59 entretiens dans 8 établissements sanitaires.

Les détails des établissements et des catégories de personnels figurent en annexe.

c) Enquête employeurs

La phase 3 a consisté en une enquête auprès des employeurs sur un certain nombre de thématiques et résultats émergents de l'étude.

Deux enquêtes avec administration des questionnaires sur le web ont été lancées : la première porte sur les 2 métiers du médico-social et la seconde sur les 2 métiers du sanitaire.

L'information sur les enquêtes a été diffusée auprès des directions des établissements par les organisations professionnelles, SYNERPA et FHP.

Ce mode de diffusion n'a pas permis une participation statistiquement exploitable des EHPAD. La particularité de ce secteur (petits établissements avec directeur polyvalent et absence de RRH -Responsable de ressources humaines-, et présence de groupes importants avec centralisation administrative) rend ce mode d'administration délicat.

Cette enquête a permis la participation de 136 participants, établissements sanitaires. Les résultats de ce sondage -dont l'échantillon n'a pas été construit sur une base dite statistiquement représentative- sont exploités dans une partie dédiée. La structure des participants permet de considérer ces résultats comme significatifs.

d) Groupes Focus et entretiens personnes ressources

Les résultats intermédiaires de cette étude ont été confrontés auprès de 23 intervenants dont 2 groupes focus, l'un sur le médico-social, le second sur le sanitaire.

Au total, hors enquête et hors membres du Copil de l'Observatoire, c'est environ 125 personnes qui ont participé aux différents entretiens individuels et collectifs, et aux groupes de travail de l'étude.

2. Les quatre métiers

2.1. Agent de service hôtelier en EHPAD

a) Evolutions

Quelques éléments importants caractérisent les principales évolutions.

Le **défi démographique**, fruit des conséquences de l'allongement de l'espérance de vie, induit l'augmentation du nombre de personnes âgées en France, et rend nécessaire la création de places d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Ce défi démographique doit entraîner le développement d'une offre EHPAD. Néanmoins, ce développement est contraint par la solvabilité de l'offre et donc le maintien du cofinancement public.

En particulier les EHPAD du secteur commercial font preuve d'un réel **dynamisme** ces dernières années. Alors qu'ils représentent un EHPAD sur cinq, leur part de marché a tendance à croître.

À l'instar des cuisiniers, la fonction des agents de service hôtelier peut être externalisée. L'**externalisation** consiste en la mise à disposition par un prestataire d'une équipe d'agents de service hôtelier au sein de l'établissement d'hébergement. Elle offre l'avantage de réduire la charge managériale de gestion des ressources humaines (notamment la gestion des absences) pour les équipes de direction. Les freins à son développement tiennent à la qualité des prestataires, à la maîtrise de l'équipe, au prix de cette prestation. Si ce phénomène existe, aujourd'hui marginalement, il n'est pas possible, dans le cadre de cette étude, de pouvoir estimer sa diffusion ; néanmoins sa généralisation ne semble pas être une solution retenue par les directions des établissements. Enfin, ajoutons, que si l'externalisation fait disparaître l'emploi de l'établissement et de la branche, cette disparation n'est que juridique ; les personnels existent toujours, mais relèvent d'un autre employeur et d'une autre convention collective.

La convention tripartite est source d'une évolution majeure dans ce secteur. La mise en place de cette convention qui a accompagné la création des EHPAD et leur agrément, génère une double conséquence :

- la **sectorisation** des emplois avec les agents de service hôtelier du côté hébergement, et les aides soignantes et des aides médico-psychologiques du côté soin ; antérieurement à la mise en œuvre des conventions tripartites, les fonctions étaient moins séparées ;
- l'élévation de la **qualité/professionnalisation** des prestations pour répondre à certaines exigences de qualité liées à l'agrément EHPAD et la mise en place des référentiels qualité.

En synthèse, l'évolution quantitative des agents de service hôtelier offre des perspectives plutôt orientées à la hausse, tandis que qualitativement, leur travail s'est recentré sur l'hébergement alors même que les façons de travailler ont nettement évolué.

b) Données statistiques

Les éléments à disposition, notamment l'étude quantitative réalisée par l'Observatoire et les publications du Synerpa, permettent de situer statistiquement cet emploi :

- 1.688 maisons de retraite commerciales pour environ 103.000 lits
- **15.684 ASH** recensés dans l'étude (données 2008), représentant 25% des effectifs, soit la 1^{ère} catégorie en nombre d'emplois des EHPAD ; statistiquement ce nombre donne une moyenne de 9 ASH par établissement
- 97% des ASH sont des **femmes**
- Les **temps partiels représentent 33 %** des emplois
- L'âge moyen et médian se situe à 40 ans
- Avec **21 % de plus de 50 ans**, la classe d'âge est très légèrement inférieure à la moyenne des classes, mais permet d'anticiper des départs à la retraite non négligeables
- L'étude (données 2008) a dénombré **2.500 recrutements annuels en CDI** soit 16% des effectifs ; ce chiffre important trouverait sa cause dans la mise en œuvre des conventions tripartites et une mobilité conjoncturelle des personnels.

c) Définition / mission

Dans un contexte de travail en équipe (avec remontée des informations sur résidents ou équipements) et de relations avec des résidents personnes âgées dépendantes :

- Effectuer le bionettoyage des locaux et chambres, et contribuer à leur hygiène
- Assurer le service des repas dans le respect des règles d'hygiène
- Gérer et/ou entretenir le linge

Remarques

Dans la pratique, le poste d'ASH comprend une ou plusieurs tâches parmi les éléments décrits ci-après. Cette inclusion/exclusion dépend des établissements et de leur organisation propre, et peut dépendre des postes. En fait, il y a plusieurs types de poste d'ASH ; cette variabilité va de pair avec un usage de noms différents pour ce poste ; le terme d'agent de service hôtelier n'est pas la référence.

Le quotidien est marqué par des sollicitations plus ou moins nombreuses (selon les jours et les circonstances) qui se superposent au travail programmé.

Les ASH font une ou plusieurs de ces 6 activités :

- le bionettoyage des parties communes à l'aide de matériel adapté (monobrosse, autolaveuse autotractée) et l'entretien de premier niveau de ce matériel. A l'inverse, cette tâche peut être confiée à un sous-traitant ;
- le bionettoyage de locaux et des chambres ;
- le service des repas : petits déjeuners et goûters, service en salle des déjeuners et diners. Ce service inclus en amont le dressage de la salle-à-manger et en aval le débarrassage des tables et au rangement de la salle ;
- la plonge ; à l'inverse, la plonge peut être confiée à l'équipe cuisine ;
- le linge : gestion (avec l'intervention de prestataires) ou entretien du linge ;
- le nursing (avec les faisant fonction provisoires et remplacements) qui est plus exceptionnel

d) Qualification professionnelle

Aucune qualification n'est exigée. Bien souvent, la découverte du métier se fait sur le terrain.

Quand les personnels sont diplômés, ils ont le DEAVS (Auxiliaire de vie sociale), le BEP sanitaire et social, le BEP maintenance et nettoyage de locaux.

Il est à noter que le BEP sanitaire et social n'existe plus ; existe désormais le Bac pro Accompagnement, soins et services à la personne. Ce changement n'est pas accessoire dans la mesure où le niveau du bac pro est IV contre V pour le BEP et surtout V pour le diplôme d'Etat d'aide soignante.

e) Profil

Les salariés sont plutôt non qualifiés.

Le marché du travail local (et national) amène quelques diplômés (niveau bac) à postuler pour ces postes. Ces derniers profils font preuve d'une capacité d'adaptation à leur poste, mais ils peuvent ressentir une certaine frustration ou manifester une volonté plus marquée d'évolution.

Selon les études de l'Observatoire, les ASH sont à 97% des femmes. 18% des effectifs sont en CDD.

Les recrutements se font sur des profils avec ou sans expérience, dans ou hors le secteur.

En général, les personnels accèdent à un CDI, lorsqu'un poste se libère, après plusieurs interventions dans l'établissement comme CDD (ayant donné satisfaction).

f) Formation actuelle au poste

La formation au poste consiste essentiellement en une journée (ou plus) en binôme sous la tutelle de la gouvernante / responsable d'hébergement.

Dans les faits, il faut quelques mois de pratique pour arriver à réaliser un travail satisfaisant au regard des exigences.

Le travail est souvent décrit par des fiches de tâches.

Son exécution se fait dans un cadre du renseignement de fiches de traçabilité.

Dans la pratique, de nombreux titulaires CDI sont des anciens CDD à qui la direction a proposé un passage en CDI lors de la libération d'un poste.

Par ailleurs, l'emploi de CDD est systématique pour remplacer les absences (pour maladie ou congés) dans un contexte de fonctionnement 365 jours sur 365 et 24 heures sur 24.

Au-delà de la prise de poste, les ASH peuvent être associé-e-s aux formations proposées de manière générale par les établissements et suivent des formations spécifiques ; en particulier, les fournisseurs font de la formation-information des personnels sur les matériels fournis.

L'exploitation des données OPCA-PL, donne pour 2012 :

- un taux brut¹ de formation continue des ASH sur 1 an : **58 %** ; en comparaison d'autres catégories étudiées dans cette étude, ce taux est relativement élevé.
- ASH en formation certifiante / diplômante : **705** dont **87 %** sur les diplômes d'aide-soignant et d'aide médico-social.

En annexe, la liste des intitulés sur un an est proposée.

Globalement, les formations s'étendent (selon les tâches dévolues) :

- à l'emploi des produits pour le bionettoyage
- au respect des process
- à la traçabilité (éventuellement informatisée)
- aux machines de nettoyage
- aux techniques hôtelières
- aux pratiques professionnelles avec un psychologue
- à la sécurité incendie
- aux gestes et postures
- au relationnel avec les résidents personnes âgées dépendantes
- aux gestes de premiers secours
- aux pathologies des résidents
- aux règles de transmission
- aux fausses routes
- à la bientraitance et maltraitance

¹ Le taux brut comptabilise le nombre de stages et non le nombre de stagiaires ; aussi, une personne ayant suivi 3 stages est comptabilisée 3 fois ; ce taux reste un bon indicateur mais sur-valorise la pratique formation.

- au service à table
- à la fin de vie
- à la gestion de l'agressivité
-

g) Compétences

Savoir-faire : bionettoyage, protocole, traçabilité, transmission, service des repas.

Savoir-être : relationnel avec les résidents et famille, respect de l'environnement du résident, respect de l'organisation et consigne, travail en équipe (binôme ou non), sens du "prendre soin", secret professionnel.

Savoir : contexte de personnes âgées dépendantes et de leurs pathologies.

h) Situation de l'emploi et problématique

Points d'appui

Pérennité de l'emploi et dimension relationnelle sont valorisées par les personnels. (À l'inverse, le nettoyage de bureau ou bâtiment se fait sans contact avec les utilisateurs ; cette distinction est importante pour les personnels).

Hors mise en place de conventions tripartites, les directions et personnels rencontrés constatent une assez grande stabilité des équipes sous réserve de situation locale (ex. : zone urbaine à logement onéreux et donc éloignement des personnels).

Les directions témoignent de l'absentéisme plutôt faible concernant cette catégorie de salariés comparativement à celui constaté pour les personnels de soin ; trois éléments explicatifs peuvent être évoqués :

- l'impact financier négatif d'une absence sur des rémunérations faibles ;
- la solidarité des équipes (éviter, autant que possible, une surcharge à ses collègues) ;
- une pression du marché du travail alors que les candidatures (adéquates ou non) se succèdent dans les établissements.

L'évolution est possible et mise en œuvre vers les métiers d'aide-soignant / d'aide-médicosocial diplômés. Il est à noter que cette évolution dans la santé ne correspond pas à toutes les aspirations et les motivations ; ainsi la toilette des personnes âgées dépendantes est un élément déterminant de choix de non évolution, alors que la variété des tâches d'ASH a son intérêt.

La participation à la formation continue est importante, et contribue à la reconnaissance et la professionnalisation des titulaires.

Points de vigilance

Les équipes sont de plus en plus sous la pression des familles dont les exigences tendent à croître. Cela pousse les établissements à disposer d'un personnel de plus en plus performant et rend donc nécessaire qu'il soit plus professionnel aujourd'hui ; cette professionnalisation comprend davantage de technique, de savoir-faire, et va de pair avec une qualification/formation toujours plus importante des personnels.

Le métier est de plus en plus contraignant en raison de la traçabilité et des nouvelles normes et exigences en matière d'hygiène.

L'avancée dans l'âge qui s'accompagne d'une usure favorable à un accroissement de l'absentéisme.

En raison de l'usure physique peut-on commencer et finir sa carrière comme ASH ? L'observation ne permet pas de répondre pleinement à cette question ; on peut seulement évoquer la variété des caractéristiques physiques des personnels et la faiblesse constatée du nombre (mais ce constat n'est pas fait sur la base d'un échantillon statistiquement représentatif) de reclassement pour inaptitude physique. Par ailleurs, l'accès à des reconversions vers des métiers non qualifiés hors secteur médico-social semble en théorie possible et en réalité peu manifeste notamment en raison d'un marché du travail dégradé.

Le niveau salarial de base est faible ; il traduit le niveau de reconnaissance des compétences et qualifications des ASH par l'institution. Ce niveau n'est pas ressenti comme inéquitable (en comparaison des salaires d'autres personnels de l'établissement) par les personnels rencontrés.

La prime de précarité peut être mal vécue ; formellement, elle donne un surplus de rémunération aux CDD alors que leurs compétence et efficacité au poste peuvent être inférieur au CDI (notamment pour les débutants).

Les équipes peuvent ressentir un sentiment de mépris émanant de l'équipe de soin. Il pourrait émaner d'une survalorisation de rares incidents où l'équipe de soin se décharge sur les ASH. Néanmoins, il est important que les établissements veillent à la bonne coopération des équipes.

Le soin étant le cœur de métier, il y a une tendance de fait à ne pas intégrer l'hébergement dans la gestion collective (ex.: réunion d'équipe) ; cela génère, à la marge, un sentiment de mise à l'écart.

L'évolution vers un poste de soin n'est pas toujours valorisée par les personnels (hors le relatif impact en rémunération). Aussi, il y a un intérêt à rendre en soi ce travail intéressant et motivant pour permettre au personnel de ne pas s'user et de ne pas se démotiver.

i) Enjeux

Côté salarié

- Valoriser l'appartenance au métier.
- Accéder à une reconnaissance.
- Prendre en compte la variabilité de l'emploi et élargir leur champ de compétence.
- Favoriser une évolution (vers le haut).

Côté employeur

- Elever le niveau d'exigence.
- Disposer d'un personnel encore plus professionnalisé et de qualité pour faire face aux contraintes et aux demandes.
- Faire face au renforcement très probable des démarches qualité à l'avenir.
- Valoriser la qualité et l'offre des EHPAD commerciaux.
- Disposer d'outils pour renforcer la fidélisation et la mobilisation des personnels.
- Favoriser les candidatures de vocation plutôt que celles par défaut (comme par exemple un bachelier sans emploi).
- Rendre lisible l'offre adéquate de formation initiale alors qu'il n'existe pas de diplômes.
- Faire connaître l'univers personnes âgées dépendantes.

j) Pistes pour l'avenir

Matériel :

Maintenir l'attention en faveur d'une évolution ergonomique des matériels pour améliorer les conditions de travail et amoindrir la difficulté physique et l'usure.

Cette attention entre dans le cadre d'un arbitrage budgétaire des établissements et donc de la définition des priorités ; elle demeure dépendante des évolutions proposées par les fabricants et fournisseurs.

Organisationnel :

Veiller à la mobilisation des agents de service hôtelier dans les réunions d'équipe soin afin de favoriser une meilleure reconnaissance et une meilleure implication.

La difficulté tient au temps que nécessite la multiplication des réunions ou du nombre de participants.

Parcours professionnel vers AS / AMP :

- *Conforter le dispositif de remise à niveau.*
- *Maintenir la possibilité de VAE vers AS/AMP via la mise en situation professionnelle.*

Les établissements ont également un intérêt à faire évoluer leur personnel afin de les conserver et de mieux employer les plus aptes d'entre eux/elles. Comme il s'agit de

personnes n'ayant pas poursuivi d'études, il est fondamental de proposer une remise à niveau qui les accompagne dans la reprise d'études. Par ailleurs, la possibilité de VAE est un avantage indéniable des EHPAD pour leur personnel et les établissements alors que le passage du concours en mode traditionnel apparaît comme une vraie difficulté pour une partie du personnel.

Formation reconnue (cf. ASH certifiée / qualifiée) :

- *CQP ? Titre ? Niveau V comme AS ?*
- *Piste à explorer : Parcours formatif avec suivi conventionnellement reconnu et contenu à géométrie variable (portefeuille) avec dimension personnes âgées dépendantes ?*
- *Principe d'un socle commun de compétences à tous les métiers du médico-social et du sanitaire ?*
- *Débuter le DEAVS (diplôme d'auxiliaire de vie sociale) ?*

La qualification des ASH ne fait pas l'unanimité ; ceux qui y sont plutôt défavorables mettent en valeur sa faible qualification technique au profit de qualités comportementales. Néanmoins, une grande majorité des directions et des personnels rencontrés dans l'étude y sont favorables ; l'analyse de la situation va également dans ce sens. Il n'en demeure pas moins qu'aucune modalité ne se dégage.

L'idée visée est de disposer d'un personnel mieux formé et de procéder à une distinction entre personnel formé de celui qui ne l'est pas (encore).

Malgré tout, la prise en compte de la variabilité de l'emploi rend opportun de travailler sur une logique de portefeuille à géométrie variable (ex. : passer 10 modules sur 15 proposés). Le CQP et un parcours formatif reconnu conventionnellement seraient plus souples d'usage qu'un titre ou diplôme en permettant la mise en œuvre d'une logique de portefeuille (si cette logique devait être retenue).

Le passage du diplôme d'auxiliaire de vie sociale est davantage une ouverture vers une évolution à l'extérieur des EHPAD.

Enfin, une professionnalisation étendue à plusieurs métiers de la branche pourrait être l'occasion d'étudier la constitution d'un socle commun à tous les métiers.

Tutorat d'intégration :

Former, reconnaître et valoriser le niveau/fonction de tuteur d'intégration

La formation des ASH nouvellement recrutés est souvent prise en charge par un plus ancien lors d'une journée de doublon. Dans ce cadre cet ancien ou ce tuteur d'intégration fait preuve non seulement de connaissance solide et reconnue sur le métier et l'établissement, mais fait montre d'une capacité à transmettre son savoir-faire.

Dans la mesure où cette journée de formation joue un rôle essentiel, la professionnalisation des tuteurs d'intégration c'est-à-dire leur formation à la formation paraît essentielle.

Dans la mesure où cette responsabilité n'est pas distribuée aléatoirement à n'importe quel membre de l'équipe, mais que l'un d'entre eux a été reconnu comme compétent, il y aurait lieu de valoriser cette compétence en la reconnaissant formellement.

Accès au métier :

Ne pas fermer l'accès du métier aux non-qualifiés

L'accès de ce métier aux non-qualifiés paraît utile et légitime. Aussi, la modalité retenue de qualification des ASH ne devra pas faire obstacle à l'accès au métier comme par exemple la nécessité d'être diplômé pour avoir le droit d'exercer.

CDD :

Définir les notions élémentaires d'exercice pour la formation des CDD

Comme la tenue des plannings annuels nécessite l'emploi de CDD, la formation de ceux-ci gagnerait à être définie, autrement dit formalisée au niveau national. La mise en œuvre devrait être adaptée aux nécessités locales (propres à l'établissement) mais, à tout le moins, il existera un socle commun partagé.

En conclusion, agent de service hôtelier est un métier peu reconnu alors que sa contribution est affirmée et que certains de ses titulaires à titre personnel peuvent lui trouver un intérêt supérieur à d'autres postes. Fort des protocoles qualités et du bionettoyage, les agents de service hôtelier se professionnalisent notamment à l'aide de formations.

A noter :

- Qualifier aujourd'hui le personnel permet de reconnaître le personnel en poste ; mais demain la qualification systématisée de tous en tout début de carrière pourrait reporter le problème d'une reconnaissance et une qualification supérieure ultérieure.
- La « popularité » d'une telle démarche de branche mettant en valeur le métier d'ASH peut susciter la création d'un diplôme national échappant à la branche ; si ce diplôme-titre correspond aux exigences spécifiques de la branche, cela ne pose pas de problème et inversement.
- Les effectifs dont il est question dans le médico-social ne seront pas sans impact sur l'équilibre financier du secteur ; de plus, l'impact collatéral pourrait être de revaloriser les rémunérations des aides-soignants et aides médico-psychologiques pour conserver une distinction de rémunération entre les différents postes.

- Le secteur Sanitaire a un ASH / ESH : il n'est pas traité stricto-sensu dans cette étude et comprend des spécificités à prendre en compte. Il est une demande émergente du terrain pour prendre en considération sa spécificité et ses problématiques. Peut-on entrer dans un processus de qualification des ASH du médico-social qui ignore les spécificités des ASH du sanitaire ?
- Enfin, l'évolution plus aisée par la mise en œuvre de la VAE en médico-social interroge sur les synergies à développer avec le sanitaire dans ce cadre. Ceci pourrait être d'autant plus pertinent que les acteurs trouveraient un intérêt à développer une mobilité horizontale (actuellement, il n'y a pas de demande en ce sens qui émerge du terrain).

2.2. Cuisinier en EHPAD

a) Evolution

Quelques éléments importants caractérisent les principales évolutions.

Le **défi démographique**, fruit des conséquences de l'allongement de l'espérance de vie induit l'augmentation du nombre de personnes âgées en France, et rend nécessaire la création de places d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. Ce défi démographique doit entraîner le développement d'une offre EHPAD. Néanmoins, ce développement est contraint par la solvabilité de l'offre et donc le maintien du cofinancement public.

En particulier, les EHPAD du secteur commercial font preuve d'un réel **dynamisme**, ces dernières années. Alors qu'ils représentent un EHPAD sur cinq, leur part de marché a tendance à croître.

La cuisine est un **élément distinctif** de l'offre des EHPAD. Si dans une clinique, l'ambition est de nourrir des patients de passage, les EHPAD quant à eux doivent offrir des repas à des résidents "permanents". Cette distinction entre patient et résident est fondamentale. La nourriture devient un élément important de la qualité de leur vie dans l'établissement. Les résidents et leur famille sont d'autant plus sensibles à cette prestation qu'ils perçoivent que la qualité de soin est équivalente d'un établissement à l'autre. On peut donc parler d'ambition culinaire pour les EHPAD, sous contrainte de budget, de réponse aux besoins spécifiques de chacun des résidents et dans le cadre d'une cuisine collective.

La cuisine peut être externalisée. L'**externalisation** consiste en la mise à disposition par un prestataire d'une équipe de cuisiniers au sein de l'établissement d'hébergement. Ce ne signifie pas pour autant que cette cuisine soit faite à l'extérieur ; il est en général bien question de cuisine et pas seulement d'assemblage ou de réchauffage. Cette externalisation offre l'avantage de réduire la charge managériale. En gestion des ressources humaines de l'équipe cuisine, l'externalisation décharge de la gestion des absences qui sont d'autant plus sensible que l'équipe cuisine est réduite (c'est le cas des petits établissements) ; sur un plan financier, pour les indépendants, l'accès à des groupements d'achat permet de réduire les coûts d'approvisionnement. Les freins à son développement tiennent à la qualité des prestataires, à la maîtrise de l'équipe, au prix de cette prestation. Si ce phénomène existe assez largement, certains établissements y viennent tandis que d'autres choisissent la réinternalisation. Comme pour les ASH externalisés, l'externalisation fait disparaître l'emploi de l'établissement et de la branche, mais cette disparition n'est que juridique ; les personnels existent toujours, sauf qu'ils relèvent d'un autre employeur et d'une autre convention collective.

En synthèse, les cuisiniers n'ont pas vocation à voir leur nombre diminuer pour autant que l'externalisation ne conquiert pas un nombre croissant d'établissements.

b) Données statistiques

Les éléments à disposition, notamment l'étude quantitative réalisée par l'Observatoire et les publications du Synerpa, ne permettent de disposer que de peu d'informations quantitatives sur cet emploi :

- 1.688 maisons de retraite commerciales pour environ 103.000 lits
- **1.077 cuisiniers identifiés** dans l'étude (données 2008), soit moins de 2 % des effectifs, ce qui correspond statistiquement moins de 1 cuisinier par établissement (en raison de la sous-traitance).

c) Définition / mission

Réaliser des préparations culinaires dans le cadre d'une cuisine collective adaptée à des personnes âgées dépendantes, dans le respect strict des règles d'hygiène et de sécurité alimentaire HACCP.

d) Qualification professionnelle

Les cuisiniers sont titulaires d'un CAP de cuisine. Ce sont quasi-exclusivement des personnes ayant une expérience professionnelle en restauration traditionnelle notamment.

e) Profil

Les cuisiniers sont plutôt des hommes sans que cela soit exclusif, ayant une expérience professionnelle en cuisine et restauration traditionnelle. Cette expérience peut être courte (quelques semestres) comme bien plus longue, de plusieurs dizaines d'années.

