

Les glissements de tâches en EHPAD quand l'aide-soignant(e) réalise des actes au-delà de son périmètre

Réflexion professionnelle (objectif, sans jugement)

Date : 17 décembre 2025

Cadre : situations de terrain vécues ou rapportées en EHPAD

Note de lecture

Ce document explore une réalité fréquente en EHPAD : les « glissements de tâches », c'est-à-dire les situations où l'aide-soignant(e) réalise des actes qui relèvent normalement d'un autre professionnel, le plus souvent de l'infirmier(ère). L'objectif n'est pas de juger les pratiques, mais de comprendre comment elles apparaissent, ce qu'elles disent du fonctionnement des équipes, et comment les sécuriser au mieux pour les résidents comme pour les soignants.

Trois exemples concrets en EHPAD sont développés : la tournée de médicaments confiée à l'AS, le pansement d'escarre (type Biatain®), et la gestion de certains dispositifs (bas de compression, sondes, oxygène).

1. Comprendre le glissement de tâches en EHPAD

Le glissement de tâches apparaît lorsqu'il existe un écart entre :

- ce que prévoient les textes (rôle de l'IDE, collaboration de l'AS, limites de qualification) ;
- ce qui est organisé dans l'établissement (protocoles, consignes, habitudes) ;
- ce qui se passe réellement au quotidien, sous l'effet du temps, des effectifs, des urgences et des attentes.

En EHPAD, l'aide-soignant(e) est au centre de la vie quotidienne : toilettes, repas, déplacements, installation, observation, relation avec les familles, repérage des changements d'état. C'est précisément parce qu'il/elle est au plus près des résidents que les glissements de tâches trouvent un terrain favorable : quand l'IDE n'est pas disponible, quand le temps manque, quand la demande du résident est immédiate, l'AS est souvent celui / celle qui « est là ».

1.1. Définir le glissement de tâches (sans dramatiser, sans banaliser)

On peut définir, de façon simple, le glissement de tâches comme :

Le fait, pour un professionnel, de réaliser de manière ponctuelle ou régulière des actes qui relèvent normalement de la compétence, de la responsabilité ou de la qualification d'un autre professionnel.

Dans cette réflexion, il s'agit surtout :

- d'actes infirmiers réalisés par des AS (médicaments, pansements, dispositifs médicaux, décisions cliniques associées) ;
- de situations où l'AS se retrouve à prendre seul des décisions qui devraient, en principe, être portées par l'IDE ou le médecin ;
- de responsabilités implicites (tour de médicaments, gestion d'alertes, tutorat) qui ne correspondent pas au statut officiel de l'AS.

Le glissement de tâches ne signifie pas que l'AS est incompetent ou imprudent. Au contraire, il survient souvent chez des professionnels consciencieux, qui essaient de « ne pas laisser le résident sans rien » quand l'organisation ne suit pas.

1.2. Différencier glissement de tâches, évolution du métier et débrouille

Il est important de distinguer plusieurs réalités qui se mélangent facilement :

- L'évolution encadrée du métier : nouveaux gestes intégrés au référentiel, formations d'actualisation, protocoles écrits, rôle accru dans l'observation clinique.
- La débrouille ponctuelle : un jour exceptionnel, une situation particulière, où l'équipe s'adapte « pour aujourd'hui », en ayant conscience de sortir du cadre.

- Le glissement de tâches installé : ce qui était exceptionnel devient habituel, sans re-discussion, jusqu'à être perçu comme « normal ».

En EHPAD, beaucoup de pratiques d'aujourd'hui se situent quelque part entre ces trois catégories. Le problème n'est pas l'adaptation ponctuelle face à l'imprévu, mais la banalisation de pratiques floues, sans cadre ni protection pour les professionnels.

Repère

Parler de glissement de tâches, ce n'est pas accuser l'aide-soignant(e), mais reconnaître qu'il/elle se retrouve souvent à faire tenir, en première ligne, un système sous tension. L'enjeu n'est pas de moraliser, mais de comprendre et de sécuriser.

2. D'où viennent les glissements de tâches en EHPAD ?

Les glissements de tâches ne viennent pas seulement des habitudes individuelles. Ils sont le produit d'un ensemble de facteurs : organisationnels, juridiques, culturels et relationnels. Les comprendre aide à sortir d'une vision simpliste « il suffit de dire non ».