L'absence de données statistiques ne permet pas de préciser davantage les éléments de profil.

f) Formation actuelle au poste

La cuisine collective se définit comme :

- une cuisine de quantité,
- dont les menus changent tous les jours,
- et qui exigent des textures et menus particuliers.

Ces trois caractéristiques la distinguent de la cuisine traditionnelle.

La transmission du savoir-faire spécifique se fait par les collègue(s) et chef de cuisine. Pour les nouveaux embauchés, leurs bases de CAP et leur expérience professionnelle leur permettent d'intégrer aisément les spécificités de la cuisine d'EHPAD.

Quelques formations de renforcement sont utiles et mises en œuvre, notamment en :

- HACPP
- Textures

- Compréhension des problématiques des personnes âgées dépendantes et leur implication en termes culinaires
- Utilisation de nouveaux matériels le cas échéant (cuisson basse température)

L'exploitation des données OPCA-PL, donne pour 2012:

- taux brut² de formation continue des Cuisiniers sur 1 an : **38 %**
- cuisiniers en formation certifiante / diplômante : **5** dont 1 en AS/AMP

g) Compétences

Savoir faire : maîtriser les spécificités de la cuisine collective en EHPAD (quantité, variation, texture, menus personnels, pratique de l'HACCP).

Etre capable d'assurer seul en cuisine donc savoir cuisiner de façon autonome et pas seulement savoir faire de l'assemblage ou du réchauffage.

Savoir être : être à l'écoute des besoins quant aux menus et aux textures, autonomie, organisation, adaptation, aptitude à travailler en équipe, s'intégrer dans la vie de l'établissement.

Savoir : connaître les spécificités de la cuisine en collectivité ; avoir une culture de spécificités médicales des personnes âgées dépendantes.

h) Situation de l'emploi et problématique

Point d'appui

Le point le plus mentionné lors des entretiens est celui de la compatibilité des horaires des EHPAD avec la vie de famille. Inversement, les horaires de la restauration traditionnelle sont nettement moins favorables à l'équilibre des temps professionnels et familiaux. Aussi, cet intérêt porté à la vie de famille correspond à une aspiration forte dans un parcours de vie personnelle.

Contrairement à l'idée qu'on peut se faire de la cuisine collective en général, les personnels dans les EHPAD expriment la satisfaction de réaliser une cuisine collective ambitieuse permettant la satisfaction des résidents (sous contrainte d'un budget limité et de menus imposés).

Un peu à part des trois autres métiers de cette étude, les titulaires ne manifestent pas de problème de reconnaissance.

Pour l'échantillon des personnes rencontrées, les salaires sont considérés comme plutôt calés sur le marché du travail. Ils sont donc perçus comme intéressants d'autant plus qu'on est encore jeune professionnel (c'est moins vrai pour les moins jeunes qui ont pu occuper des postes dans des restaurants de bon niveau avec un autre niveau de rémunération), et

² Le taux brut comptabilise le nombre de stages et non le nombre de stagiaires ; aussi, une personne ayant suivi 3 stages est comptabilisée 3 fois ; ce taux reste un bon indicateur mais sur-valorise la pratique formation.

comme équitable en comparaison avec la restauration traditionnelle au regard des heures et des conditions de travail.

Enfin, des possibilités d'évolution sont offertes en interne (chef de cuisine, coordinateur régional dans des groupes) comme en externe (en restauration traditionnelle, chez des prestataires de cuisine collective).

Point de vigilance

Les EHPAD peuvent connaître des difficultés à attirer du personnel compétent en raison de la méconnaissance par la profession de la réalité (ambitieuse) peu connue.

Etant diplômés, compétents et expérimentés, les cuisiniers peuvent à tout moment trouver du travail ailleurs (mais cela est également vrai dans la restauration traditionnelle).

Un certain turn-over peut exister tant que l'équipe ne trouve pas sa cohésion et un personnel réellement motivé, c'est-à-dire n'ayant pas rejoint le métier par erreur ou par défaut.

Cela reste un métier physique (on est toujours debout) mais pas plus qu'en restauration traditionnelle. De plus, l'évolution vers des postes à responsabilité (chef de cuisine) permet d'accéder à des postes où la responsabilité administrative exercée une partie du temps n'exige pas de mobiliser sa force physique.

i) Enjeux

Côté salarié

- Rester compétent pour pouvoir retravailler en restauration traditionnelle ou gastronomique
- Etre dans un établissement ayant une ambition culinaire pour avoir le sentiment de réellement exercer son métier
- Maintenir les possibilités d'évolution vers des postes moins physiques en filière cuisine.

Côté employeur

- Attirer du personnel compétent et impliqué et non pas des candidats par défaut.

j) Pistes pour l'avenir

Matériel :

Proposer des outils high tech aux équipes pour les motiver.

Il est important que les cuisiniers aient le sentiment de ne pas faire une cuisine au rabais. Les EHPAD ont même quelques fois les moyens d'offrir du matériel de cuisine qu'on ne trouve pas dans tous les restaurants et d'excellentes conditions pour travailler. Il n'en reste pas moins qu'il n'est pas possible financièrement de refaire les cuisines en permanence, de

pousser les murs quand on le voudrait et de rendre la cuisine prioritaire de façon exclusive.

Salaires :

Peu ou prou (être en capacité de) respecter les salaires du marché de l'emploi de la restauration.

Cela dépend des conditions du marché, de l'éventuelle tension au recrutement sur ce marché de l'emploi, un peu en marge de la moyenne, et des budgets disponibles.

Communication :

Faire connaître le métier de cuisinier en EHPAD aux jeunes, valoriser la cuisine en EHPAD auprès des professionnels de la cuisine et des jeunes.

Cet axe n'est sans doute pas aisé à mettre en œuvre. La féminisation du métier pourrait être envisagée, mais elle dépend plus largement du nombre de femmes choisissant d'apprendre et d'exercer ce métier.

Recrutement :

Poursuivre l'effort de non focalisation sur une tranche d'âge en particulier.

Le recrutement de jeunes alternants en formation restauration a sa logique, celle de valoriser ce métier, cette filière. Mais le risque est d'enfermer ces jeunes professionnels dans un type de cuisine : la cuisine en collectivité. En l'état actuel de la profession de restaurateur, ce type de primo-parcours n'est pas très valorisé. A partir du moment où l'embauche de professionnels expérimentés donne des résultats satisfaisants en termes d'emploi et de prestations, il n'y guère lieu de vouloir développer d'autres pratiques.

L'alternative serait de créer une vraie filière en restauration collective (diplôme et mobilité horizontale et verticale) avec les autres branches professionnelles concernées. En l'état des connaissances, la demande n'est pas émergente ni du côté des professionnels, ni du côté des branches professionnelles.

Conclusion : il n'y a pas de problème de reconnaissance sinon de connaissance du poste par les cuisiniers en activité dans la restauration traditionnelle (et même collective).

L'enjeu de la cuisine est d'être un élément distinctif pour un EHPAD.

A noter : les enjeux sont différents en cuisine d'établissements du sanitaire. En effet, pour autant que l'étude a permis de l'observer lors de rares entretiens en clinique, les chefs cuisiniers sont confrontés à une gestion pas toujours aisée d'une équipe importante de cuisiniers, d'aide-cuisiniers, de plongeurs etc. Leur activité se différencie par une cuisine pour des patients (qui sont de passage contrairement aux résidents) et par un service en self-service, salle de restauration du personnel hospitalier.

2.3. Brancardier

a) Evolution

Le développement de l'ambulatoire serait plutôt favorable (à moyen terme) au **développement du nombre de brancardiers**. L'hypothèse peut faire débat ; il semblerait qu'une organisation optimisée incluant une architecture conçue en ce sens, puisse plutôt être favorable à une baisse du besoin de brancardiers. Mais, en l'état, les observations terrain comme l'opinion des participants à l'enquête en ligne (40 % des enquêtés prévoient une hausse faible, 4 % une baisse) valident l'hypothèse d'une tendance à la hausse. Celle-ci s'explique par une accélération des rotations de patients qui exigent un nombre plutôt accru de brancardiers.

L'hospitalisation privée (MCO) n'est pas en retrait. S'il n'est pas (ou plus) constaté une progression de l'activité MCO du secteur commercial, à tout le moins celle-ci se maintient.

L'évolution est au **regroupement de cliniques** pour la constitution de pôles plus importants. Cette augmentation en taille des cliniques vise une meilleure optimisation des ressources. La taille des équipes de brancardiers se développe de façon corrélative. Ce développement des équipes peut s'accompagner d'un poste de régulation avec un **brancardier régulateur**.

Depuis 10 ans, **l'évolution du métier est peu importante** sauf pour ce qui concerne l'amélioration des formations et du matériel (lits électriques, rollboard qui ont participé à un allègement -somme toute relatif- de la charge).

De jeunes diplômés du supérieur accèdent à ce métier. Ce phénomène qui apparaît modéré, tient à la difficulté d'insertion de ces diplômés ; ces derniers prennent ce type d'emploi dans l'attente d'un recrutement sur leur formation d'origine, ou en raison du besoin de cumuler étude et source de revenu.

b) Données statistiques

Les éléments à disposition, notamment l'étude quantitative réalisée par l'Observatoire et les publications de la branche, permettent de disposer des informations quantitatives suivantes :

- Environ **3.200 brancardiers** (Etude données 2008) pour 580 établissements MCO (et 1.100 pour tout le secteur de l'hospitalisation privée) soit de l'ordre, statistiquement, de 6 à 3 brancardiers par établissement
- Le recrutement annuel en CDI d'environ 4 % des effectifs soit 130 personnes
- **88 % d'hommes**
- Un **âge moyen de 35 ans** et médian³ de 38 ans

³ L'âge médian est l'âge qui sépare les deux moitiés de la population. 50 % des brancardiers ont moins de 35 ans, et 50 % ont plus de 35 ans.

- 95 % de temps complet
- Départ à la retraite : les 50 ans et plus représentent environ 6 %
- 80 % de CDD de 1 mois et moins.

Sous réserve d'approfondissement statistique, la jeunesse de l'effectif semble être la résultante d'une l'évolution à la hausse du nombre de brancardiers dans les récentes décennies. Cette augmentation est en lien avec le développement de l'activité MCO du secteur commercial.

Le nombre réduit de plus de 50 ans préfigure un renouvellement très limité des effectifs pour cause de départ à la retraite.

Les CDD courts sont le reflet des besoins de remplacement tout au long de l'année auxquels s'ajoutent quelques personnes qui préfèrent rompre leur contrat dans les premiers jours de celui-ci.

c) Définition / mission

- Brancarder les patients et à titre accessoire du matériel, selon les nécessités de service, dans le cadre de protocoles.
- Collaborer à l'installation des patients.
- Nettoyer et décontaminer les matériels de transport des patients.

Quatre sous-postes peuvent être identifiés : Services / Consultation / Bloc opératoire / Régulation. Dans le quotidien des établissements, ces postes peuvent être distingués ou non, et les titulaires peuvent tourner ou non selon les plannings, sur les différents postes.

Place dans la chaîne de l'hospitalisation :

La bonne visibilité du métier de brancardier passe par son inscription dans la chaîne de l'hospitalisation.

Le brancardier joue un rôle clé de gestion des flux dans l'établissement, « d'alimentation » des lieux d'intervention médicale.

Il a un contact privilégié avec le patient lorsque celui-ci est conduit au bloc opératoire ; il est un intermédiaire important dans un moment stressant du patient.

En ce sens, un problème de brancardage (manque de matériel disponible, patient non prêt au départ, brancardiers en effectifs exceptionnellement réduits, activité chirurgicale intense...) est source de perturbations et de tensions dans le fonctionnement de la clinique.

d) Qualification professionnelle

Aucune qualification n'est requise.

Les candidats retenus ne sont le plus souvent pas brancardiers (en ce sens qu'ils n'ont pas exercé ce métier dans un autre établissement précédemment).

e) Profil

Les brancardiers sont principalement des hommes.

Parmi les candidatures, celles présentant une formation dans les premiers secours sont souvent valorisées (ex : profil de pompier volontaire).

L'embauche en CDI temps plein est la modalité la plus courante même si le passage par un CDD se pratique (remplacement(s) d'un titulaire puis pérennisation du poste).

Depuis quelques années, les établissements peuvent comprendre dans leurs effectifs quelques personnes qualifiées (...bac+4) sans rapport avec le sanitaire ; d'autres candidats sont dépositaires d'une expérience professionnelle sans rapport avec le sanitaire qu'ils rejoignent dans le cadre d'une mobilité (lié ou non à un accident de parcours).

Plus largement, sans que cela soit statistiquement significatif, des éléments épars semblent constituer un signal faible de changement de génération. Il se pourrait, sous réserve d'être confirmé par des observations ultérieures, que l'occurrence de nouveaux personnels ne concevant le brancardage que comme un emploi de passage soit à la hausse. Cela pourrait ultimement aller de pair avec un turn-over dommageable et une implication en retrait ; si cela se confirmait, cette caractéristique affirmerait que désormais ce métier n'est pas vécu comme une perspective en soi, mais seulement un faute-de-mieux.

f) Formation actuelle au poste

La formation de prise de poste est courte, d'une durée de 3 jours environ, réalisée en binôme. Son ambition est la connaissance des gestes essentiels et le repérage dans l'établissement. Cette formation s'apparente davantage à de l'information.

Pour pallier les départs en congés de brancardiers, les établissements recrutent des étudiants (en médecine ou non) et autres CDD qui sont également formés selon le même process, 3 jours par les brancardiers titulaires.

L'exploitation des données OPCA-PL, donne pour 2011 :

- un taux de 21 % soit **690** formations dont **52** en diplômant

Les thèmes de la formation continue sont les suivants :

- Repérage dans l'établissement
- Postures et gestes
- Hygiène
- Relation patient
- Premiers secours
- Règles de l'identito-vigilance
- Bonne maîtrise des matériels
- Manipulation des patients, prise en compte des pathologies

g) Compétences

Savoir faire : Suivi des consignes (transmissions, identito-vigilance, etc.)

Manutention patients.

Hygiène.

Savoir-être : Attitude appropriée avec les patients (humanité, patience, discrétion, réactivité, anticipation, respect, écoute, secret professionnel).

Sens des responsabilités et de ses limites.

Communication avec les services.

Bonne santé physique (manutention de patients sans autonomie, position debout toute la journée...).

Savoir : Plan de l'établissement et organisation des services et du bloc

h) Situation de l'emploi et problématique

Points d'appui

Les brancardiers montrent une certaine fierté liée à la prise en charge des patients à un moment critique de leur hospitalisation.

Les plannings horaires leur conviennent⁴ : ils ne sont pas source d'insatisfaction.

La pérennité de l'emploi est une source de satisfaction.

Il n'est pas constaté de turn-over en général bien que cette situation puisse se rencontrer ponctuellement dans certains établissements. Il y a tout à la fois stabilité et cohésion des équipes (au sens d'esprit de corps). Une certaine routine professionnelle renforce la non mobilité, même parmi des profils plus aptes à évolution (horizontale ou verticale).

Il existe peu de problèmes de recrutement (seuls 14 % le mentionnent dans l'enquête employeurs). Les emplois sont des CDI à temps plein hors remplacement.

Il n'y a pas plus d'absentéisme qu'au sein d'une autre catégorie d'emploi (en raison aussi d'une solidarité certaine, et de l'impact de l'absence sur un salaire faible). La jeunesse relative des brancardiers doit-elle amener à relativiser ce constat ?

Points de vigilance

Les brancardiers évoquent l'ingratitude d'un métier peu valorisant et peu gratifiant : absence de reconnaissance salariale et statutaire, réalisation de tâches perçues comme dévalorisantes (vidage des poubelles, décartonnage...), stigmatisation en cas de problèmes.

⁴ Il ne s'agit pas d'une considération objective sur les horaires, mais de leurs vécus. Les personnels en poste considèrent que leurs horaires leur permettent d'organiser la compatibilité de leur vie professionnelle et personnelle. (Il est tout-à-fait possible que parmi ceux qui ont quitté le métier, certains l'aient fait en raison d'une incompatibilité de ses horaires avec leur vie personnelle).

En effet, pour ce dernier point, lors de situation tendue dans le planning des transports des patients, le problème leur est souvent imputé sans que cela se justifie (en général). La raison principale tient à leur isolement dans le dispositif : personne ne sait précisément où ils se trouvent, ce qu'ils font et ce qui se passe, laissant la porte ouverte à toute récrimination.

L'évolution professionnelle est (très) faible à l'intérieur du poste comme vers d'autres métiers et ce alors que l'évolution vers le métier d'aide-soignant est une évidence (théorique) que promeuvent des dispositifs d'accompagnement.

Les brancardiers peuvent se considérer, ponctuellement, mal estimés par l'équipe de soin.

En l'absence de régulation, les "coups de feu" (périodes de haute intensité en brancardage) génèrent des moments de tension en raison de la multiplication de demandes croisées (urgences contradictoires).

Le poste de brancardier se caractérise par une difficulté physique certaine qui s'allège pour autant que le matériel connaît des améliorations. Mais cette difficulté physique n'apparaît pas plus importante que pour les (autres) métiers du soin. Les problèmes de santé liés à l'âge sont peut-être moins sensibles actuellement dans la mesure où cette population professionnelle est jeune. L'avis est partagé quant à la possibilité de réalisation d'une carrière intégrale comme brancardier alors que le côté physique du métier va de pair avec l'existence de troubles musculo-squelettiques.

i) Enjeux

Côté salarié

Accéder à une reconnaissance.

Pouvoir, le cas échéant, avoir accès à des possibilités effectives d'évolution professionnelle. Disposer d'une étape intermédiaire vers l'évolution vers d'autres métiers.

Gérer l'usure et les TMS.

Faire face au stress des « coups de feu ».

Côté employeur

Disposer d'un personnel encore plus professionnalisé et de qualité ; renforcer la sécurité des patients.

Disposer d'outils de gestion des ressources humaines pour renforcer la fidélisation et la mobilisation des personnels.

Mieux prendre en charge l'usure et les TMS.

Optimiser la circulation des patients.

Faire face à la montée d'une génération de personnel de passage dans le poste ?

j) Pistes pour l'avenir

Matériel :

Proposer en quantité satisfaisante un matériel de qualité.

Un matériel de qualité est celui qui facilite l'effort de brancardage. Une quantité satisfaisante est celle qui tient compte des besoins de maintenance et des pics de mobilisation.

Au-delà, c'est la conception architecturale (quelques fois héritage du passé) qui peut complexifier ou simplifier la tâche.

Organisation :

Mise en place d'une régulation (sous réserve de taille suffisante).

La mise en place d'une régulation (tâche à temps plein ou non) ne peut se faire lorsque l'effectif des brancardiers est réduit et que l'affectation de l'un d'eux à la régulation ampute considérablement l'équipe opérationnelle.

Dans le cas où celle-ci peut se faire, cela permet :

- d'optimiser la mobilisation des brancardiers
- de gérer les "coups de feu" en organisant les priorités avec les services et en permettant une parfaite communication entre les différents acteurs
- de disposer d'un intermédiaire facilitateur entre l'équipe de brancardiers et les autres services, qui déporte et réduit la gestion de la tension

Parcours professionnel vers Aide-soignant (voire Agent de stérilisation, Ambulancier) :

Conforter le dispositif de remise à niveau.

Développer la sensibilisation et la communication sur les quelques métiers accessibles.

Il est important que des personnels peu rompus aux études aient accès à un dispositif qui leur offre les moyens de suivre des formations sanctionnées par un examen et non pas par une simple attestation de présence.

Alors que certains métiers sont considérés comme accessibles, seul un petit nombre de brancardiers évolue vers ces métiers ; il peut être utile de communiquer sur ceci auprès des personnels brancardiers ; il s'agit ainsi d'éviter qu'ils ne fassent un choix⁵ par défaut.

Formation reconnue (cf. Brancardier certifié / qualifié) :

- CQP ? Titre ? Niveau V comme AS ?
- Principe d'un socle commun de compétence à tous les métiers du médicosocial et du sanitaire ?

⁵ Ainsi, un établissement dans lequel les brancardiers n'évoluaient pas, a connu un changement de posture à partir du jour où l'un est devenu aide-soignant et a pu témoigner positivement de cette expérience auprès de ses anciens collègues.

– *Débuter le DEAVS (diplôme d'auxiliaire de vie sociale) ?*

La qualification des brancardiers ne fait pas l'unanimité mais une majorité des participants à l'étude y sont favorables.

La formation de quelques heures sur le tas lors de la prise de poste est prolongée par toute une série de formation. Cette prolongation témoigne d'une professionnalisation du métier en lien avec les enjeux de son exercice.

Néanmoins l'étude ne permet pas de faire émerger une modalité de qualification plutôt qu'une autre. Il existe une formation pour les demandeurs d'emploi⁶.

Cette qualification pourrait être une étape intermédiaire vers d'autres métiers. En ce sens, elle serait un accompagnement pour des personnels qui peuvent avoir quitté les études depuis longtemps et avec lesquelles ils n'ont pas montré beaucoup de facilité. Les personnels brancardiers, mais cela est vrai des autres métiers, peuvent nourrir une crainte d'échouer à un diplôme d'Etat (d'aide-soignant) ; valider, passer un titre intermédiaire pourrait leur donner plus d'aisance pour entreprendre un tel parcours.

Enfin, dans la mesure où cette qualification pourrait recouper en partie celle de plusieurs métiers sanitaires et médico-sociaux, la pertinence d'une construction d'un socle commun à tous les métiers doit être interrogée.

Tutorat d'intégration :

Former, reconnaître et valoriser le niveau/fonction de tuteur d'intégration

La formation des nouveaux est souvent prise en charge par un plus ancien dans une journée(s) en doublon. Dans ce cadre, cet ancien ou ce tuteur d'intégration fait preuve non seulement de connaissance solide et reconnue sur le métier et l'établissement, mais également fait montre d'une capacité à transmettre son savoir-faire.

Dans la mesure où cette journée de formation joue un rôle essentiel, la professionnalisation des tuteurs d'intégration, c'est-à-dire leur formation à la formation et au tutorat paraît essentielle.

Egalement, dans la mesure où cette responsabilité n'est pas distribuée de façon aléatoire à n'importe quel membre de l'équipe, mais que l'un(s) a été reconnu comme compétent, il y aurait lieu de la valoriser en reconnaissant formellement cette compétence.

Accès au métier :

Ne pas fermer l'accès du métier aux non-qualifiés

L'accès de ce métier aux non-qualifiés paraît utile et légitime. Aussi, la modalité retenue de qualification des brancardiers ne devra pas faire obstacle à l'accès au métier comme par exemple la nécessité d'être diplômé pour avoir le droit d'exercer.

⁶ Formation qualifiante brancardier du Centre de formation Louise Couvé, www.couve.fr

CDD :*Définir les notions élémentaires d'exercice pour la formation des CDD*

Comme la tenue des plannings annuels nécessite l'emploi de CDD, la formation de ceux-ci gagnerait à être définie, autrement dit formalisée au niveau national. La mise en œuvre devrait être adaptée aux nécessités locales (propres à l'établissement) mais à tout le moins, il existera un socle commun partagé.

Brancardier régulateur :*Professionaliser et reconnaître le Régulateur*

Certes la maîtrise du métier(s) de brancardier et de l'établissement apparaît comme un préalable incontournable. Mais, les compétences mises en œuvre par un régulateur n'ont rien - ou presque - à voir avec celles d'un brancardier. En ce sens, tous les brancardiers, même expérimentés, ne sont pas en capacité de tenir un poste de régulateur. Aussi, la reconnaissance de ce poste et de sa compétence semble s'imposer.

Par ailleurs, la professionnalisation du régulateur -par le suivi de quelques formations créées spécifiquement pour ce poste- apparaît opportune.

En conclusion, brancardier est un métier peu reconnu. À défaut de qualification, sa mise en œuvre exige des compétences tant techniques que relationnelles ; il est un maillon sensible dans le fonctionnement de l'établissement et pour la sécurité des patients. À moins d'en faire un métier d'accès aux autres métiers du sanitaire, la pérennité de ses titulaires rend pertinent le développement et la reconnaissance des intérêts du poste.

A noter : (comme pour le métier d'agent de service hôtelier)

- Qualifier aujourd'hui le personnel permet de reconnaître le personnel en poste ; mais, demain la qualification systématisée de tous en tout début de carrière pourrait reporter le problème d'une reconnaissance et d'une qualification supérieure ultérieure.
- La « popularité » d'une telle démarche de branche mettant en valeur le métier de brancardier peut susciter la création d'un diplôme national échappant à la branche ; si ce diplôme-titre correspond aux exigences spécifiques de la branche, cela ne pose pas de problème et inversement.

2.4. Agent de stérilisation

a) Evolution

Le développement de l'**ambulatorio** ainsi que **défi démographique** sont plutôt favorables au développement des actes chirurgicaux et donc aux besoins en stérilisation.

Le **développement durable** freine l'usage unique et est favorable à l'usage de matériels et instruments réutilisables.

Les **unités de stérilisation communes** à plusieurs hôpitaux n'ont pas toujours démontré leur efficacité. Cette mise en commun vise à bénéficier de la mutualisation et des effets de taille. Ces grandes unités pourraient avoir pour conséquence de réduire les moyens humains nécessaires à la stérilisation et plus encore de sous-traiter ce travail auprès d'un établissement partenaire. L'avantage théorique espéré par une telle organisation est largement contrebalancé par des problèmes de flux, de gestion des stocks (nécessité d'augmenter le nombre d'instruments et de boîtes) et des coûts dérivés.

Dans un passé récent, la stérilisation a connu une **évolution considérable** avec la mise en place de protocoles et autoclaves. Depuis, le métier évolue peu ; il connaît une mise-à-jour des protocoles et instruments nouveaux (notamment lors de la mise en place de nouvelles spécialités chirurgicales dans l'établissement).

b) Données statistiques

Les éléments à disposition, notamment l'étude quantitative réalisée par l'Observatoire et les publications de la FHP, ne permettent de disposer que de peu d'informations quantitatives sur cet emploi :

- 880 agents de stérilisation environ pour 580 établissements MCO soit 1,5 agent par établissement (ce chiffre sous-estime vraisemblablement la réalité en raison de la classification des emplois qui ne permet pas une remontée d'information statistique de qualité)
- 0,7 % des effectifs du sanitaire
- 90 % de femmes

Il n'y a pas d'autres informations chiffrées disponibles.

Il est à noter que l'**agent de stérilisation n'existe pas dans la classification des emplois de la Convention collective nationale.**

c) Définition / mission du métier

- Stériliser le matériel et les produits des services de soins et médico-techniques, recomposer les boîtes opératoires...
- ...avec conduite des autoclaves.

Ce travail s'effectue pour l'essentiel dans un espace dédié : l'unité de stérilisation. Il existe également un "point" pour la stérilisation attendant au bloc ; là, les actes sont mis en œuvre soit par un agent de stérilisation, soit par le personnel de bloc.

On distingue classiquement deux postes principaux dans les unités de stérilisation : le lavage et le reconditionnement (des boîtes opératoires).

Les personnels peuvent être sollicités pour résoudre des problématiques de sécurité sanitaire ou d'efficacité pratique propre (au travail de l'unité).

Ces personnels ne sont pas en contact avec les patients.

L'unité de stérilisation est sous la responsabilité du pharmacien de la clinique.

d) Qualification professionnelle

Il n'y a pas de qualification requise à l'embauche.

Néanmoins, l'habilitation à la conduite d'autoclave est obligatoire pour les agents en poste.

NB : les infirmières IBODE et les assistantes dentaires sont formées à la stérilisation dans le cadre de leur diplôme / titre.

e) Profil

Pour l'essentiel, les postes sont tenus par des femmes⁷.

Selon les politiques de gestion des ressources humaines, deux équipes types sont possibles. La première est composée d'aides-soignants. La seconde comprend du personnel non qualifié.

Le recrutement est le plus souvent effectué en interne. Lorsqu'il ne s'agit pas d'aide-soignant, c'est le plus souvent des agents de service hospitalier qui sont recrutés. Lors de recrutement en externe, cela se fait traditionnellement par la transformation en CDI de CDD ayant donné satisfaction. Dans tous les cas, les candidats retenus ne sont pas agent de stérilisation.

f) Formation actuelle au poste

La formation au poste se déroule en binôme sur une durée de deux semaines environ.

Le personnel ne maîtrise pas pour autant ce métier à la fin des deux semaines. Un an de pratique est requis pour avoir une connaissance parfaite de l'ensemble des instruments et des différents postes.

En externe, est réalisée la formation obligatoire d'habilitation à la conduite d'autoclave.

Les formations proposées (en interne) ont pour thème :

- Hygiène
- Bonnes pratiques de stérilisation

⁷ Ce métier mal connu conserve une image historique d'un emploi consistant à "faire la vaisselle"

- Recomposition des boîtes opératoires
- Lavage
- Gestes et postures

L'absence d'identification statistique (liée à la non existence dans la convention collective) rend indisponible toute donnée formation continue dans le cadre des statistiques de l'OPCAPL.

g) Compétences

Savoir-être : Calme, mémoire, minutie, attention, précision, honnêteté⁸.

Bonne santé physique (portage de charge lourde, position debout toute la journée,...).

Savoir-faire : Lavage / conduite des autoclaves ; conditionnement / composition des boîtes ; suivi des protocoles et traçabilité ; sens du degré d'autonomie (savoir solliciter le responsable lorsqu'on entre dans une zone d'incertitude).

Savoir : Stérilisation

En résumé, (très) physique au lavage, (très) pointilleux au reconditionnement.

h) Situation de l'emploi et problématique

Points d'appui

Pour les ASH, devenir agent de stérilisation est vécu comme une promotion.

Les agents de stérilisation manifestent une fierté d'appartenir à ce groupe considéré comme un maillon clé de la chaîne.

Le turn-over apparaît faible, les équipes stables.

Il n'y a pas d'absentéisme particulier en regard des autres professions.

Points de vigilance

On peut constater une certaine démotivation liée au sentiment que leur labeur n'est pas reconnu à sa juste valeur. Les titulaires considèrent -ce qui s'avère largement vrai- que la stérilisation tout autant que le métier d'agent de stérilisation sont deux choses mal connues au sein des établissements.

L'exacte reconstitution des boîtes génère pression, stress et responsabilité d'autant que l'expérience est moins ancienne dans le poste. Cette situation est aggravée lorsqu'il y a une non prise en considération des contraintes par les équipes de soin, et lorsque le flux se tend (forte activité chirurgicale, stock limité de boîtes) le cas échéant.

Le port quotidien provoque des TMS. Les agents de stérilisation restent hésitants sur la possibilité ou non de faire carrière toute une vie professionnelle en stérilisation. L'usure

⁸ L'honnêteté fait ici référence à un comportement professionnel spécifique qui consiste, en cas d'erreur -ce qui peut normalement arriver- à faire acte de transparence et ne surtout pas chercher à la dissimuler.

physique et l'avancée en âge favorisent les arrêts maladie. Le risque d'AES (accident avec exposition au sang) est également présent.

Le métier est jugé comme difficile et fatigant ; il est exercé dans une pièce close qui est le plus souvent chaude (sous réserve de climatisation efficace) et bruyante.

i) Enjeux

Coté salarié

Accéder à une reconnaissance.

Devenir qualifié.

Répondre à l'absence d'intérêt pour une évolution vers aide-soignant.

Mieux comprendre pour mieux s'impliquer dans la recherche de solutions.

Pouvoir accéder à un projet de reconversion à la suite de troubles musculo-squelettiques.

Côté employeur

Disposer d'un personnel professionnalisé pour plus de sécurité des patients.

Avoir un outil formation/qualification à la hauteur des enjeux, des évolutions techniques, et des protocoles.

Disposer d'outils pour renforcer la fidélisation et la mobilisation des personnels.

Faire connaître et reconnaître le métier pour davantage de candidatures (notamment d'hommes).

j) Pistes pour l'avenir

Matériel :

Investir dans la qualité des postes de travail pour améliorer les problématiques liées au bruit, à la température de la pièce et à l'ergonomie.

Physiquement peu visible, le risque pourrait être de ne pas être un investissement prioritaire.

Il y a un intérêt fort à associer le personnel de l'unité pour choisir les solutions les plus ergonomiques ; ces solutions peuvent être difficiles à trouver dans la mesure où l'ergonomie n'est que peu intégrée dans les matériels proposés par les fournisseurs.

Professionnalisation :

- *Titre homologué (existant) ?*
- *Principe d'un socle commun de compétence à tous les métiers du médicosocial et du sanitaire ?*

L'existence d'un titre homologué de niveau V conforte l'idée d'une formation diplômante pour l'exercice du métier. Le titre homologué offre l'avantage d'une reconnaissance possible interbranche. Sa généralisation sur le territoire national relève de ses initiateurs.

Par ailleurs, la branche aurait intérêt à auditer sa complétude au regard des spécificités éventuelles et notamment avec la prise en compte d'un possible socle commun pour la branche.

Prise en compte :

Junior/senior, autoclave, tutorat d'intégration, maintenance de premier niveau, qualification, coordinateur.

Pour ce métier, de nombreux éléments distinctifs existent. Ces éléments témoignent de la mise en œuvre de compétence spécifique et de maîtrises plus larges du poste.

Accès au métier :

Ne pas fermer l'accès du métier aux non-qualifiés.

L'accès à ce métier aux non-qualifiés paraît utile et légitime. Aussi, la modalité retenue de qualification des agents de stérilisation ne devra pas faire obstacle à l'accès au métier comme par exemple la nécessité d'être diplômé avant d'avoir le droit d'exercer.

CDD :

Définir les notions élémentaires d'exercice pour la formation des CDD.

Comme la tenue des plannings annuels nécessite l'emploi de CDD, la formation de ceux-ci gagnerait à être définie, autrement dit à être formalisée au niveau national. La mise en œuvre devrait être adaptée aux nécessités locales (propres à l'établissement) mais à tout le moins, avec l'existence d'un socle commun partagé.

Homme :

Attirer des hommes vers le métier d'agent de stérilisation.

Rien ne justifie l'absence d'hommes comme agent de stérilisation. Au contraire, les dimensions 'portage de charge' et 'techniques du poste', sans compter un rééquilibrage des équipes par rapport au genre, conviennent a priori à des profils masculins.

CCN :

Créer l'agent de stérilisation dans la classification des métiers.

Il apparaît opportun de créer le poste d'agent de stérilisation dans la classification des métiers tout autant pour une meilleure reconnaissance que pour une meilleure prise en compte des spécificités.

En conclusion, ce métier est technique avec des enjeux forts en termes de sécurité des patients. Il a connu une profonde évolution. Cette évolution n'a pas été, jusqu'à lors, confortée par une reconnaissance conventionnelle et qualifiante.

A noter :

- Qualifier aujourd'hui le personnel permet de reconnaître le personnel en poste ; mais demain la qualification systématisée de tous en tout début de carrière pourrait reporter le problème d'une reconnaissance et une qualification supérieures ultérieures. Ce métier offre néanmoins plus de potentialité que d'autres de distinguer des compétences particulières ; également, la diffusion d'une formation qualifiante se fait plus pressante au regard de enjeux sanitaires et de la technicité du poste.

2.5. Lecture transversale des résultats

Métiers	Reconnaissance	Moyens possibles
Agent de service hôtelier	Diversité des postes Vers AS / AMP en VAE	Formation portefeuille conventionnelle reconnue (?)
Brancardier	Qualification Communiquer sur les évolutions possibles	CQP (?)
Agent de stérilisation	Professionnalisation Faire connaître le métier	Titre (?)
Cuisinier	Maintien Faire connaître le métier	RAS

A NOTER :

- Pas de modalité de formation professionnelle qualifiante qui s'impose : le CQP voire une formation portefeuille conventionnelle reconnue ont un avantage de souplesse dans la définition et dans la mise en œuvre. Le titre ou le diplôme ont l'avantage de faciliter une reconnaissance interbranche alors que les métiers étudiés existent également dans le secteur public et dans le secteur non lucratif. La nécessité de qualification n'est pas exactement la même selon les métiers. Mais cette qualification ne vaut pas seulement pour le présent mais aussi pour l'avenir.
- Notion de socle de compétence commune à l'ensemble des métiers de la branche
- Notion d'employabilité, d'accès à d'autres métiers et à d'autres environnements professionnels notamment avec des salariés "de passage", non pérennes dans l'emploi
- Implication des personnels dans l'évolution de leur métier et de l'organisation
- Amélioration des conditions matérielles de travail
- Dimension physique des quatre métiers étudiés
- Dispositif d'accompagnement pour l'accès aux diplômes du soin

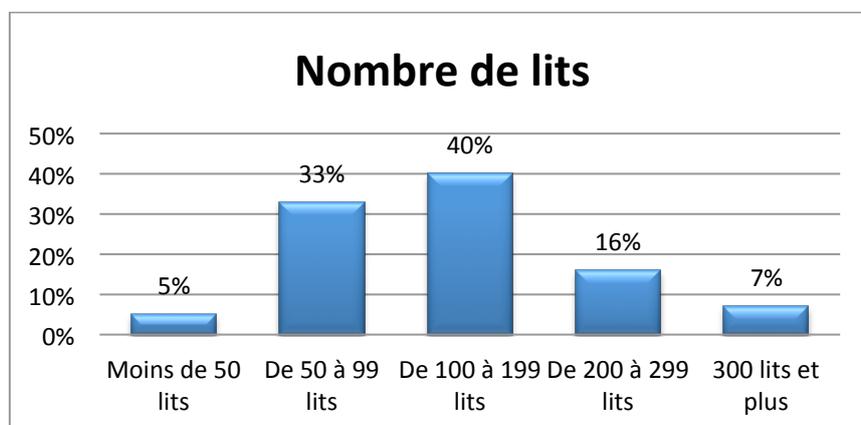
3. Résultats de l'enquête sur le secteur sanitaire

3.1. Caractéristiques des répondants

a) Le nombre de lits parmi l'ensemble des répondants

	Effectifs	Fréquence
<i>Moins de 50 lits</i>	6	5%
<i>De 50 à 99 lits</i>	42	33%
<i>De 100 à 199 lits</i>	51	40%
<i>De 200 à 299 lits</i>	21	16%
<i>300 lits et plus</i>	9	7%
Total	129	100%

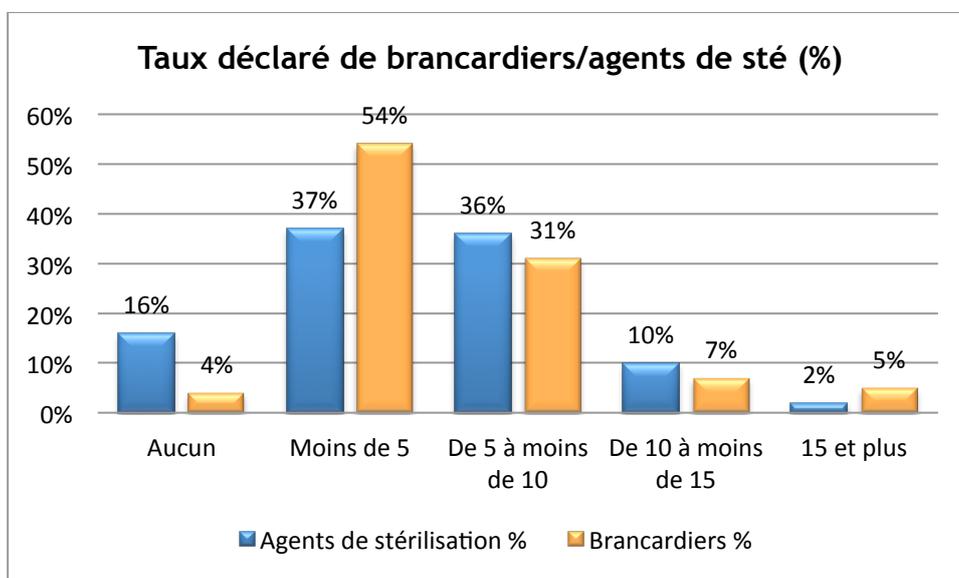
➤ **Moyenne : 145 lits**



b) Nombre de brancardiers et d'agents de stérilisation en ETP

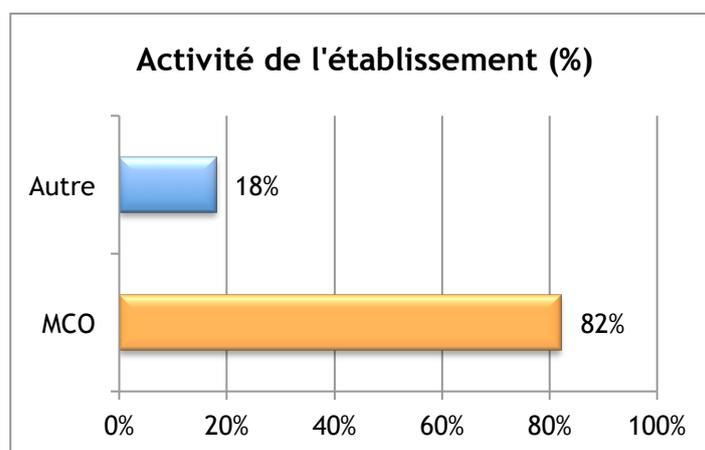
	Brancardiers		Agents de stérilisation	
	Effectifs	%	Effectifs	%
<i>Aucun</i>	5	4%	20	16%
<i>Moins de 5</i>	68	54%	47	37%
<i>De 5 à moins de 10</i>	39	31%	46	36%
<i>De 10 à moins de 15</i>	9	7%	13	10%
<i>15 et plus</i>	6	5%	2	2%
Total	127	100%	128	100%

- **Moyenne Brancardiers : 5,5**
- Moyenne Agents de stérilisation : 5,2**
- **Soit, pour l'échantillon, 3,8 brancardiers par 100 lits et 3,6 agents de stérilisation par 100 lits.**



c) L'activité de l'établissement

	Effectifs	Fréquence
<i>MCO (médecine, chirurgie, obstétrique)</i>	104	82%
<i>Autre</i>	23	18%
Total	127	100%



Autres activités établissements

	Effectifs	Fréquence
<i>Psychiatrie</i>	2	9%
<i>SSR - soins de suite et de réadaptation</i>	20	91%
Total/ répondants	22	100%

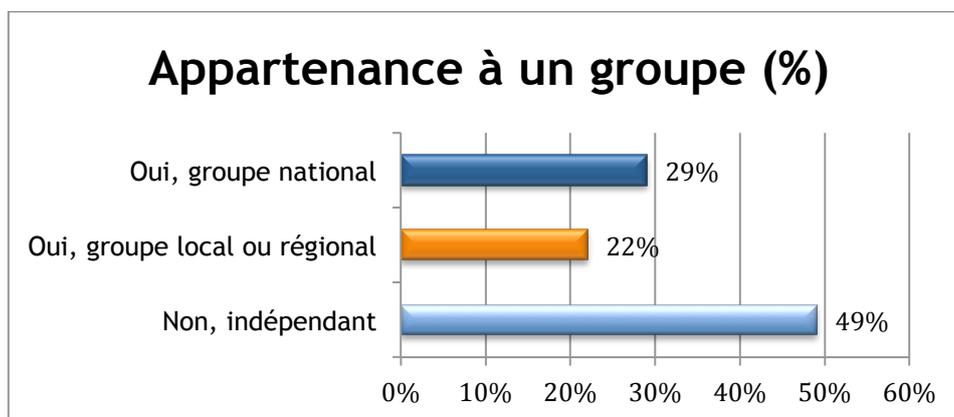
Interrogés : 130 / Répondants : 22 / Réponses : 22

Pourcentages calculés sur la base des répondants

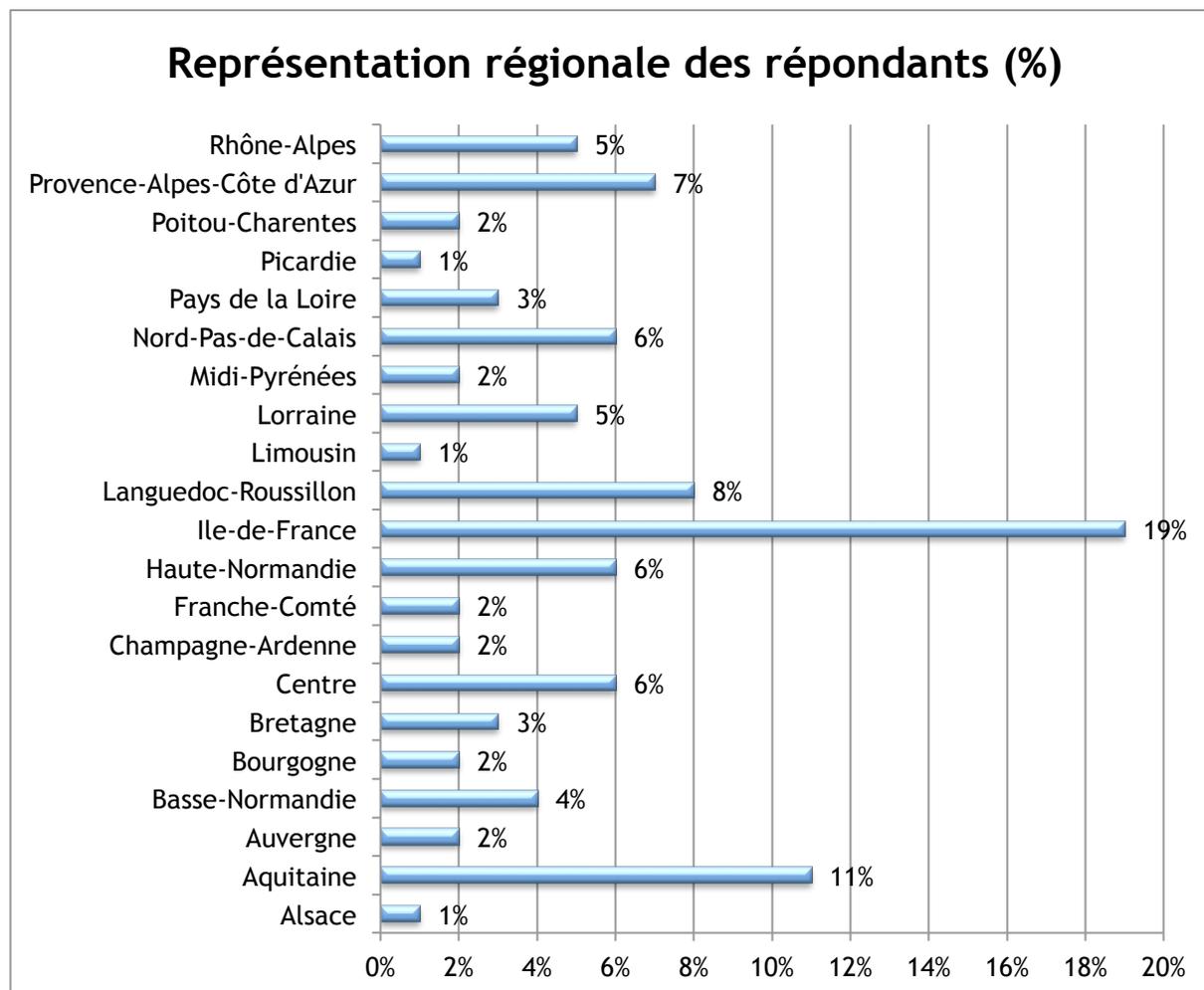
d) L'appartenance ou non à un groupe

Votre établissement appartient-il à un groupe ?

	Effectifs	Fréquence
<i>Non, indépendant</i>	63	49%
<i>Oui, groupe local ou régional</i>	29	22%
<i>Oui, groupe national</i>	37	29%
Total	129	100%



e) Répartition géographique



f) Significativité de l'échantillon des participants

L'échantillon des participants n'a pas été construit sur un principe de représentativité statistique mais sur une participation volontaire. Sa significativité est à examiner en fonction du nombre des participants et de sa répartition dans les différentes catégories connues de la population-mère.

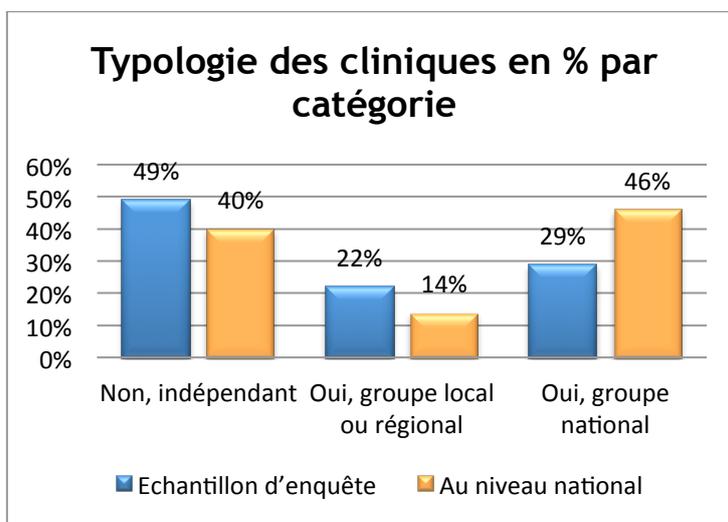
Comme il nous est donné de le voir ci-dessous, si nous comparons la part des répondants à la situation nationale en matière d'appartenance ou non à un groupe, qu'il soit local, régional ou national, il apparaît que les chiffres sont peu ou prou en correspondance.

Les établissements MCO sont surreprésentés ainsi que souhaité en rapport avec les métiers étudiés, plus présents dans cette catégorie d'établissements que dans les autres. Néanmoins d'autres catégories d'établissements sont présentes dans l'échantillon.

21 régions sont représentées avec par exemple 19 % pour l'Ile-de-France, 11 % pour l'Aquitaine et 7 % pour PACA contre respectivement 18 %, 8 %, 15 % au niveau national.