2.1. Un contexte de sous-effectif et de temps compté

En EHPAD, les équipes travaillent souvent avec :

- des ratios soignants/résidents tendus ;
- des absences difficiles à remplacer ;
- un seul IDE présent pour un grand nombre de résidents, parfois sur des horaires restreints ;
- des journées rythmées par des soins à deux, des urgences, des visites, des transmissions, des appels téléphoniques.

Dans ce contexte, il devient tentant – et parfois présenté comme évident – de confier à l'AS certaines tâches pour « tenir la journée » : petite réfection de pansement, surveillance de dispositif, distribution de médicaments, adaptation d'un geste prévu pour l'IDE. Ce qui est en jeu, ce n'est pas la bonne volonté, mais le fait qu'on demande au même nombre de personnes de faire fonctionner un système plus complexe, avec plus de dépendance et de risques.

2.2. Des textes complexes, partiels, mal connus

Le cadre légal (articles du code de la santé publique, référentiel du DEAS, recommandations) est dense. Il distingue :

- le rôle propre infirmier ;
- les actes sur prescription médicale ;
- la collaboration AS/IDE dans les soins courants de la vie quotidienne ;
- les limites liées à la qualification de l'AS.

Dans la pratique, beaucoup de professionnels connaissent des extraits : des phrases entendues en formation, des résumés projetés en réunion, des interprétations transmises de collègue à collègue. Peu ont lu l'ensemble des textes dans le détail. Résultat : une large zone grise où l'on reste sur des « on peut », « on n'a pas le droit », sans toujours savoir d'où vient la règle ni ce qui est réellement prévu.

2.3. Une culture d'établissement et des attentes implicites

Chaque EHPAD a sa « culture maison » :

- « Ici, les AS font les toilettes + les pansements simples. »
- « Chez nous, ce sont les AS qui passent les médicaments au dîner. »
- « On s'arrange, sinon on ne s'en sort pas. »

Ces habitudes se sont parfois mises en place à une autre époque, avec d'autres référentiels, ou en réponse à des crises d'effectif. Elles peuvent être portées par l'encadrement, tolérées tacitement, ou simplement « jamais re-questionnées ».

S'ajoutent les attentes des familles (« Vous pouvez lui redonner son médicament, ça ne coûte rien »), des médecins (« De toute façon, vous surveillez et vous me rappelez »), et parfois des résidents eux-mêmes, qui se tournent vers celui ou celle qui est le plus présent : souvent l'AS.

2.4. Le poids de la loyauté et de la culpabilité

L'AS peut se sentir pris dans des loyautés multiples :

- loyauté envers le résident : ne pas le laisser en souffrance, en angoisse, en risque ;
- loyauté envers l'équipe : ne pas « laisser tomber » le service, ne pas être celui qui complique tout ;
- loyauté envers les textes : ne pas faire n'importe quoi, ne pas se mettre en danger.

Dire « non » à un glissement de tâches peut être vécu comme un manque de solidarité, voire comme une prise de risque vis-à-vis de l'évaluation professionnelle. Dire « oui » peut être vécu comme se mettre soi-même en danger. Quand aucune option ne semble satisfaisante, le glissement se banalise : « on fait comme tout le monde », « on fait comme on peut ».

Point clé

Le glissement de tâches n'est pas seulement une question individuelle. Il naît de la rencontre entre un cadre juridique imparfaitement approprié, une organisation sous tension, une culture d'établissement et des émotions (culpabilité, loyauté, peur de mal faire).

3. Exemple 1 : la tournée de médicaments confiée à l'AS

Situation : en EHPAD, les traitements du midi ou du soir sont préparés par l'IDE, puis c'est l'AS qui effectue la tournée de distribution : il vérifie l'identité, apporte le plateau, présente les comprimés, encourage la prise, note les refus éventuels. L'IDE, occupé(e) par d'autres tâches (appels médecins, pansements techniques, dossiers, injections, urgences), ne voit pas directement chaque résident au moment de la prise de médicaments.

Parfois, la frontière entre « aide à la prise » et « administration » devient floue : l'AS se retrouve à gérer un résident qui tousse avec un comprimé dans la bouche, à décider de représenter un comprimé tombé, ou à donner un antalgique en plus parce que « il/elle a vraiment mal et l'IDE n'est pas disponible ».

3.1. Ce que ce glissement raconte du fonctionnement du service

Ce type de situation montre plusieurs choses :

- La charge IDE est telle que la présence systématique à chaque prise de médicament devient difficile.
- L'AS est perçu comme suffisamment fiable et proche des résidents pour être en première ligne sur ce moment clé.

- La distinction entre organisation (l'IDE prépare, l'AS aide à la prise) et responsabilité perçue (qui « donne » vraiment ?) n'est pas toujours explicitée.

Pour l'AS, le message implicite peut être : « Tu fais la tournée, tu sais bien faire, on a confiance ». Mais en arrière-plan, c'est aussi une délégation d'un moment à risque, sans toujours en reconnaître les conséquences.

3.2. Les risques liés à ce glissement

Pour le résident :

- risque d'erreur (identité, dose, omission, confusion de pilulier) ;
- difficulté à repérer certains effets indésirables si l'IDE ne voit pas le résident au moment de la prise ;
- risque de banalisation de la prise médicamenteuse comme un geste purement logistique (« distribuer ») alors que c'est un soin à part entière.

Pour l'AS :

- impression d'être au cœur d'un acte qu'on lui rappelle parfois qu'il n'a « pas le droit » de faire ;
- peur de l'erreur, surtout quand des décisions ponctuelles sont prises (redonner un comprimé, accepter un report de prise) ;
- risque d'être mis en cause en cas d'événement indésirable, même si la pratique était tolérée depuis longtemps.

Pour l'IDE et l'établissement :

- dilution de la responsabilité : qui assume quoi si une erreur survient ?
- perte de visibilité de l'IDE sur la réalité de la prise (résident qui cache, crache, modifie) ;
- difficulté, en cas d'audit ou de plainte, à justifier une organisation qui confie de fait l'administration à l'AS.

3.3. Ce qui peut aider concrètement en EHPAD

Sans prétendre tout résoudre, quelques leviers réalistes peuvent être envisagés :

- Clarifier dans l'équipe les mots utilisés : que met-on derrière « aide à la prise » ? qu'est-ce qui, clairement, reste de la responsabilité de l'IDE ?
- Mettre à jour, si possible, un protocole interne sur la prise de médicaments précisant le rôle de chacun (préparation, distribution, surveillance, transmissions).
- Outiller l'AS pour les situations limites (comprimé tombé, refus, doute sur l'identité, douleur non soulagée) : qui appeler ? que noter ? que proposer ?
- Ne pas laisser l'AS seul face à une tournée complète : par exemple, prévoir que l'IDE passe voir au moins certains résidents fragiles ou à risque à l'heure des médicaments.

L'objectif n'est pas de retirer à l'AS toute participation à la prise médicamenteuse, mais de reconnaître que, lorsqu'il se retrouve au centre du processus, cela mérite d'être discuté, formalisé, et soutenu, plutôt que laissé dans l'implicite.

4. Exemple 2 : l'escarre sacrée et le pansement Biatain®

Situation : un(e) résident(e) en EHPAD présente une escarre sacrée, avec un pansement de type Biatain®. Un jour, lors d'un change, l'AS constate que le pansement est décollé, humide ou souillé (parfois par les selles). Il/elle alerte l'IDE, qui répond : « Tu peux le changer, je regarderai plus tard, tu sais comment on fait ». L'AS nettoie la zone, retire le pansement, en remet un nouveau, puis replace la protection. L'IDE ne voit pas la plaie à ce moment-là.

Dans d'autres situations, l'AS choisit de ne pas changer le pansement, faute d'autorisation explicite ou par crainte de dépasser son rôle. Il remet une protection, transcrit ce qu'il a vu, en espérant que l'IDE pourra repasser plus tard.

4.1. Le dilemme de l'aide-soignant(e) : agir ou s'abstenir ?

Dans ce type de situation, l'AS se retrouve face à deux risques :

- Risque par action : réaliser un pansement d'escarre, qui relève officiellement d'un acte infirmier, avec la crainte d'être « hors cadre » en cas de complication.
- Risque par omission : laisser une plaie insuffisamment protégée, voire exposée à des souillures, avec la peur d'une aggravation ou d'une infection.