Enfin 5 catégories de taille sont présentes parmi les participants avec une présence plus importante pour les catégories centrales, de 50 à 299 lits, avec 89 % des participants.

Typologie des cliniques en % par catégorie



(*) : Source données nationale : Greffe des tribunaux via Altarès

g) Le statut des répondants

	Effectifs	Fréquence
<i>Directeur-trice</i>	46	36%
<i>DRH</i>	20	16%
<i>RRH</i>	41	32%
<i>Autre</i>	22	17%
Total	129	100%

Si autre :

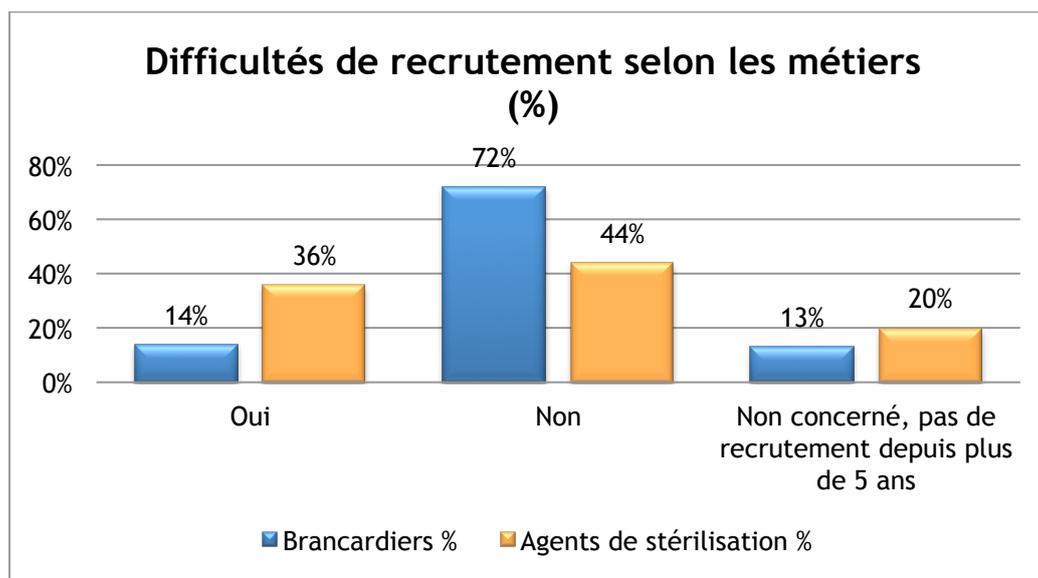
	Effectifs	Fréquence
<i>Assistant(e) RH</i>	4	18%
<i>Attaché(e) / Assistant(e) de direction</i>	5	23%
<i>Responsable de stérilisation</i>	2	9%
<i>Directeur des soins</i>	3	14%
<i>Responsable RH</i>	6	27%
<i>Pharmacien</i>	1	5%
<i>Surveillante générale</i>	1	5%
Total	22	100%

3.2. Résultats comparés brancardier et agent de stérilisation**a) Les difficultés de recrutement**

Rencontrez-vous des difficultés de recrutement pour les postes brancardiers/agents de stérilisation ?

	Brancardiers		Agents de stérilisation	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Oui	18	14%	44	36%
Non	92	72%	54	44%
Non concerné, pas de recrutement depuis plus de 5 ans	17	13%	25	20%
Total	127	100%	123	100%

72 % des répondants (127) reconnaissent ne pas rencontrer de difficultés de recrutement pour les brancardiers contre 44 % pour ce qui concerne les agents de stérilisation. La méconnaissance du métier comme le faible nombre de profils adéquats est une des hypothèses explicatives des difficultés de recrutement des établissements pour les agents de stérilisation.



Les difficultés de recrutement au regard d'un manque de candidats présentant le profil requis :

	Manque de candidats présentant le profil requis	Faible nombre de candidats
<i>Brancardiers</i>	18 (14%)	9 (7%)
<i>Agents de stérilisation</i>	44 (36%)	29 (23%)

Les difficultés de recrutement de brancardiers et d'agents de stérilisation pour les établissements répondants :

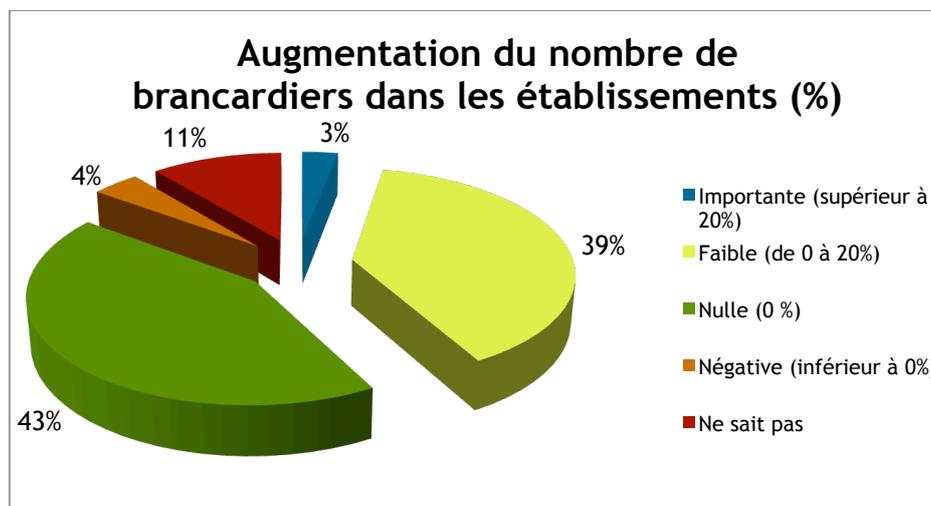
	Brancardiers	Oui	Non	Non concerné, pas de recrutement depuis plus de 5 ans	Total
Agents de stérilisation					
<i>Oui</i>		12	29	2	43
<i>Non</i>		3	47	4	54
<i>Non concerné, pas de recrutement depuis plus de 5 ans</i>		3	13	9	25
Total		18	89	15	122

En ligne, difficultés de recrutement pour les postes d'agents de stérilisation. En colonnes, difficultés de recrutement pour les postes de brancardiers.

Deux tiers des établissements connaissant des difficultés de recrutement de brancardiers ont également des difficultés pour le poste d'agent de stérilisation. Ce résultat ouvre sur des problématiques locales de recrutement en lien avec un marché de l'emploi peu fluide.

b) L'augmentation du nombre de brancardiers au sein des établissements

En considérant l'évolution probable de l'activité, quelle devrait être l'augmentation du nombre de brancardiers au sein de votre établissement ?



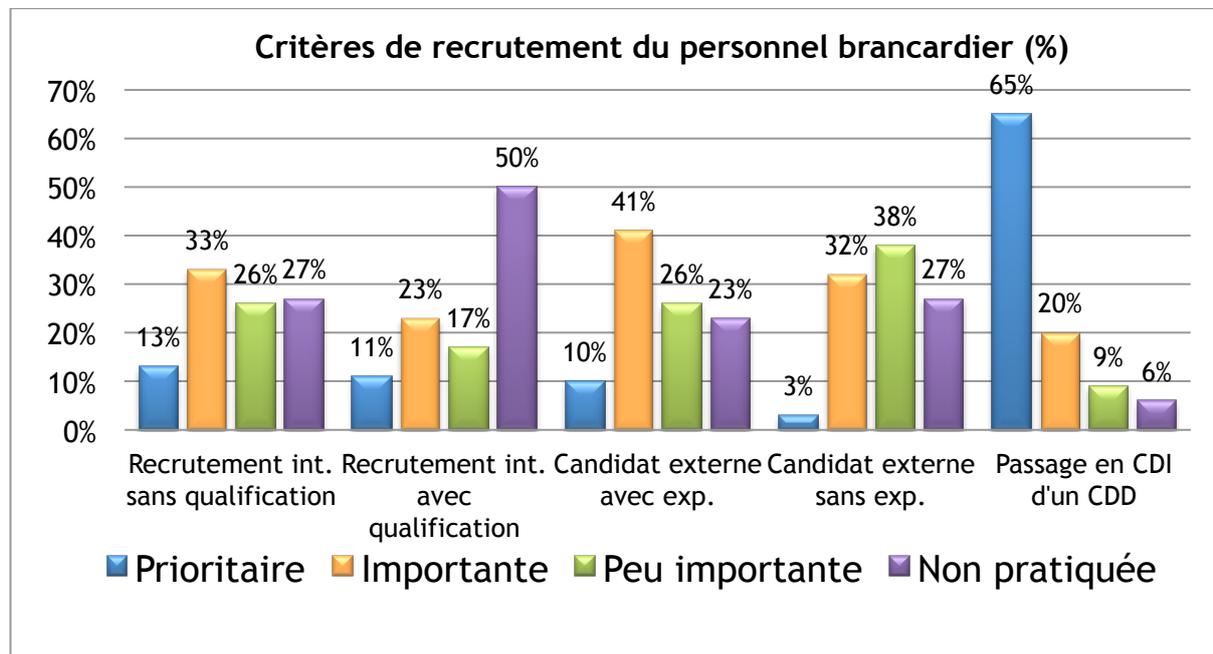
Répondants : 127

42 % des répondants envisagent une augmentation faible (39 %) ou importante (3 %), à venir, de brancardiers. A l'inverse seul 4 % des répondants envisagent une baisse des effectifs.

Cette orientation traduit un besoin en hausse modéré des brancardiers. La lecture de ce résultat doit tenir compte de possibles regroupements/fusions de petites cliniques au sein d'un établissement de taille supérieure.

c) Les pratiques des établissements dans l'hypothèse d'un recrutement :

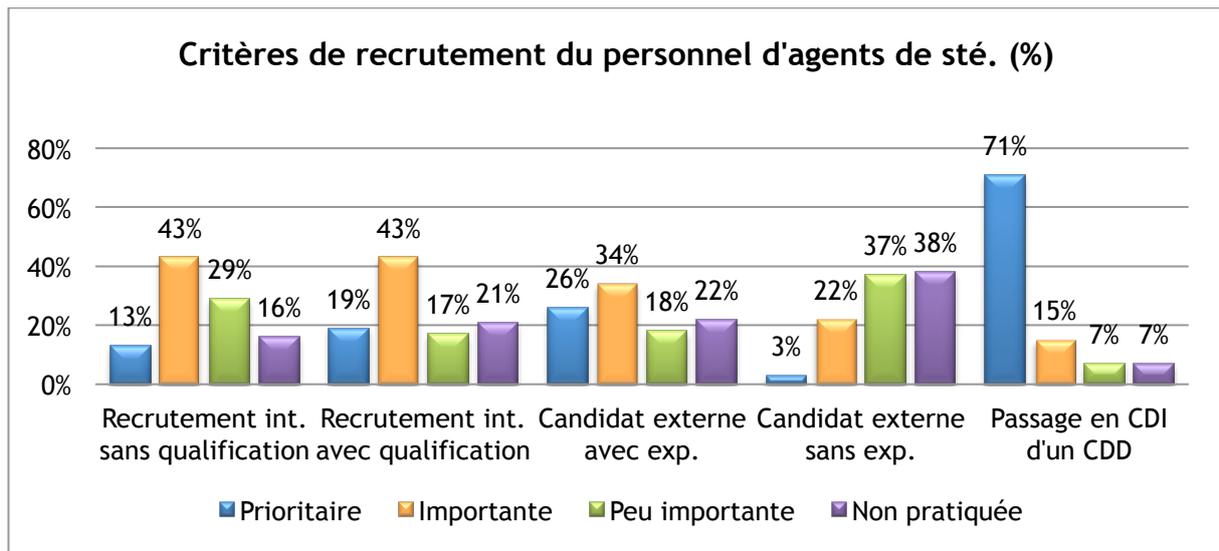
Dans l'hypothèse du recrutement d'un brancardier/agent de stérilisation, qualifiez l'importance des pratiques suivantes de votre établissement...



Pour brancardier, le passage en CDI d'un CDD apparaît comme la priorité des établissements et peut se comprendre comme une volonté de la part des employeurs de recruter des personnels ayant donné satisfaction tant pour les valoriser que de s'assurer de la qualité du recrutement.

51% des établissements privilégient le recrutement en externe de brancardiers avec une expérience (pratique prioritaire ou importante) ; puis à 46 %, on a les recrutement interne sans qualification ; on tombe à 35% et 34%, pour recrutement interne avec qualification ou externe sans expérience.

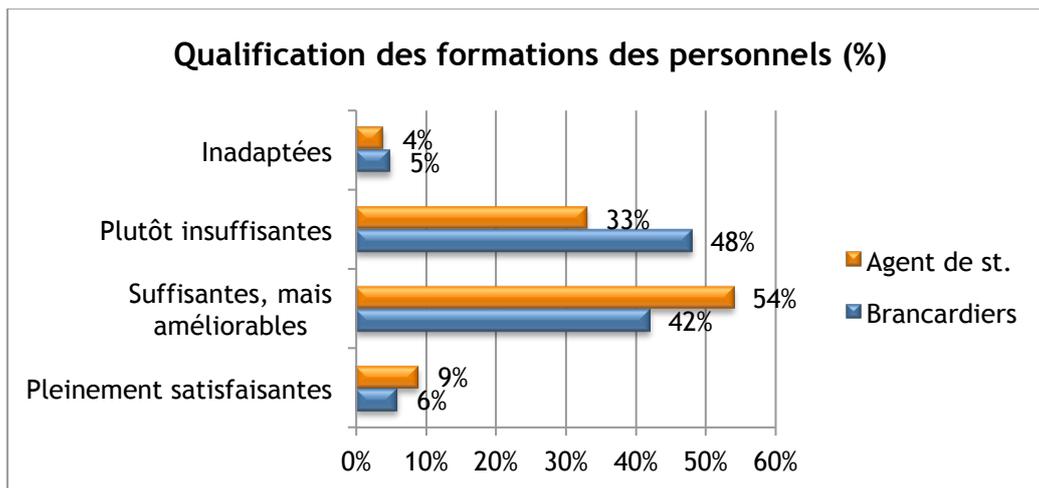
Pour agent de stérilisation, à 86 % le passage de CDD à CDI est de loin la modalité la plus importante. Viennent ensuite candidat externe avec expérience et recrutement interne avec qualification pour plus de 60 %, puis recrutement interne sans qualification (56 %) et largement en retrait candidat externe sans qualification.



Les différences entre les deux métiers montrent une recherche plus marquée pour du personnel (interne ou externe) avec qualification pour agent de stérilisation.

d) Les formations des personnels au regard des évolutions et des contraintes sanitaires

Au regard des évolutions et des contraintes sanitaires, pensez-vous que les formations des personnels brancardiers sont... ?

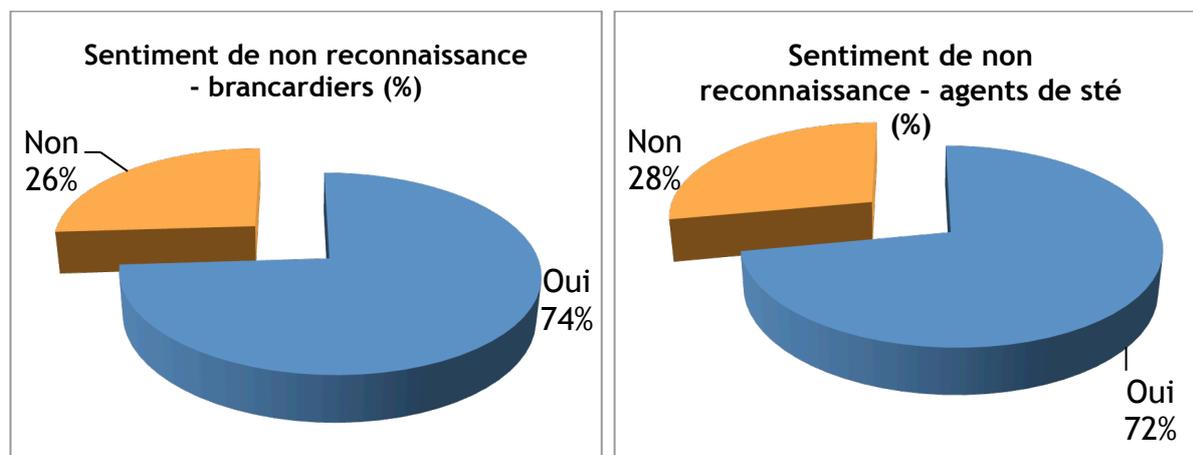


A la lecture du graphique, les formations des personnels brancardiers seraient davantage plutôt insuffisantes que celles des agents de stérilisation et par conséquent les formations de ces derniers seraient davantage suffisantes bien qu'améliorables que les formations dispensées aux personnels brancardiers. Cela laisse à penser que jusqu'à présent les formations dispensées aux brancardiers étaient faibles en nombre et en qualité au regard de celles pratiquées en direction des agents de stérilisation, un retard que les répondants souhaiteraient voir rattrapé. Ces réponses laissent supposer également que le poste de

brancardier connaît actuellement un processus de professionnalisation quant aux compétences, aux savoir et savoir-faire qui a pour corollaire un besoin en formation.

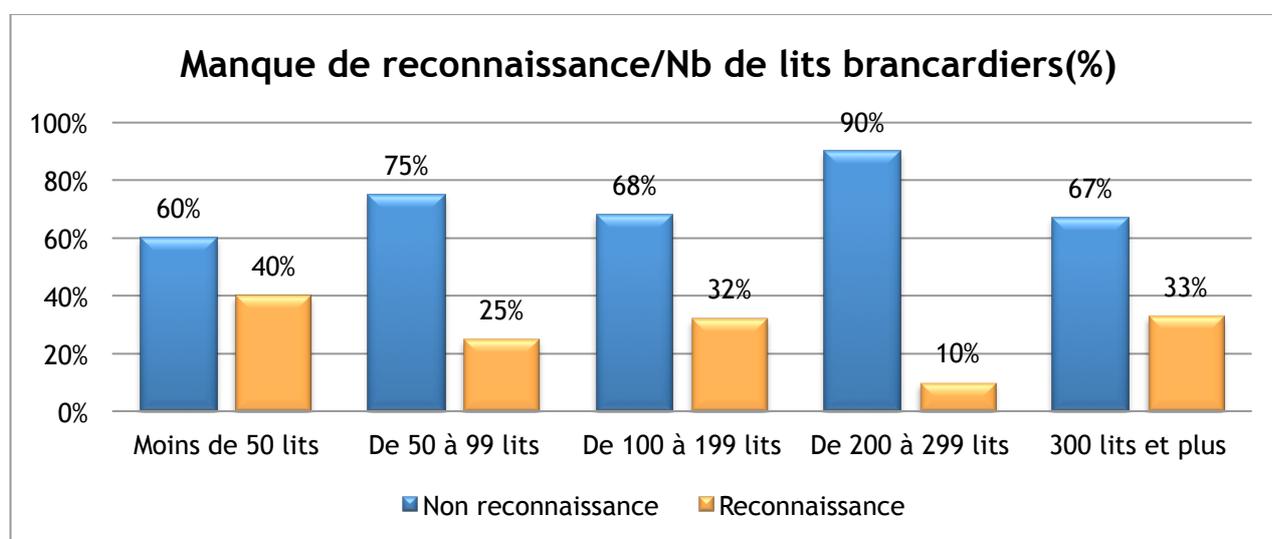
e) Manque de reconnaissance

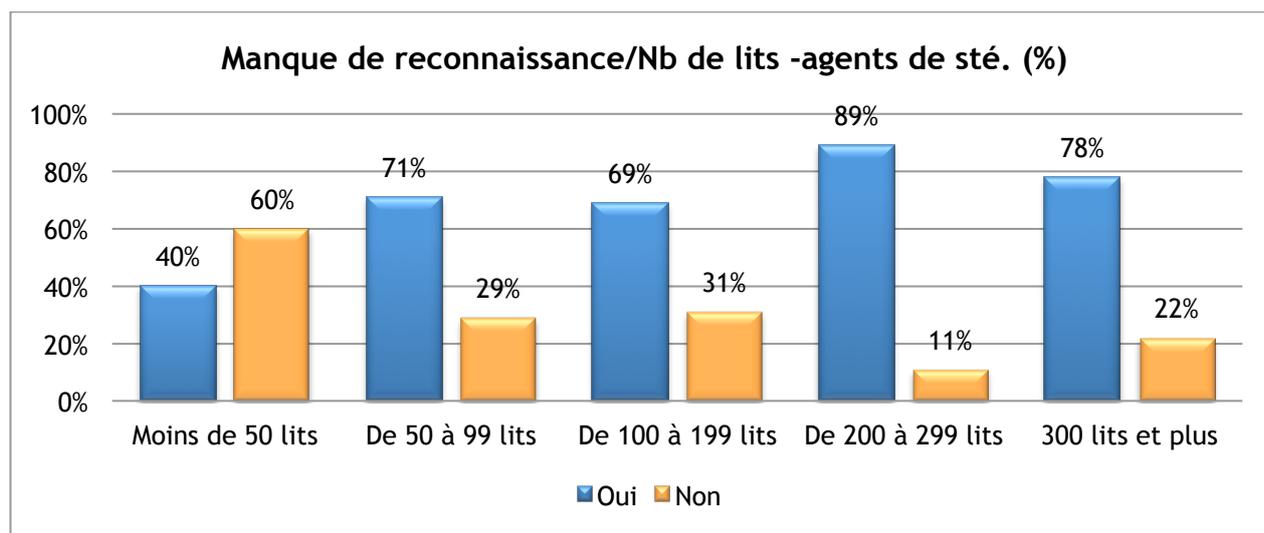
Estimez-vous que le métier de brancardier souffre d'un manque de reconnaissance ?



La manifestation ("souffre") d'un manque de reconnaissance est perçue également par les directions pour les deux métiers avec respectivement 74 % et 72 %.

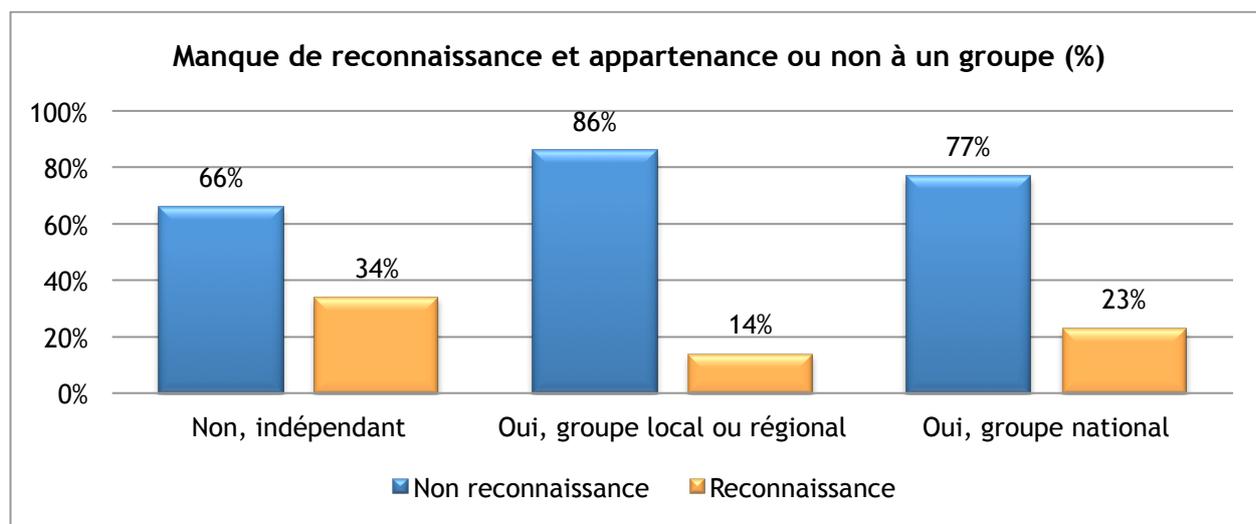
Manque de reconnaissance et établissements par nombre de lits

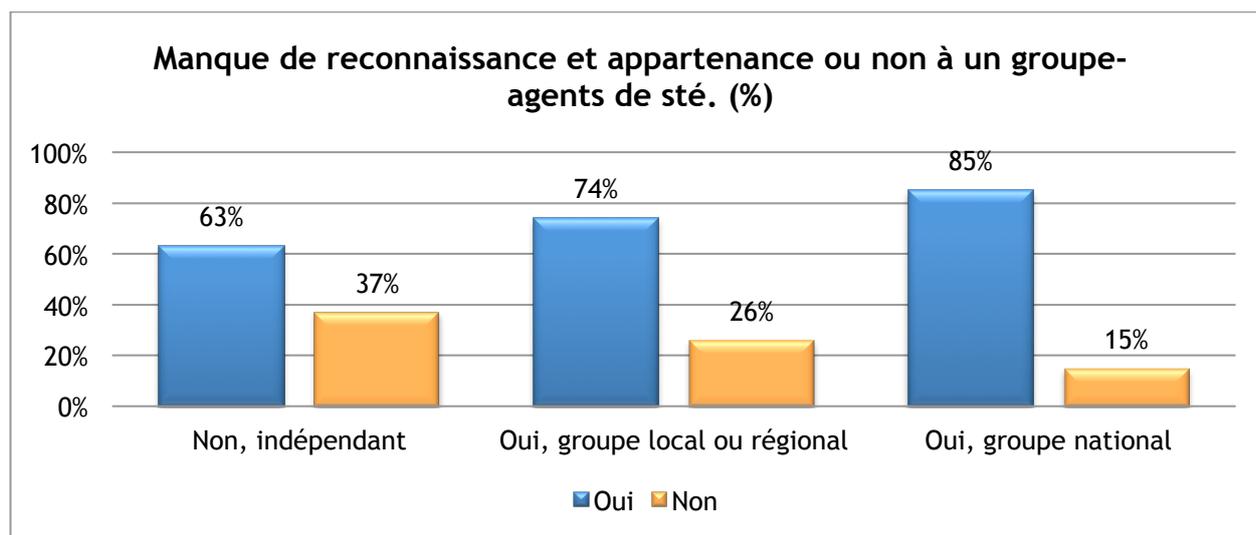




De manière générale il est observable que le sentiment de non reconnaissance domine tant chez les brancardiers que chez les agents de stérilisation pour presque toutes les tailles d'établissement en nombre de lits. À noter, cependant, ce sentiment est un peu moins affirmé dans les plus petits établissements ; il est plus important dans les établissements de 200 à 299 lits.