Quelle que soit la décision, l'AS peut se sentir en faute : soit d'avoir « fait quelque chose qu'il n'aurait peut-être pas dû faire », soit de ne pas avoir suffisamment protégé la personne. Ce dilemme n'est pas le signe d'un manque de professionnalisme, mais d'une tension entre sécurité immédiate du résident et sécurité juridique du soignant.

4.2. Ce que ce glissement révèle

Ce type de glissement de tâches met en lumière :

- un manque de disponibilité IDE pour réévaluer systématiquement certaines plaies ;
- une confiance réelle dans les compétences pratiques de l'AS, qui connaît bien le résident et maîtrise les gestes de base ;
- une absence de cadre clair sur ce qui est attendu en cas de pansement souillé, décollé ou inadéquat ;
- une tendance à faire reposer sur l'AS, seul au chevet, l'arbitrage entre « agir tout de suite » et « attendre le passage de l'IDE ».

Il montre aussi que les frontières entre actes « techniques » et actes « du quotidien » sont parfois floues : une escarre chronique peut être vécue comme une réalité quotidienne, alors que son suivi nécessite un raisonnement clinique et une prise en charge adaptée en lien avec des compétences spécifiques.

4.3. Pistes de sécurisation dans ce type de situation

Sans nier la contrainte de temps, quelques repères peuvent aider :

- Travailler en équipe sur un protocole simple : que fait l'AS quand un pansement d'escarre est souillé ? doit-il le retirer ? le protéger en attendant ? appeler l'IDE immédiatement ?
- Prévoir une organisation où l'IDE voit régulièrement les plaies à risque, même si certaines interventions techniques sont espacées dans le temps.
- Encourager l'AS à tracer précisément ce qu'il a vu, ce qu'il a fait, et ce qui reste à faire (ex. : « pansement souillé, protection mise, IDE prévenue »).
- Autoriser, dans certains cadres définis, une action intermédiaire (protection provisoire, nettoyage superficiel) en attendant l'intervention infirmière, plutôt que laisser l'AS improviser seul.

L'objectif n'est pas de déposséder l'AS de toute initiative, mais de reconnaître que, sans cadre explicite, on lui demande de gérer un dilemme qui dépasse son niveau de responsabilité officiel.

5. Exemple 3 : bas de compression et autres dispositifs « du quotidien »

Situation : en EHPAD, les bas de compression sont posés le matin par les AS, dans la continuité de la toilette et de l'habillage. Dans le référentiel, la pose peut être abordée, mais l'ablation n'est pas toujours mentionnée clairement. Dans la pratique, c'est souvent l'AS qui met et enlève les bas, en fonction du confort du résident, de la chaleur, ou d'un examen médical prévu.

De la même façon, l'AS peut être amené à :

- clamber ou déclamber des tubulures en lien avec une perfusion de posée ;
- ajuster une lunette d'oxygène, voire toucher au débit sur indication orale ;
- repositionner un dispositif (protection, capteur, alarme) sans que l'IDE soit présent(e).

Ces gestes, qui semblent « de bon sens » et s'inscrivent dans la fluidité du quotidien, relèvent pourtant de zones plus ou moins techniques selon le contexte, et leur répétition peut s'apparenter à un glissement de tâches. Bien que dans le point 2 la pose de lunette d'O₂ fait partie de la compétence de l'AS, gérer le débitmètre relève des compétences de l'IDE.

5.1. Pourquoi, concrètement, on en arrive là

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces pratiques :

- **Le souci du confort** : un bas qui comprime trop, une lunette qui blesse, une sonde qui tire... l'AS est le premier à le voir et à vouloir soulager rapidement.
- **Le rythme des soins** : il est plus simple, dans le déroulement de la toilette, de poser et retirer les bas sans attendre l'IDE.
- **La perception de simplicité du geste** : enlever un bas, débrancher un sac, ajuster le débit d'O₂ peut sembler beaucoup moins technique que faire une injection ou régler une perfusion.
- **L'absence de rappel régulier** sur ce qui relève de la surveillance (pleine place de l'AS) et ce qui relève de la modification du dispositif (responsabilité infirmière).

Petit à petit, l'AS « fait tout », parce qu'il est là, parce qu'il sait faire, parce que personne d'autre ne peut intervenir à ce moment-là et que ces tâches souvent lui sont déléguées.