Manque de reconnaissance et profil des établissements



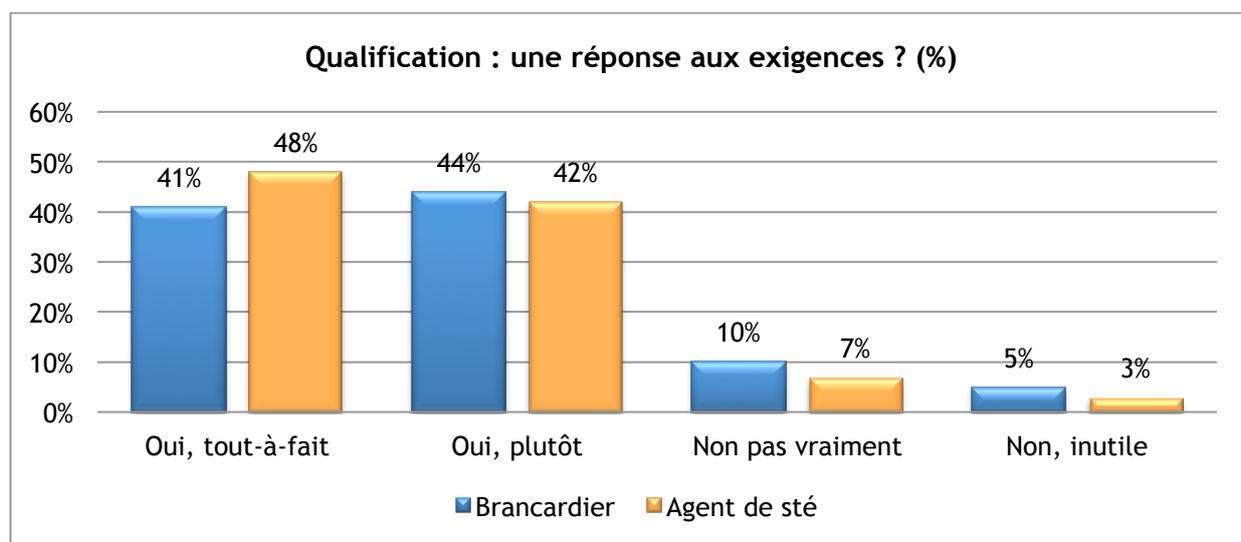


Les répondants des indépendants sont pour lesquels ce manque de reconnaissance est le moins élevé tout en restant majoritaire.

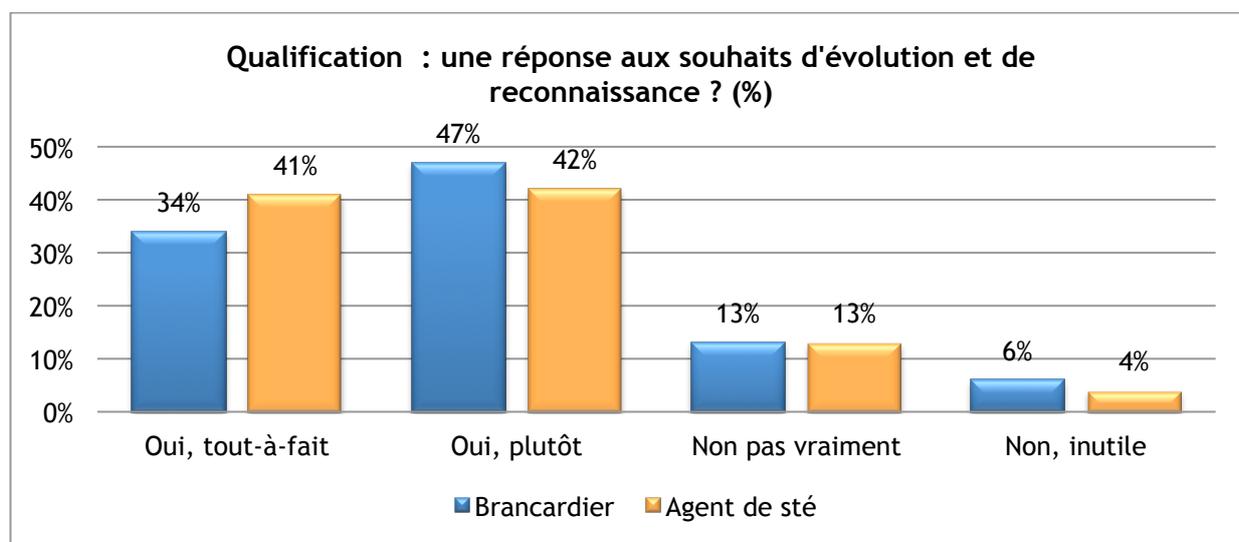
f) Mise en place d'une qualification professionnelle

Que pensez-vous de la mise en place, à l'avenir, d'une qualification professionnelle pour les métiers de brancardiers et d'agents de stérilisation ?

Cela répondrait aux exigences du métier pour aujourd'hui et demain ?



Cela pourrait-il être une réponse de votre établissement aux souhaits d'évolution et de reconnaissance des personnels ?



La qualification professionnelle est sans conteste une nécessité doublée d'une priorité tant pour les postes de brancardiers que pour ceux d'agents de stérilisation au regard des taux de réponses cumulées des « oui, tout à fait » et « oui, plutôt », au regard des exigences du métier d'une part (85% pour les brancardiers vs 90% pour les agents de stérilisation), de réponse aux souhaits d'évolution et de reconnaissance d'autre part (81% pour les brancardiers vs 83% pour les agents de stérilisation). On peut seulement noter une position encore plus affirmée pour agent de stérilisation par rapport à brancardier.

Exigences du métier/difficulté de recrutement - brancardiers ?

	Oui	Non	Non concerné, pas de recrutement depuis plus de 5 ans	Total
Oui, tout-à-fait	8	39	3	50
Oui, plutôt	9	39	5	53
Non pas vraiment		10	2	12
Non, inutile		3	2	5
Total	17	91	12	120

Lignes : réponses exigences du métier ; colonnes : difficultés de recrutement

Réponse de l'établissement aux souhaits d'évolution et de reconnaissance des personnels/difficulté de recrutement - brancardiers ?

	Oui	Non	Non concerné, pas de recrutement depuis plus de 5 ans	Total
Oui, tout-à-fait	6	32	1	39
Oui, plutôt	11	37	6	54
Non pas vraiment	1	12	2	15
Non, inutile		4	2	6
Total	18	85	11	114

Lignes : réponses aux exigences du métier ; colonnes : difficultés de recrutement

On peut lire dans ces données croisées de brancardier que les directions des établissements considérant qu'une qualification n'est pas vraiment une réponse aux exigences ou souhaits relèvent du sous-groupe d'établissements ne rencontrant pas de problème de recrutement.

Ce même lien est moins net pour le métier d'agent de stérilisation.

Exigences du métier/difficulté de recrutement – agents de stérilisation ?

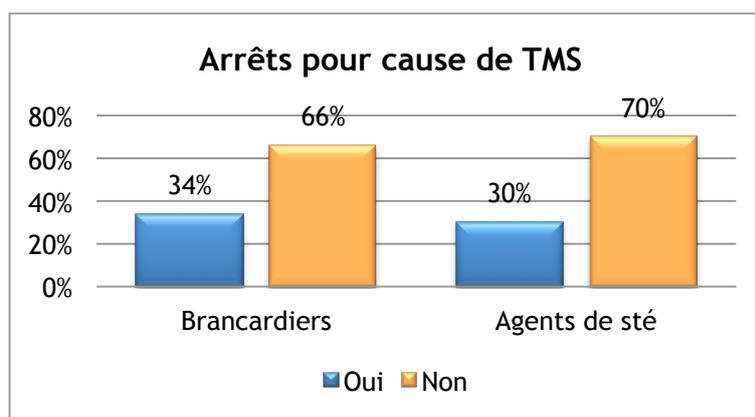
	Oui	Non	Non concerné, pas de recrutement depuis plus de 5 ans	Total
Oui, tout-à-fait	29	21	3	53
Oui, plutôt	12	27	8	47
Non, pas vraiment	2	4	2	8
Non, inutile		1	2	3
Total	43	53	15	111

Réponse de l'établissement aux souhaits d'évolution et de reconnaissance des personnels/difficulté de recrutement – agents de stérilisation ?

	Oui	Non	Non concerné, pas de recrutement depuis plus de 5 ans	Total
<i>Oui, tout-à-fait</i>	26	15	2	43
<i>Oui, plutôt</i>	13	23	9	45
<i>Non, pas vraiment</i>	3	9	2	14
<i>Non, inutile</i>		2	2	4
Total	42	49	15	106

g) Les arrêts pour cause de TMS

Dans les 3 dernières années un ou plusieurs brancardiers/agents de stérilisation ont-ils été arrêtés pour cause de TMS ?



Alors que le nombre de brancardiers et d'agents de stérilisation est comparable pour l'échantillon des répondants, l'occurrence des TMS est elle aussi comparable avec un tiers d'établissements ayant rencontré des arrêts pour cause de TMS.

Arrêts de travail TMS – brancardiers/agents de stérilisation

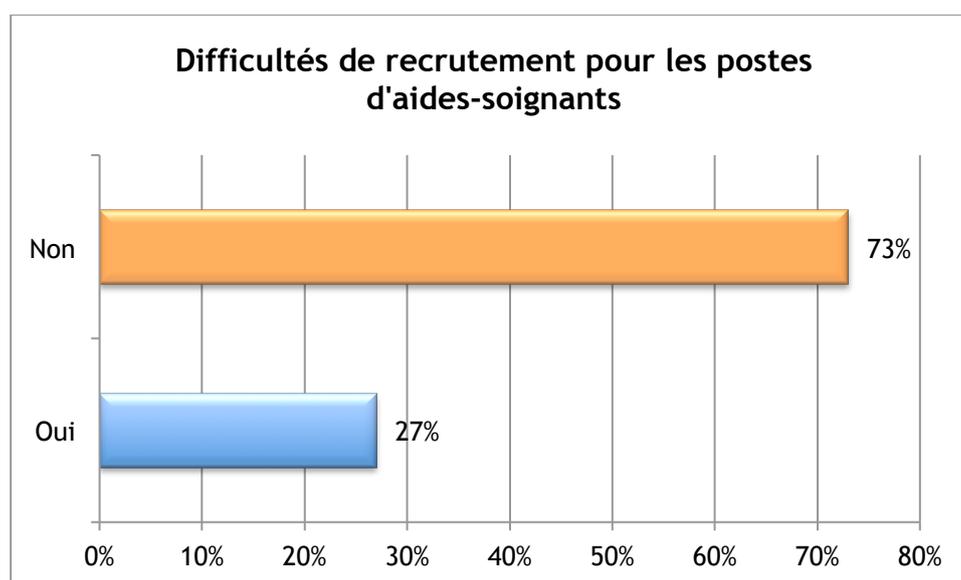
	Oui (%)	Non (%)	Total
<i>Oui</i>	20 (19%)	13 (12%)	33 (31%)
<i>Non</i>	20 (19%)	55 (51%)	75 (69%)
Total	40 (37%)	68 (63%)	108 (100%)

Lignes : brancardiers ; colonnes : agents de stérilisation

20 réponses sur les 108 répondants déclarent l'existence d'arrêts de travail pour cause de TMS à la fois chez les brancardiers et chez les agents de stérilisation. Ce n'est pas la situation majoritaire et les deux phénomènes ne sont que partiellement concordants. Cette statistique pousse à exclure comme explication des TMS des situations locales au profit d'une difficulté générale des deux métiers.

3.3. Les difficultés de recrutement d'aides-soignants

Rencontrez-vous des difficultés de recrutement pour les postes d'aides-soignants ?



Seuls 27 % des établissements répondants mentionnent une difficulté de recrutement pour le poste d'aide-soignant.

	Oui	Non	Total
<i>Non, indépendant</i>	19	42	61
<i>Oui, groupe local ou régional</i>	7	22	29
<i>Oui, groupe national</i>	8	29	37
Total	34	93	127

Difficultés de recrutement brancardiers et aides-soignants

	Oui	Non	Total
<i>Oui</i>	6	12	18
<i>Non</i>	20	72	92
<i>Non concerné, pas de recrutement depuis plus de 5 ans</i>	7	8	15
Total	33	92	125

Lignes : difficultés recrutement brancardiers ; colonnes : difficultés recrutement AS

Difficultés de recrutement agents de stérilisation et aides-soignants

	Oui	Non	Total
<i>Oui</i>	10	34	44
<i>Non</i>	16	38	54
<i>Non concerné, pas de recrutement depuis plus de 5 ans</i>	7	17	24
Total	33	89	122

Lignes : difficultés recrutement agents de stérilisation ; colonnes : difficultés recrutement AS

4. Etat des lieux : données sectorielles, qualitatives et quantitatives

4.1. Remarques sur les informations disponibles et non disponibles sur la branche et les 4 métiers

<i>Brancardier</i>	
• estimation des effectifs	oui
• répartition des effectifs par genre :	oui
• répartition des âges par genre :	oui
• répartition des effectifs par temps de travail :	oui
• pyramide des âges :	oui
• fiche métier OHP :	oui
• CCN	oui
• statistiques formation OPCA PL	oui
<i>Agent de stérilisation</i>	
• estimation des effectifs	oui
• répartition des effectifs par genre :	non
• répartition des âges par genre :	non
• répartition des effectifs par temps de travail :	non
• pyramide des âges :	non
• fiche métier OHP :	oui
• CCN	non
• statistiques formation OPCA PL	non
<i>Cuisinier</i>	
• estimation des effectifs	oui
• répartition des effectifs par genre :	non
• répartition des âges par genre :	non
• répartition des effectifs par temps de travail :	non
• pyramide des âges :	non
• fiche métier OHP	non
• CCN	oui
• statistiques formation OPCA PL	oui

Agent de Service Hôtelier	
• estimation des effectifs	oui
• répartition des effectifs par genre :	oui
• répartition des âges par genre :	oui
• répartition des effectifs par temps de travail :	oui
• pyramide des âges :	oui par genre
• fiche métier OHP	Agent de service hospitalier
• CCN	oui
• statistiques formation OPCA PL	oui

4.2. Les secteurs

a) La branche de l'hospitalisation privée

Source : Note de synthèse Étude quantitative Observatoire des emplois, des métiers et des qualifications de la Branche de l'Hospitalisation Privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial

La Branche de l'Hospitalisation privée à statut commercial représente environ 280.000 salariés, pour environ 3.000 établissements.

L'Hospitalisation Privée regroupe deux grands secteurs d'activités :

- 69% des salariés (soit environ 137.600 personnes) exercent dans des établissements du secteur Sanitaire,
- 31% (soit environ 62.400 personnes) exercent dans des établissements du secteur Médico-social.

Sanitaire

Source : FHP Rapport sectoriel 2012

Le secteur sanitaire couvre :

- MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- PSY : Psychiatrie

Le secteur est composé de :

- 1 128 cliniques et hôpitaux privés en 2010 dont 580 cliniques et hôpitaux privés réalisent des activités MCO en 2010
- Plus de 114 000 lits et places, 60 % de MCO, 30 % de SSR et 10 % de psychiatrie
- L'Hospitalisation Privée représente 25 % de l'offre hospitalière
- 41 000 médecins exercent au sein des cliniques et hôpitaux privés
- Plus de 150 000 salariés, dont 52 000 infirmiers

Médico-social

Source : Les EHPAD en chiffres, DREES, Etudes et Résultats n°689 " L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, mai 2009

Le médico-social couvre :

- les maisons de retraite (69% des places publiques et privées)
- les logements foyers (21% des places publiques et privées)
- les unités de soins longue durée (9% des places publiques et privées)
- Les résidence d'hébergement temporaire / établissements expérimentaux (1% des places publiques et privées)

Les entreprises privées du médico-social sont essentiellement concentrées sur l'activité d'EHPAD (plus de 90% des maisons de retraite du secteur et de l'ordre de 85% de places de du secteur).

Source : CEP clinique et maison de retraite 2005 (données FINESS 2004)

Secteur commercial	Nombre établissements	Nombre places	Capacité moyenne
Maison de retraite	1 647	88 485	54
Logement-foyer	116	6 136	53
Résidence d'hébergement temporaire	9	277	31
Autres EHPA	3	27	9
ULSD	19	1 036	55
Total	1 794	95 961	53

b) Secteur sanitaire

Source : CEP clinique et maison de retraite 2005

Eléments clés d'évolution

- Diminution des capacités d'hospitalisation à temps complet et concentration des établissements
- Augmentation de la taille
- L'activité : des chiffres contrastés
- Soins de courte durée
- Le développement des alternatives à l'hospitalisation
- Une place nettement prépondérante pour l'activité chirurgicale
- Les spécificités de SSR et Psy

Source : FHP Rapport sectoriel 2012

« L'évolution des métiers non médicaux au sein de l'hospitalisation privée

Les conditions d'exercice des métiers du soin au sein des cliniques et hôpitaux privés sont affectées par les changements liés aux progrès techniques et technologiques, aux évolutions inhérentes à la réduction des durées d'hospitalisation, aux nouvelles exigences des patients en termes d'information, mais également par l'accroissement des exigences de sécurité, traçabilité et qualité de la prise en charge, le développement des systèmes informatiques et le vieillissement de la population.

Par ailleurs, l'évolution démographique des différentes professions de santé se traduit par des mutations dans la place et le rôle des divers acteurs. Ainsi, à moyen terme, les conséquences de la baisse prévisible de 10 % du nombre de médecins à l'horizon 2030 devraient renforcer le besoin en personnels soignants et accroître les compétences attribuées et attendues, entraînant un développement des mécanismes de délégations de tâches et de compétences.

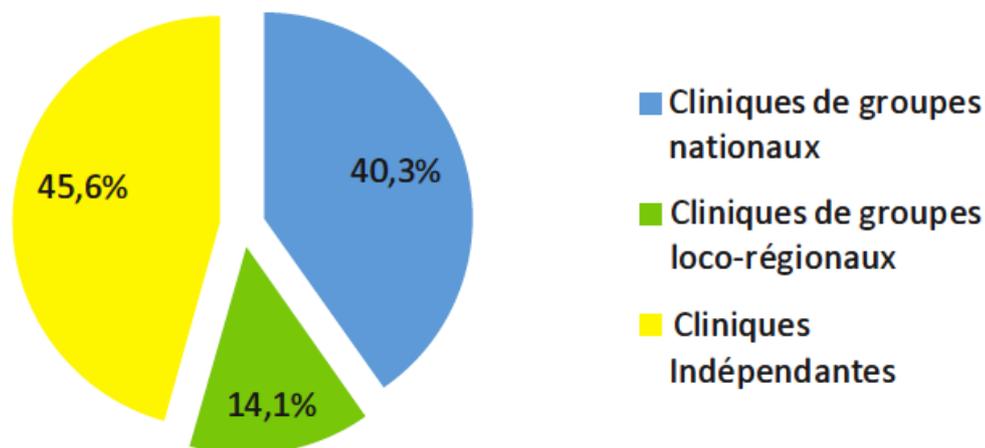
Ces différents facteurs expliquent la place primordiale accordée à la formation continue par la profession, permettant aux professionnels d'évoluer tout au long de leur carrière : certaines infirmières peuvent ainsi se spécialiser comme infirmière hygiéniste, comme « référent » qualité, dans la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, des conduites addictives ou en éducation thérapeutique.

L'atout du secteur hospitalier privé, souple, réactif et peu hiérarchisé, permet une prise en charge globale des patients qui, selon l'étude de l'observatoire des métiers de la branche, est fortement appréciée des personnels.

Source : FHP Rapport sectoriel 2012

Appartenance à un groupe

G 107 : La typologie des cliniques en nombre par catégorie



Source : Greffe des tribunaux de commerce via Altarès.

c) Secteur médico-social

Source : CEP clinique et maison de retraite 2005

La convention tripartite (Préfet + Conseil général + Etablissement)

Le budget des EHPAD est composé de trois sections, relatives à l'hébergement (à la charge du résident avec éventuelle intervention de l'aide sociale), à la dépendance (partagée entre le département et le résident) et aux soins (à la charge de l'assurance maladie). Cette tarification ternaire accompagne la signature de conventions tripartites quinquennales entre l'établissement, l'ARS et le Conseil général.