5.2. Les zones limites : entre logique pratique et responsabilité

Là encore, il ne s'agit pas de dire que ces gestes sont « mal » en soi. Certains sont cohérents avec le rôle de l'AS (surveillance, confort, ajustement simple), d'autres touchent à des éléments plus techniques (gestion de la pression, risque de thrombose, débit d'oxygène, continuité d'un système clos).

Les risques sont plusieurs :

- pour le résident : aggravation d'un problème circulatoire, risque de fausse manœuvre sur sonde, hypoxie ou hyperoxie si l'oxygène est mal réglé ;
- pour l'AS : se voir reprocher un geste qu'il faisait « pour aider » et qui n'avait jamais été clairement encadré bien que demandé qu'il soit exécuté.
- pour l'équipe : croire que « tout le monde sait faire », sans vérifier la formation réelle ni la compréhension des enjeux.

L'enjeu n'est pas de retirer toute initiative à l'AS, mais de situer les limites : jusqu'où aller dans l'ajustement, quand alerter, quand refuser.

5.3. Repères concrets pour l'AS

Quelques repères peuvent aider à se positionner :

- **Pose / ablation de bas de compression** : vérifier s'il existe un protocole interne, demander à l'IDE ce qui est attendu, et tracer les situations atypiques (douleur, rougeur, intolérance).
- **Sondes urinaires** : distinguer la surveillance (plein, fuite, douleur, couleur des urines) des manipulations plus techniques (clampage, changement de sac, traction sur la sonde) qui nécessitent un cadre clair.
- **Oxygène** : accepter d'ajuster une lunette qui blesse, mais être très prudent sur la modification des débits sans consigne écrite ou sans passage IDE.

Dans le doute, une phrase simple peut servir de protection : « Je préfère que tu viennes voir avec moi, ce type de geste dépasse mon champ habituel ». **Ce n'est pas un refus de soigner**, c'est une manière de partager la responsabilité.

6. Quand les glissements de tâches s'installent : effets sur le soignant, l'équipe et la qualité

Lorsque les glissements de tâches deviennent la norme, ils ont des effets visibles et invisibles sur les aides-soignants, les équipes et la qualité des soins.

6.1. Sur l'aide-soignant(e)

- **Charge mentale accrue** : devoir prendre des décisions qui dépassent son cadre officiel, sans toujours avoir les informations ou la formation nécessaires.
- **Peur de l'erreur** : anxiété à l'idée « qu'un jour, ça tombe », avec la crainte de se voir reprocher des pratiques pourtant encouragées de longue date.
- **Banalisation** : à force de faire, certains gestes ne sont plus perçus comme des glissements, ce qui réduit la vigilance.
- **Conflit intérieur** : tension entre le sentiment de bien faire pour le résident et la conscience de sortir de son périmètre.

6.2. Sur l'équipe et les relations IDE/AS

- **Flou des rôles** : chacun croit savoir « qui fait quoi », mais les représentations peuvent être très différentes entre AS, IDE, cadres, médecins.
- **Tensions possibles** : AS qui ont l'impression de « faire le travail des IDE », IDE qui craignent de perdre une partie de leur rôle propre ou d'être tenus responsables d'actes qu'ils n'ont pas supervisés. Comme les pratiques différentes entre IDE même qui délègue ou non des actes. Une IDE délèguera certains actes quand d'autres ne le feront pas.
- **Difficulté à accueillir de nouveaux professionnels ou des étudiants** : comment expliquer les limites du métier lorsque l'équipe, dans les faits, les dépasse régulièrement ?

6.3. Sur la qualité et la sécurité des soins

- **Risque d'incident** : plus il y a d'actes techniques confiés à des personnes qui ne sont pas formées ou reconnues officiellement pour cela, plus le risque d'événement indésirable augmente.
- **Difficulté d'analyse en cas de problème** : traçabilité incomplète, responsabilité diluée, difficulté à identifier précisément qui a fait quoi et pourquoi.
- **Écart croissant** entre les procédures « sur le papier » et les pratiques réelles, ce qui complique tout travail d'amélioration de la qualité.

Repère de terrain

La qualité de soin ne repose pas uniquement sur la bonne volonté des aides-soignants. Elle dépend aussi de la clarté des rôles, de l'appropriation des textes, et de la capacité des équipes à dire ce qu'elles font réellement, même quand cela met en lumière des glissements de tâches installés.

7. Transformer les glissements de tâches en sujet de travail d'équipe

Les glissements de tâches ne disparaîtront pas par une simple injonction à « rester dans son rôle ». Pour que les choses évoluent, il est nécessaire d'en faire un sujet de travail collectif, en EHPAD, plutôt qu'un non-dit porté individuellement par chaque AS.

7.1. Mettre des mots : nommer sans accuser

Une première étape consiste à pouvoir dire :

- « Dans notre EHPAD, les AS font souvent telle ou telle tâche qui, sur le papier, est infirmière. »
- « On le fait pour que les résidents ne soient pas laissés sans soin, mais on ne sait pas si c'est vraiment sécurisé. »

Important

Nommer les glissements permet de sortir du tabou et d'ouvrir la discussion sans désigner des coupables. L'objectif est de comprendre les raisons, pas de pointer des fautes.

7.2. Revisiter le “qui fait quoi” en EHPAD

Un travail d'équipe peut consister à :

- lister, domaine par domaine (médicaments, pansements, dispositifs, décisions), qui fait quoi actuellement ;
- confronter cette liste aux textes et au référentiel ;
- distinguer ce qui relève d'une évolution souhaitable (à condition d'être encadrée) de ce qui met clairement en danger les résidents et les professionnels ;
- décider, ensemble, des ajustements possibles à court terme (organisation, renforts, priorisation) et des demandes à porter à la direction (effectif, formation, protocole).

Ce travail n'est pas toujours confortable, mais il permet de passer d'une adaptation individuelle silencieuse à une réflexion collective assumée.

7.3. Outiller l'AS pour se positionner

L'AS ne peut pas, seul, régler la question des glissements de tâches. Mais quelques repères peuvent l'aider à se positionner au quotidien :

- Se poser quelques questions rapides :
 - Ce geste est-il clairement dans mon champ habituel ?
 - Existe-t-il un protocole ou une consigne écrite ?
 - Si un problème survient, pourra-t-on comprendre ce que j'ai fait et pourquoi ?
- Utiliser des formulations professionnelles pour demander du soutien :
 - « Je préfère que tu viennes voir avec moi, je ne suis pas à l'aise pour faire ça seul(e). »
 - « Est-ce que tu peux préciser ce qui est attendu de moi sur ce type de pansement / ce dispositif ? »
 - « On pourrait en reparler en équipe, pour qu'on fasse tous pareil ? »
- **Tracer** : noter ce qui a été vu, ce qui a été fait, et ce qui reste à faire, afin de partager la responsabilité et de sécuriser la suite.

7.4. Ce qui relève de l'organisation, pas de la bonne volonté

Certaines solutions dépassent le champ d'action de l'AS :

- les effectifs et les remplacements ;
- la présence infirmière sur certaines plages horaires ;
- la mise à jour des protocoles ;
- la formation continue ;
- le temps dédié aux transmissions et aux réunions de service.

Les nommer n'est pas se plaindre, c'est décrire les conditions nécessaires pour que chacun puisse rester dans un périmètre cohérent, sans sacrifier la sécurité ni la dignité des résidents.

Conclusion

Les glissements de tâches en EHPAD ne sont pas uniquement le résultat de « mauvais choix » individuels. Ils sont le reflet d'un système où les textes, l'organisation et la réalité du terrain ne s'ajustent pas toujours. L'aide-soignant(e), au cœur de la vie quotidienne des résidents, se retrouve souvent à porter cette tension entre ce qui devrait être et ce qui est.

L'enjeu n'est pas de culpabiliser ceux qui « font comme ils peuvent », mais de transformer ces pratiques en sujet de réflexion, de dialogue et d'amélioration. En clarifiant les rôles, en revisitant les organisations et en donnant la parole à ceux qui vivent ces situations au quotidien, il devient possible de réduire les glissements de tâches les plus risqués et de mieux protéger à la fois les résidents et les professionnels.

Ne pourrait-on pas également se questionner sur la revalorisation des compétences de l'Aide-Soignant(e) dans des actes relevant de compétences plus techniques ?

Ne serait-il pas aussi, dans ce contexte de réévaluation, intéressant que les référentiels à venir donne à l'aide-soignant(e) de réelle compétence propre, un rôle propre afin de pouvoir exercer pleinement son métier sans qu'il ne soit "sous couvert de la responsabilité de l'IDE" ?