La convention tripartite formalise :

- le projet institutionnel
- les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire
- démarche qualité pour l'accueil (projet d'animation, protocole d'accueil...)
- restructuration des locaux
- organisation du travail
- formation et recrutement du personnel

Source: Les Ehpad en chiffres, Synerpa

DREES, Etudes et Résultats n°689 " L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, mai 2009

Les Ehpad en chiffres

Type d'établissements	Nombre d'établissements	Répartition
Maisons de retraite publiques	2754	27%
Maisons de retraite associatives	2062	20%
Maisons de retraite commerciales	1688	16%
Total maisons de retraite	6504	63%
Type d'établissement	Nombre de places	Répartition
Maisons de retraite publiques	232 589	34%
Maisons de retraite associatives	135 509	20%
Maisons de retraite commerciales	103 004	15%
Total maisons de retraite	471 102	69%

Zoom sur les EHPAD du secteur privé

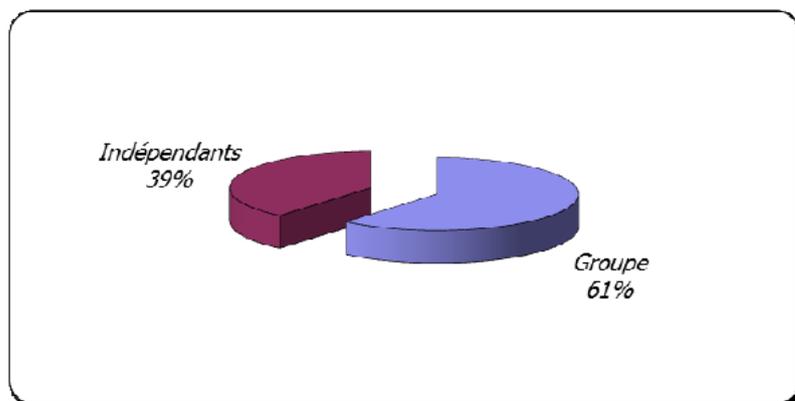
Le secteur privé (associatif et commercial) représente près de la moitié (45%) de l'ensemble des places médicalisées

Maisons de retraite commerciales	94 264	18,4%
----------------------------------	--------	-------

Source : Synerpa rapport de branche

Appartenance à un groupe

I.5. Répartition selon l'appartenance aux groupes ou indépendants

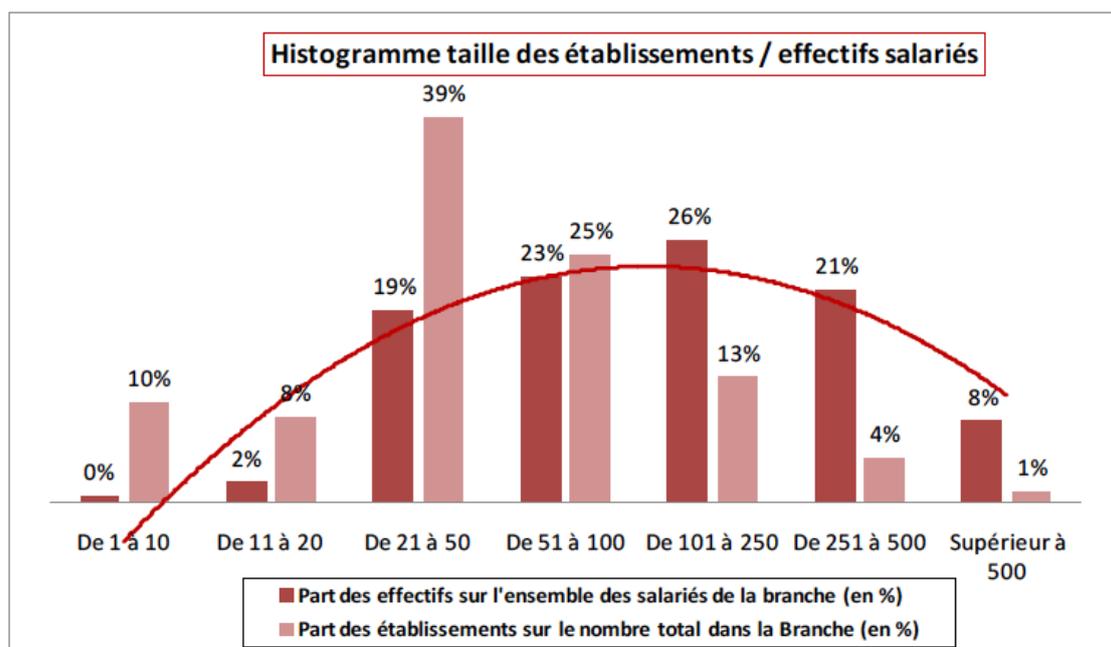


* Notion de groupe : groupe de 5 établissements et plus

d) Les effectifs

1 - Taille des établissements en fonction des effectifs salariés

Sources : Rapport de synthèse Étude quantitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications

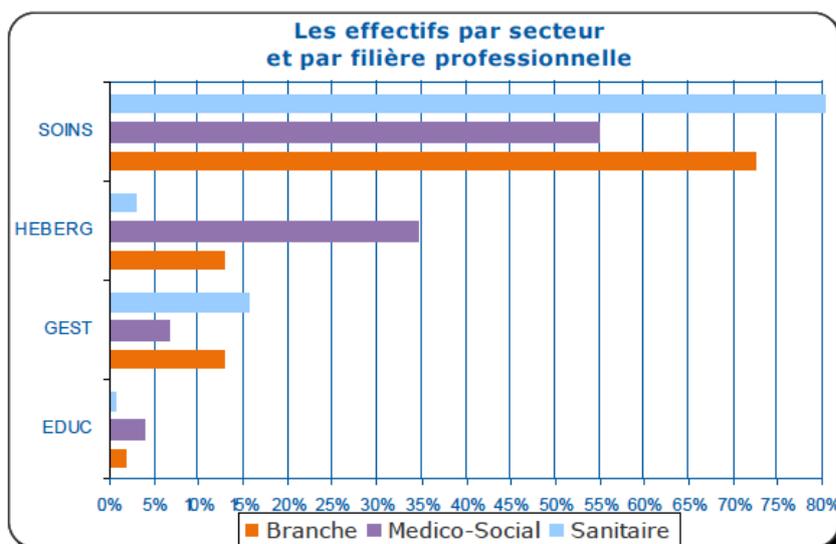
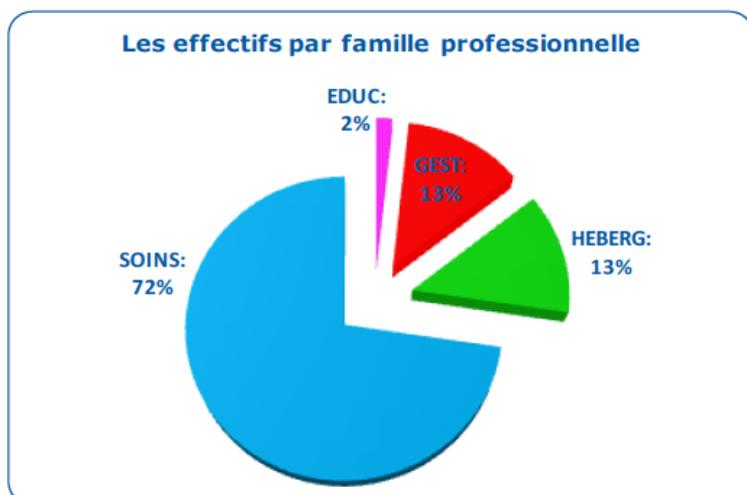


	Effectif total
Secteur sanitaire	135 534
Secteur médico-social	61 435
Ensemble	196 969

2 - Effectifs par familles professionnelles

Sources : Rapport de synthèse Étude quantitative de l’Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications

Les effectifs par familles professionnelles



3 - Effectifs par métiers dans la branche

Sources : Rapport de synthèse Étude quantitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications

3.1. Les effectifs par métiers dans la Branche

Répartition des effectifs par métier	%	Evaluation effectif total	Effectifs cumulés en %
Effectif total	100%	196 969	
AIDE-SOIGNANT(E)	21,7%	42 775	22%
INFIRMIER(E)	21,6%	42 612	44%
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER	8,6%	16 812	53%
AGENT DE SERVICE HÔTELIER	8,0%	15 733	62%
AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	6,5%	12 714	67%
SECRETAIRE / ASSISTANT(E)	3,2%	6 318	70%
AUXILIAIRE DE PUERICULTURE	1,9%	3 736	72%
BRANCARDIER(E)	1,6%	3 244	74%
AGENT ADMINISTRATIF	1,6%	3 124	75%
INFIRMIER(E) RESPONSABLE	1,6%	3 115	77%
AGENT D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT	1,6%	3 113	78%
AGENT SERVICES GENERAUX / AGENT D'ENTRETIEN	1,6%	3 074	80%
SECRETAIRE MEDICALE	1,5%	2 902	81%
COMPTABLE	1,3%	2 657	83%
INFIRMIER(E) DE BLOC OPERATOIRE	1,3%	2 605	84%
SAGE-FEMME	1,3%	2 605	85%
RESPONSABLE D'ETABLISSEMENT	1,1%	2 086	86%
PSYCHOLOGUE	0,9%	1 816	87%
CUISINIER(E)	0,9%	1 814	88%
PREPARATEUR(TRICE) EN PHARMACIE	0,9%	1 794	89%
AGENT DE CUISINE	0,7%	1 371	89%
MEDECIN GENERALISTE	0,6%	1 232	90%
Autres métiers (cf. Répartition métiers en Annexe)	10%	19 698	100%

4 - Effectifs par métiers dans les secteurs

Sources : Rapport de synthèse Étude quantitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications

3.2. Les effectifs par métiers dans les secteurs

SANITAIRE				MEDICO-SOCIAL			
Répartition des effectifs par métier	%	Evaluation effectif total	Effectif cumulé	Répartition des effectifs par métier	%	Evaluation effectif total	Effectif cumulé
Effectif total	100%	135 534		Effectif total	100%	61 435	
INFIRMIER(E)	28,0%	37 902	28%	AGENT DE SERVICE HÔTELIER	25,5%	15 684	26%
AIDE-SOIGNANT(E)	21,7%	29 446	50%	AIDE-SOIGNANT(E)	21,7%	13 329	47%
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER	12,4%	16 812	62%	AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	19,6%	12 026	67%
SECRETAIRE / ASSISTANT(E)	3,6%	4 915	66%	INFIRMIER(E)	7,7%	4 710	74%
AUXILIAIRE DE PUERICULTURE	2,8%	3 736	68%	SECRETAIRE / ASSISTANT(E)	2,3%	1 403	77%
BRANCARDIER(E)	2,4%	3 244	71%	AGENT SERVICES GENERAUX / AGENT D'ENTRETIEN	2,3%	1 403	79%
AGENT ADMINISTRATIF	2,2%	2 949	73%	PSYCHOLOGUE	2,0%	1 227	81%
SECRETAIRE MEDICALE	2,1%	2 802	75%	RESPONSABLE D'ETABLISSEMENT	2,0%	1 202	83%
SAGE-FEMME	1,9%	2 605	77%	CUISINIER(E)	1,8%	1 077	85%
INFIRMIER(E) DE BLOC OPERATOIRE	1,9%	2 605	79%	AGENT DE CUISINE	1,8%	1 077	86%
COMPTABLE	1,8%	2 457	81%	INFIRMIER(E) RESPONSABLE	1,6%	1 002	88%
AGENT D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT	1,6%	2 212	82%	AGENT DE RESTAURATION	1,5%	927	90%
INFIRMIER(E) RESPONSABLE	1,6%	2 113	84%	AGENT D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT	1,5%	901	91%
PREPARATEUR(TRICE) EN PHARMACIE	1,3%	1 769	85%	LINGERE	1,4%	876	92%
AGENT SERVICES GENERAUX / AGENT D'ENTRETIEN	1,2%	1 671	87%	MEDECIN COORDONNATEUR	1,4%	876	94%
GESTIONNAIRE DES ADMISSIONS	0,9%	1 179	87%	ANIMATEUR(TRICE)	1,4%	851	95%

Evaluation des effectifs par métier

Au 31/12/2008

Secteur = SANITAIRE

Répartition des effectifs par métier	%	Evaluation effectif total	F	H	Effectifs cumulés en %
Effectif total	100%	135 534	87%	13%	
INFIRMIER(E)	28,0%	37 902	89%	11%	28%
AIDE-SOIGNANT(E)	21,7%	29 446	93%	7%	50%
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER	12,4%	16 861	97%	3%	62%
SECRETAIRE / ASSISTANT(E)	3,6%	4 915	98%	2%	66%
AUXILIAIRE DE PUERICULTURE	2,8%	3 736	100%	0%	69%
BRANCARDIER(E)	2,4%	3 244	12%	88%	71%
AGENT ADMINISTRATIF	2,2%	2 949	95%	5%	73%
SECRETAIRE MEDICALE	2,1%	2 802	98%	2%	75%
INFIRMIER(E) DE BLOC OPERATOIRE	1,9%	2 605	91%	9%	77%
SAGE-FEMME	1,9%	2 605	98%	2%	79%
COMPTABLE	1,8%	2 457	92%	8%	81%
AGENT D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT	1,6%	2 212	98%	2%	82%
INFIRMIER(E) RESPONSABLE	1,6%	2 113	93%	7%	84%
PREPARATEUR(TRICE) EN PHARMACIE	1,3%	1 769	81%	19%	85%
AGENT SERVICES GENERAUX / AGENT D'ENTRETIEN	1,2%	1 671	15%	85%	87%
GESTIONNAIRE DES ADMISSIONS	0,9%	1 179	100%	0%	87%
RESPONSABLE D'UNITE DE SOINS	0,8%	1 130	87%	13%	88%
PHARMACIEN(NE)	0,8%	1 130	61%	39%	89%
MEDECIN GENERALISTE	0,8%	1 032	43%	57%	90%
INFIRMIER(E) EN PUERICULTURE	0,7%	983	95%	5%	91%
INFIRMIER(E) ANESTHESISTE	0,7%	983	85%	15%	91%
RESPONSABLE D'ETABLISSEMENT	0,7%	884	39%	61%	92%
AGENT DE STERILISATION	0,7%	884	89%	11%	93%
CUISINIER(E)	0,5%	737	13%	87%	93%
COORDONNATEUR(TRICE) DE BLOC OPERATOIRE	0,5%	737	87%	13%	94%
TECHNICIEN(NE) INFORMATION MEDICALE	0,5%	688	93%	7%	94%
AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	0,5%	688	100%	0%	95%
PSYCHOLOGUE	0,4%	589	100%	0%	95%

5 - Nombre de salariés dans le secteur sanitaire

Source : Rapport de branche Fédération de l'hospitalisation privée

Source SAE (2009) : 151 863 (hors médecins libéraux et mixtes).

	Equivalent Temps plein (ETP)					
	Non cadres		Cadres		Total	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Filière soignante	4 225.56	32 074.27	805.03	2 147.86	39 279.72	77.6%
Filière administrative	407.11	5 676.16	380.87	974.82	7 438.96	14.7%
Filière générale	1 713.04	1 964.84	167.03	83.90	3 928.81	7.7%
Sous Total	6 345.71	39 715.27	1 352.93	3 233.58	50 647.49	100%
Total	46 060.98		4 586.51			

4.3. Données CCN

SANITAIRE	
Métiers	Classement
Brancardier	Filière soignante et concourant aux soins. Employé. Niveau : A (<i>cad : 1er grade de la grille</i>)
Agent de stérilisation	Pas de référence
'Cuisinier'	Filière générale :
<i>Employé de cuisine</i>	<i>Employé. Niveau : A</i>
<i>Cuisinier avec CAP</i>	<i>Employé qualifié. Niveau : A</i>
<i>Chef d'équipe cuisine</i>	<i>Employé hautement qualifié. Niveau : B</i>
<i>Second de cuisine (BTS)</i>	<i>Technicien. Niveau : A</i>
<i>Chargé de service restauration</i>	<i>Agent de maîtrise. Niveau A</i>
<i>Chef de cuisine</i>	<i>Cadre</i>

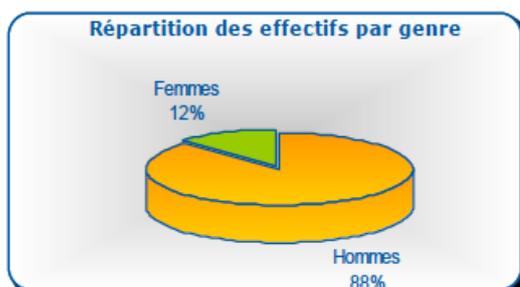
4.4. Situations chiffrées

a) Brancardier

Source : Rapport de synthèse Étude quantitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications

4.2.3. Le métier de Brancardier(e)

1,6% des effectifs de la branche exerce le métier de Brancardier(e), soit 3.200 personnes. C'est un métier spécifique au secteur sanitaire, représentant 2,4% de l'effectif de celui-ci.

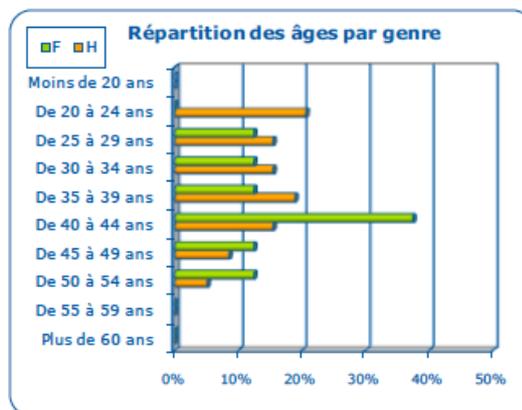


Contrairement aux autres métiers, celui de Brancardier(e) est à dominante masculine. En effet, 80% de ceux qui l'exercent sont des hommes.

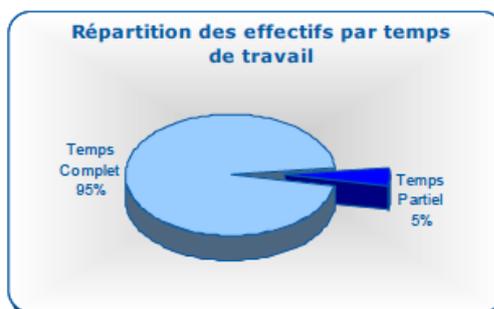
L'âge moyen est de 35 ans pour ce métier, l'âge médian de 38 ans.

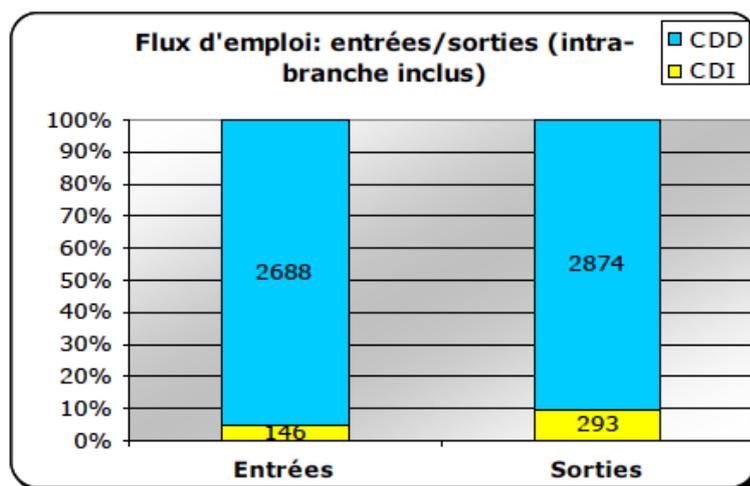
Les moins de 26 ans représentent 21,2% des effectifs, et les moins de 55 ans ne sont pas significativement présents.

Ancienneté	Répartition en %
Inférieure ou égale à 1 an	41,6%
De 2 à 4 ans	23,1%
De 5 à 9 ans	13,8%
De 10 à 20 ans	18,4%
20 ans et plus	3,1%
	100,0%



Le temps partiel y est très peu développé par rapport aux autres métiers du secteur et de la branche : seuls 5% des effectifs sont à temps partiel.





Il y a très peu de recrutement en CDI, malgré le faible taux de CDD dans ce métier en fin d'année.

Du fait d'une population jeune, les départs à la retraite dans ce métier sont non significatifs.

Les CDD sont conclus pour 80% pour des durées d'un mois ou inférieures à un mois.

Nombre de mois des CDD	Ensemble
1 mois et moins	78,6%
Entre 1 et 3 mois	10,7%
Entre 3 et 6 mois	1,8%
De 6 à 12 mois	0,0%
> à 12 mois	8,9%
CDD utilisés dans l'année 2008	100,0%

Plus de 80% des sorties de CDD dans l'année se font sous forme de démission.

Caractéristiques de la Branche de l'Hospitalisation privée Sanitaire et Médico-sociale à statut commercial
Au 31/12/2008

Secteur = SANITAIRE

BRANCARDIER(E)

Le Métier représente:

3 244 personnes
3,0% de l'effectif de la famille SOINS
2,4% de l'effectif global

Caractéristiques démographiques

Répartition par sexe

Hommes	88%	Femmes	12%
--------	-----	--------	-----

Age moyen

Hommes	34,9	Femmes	40,0
--------	------	--------	------

Age médian

Hommes	38,0	Femmes	41,0
--------	------	--------	------

Proportion des salariés ayant + de 55 ans **0,0%**
Proportion des salariés ayant - de 26 ans **21,2%**

Répartition des effectifs par tranches d'âge

	Ensemble	F	H
Moins de 20 ans	0,0%	0,0%	0,0%
De 20 à 24 ans	18%	0%	21%
De 25 à 29 ans	15%	13%	16%
De 30 à 34 ans	15%	13%	16%
De 35 à 39 ans	18%	13%	19%
De 40 à 44 ans	18%	38%	16%
De 45 à 49 ans	9,1%	12,5%	9%
De 50 à 54 ans	6,1%	12,5%	5%
De 55 à 59 ans	0,0%	0,0%	0%
Plus de 60 ans	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100%	100%	100%

Conditions d'emplois

Conditions d'exercice

en CDI	92,4%	en CDD	7,5%	en APP/PRO	0,0%	Autres (contrats spéciaux...)	0,1%
--------	-------	--------	------	------------	------	-------------------------------	------

Le temps de travail

Temps Complet	95,5%	Temps Partiel	4,5%
---------------	-------	---------------	------

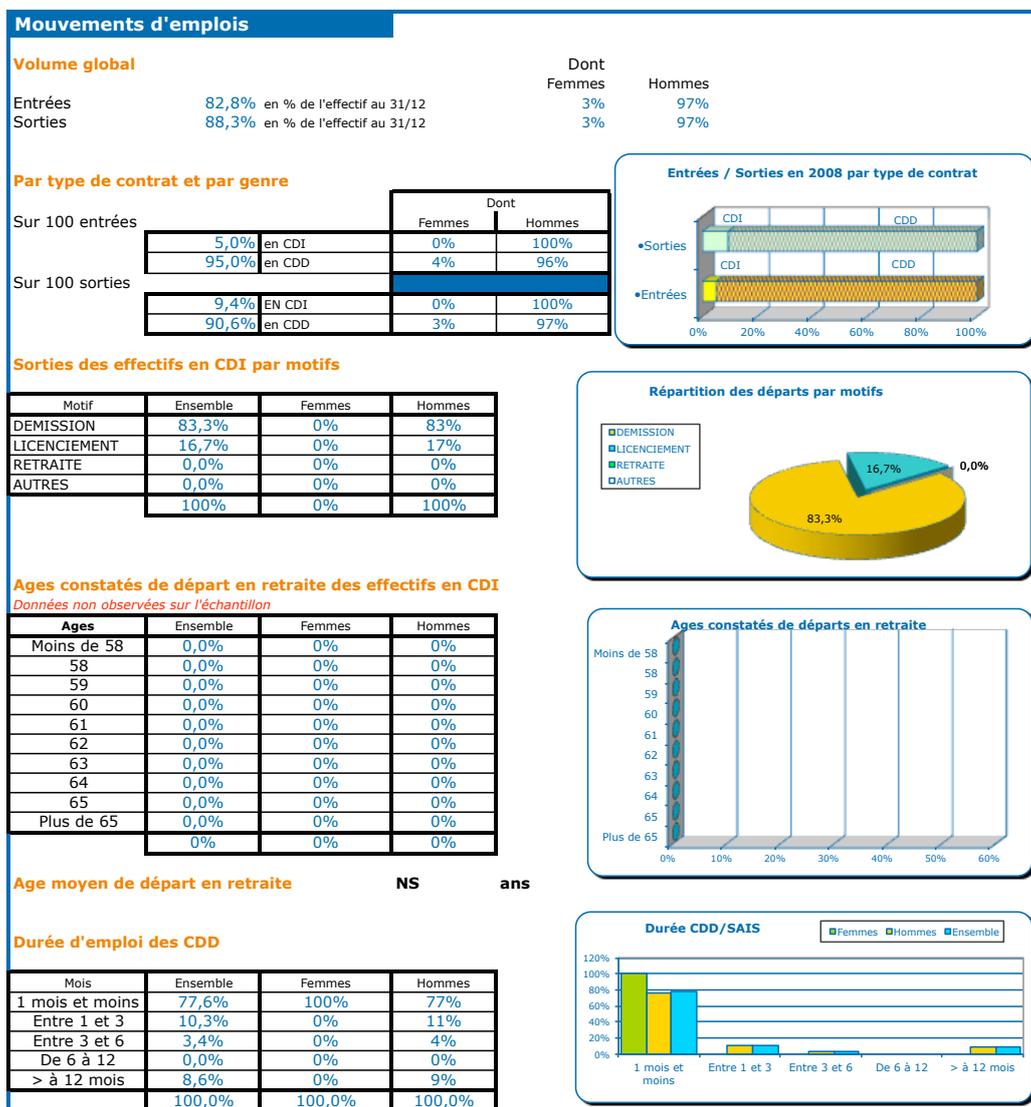
Ancienneté

Moyenne	5,3
Médiane	2,0

Ancienneté	Répartition en %
Inférieur ou égal à 1 an	41,6%
De 2 à 4 ans	23,1%
De 5 à 9 ans	13,8%
De 10 à 20 ans	18,4%
20 ans et plus	3,1%
Total	100,0%

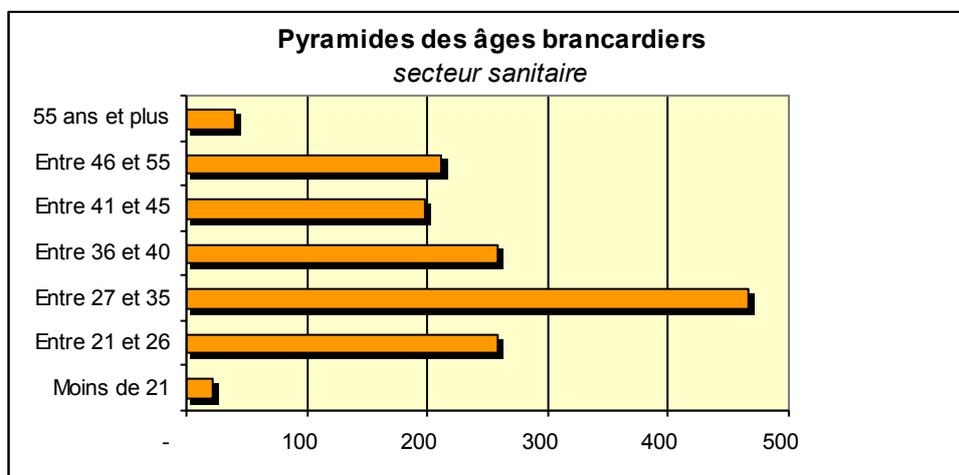
Caractéristiques de la Branche de l'Hospitalisation privée Sanitaire et Médico-
sociale à statut commercial
Au 31/12/2008

BRANCARDIER(E)



Source : *Présentation des évolutions des métiers et des compétences, 2008*

Pyramide des âges



b) Agent de stérilisation

Source : *Caractéristiques de la Branche de l'Hospitalisation privée Sanitaire et Médico-sociale à statut commercial au 31 déc. 2008*

- 0,7% des effectifs totaux.
- 884 agents de stérilisation environ dont 89% de femmes.

c) Cuisinier

Source : *Caractéristiques de la Branche de l'Hospitalisation privée Sanitaire et Médico-sociale à statut commercial au 31 déc. 2008*

- 1,8% des effectifs totaux.
- 1077 cuisiniers en médico-social environ.

d) Agent de service hôtelier

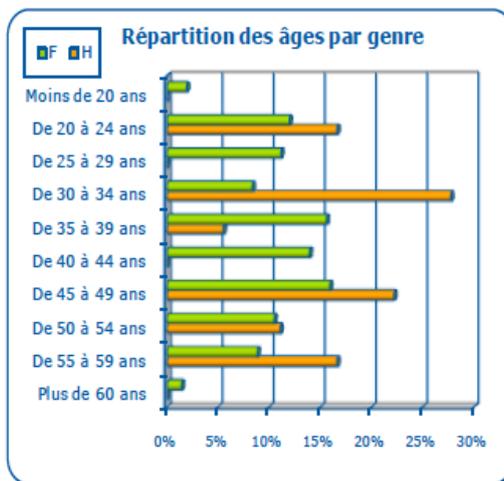
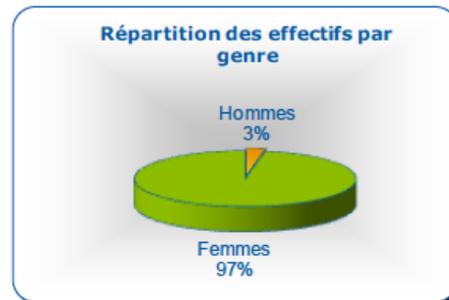
Sources : Rapport de synthèse Étude quantitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications

4.3. Les métiers représentatifs du secteur médico-social

4.3.1. Le métier d'Agent de Service Hôtelier

Le métier d'Agent de Service Hôtelier totalise 8% de l'effectif global, soit 15.700 personnes. C'est un métier propre au secteur médico-social. Au sein de ce secteur, il représente 25,5% de la population.

La répartition par genre au sein de ce métier est encore plus prononcée que dans l'ensemble du secteur médico-social et dans l'ensemble de la branche. Il comptabilise une proportion de femmes supérieure de 7 points de pourcentage par rapport à l'ensemble des métiers du secteur médico-social (97% contre 90%).



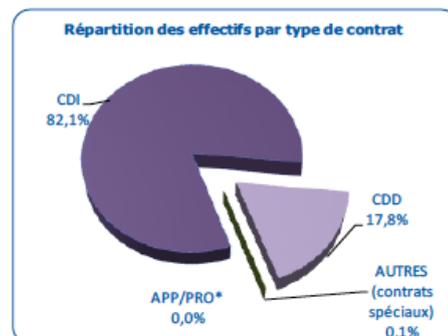
L'âge médian et l'âge moyen se situent autour de 40 ans.

Les âges au sein de ce métier sont très disparates car :

- les jeunes sont très bien représentés : 17% ont moins de 26 ans,
- la tranche d'âges des 40-49 ans représente presque un tiers des effectifs (30%).

L'ancienneté s'en trouve donc affectée avec une médiane de 3 ans (moyenne 4,9). De plus, 63% des effectifs ont une ancienneté inférieure à 5 ans.

Les CDD représentent 18% des effectifs de fin d'année dans ce métier ; alors qu'au sein du secteur, ils représentent 10% des effectifs.



*APP/PRO= Contrats d'Apprentissage et de Professionnalisation

Caractéristiques de la Branche de l'Hospitalisation privée Sanitaire et Médico-sociale à statut commercial
 Au 31/12/2008

Secteur = MEDICO-SOCIAL

AGENT DE SERVICE HÔTELIER

Le Métier représente:

15 279 personnes
43,8% de l'effectif de la famille SOINS
24,9% de l'effectif global

Caractéristiques démographiques

Répartition par sexe

Hommes	3%	Femmes	97%
--------	----	--------	-----

Age moyen

Hommes	39,4	Femmes	40,6
--------	------	--------	------

Age médian

Hommes	40,0	Femmes	46,0
--------	------	--------	------

Proportion des salariés ayant + de 55 ans **8,3%**
Proportion des salariés ayant - de 26 ans **16,8%**

Répartition des effectifs par tranches d'âge

	Ensemble	F	H
Moins de 20 ans	1,9%	2,0%	0,0%
De 20 à 24 ans	12%	12%	17%
De 25 à 29 ans	11%	11%	0%
De 30 à 34 ans	9%	8%	28%
De 35 à 39 ans	15%	16%	5%
De 40 à 44 ans	14%	14%	0%
De 45 à 49 ans	16,1%	16,0%	22%
De 50 à 54 ans	10,5%	10,5%	11%
De 55 à 59 ans	9,1%	8,9%	17%
Plus de 60 ans	1,4%	1,5%	0,0%
Total	100%	100%	100%

Conditions d'emplois

Conditions d'exercice

en CDI	82,1%	en CDD	17,8%	en APP/PRO	0,0%	Autres (contrats spéciaux...)	0,1%
--------	-------	--------	-------	------------	------	-------------------------------	------

Le temps de travail

Temps Complet	67,1%	Temps Partiel	32,9%
---------------	-------	---------------	-------

Ancienneté

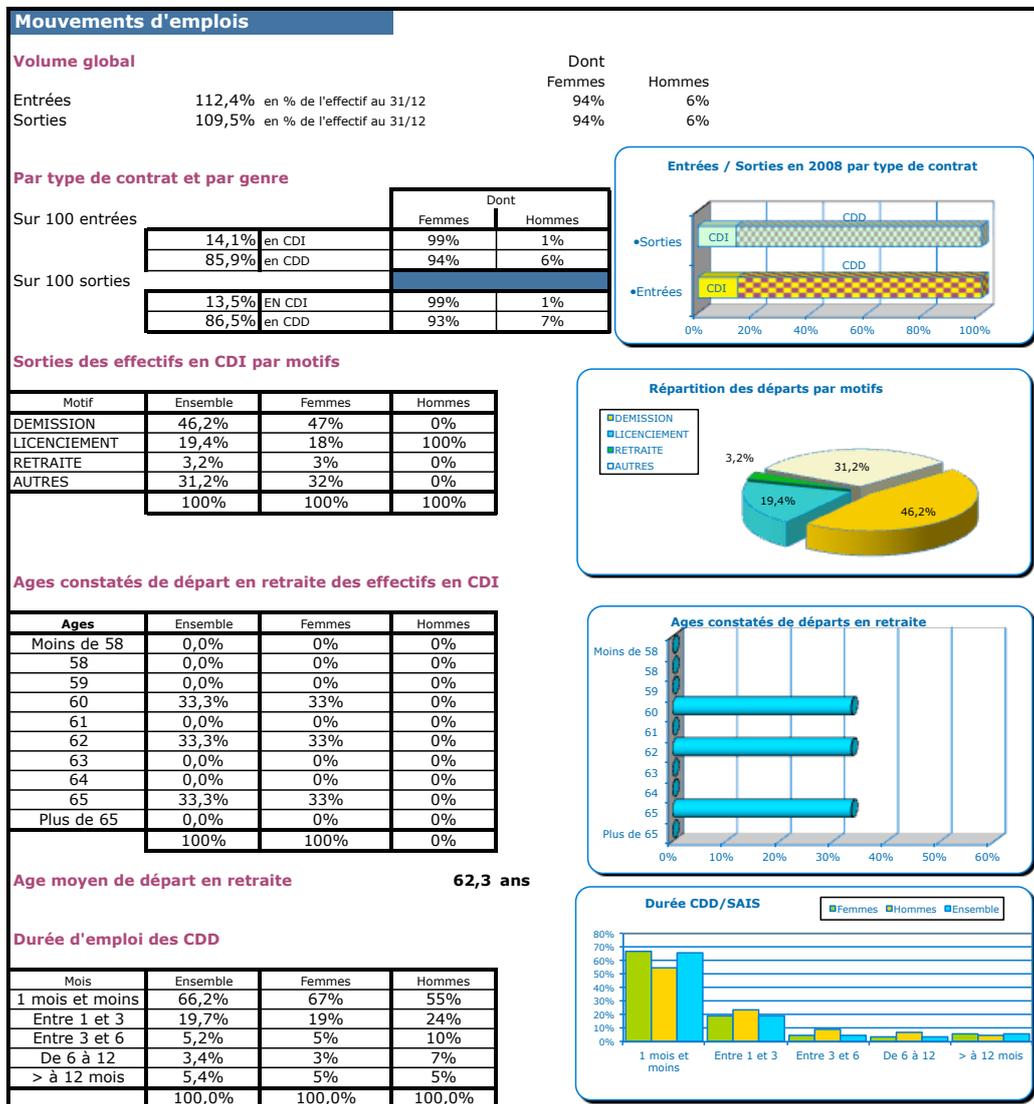
Moyenne	4,9
Médiane	3,0

Ancienneté	Répartition en %
Inférieur ou égal à 1 an	33,7%
De 2 à 4 ans	29,3%
De 5 à 9 ans	20,0%
De 10 à 20 ans	14,7%
20 ans et plus	2,2%
Total	100,0%

Caractéristiques de la Branche de l'Hospitalisation privée Sanitaire et Médico-sociale à statut commercial
 Au 31/12/2008

Secteur = MEDICO-SOCIAL

AGENT DE SERVICE HÔTELIER



4.5. Données qualitatives sur l'évolution des métiers

4.5.1. Donnée de la branche de l'hospitalisation privée

a) Remarques sur les passerelles entre métiers et les parcours professionnels

Source : Etude quali Formahp

- "Passer du métier d'ASH à celui d'AS suppose une formation de 11 mois suite au passage d'un concours".
- "Des études montrent que le secteur sanitaire et social est l'un de ceux qui utilisent le plus la VAE (cf. CEREQ, Bref n°263 d'avril 2009) : le secteur sanitaire et social, hors FPH, « fournit » 59% des candidats à une certification de niveau V par la VAE, soit une très forte surreprésentation par rapport à son poids dans l'emploi national ; à lui seul, le privé lucratif en représente 14%, d'ailleurs très majoritairement - à 62% - vers le DE d'aide-soignant). " [à interpréter avec prudence]
- "En maisons de retraite, passer du métier d'ASH à celui d'AMP est réputé plus facile que l'évolution vers le métier d'AS. En effet la formation d'AMP se déroule sur 18 mois en alternance (notamment dans le cadre d'un contrat de professionnalisation) et est par ailleurs moins chère, ces éléments rendant les établissements et les personnels plus volontaires. Le passage ASH - AMP peut lui aussi être effectué via la VAE."

b) Par métier

Source : Présentation des évolutions des métiers et des compétences, 2008

Brancardier :

Des compétences à formaliser et à développer, sur : l'accueil et la prise en charge du patient (compétences clés) :

- gestes et postures
- la gestion du temps et l'optimisation du transport
- l'intervention dans des situations d'urgence / les gestes d'urgence
- le bionettoyage des blocs (parcours professionnel)

Évolution professionnelle : vers agent de stérilisation ou vers AS ?

Agent de stérilisation :

Des compétences à développer sur la connaissance des instruments / DMS, mais peu de formation dans ce domaine.

ASH :

- Professionnalisation.
- Évolution professionnelle : vers agent de stérilisation ou vers AS ou AMP ?
- Effectifs : 20 095 (données DREES) -ensemble secteur privé.

Aide-soignant (ici cité parce que poste de destination) :

Des difficultés pour recruter les candidats mais dans une moindre mesure.

Problématique forte de renouvellement des effectifs dans les prochaines années.

Des demandes d'évolution professionnelle vers IDE : comment organiser des parcours intermédiaires ?

Effectifs : 22104 - secteur sanitaire (données FORMAHP).

4.5.2. Eléments du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Source : Répertoire des métiers de la FPH

À noter : la fonction publique hospitalière définit un agent de bionettoyage qui couvre la moitié des tâches d'un ASH (qui peut être affecté au bionettoyage ou au service des repas).

De plus existe un agent de restauration/hôtellerie distinct de l'agent de production culinaire.

a) Agent de bionettoyage

Proximité de métier - Passerelles courtes :

- Agent de restauration et d'hôtellerie.
- Agent de blanchisserie.

Proximité de métier - Passerelles longues :

Responsable d'équipe de bio-nettoyage, Aide-soignant, Auxiliaire de puériculture, Aide-médecin psychologique, Auxiliaire de vie sociale, Ambulancier, Métiers de la logistique (gestionnaire de déchets, transports...).

Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme

Adaptation de nouvelles techniques de nettoyage et de désinfection, développement des formations dans ces domaines, évolution des revêtements, renforcement de l'importance de l'image de marque de chaque établissement hospitalier, et en particulier l'état de propreté de ses locaux, intégration de la démarche de développement durable dans l'ensemble des métiers hospitaliers.

Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

L'agent de bionettoyage devient un maillon essentiel de l'accueil (cf. renforcement savoir-faire relationnels) du patient, de son entourage et du personnel (qualité des conditions de travail). Participation à l'évolution des prestations : les agents de bionettoyage vont devoir davantage donner leur avis et faire part de leurs propositions quant à l'évolution de leur métier et des techniques employées.

Utilisation et gestion des produits et consommables conformes à la démarche de développement durable (optimisation des consommations de produits, d'énergie, d'eau, optimisation des stocks...).

b) Agent de restauration et d'hôtellerie

Proximité de métier - Passerelles courtes :

Agent de bio-nettoyage.

Proximité de métier - Passerelles longues :

- Agent de production culinaire/alimentaire.
- Maîtresse de maison.

Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :

- Exigence accrue des clients en termes de prestations hôtelières (qualité et diversité).
- Renforcement des normes d'hygiène et de sécurité.

Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

- Nécessité d'une qualification supplémentaire par le biais d'un CAP ou BEP.
- Connaissances à renforcer en hygiène et en sécurité alimentaire.

c) Agent de production culinaire / alimentaire

Proximité de métier - Passerelles courtes :

Magasinier dans le domaine de la restauration.

Proximité de métier - Passerelles longues :

Encadrement de production culinaire / alimentaire.

Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :

- Développement des attentes des patients et des clients (qualité et sécurité).
- Prise en compte en termes de santé publique de la nutrition et avec notamment la mise en place du PNNS et du CLAN.
- Utilisation accrue de produits élaborés et ou semi élaborés.
- Nouvelles technologies de cuisson (cuisson basse température).

Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

- Renforcement de l'analyse des besoins et de la satisfaction clients.
- Connaissances accrues en normes et référentiels qualité, hygiène et sécurité alimentaire.
- Accroissement des connaissances nutritionnelles et rapprochement avec les services de soins.
- Acquisition de connaissances sur les nouveaux produits tout en conservant les compétences initiales du métier.
- Adaptation des organisations de production.

d) Agent de stérilisation

Proximité de métier - Passerelles courtes :

- Aide-soignant.
- Agent de bionettoyage.

Proximité de métier - Passerelles longues :

- Infirmier.
- Préparateur en pharmacie hospitalière.

Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :

- Renforcement des procédures de certification de stérilisation.
- Utilisation de plus en plus fréquente de produits stériles à usage unique.

Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

- Acquisition des méthodes d'assurance qualité et application stricte des exigences de traçabilité.
- Activité centrée sur le matériel médico-chirurgical et les instruments.

e) Brancardier

Proximité de métier - Passerelles courtes :

- Aide-soignant.
- Auxiliaire de puériculture.
- Ambulancier.
- Agent de service mortuaire.

Proximité de métier - Passerelles longues :

Métiers des soins et des activités paramédicales.

Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :

Evolution sociologique des populations accueillies : migrants, personnes âgées, personnes en situation de précarité sociale.

Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

Connaissance des populations accueillies et développement des comportements d'accueil adaptés à ces populations.

4.6. En complément

a) Budget de l'EHPAD : les différentes sections budgétaires

Source : *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Évaluation de l'option tarifaire dite globale, IGAS*

Le budget de l'EHPAD est divisé en trois sections (article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles) :

- la section « soins », à la charge des régimes d'assurance maladie, dont la dotation est arrêtée par le directeur général de l'ARS, suivant « un barème et [des] règles de calcul » fixés par l'arrêté du 26 février 2009 ;
- la section « dépendance », à la charge du conseil général, dont la dotation est arrêtée par son président ; celle-ci couvre « l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir » (article R. 314-160 du code de l'action sociale et des familles) ;
- la section « hébergement », à la charge du résident.

Ces trois sections sont réputées étanches entre elles. En pratique, il s'agit plutôt d'une fongibilité asymétrique, la section hébergement pouvant le cas échéant compenser les insuffisances de financement des deux autres sections. En outre, le poste de dépenses relatif aux aides soignantes (AS) et aides médico-psychologiques (AMP) relève conjointement des sections soins (pour 70 %) et dépendance (à hauteur de 30 %).

b) Fiches métiers compétences issues des travaux de l'observatoire de l'hospitalisation privée

Brancardier(e)

- Place dans l'établissement
 - Les brancardier(e)s travaillent au transport des patients entre les services de soins (chambres), le bloc et les salles d'examen
 - Certains d'entre eux travaillent entièrement à l'intérieur du bloc à la manutention des équipements lourds et au rangement des matériels
 - En médecine ambulatoire, ils peuvent travailler au transport des patients vers les ambulances et voitures particulières
 - Ils travaillent sous l'autorité du (de la) directeur (directrice) des services de soins infirmiers (DSSI) et de l'équipe du bloc
 - Ils sont en relation étroite avec les infirmiers (infirmières) et les chirurgien(ne)s
 - Ils sont en contact permanent avec les patients
- Evolutions affectant le métier

- De plus en plus d'informations accompagnent le patient dans ses déplacements
- Il est souvent demandé aux brancardier(e)s de vérifier des « check-lists » concernant les patients (présence d'appareils, de prothèses, de dispositifs médicaux internes...), de s'assurer des conditions d'hygiène
- Les rythmes de travail deviennent plus soutenus (optimisation du séjour du patient en clinique, augmentation du nombre d'actes chirurgicaux...)
- Les besoins d'information des patients interpellent les brancardiers comme les autres personnels soignants
- ❑ Parcours conduisant au métier
 - Le métier ne requiert pas de diplôme obligatoire
 - Il peut s'exercer comme première activité professionnelle (entrée dans la vie active), mais on rencontre également des agent(e)s de service (ASH) qui se sont spécialisés dans le brancardage, des ancien(ne)s ambulancier(e)s, des hommes (femmes) d'entretien...
- ❑ Formations en cours de parcours
 - Formation à la manutention des patients, aux caractéristiques des matériels
 - Formations à l'ergonomie de type « gestes et postures »
 - Formations à l'hygiène et aux respects des protocoles d'hygiène
- ❑ Parcours professionnels possibles
 - Comme pour des ASH, il est possible de devenir aide-soignant par le biais du concours puis du cursus de l'Ecole (11 mois) ou par le biais de la validation des acquis de l'expérience (VAE).
 - Une orientation vers certains métiers de la logistique et des services généraux est également possible (maintenance de matériel ou dépannage informatique par exemple)
- ❑ Commentaires / Remarques
 - C'est un métier qui demeure faiblement qualifié et qui souffre d'un déficit de reconnaissance : les brancardiers contribuent à l'activité du soin mais n'ont pas le sentiment de faire partie des personnels soignants
 - C'est un métier très physique qui nécessite de grandes qualités de résistance et demande un suivi sur les aspects « santé au travail » (troubles musculo-squelettiques en particulier)

Savoirs de base	<input type="checkbox"/> Maîtrise orale et écrite de la langue française
Savoir-faire techniques	<input type="checkbox"/> Connaissance des matériels <input type="checkbox"/> Techniques d'entretien et de nettoyage du matériel de brancardage <input type="checkbox"/> Maîtrise des gestes et postures de manipulation des patients et du matériel lourd <input type="checkbox"/> Maîtrise des différents matériels et dispositifs médicaux et de leur utilisation <input type="checkbox"/> Techniques d'enregistrement de l'activité (feuille d'activité, logiciels)
Savoir-faire d'organisation	<input type="checkbox"/> Maîtrise de l'organisation des services et du bloc <input type="checkbox"/> Gestion du temps <input type="checkbox"/> Connaissance de la configuration des lieux
Savoir-faire relationnels	<input type="checkbox"/> Respecter le confort et l'intimité du patient <input type="checkbox"/> Gérer les relations avec les patients : réponses à leurs questions, capacité à rassurer <input type="checkbox"/> Installer un climat de confiance avec le patient (trouver des sujets de conversation, humour...) <input type="checkbox"/> Savoir travailler en équipe
Compétences de comportement (savoir-être)	<input type="checkbox"/> Respect des règles de politesse <input type="checkbox"/> Intuition et empathie par rapport aux différents types de patients <input type="checkbox"/> Rigueur : respect des règles d'hygiène, respect du secret professionnel <input type="checkbox"/> Disponibilité par rapport aux équipes médicales et aux soignants

- Exemple de parcours : Jacques
 - Serveur dans un restaurant
 - Ambulancier pendant plusieurs années
 - Brancardier au bloc opératoire

Agent(e) de stérilisation Place dans l'établissement

- L'agent(e) de stérilisation travaille sous la responsabilité directe des pharmacies à usage intérieur en étant intégré aux équipes du bloc, sous l'autorité du chef de bloc et en lien avec les infirmier(e)s de bloc
- 2 postes de travail : zone de lavage / désinfection et zone de conditionnement / préparation des « boîtes » (dispositifs médicaux réutilisables)

 Evolutions affectant le métier

- Le métier s'enrichit, en devenant de plus en plus technique, en raison :
 - ❖ Du développement des protocoles et bonnes pratiques, lié aux démarches de certification et aux exigences réglementaires croissantes
 - ❖ Des exigences de traçabilité accrues, dans un environnement informatisé
 - ❖ De l'évolution des matériels et dispositifs médicaux utilisés
- Parfois, une partie de l'activité (stérilisation / conditionnement) peut être externalisée auprès de laboratoires spécialisés (cela est plus difficile pour des services de chirurgie compte tenu du niveau d'exigence et de sécurité requis)
- Parcours conduisant au métier
- Le métier ne requiert pas de qualification obligatoire avant la prise de poste
- Les agent(e)s de stérilisation sont souvent des agent(e)s de service ou des aides-soignant(e)s souhaitant « faire autre chose », notamment approcher le milieu du bloc et enrichir leurs connaissances techniques
- Les agent(e)s de stérilisation bénéficient souvent de formations ponctuelles après l'entrée en fonction (bonnes pratiques de stérilisation, certificat de conducteur d'autoclave...)

 Parcours professionnels possibles

- Pour un(e) agent(e) de stérilisation étant aide-soignant(e) (AS), il est possible d'évoluer vers le métier d'infirmier(e) par le biais de la formation de 3 ans en école, accessible sur concours (dispenses partielles possibles pour un(e) AS ayant au moins 3 ans d'exercice)
- Dans les établissements d'une certaine taille, une évolution vers des métiers émergents liés à la logistique des blocs opératoires est parfois possible
- Commentaires / Remarques
- Il s'agit d'un métier très physique (charges lourdes) exercé essentiellement par des femmes : un suivi régulier est nécessaire pour prévenir les risques de maladie professionnelle (notamment troubles musculo-squelettiques) et

des mobilités devraient être envisagées à moyen terme

- Le métier d'agent(e) de stérilisation pourrait être davantage reconnu au vu de sa forte technicité (qui l'éloigne assez fortement du métier d'aide-soignant(e) dont proviennent la majorité des agent(e)s de stérilisation)

Exemple de parcours : Sylvie

- Aide-soignante à l'hôpital public puis en maison de retraite puis en clinique : « je voulais voir toutes les facettes du métier »
- Agente de stérilisation dans la clinique depuis 1 an, « pour voir le milieu du bloc »
- Apprécie « d'apprendre autre chose, de voir un aspect technique, avec des responsabilités importantes, c'est une diversité intéressante »
- « On peut trouver son compte à l'hôpital comme en clinique mais dans le privé, les horaires sont plus aménageables et on est plus responsabilisé, ce qui est plus valorisant »
- N'a pas encore reçu de formation spécifique mais a été formée par ses collègues (2 autres AS), avec l'appui des infirmier(e)s : « j'ai appris assez facilement »
- Pour l'avenir, est intéressée par le métier d'infirmier(e) de bloc (« pour instrumenter ») et envisage de passer le concours dès qu'il y aura une possibilité

Savoirs de base	<input type="checkbox"/> Familiarité avec le vocabulaire médical
Savoir faire techniques	<input type="checkbox"/> Connaissance des process, techniques, instruments et bonnes pratiques de stérilisation
Savoir-faire d'organisation	<input type="checkbox"/> Maîtrise des circuits de gestion / traçabilité des matériels et de l'outil informatique <input type="checkbox"/> Connaissance de l'organisation du bloc
Savoir-faire relationnels	<input type="checkbox"/> Travail en équipe
Compétences de comportement (savoir-être)	<input type="checkbox"/> Rigueur <input type="checkbox"/> Autonomie / anticipation / réactivité <input type="checkbox"/> Ponctualité <input type="checkbox"/> Capacité à travailler en équipe

Agent(e) de service *hospitalier* (ASH)

A noter : pas de fiche pour l'agent de service hôtelier

 Place dans l'établissement

- Les agents de service travaillent en équipe sous l'autorité d'un(e) « gouvernant(e) » et du / de la surveillant(e) de service (pour les ASH de service), parfois du « manager » d'une société extérieure (en cas d'externalisation totale ou partielle)
- Dans certains établissements, les agents de service peuvent être intégrés à l'équipe soignante et participer aux « transmissions »

 Evolutions affectant le métier

- Les exigences de qualité / sécurité encadrant l'activité des agents de service s'accroissent, en lien avec les démarches de certification engagées dans les établissements (protocoles de bio-nettoyage...)
- Les conditions d'exercice sont impactées par les exigences croissantes de maîtrise des coûts (enjeux de gestion efficiente des produits...)
- Il existe une tendance forte à l'externalisation auprès de sociétés spécialisées des activités exercées par les agents de service
- Parcours conduisant au métier
- Il n'existe pas de qualification particulière au métier d'agent de service
- Les personnes exerçant ce métier ont des parcours très divers
- Une fois en poste, les agent(e)s de service suivent souvent des formations courtes, généralement en interne, sur les produits et matériels utilisés, les normes et protocoles de nettoyage, etc...
- Parcours professionnels possibles
- Les évolutions vers les métiers d'aide-soignant(e) ou d'aide médico-psychologique, par la formation ou la validation des acquis de l'expérience, sont fréquentes
- Des agent(e)s de service peuvent devenir agent(e)s de stérilisation
- Il est possible d'évoluer vers la fonction de gouvernant(e) (agent(e) de maîtrise) avec une formation courte au management
- Dans certains cas, des évolutions vers des fonctions administratives (standardistes, accueil...) ou techniques (maintenance...) sont possibles

 Commentaires / Remarques

- La construction de parcours professionnels peut être une solution pour maintenir la « motivation » de ces personnes (le métier connaît peu de turnover mais est marqué par beaucoup d'absentéisme et de problèmes de management)

 Exemple de parcours : Isabelle

- Agente de service depuis 9 ans

- « Je tourne entre les différents services et participe aux transmissions, ce qui est motivant »
- « J'aime le contact avec les patients, on prend le temps de discuter avec eux, d'être à l'écoute, ils osent parfois plus parler avec nous qu'avec les infirmières »
- Envisage de passer le concours d'aide-soignant(e) ou d'auxiliaire de puériculture

Savoirs de base	<input type="checkbox"/> Métier faiblement exigeant
Savoir faire techniques	<input type="checkbox"/> Connaissance des normes, produits et protocoles de bionettoyage
Savoir-faire d'organisation	<input type="checkbox"/> Connaissance de l'organisation du service et de l'établissement <input type="checkbox"/> Connaissance de l'organisation du bloc
Savoir-faire relationnels	<input type="checkbox"/> Ecoute des patients, disponibilité, dialogue si possible
Compétences de comportement (savoir-être)	<input type="checkbox"/> Capacité à travailler en équipe <input type="checkbox"/> Rigueur <input type="checkbox"/> Adaptabilité et réactivité

c) Le titre homologué d'agent de stérilisation

Source : *Le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP), Résumé descriptif de la certification*

L'agent de stérilisation exerce son activité dans un service spécifique d'un centre de soins (hôpital, clinique etc.) et assure par ses missions la stérilisation des outils, linges ou matériels devant être utilisés plusieurs fois.

L'agent de stérilisation exerce en milieu protégé sous le contrôle d'un pharmacien.

Les activités du métier sont :

- Chargement, déchargement de biens, de produits, de matériels et leurs conditionnements
- Entretien, nettoyage et rangement des matériels spécifiques à son domaine d'activité
- Nettoyage et entretien des locaux et des outils spécifiques à son domaine d'activité
- Recensement / enregistrement des données / des informations propres à l'activité
- Transport, manutention, entreposage / stockage / déstockage de produits, de matériels propres à l'activité
- Vérification, mise en route, pilotage et surveillance des équipements, mise à l'arrêt
- Préparation et traitement des matériels et dispositifs médicaux (nettoyage, désinfection, stérilisation...)

Les compétences ou capacités attestées :

- Activer son poste de travail en fonction de l'organisation et de son cadre
- S'intégrer et adapter sa posture dans le processus de stérilisation
- Communiquer, rendre compte et être force de proposition dans la démarche Qualité
- S'organiser dans le cadre des procédures et des règles liées à la marche en avant
- Adapter la bonne tenue professionnelle à chaque secteur
- Appliquer les procédures, les modes opératoires et les règles d'hygiène lors de la manipulation des Dispositifs Médicaux
- Contrôler la conformité de la pré désinfection en analysant les situations observées et en effectuant les corrections nécessaires
- Adapter sa conduite par rapport à l'utilisation d'un produit ou d'un DM nouveau ou inconnu, en responsabilité ; choisir le bon procédé, le bon nettoyage ; respecter les différentes phases des cycles ; contrôler la qualité et la siccité
- Choisir le bon type de conditionnement ; adapter le bon protocole à chaque situation ; plier les feuilles crêpées ou non tissées et contrôler la qualité du conditionnement
- Vérifier la pénétration de la vapeur ; charger en respectant les règles de préparation des charges ; lancer un cycle et le surveiller ; traiter une non-conformité pendant le déroulement du cycle ; enregistrer l'opération
- Respecter les consignes de sécurité au moment du refroidissement de la charge
- Appliquer la procédure de libération
- Vérifier les emballages
- Bio nettoyer
- Maintenir l'état stérile pendant le stockage et la distribution

Lieu(x) de certification :

GIP FCIP CAFOC - TOULOUSE : Midi-Pyrénées - Haute-Garonne (31) [Toulouse]

d) Eléments sur le défi démographique

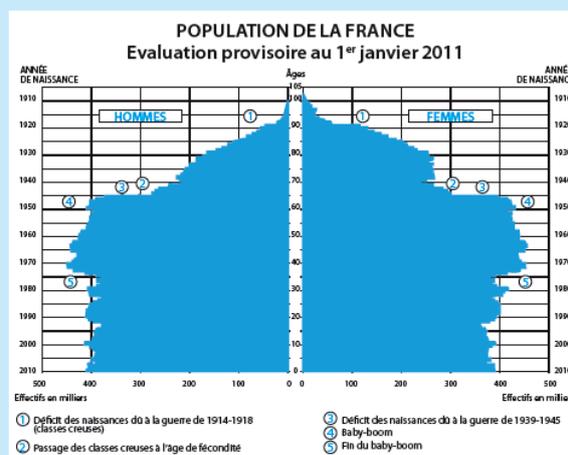
Source : Pour une politique soutenue en faveur du Grand Age, SYNERPA

Un défi inscrit dans la démographie

Au nombre de 1,5 million actuellement, les personnes âgées de plus de 80 ans passeront à 6,1 millions en 2035 et à 8,4 millions en 2060.

Dans le même temps, et parce que toutes les personnes âgées ne deviennent pas dépendantes, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, (soit en réelle perte d'autonomie), passera lui de 1,15 million en 2010 à 1,55 million en 2030 et jusqu'à près de 2,3 millions en 2060.

Des chiffres à l'évolution extrêmement dynamique qui expliquent à eux seuls l'intérêt de prévoir et d'agir.



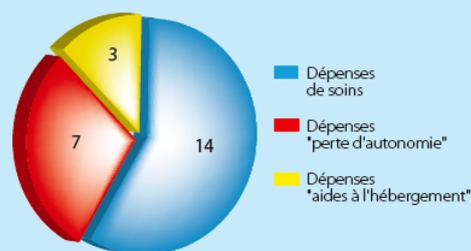
Des fonds importants dédiés au Grand âge

34,6 milliards d'euros, c'est le montant des crédits publics et privés dédiés en France à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en établissement et à domicile.

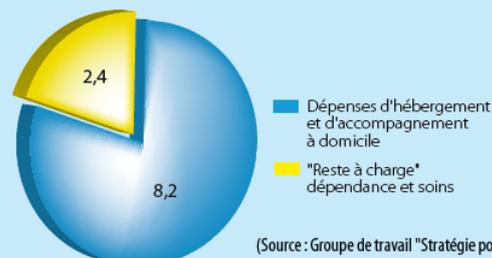
Sur ces 34,6 milliards d'euros, 24 milliards sont des crédits publics et 10,6 milliards des crédits privés.

Si la dépense publique est principalement axée sur l'accompagnement des soins et de la perte d'autonomie, en revanche, la dépense privée est largement dirigée vers l'hébergement et l'aide à domicile.

Répartition des crédits publics dédiés au financement de la perte d'autonomie (Sur 24 milliards d'euros)



Répartition des crédits privés dédiés au financement de la perte d'autonomie (Sur 10,6 milliards d'euros)



(Source : Groupe de travail "Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées")

4.7. Liste des formations prises en charge par l'OPCAPL / FORMAHP 2011

La liste de ses formations n'intègre pas les formations internes, les formations fournisseurs et autres non prises en charge par l'OPCA

Pour leur exploitation, les regroupements ont été limités afin de garder les intitulés. Pour chaque métier, un premier tableau présente toutes les formations et le second les formations diplômantes.

Source : OPCAPL, traitement POLLEN Conseil

ANNEE 2011 • LISTE DES FORMATIONS DES ASH EHPAD	
	Total 9 042
Maltraitance, bientraitance	982 - 11%
Autres formations à la sécurité et au secourisme	779
Manutention du malade	598
La Maladie D'alzheimer	590
Gestion du stress face à la maladie, l'agressivité et la violence	513
Applications informatiques (logiciels, progiciels)	496
Accompagnement en fin de vie, soins palliatifs	433
Autres formations à l'hygiène hospitalière	314
Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique (DEAMP)	301
Autres formations aux soins et à l'assistance aux personnes	287
Gestion des risques	264
Entretien de positionnement	227
Autres formations à la formation professionnelle continue	207
Le dossier de soins infirmiers	202
Autres formations du domaine de la santé	197
Troubles de la personnalité et du comportement	138
Somme des 16 premières formations	= 72%
Aux personnes âgées	133 - 1%
Lutte contre les infections nosocomiales	126
Hygiène alimentaire	125
Nutrition et diététique	116
Accompagnement de la VAE DEAS	101
Autres formations aux techniques de communication	100
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS)	100
Hygiène et entretien des locaux	99
Autres formations à l'hygiène hôtelière	87
Animation personnes âgées	86
Management et animation d'équipes	74
Transmission ciblée	64
Accueil des malades et relation soignant/soigné	62
Accueil des urgences médicales et paramédicales	62
Remise à niveau courte	62
VAE DEAS MFF (Module de Formation Facultatif)	60
Distribution restauration	57
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS) allégé modules	56
Traitement de la douleur	54
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS) VAE modules compl.	49
Socle de connaissances et de compétences en bureautique/informatique	44 - 0%
Autres formations aux services divers aux collectivités	43

Autres formations aux thérapies	39
Diplôme d'Etat d'Aide-Médico Psychologique (DEAMP) allégé modules	33
Cuisine (fabrication I production)	31
Autres formations du domaine de la gestion et de l'administration	30
Organisation du travail	30
Ethique, déontologie et pratiques professionnelles	28
Autres formations à l'animation	27
Autres perfectionnements en législation et droit	27
Elaboration de projet	26
Démarche qualité	24
Relation avec les familles	23
Ressources humaines, personnel	22
Sexualité	21
Autres préparation aux concours	19
Tuteur	18
Autres formations à l'informatique	17
Autres formations de pédagogie	15
Bureautique, tableurs et traitements de texte, base de données	15
Remise à niveau moyenne	14
Autres formations au transport conditionnement et manutention	13
Développement personnel	13
Le projet individuel de la personne prise en charge	13
Préparation aux concours aide-soignant (DPAS)	13
Relation d'aide, d'écoute et d'approche de l'autre	13
Communication interne et externe	12
Organisation et coordination des soins	12
Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP) VAE modules compl.	11
Accueil du public	10
Soins de confort et de nursing	10
Autres formations aux handicaps et troubles	8
Gérontologie	8
Accompagnement de la VAE	7
Accompagnement de la VAE DEAMP	7
Assistant(e) de soins en gérontologie (ASG)	7
Prévention spécialisée	7
Accueil téléphonique et standard	6
Droit de la santé	6
Tutorat	6
Accueil et assistance des familles des malades	5
Animation socio-éducative	5
Ateliers personnalisés post jury VAE AS (DEAS)	5
Autres formations de l'accompagnement éducatif	5
Autres formations du domaine technique	5
Langues vivantes et anciennes	5
Psychologie appliquée au travail	5
Blanchisserie	4
CAP maintenance et hygiène des locaux	4
Gériatrie	4
Dépistage et prévention des pathologies et handicaps	3
Fonctionnement et organisation des institutions, des établissements et des services	3
Permis de conduire et conduite de véhicules divers	3
Programme de médicalisation du système d'information (PMSI)	3
Sécurité et surveillance des locaux (évacuation, incendie, fluides médicaux)	3
Soins et traitement des pathologies chroniques ou à évolution lente	3
Agriculture, horticulture, jardin et espaces verts	2

Autres formations de culture générale	2
BEP carrières sanitaires et sociales sociale et familiale	2
Bilan de compétence: démarches, méthodo. et pratiques de réalisation	2
Brevet national de premier secours	2
Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport (BPJEPS)	2
Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile	2
Démarches et modalités d'intervention sociale en équipe	2
Diplôme d'état d'assistant service social	2
Diplôme universitaire (DU)	2
Prise en charge éducative des personnes en difficulté	2
Remise à niveau longue	2
Appliquée à la musicothérapie	1
Ateliers personnalisés post jury VAE AMP (DEAMP)	1
Autres formations aux méthodes des sciences humaines.	1
Autres formations de l'action sociale, travail social et insertion	1
Autres formations en direction et gestion d'entreprise	1
Autres formations en psychologie	1
Baccalauréat professionnel technique	1
Baccalauréat technologique des services	1
Baccalauréat technologique sciences médico-sociales	1
Brevet professionnel de technicien de prévention et de sécurité	1
Brevet technicien supérieur des services	1
Certificat d'aptitude professionnelle des services	1
Certificat d'aptitude professionnelle technique	1
Certificat de formation professionnelle AFPA des services	1
Diplôme d'état aux fonctions d'animation	1
Diplôme d'état d'infirmier 2ème année (IDE)	1
Diplôme d'état de conseiller en économie sociale et familiale	1
Formations de formateurs	1
Gestion commerciale	1
Méthodes pédagogiques	1
Nouvelles techniques d'information	1
Perfectionnement en secrétariat appliqué au domaine médico-social et médical	1
Préparation aux concours infirmier IFSI (IDE)	1
Techniques de l'expression écrite	1

ANNEE 2011 • FORMATIONS DIPLOMANTES DES ASH EHPAD		
	TOTAL	705
Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique (DEAMP)	297	42%
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS)	99	14%
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS) allégé modules	56	8%
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS) VAE modules compl.	47	7%
Accompagnement de la VAE DEAS	45	6%
Diplôme d'Etat d'Aide-Médico Psychologique (DEAMP) allégé modules	32	5%
VAE DEAS MFF (Module de Formation Facultatif)	25	4%
Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP) VAE modules compl.	11	2%
Autres formations à la sécurité et au secourisme	9	1%
Maltraitance, bientraitance	9	1%
Accompagnement de la VAE	6	1%

Tuteur	6	1%
Manutention du malade	5	1%
Accompagnement de la VAE DEAMP	4	1%
Ateliers personnalisés post jury VAE AS (DEAS)	3	0%
Autres formations à la formation professionnelle continue	3	0%
Autres formations aux soins et à l'assistance aux personnes	3	0%
Gestion du stress face à la maladie, l'agressivité et la violence	3	0%
LA MALADIE D'ALZHEIMER	3	0%
Traitement de la douleur	3	0%
BEP carrières sanitaires et sociales sociale et familiale	2	0%
Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport (BPJEPS)	2	0%
Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile	2	0%
Diplôme d'état d'assistant service social	2	0%
Préparation aux concours aide-soignant (DPAS)	2	0%
Prise en charge éducative des personnes en difficulté	2	0%
Accompagnement en fin de vie, soins palliatifs	1	0%
Accueil des malades et relation soignant/soigné	1	0%
Assistant(e) de soins en gérontologie (ASG)	1	0%
Ateliers personnalisés post jury VAE AMP (DEAMP)	1	0%
Autres formations à l'hygiène hôtelière	1	0%
Autres formations de l'action sociale, travail social et insertion	1	0%
Autres formations du domaine de la santé	1	0%
Autres formations en direction et gestion d'entreprise	1	0%
Aux personnes âgées	1	0%
Baccalauréat professionnel technique	1	0%
Baccalauréat technologique des services	1	0%
Baccalauréat technologique sciences médico-sociales	1	0%
Brevet professionnel de technicien de prévention et de sécurité	1	0%
Brevet technicien supérieur des services	1	0%
Certificat d'aptitude professionnelle technique	1	0%
Certificat de formation professionnelle AFPA des services	1	0%
Diplôme d'état aux fonctions d'animation	1	0%
Diplôme d'état d'infirmier 2ème année (IDE)	1	0%
Diplôme d'état de conseiller en économie sociale et familiale	1	0%
Diplôme universitaire (DU)	1	0%
Entretien de positionnement	1	0%
Gérontologie	1	0%
Gestion des risques	1	0%
Tutorat	1	0%

ANNEE 2011 •		
LISTE DES FORMATIONS DES CUISINIERS CAP EN EHPAD		
	TOTAL	412
Hygiène alimentaire	114	28%
Autres formations à l'hygiène hôtelière	56	14%
Cuisine (fabrication I production)	53	13%
Applications informatiques (logiciels, progiciels)	27	7%
Autres formations à la sécurité et au secourisme	20	5%
Nutrition et diététique	17	4%
Gestion du stress face à la maladie, l'agressivité et la violence	14	3%
Maltraitance, bientraitance	14	3%
Manutention du malade	12	3%
Autres formations à l'hygiène hospitalière	8	2%
Autres formations du domaine de la santé	8	2%
Distribution restauration	8	2%
LA MALADIE D'ALZHEIMER	8	2%
Gestion des risques	5	1%
Accompagnement en fin de vie, soins palliatifs	4	1%
Autres formations aux soins et à l'assistance aux personnes	4	1%
Démarche qualité	4	1%
Autres formations à la formation professionnelle continue	3	1%
Autres perfectionnements en législation et droit	3	1%
Aux personnes âgées	3	1%
Hygiène et entretien des locaux	3	1%
Management et animation d'équipes	3	1%
Accueil des malades et relation soignant/soigné	2	0%
Accueil des urgences médicales et paramédicales	2	0%
Animation personnes âgées	2	0%
Autres formations aux techniques de communication	2	0%
Gestion des stocks et de la production	2	0%
Troubles de la personnalité et du comportement	2	0%
Autres formations à l'informatique	1	0%
Autres formations aux services divers aux collectivités	1	0%
Brevet national de premier secours	1	0%
Communication interne et externe	1	0%
Le dossier de soins infirmiers	1	0%
Préparation aux concours aide-soignant (DPAS)	1	0%
Relation avec les familles	1	0%
Socle de connaissances et de compétences en bureautique/informatique	1	0%
Traitement de la douleur	1	0%

ANNEE 2011 • LISTE DES FORMATIONS DES BRANCARDIERS		
	TOTAL	690
Autres formations à la sécurité et au secourisme	120	17%
Manutention du malade	99	14%
Autres formations à l'hygiène hospitalière	64	9%
Autres formations du domaine de la santé	63	9%
Autres formations à la formation professionnelle continue	54	8%
Gestion des risques	54	8%
Maltraitance, bientraitance	35	5%
Autres formations aux soins et à l'assistance aux personnes	33	5%
Gestion du stress face à la maladie, l'agressivité et la violence	22	3%
Accueil du public	20	3%
Accueil des urgences médicales et paramédicales	14	2%
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS)	10	1%
Autres formations au transport conditionnement et manutention	9	1%
Lutte contre les infections nosocomiales	7	1%
Sécurité et surveillance des locaux (évacuation, incendie, fluides médicaux)	6	1%
Applications informatiques (logiciels, progiciels)	5	1%
Management et animation d'équipes	4	1%
Préparation aux concours aide-soignant (DPAS)	4	1%
Accompagnement de la VAE DEAS	3	0%
Accueil des malades et relation soignant/soigné	3	0%
Autres spécialités médicales	3	0%
Bureautique, tableurs et traitements de texte, base de données	3	0%
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS) VAE modules compl.	3	0%
Diplôme d'état d'infirmier 2ème et 3ème année (IDE)	3	0%
Droit de la santé	3	0%
Hygiène et entretien des locaux	3	0%
Ressources humaines, personnel	3	0%
Traitement de la douleur	3	0%
Accompagnement en fin de vie, soins palliatifs	2	0%
Autres formations paramédicales	2	0%
Bilan de compétence: démarches, méthodo. et pratiques de réalisation	2	0%
Socle de connaissances et de compétences en bureautique/informatique	2	0%
VAE DEAS MFF (Module de Formation Facultatif)	2	0%
Accueil et assistance des familles des malades	1	0%
Appliquée aux psychothérapies	1	0%
Autres formations à la maintenance des installations	1	0%
Autres formations aux techniques de communication	1	0%
Autres formations du domaine de la gestion et de l'administration	1	0%
Autres formations du domaine technique	1	0%
Brevet national de premier secours	1	0%
Certificat d'aptitude professionnelle d'agent de prévention	1	0%
Création d'entreprise	1	0%

Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS) allégé modules	1	0%
Diplôme d'état d'infirmier (IDE)	1	0%
Diplôme d'état d'infirmier 3ème année (IDE)	1	0%
Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique (DEAMP)	1	0%
Droit de la protection sociale	1	0%
Ethique, déontologie et pratiques professionnelles	1	0%
Langues vivantes et anciennes	1	0%
Maintenance des appareils et matériels biomédicaux	1	0%
Manutention mécanique	1	0%
Organisation du travail	1	0%
Organisation et coordination des soins	1	0%
Permis de conduire et conduite de véhicules divers	1	0%
Prise en charge des conduites addictives	1	0%
Relation d'aide, d'écoute et d'approche de l'autre	1	0%
Réseaux informatiques (création, gestion et administration)	1	0%
Transmission ciblée	1	0%
Troubles de la personnalité et du comportement	1	0%
Tuteur	1	0%

ANNEE 2011 • FORMATIONS DIPLOMANTES DES BRANCARDIERS

TOTAL 52

Autres formations à la sécurité et au secourisme	18	35%
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS)	9	17%
Manutention du malade	4	8%
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS) VAE modules compl.	3	6%
Diplôme d'état d'infirmier 2ème et 3ème année (IDE)	3	6%
Gestion des risques	3	6%
Accompagnement de la VAE DEAS	2	4%
Autres formations à la formation professionnelle continue	1	2%
Autres formations paramédicales	1	2%
Certificat d'aptitude professionnelle d'agent de prévention	1	2%
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant (DEAS) allégé modules	1	2%
Diplôme d'état d'infirmier (IDE)	1	2%
Diplôme d'état d'infirmier 3ème année (IDE)	1	2%
Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique (DEAMP)	1	2%
Permis de conduire et conduite de véhicules divers	1	2%
Préparation aux concours aide-soignant (DPAS)	1	2%
VAE DEAS MFF (Module de Formation Facultatif)	1	2%

5. Annexe

5.1. Participants à l'étude

a) Etablissements des entretiens qualitatifs

Profil	Département	Groupe	Taille
Polyclinique	41	Non	190 lits
Polyclinique	18	Oui (Vitalia)	205 lits
Polyclinique	87	Non	256 lits et places
Polyclinique	33	Oui (médi-partenaires)	229 lits et places
Polyclinique	63	Oui (Vitalia)	298 lits
Polyclinique	49	Non	-
Polyclinique	69	Oui (Mutualité française)	129 lits
Polyclinique	31	Oui (Capiro)	291 lits
Ehpad	17	Oui (Domusvi)	73 lits
Ehpad	93	Oui (Malakoff)	70 lits
Ehpad	77	Oui (Domusvi)	80 lits
Ehpad	34	Non	50 lits
Ehpad	92	Oui (Orpea)	104 lits
Ehpad	92	Oui (Orpea)	-
Ehpad	33	Non	54 lits
Ehpad	92	Oui (Korian)	104 lits

Fonction	Total
	104
Responsable des ressources humaines	6
Responsable des ASH (gouvernante)	4
Responsable de salle	1
Représentant du personnel	13
Infirmier coordinateur	1
Encadrant de la stérilisation	7
Encadrant brancardiers	8
Directeur	10
Cuisinier	8
Chef de cuisine	4
Brancardier	9
Agent de stérilisation	12
Agent de service hotelier	20
Agent d'entretien	1

5.2. Equipe consultants

L'étude a été confiée au cabinet POLLEN conseil.

Elle a été pilotée par Christophe JEAMMOT avec la participation de Yoann LOPEZ et Hugues JURICIC.