



Référentiel pour votre pratique

REPÈRES

Activités et compétences encadrants de proximité dans le médico-social



Septembre 2016

PRAO
Pôle Rhône-Alpes de l'Orientation
ÉTAT - RÉGION - PARTENAIRES SOCIAUX

unifaf

DRS
projet régional
de santé
Rhône-Alpes
2012-2017

APL

ars
Agence Régionale de Santé
Auvergne-
Rhône-Alpes

Étude réalisée par :
Christine MARTIN (ARS Auvergne-Rhône-Alpes) chef de projet, chargée des ressources humaines, Annick PENSO (APL Conseil), consultante, enseignante associée au CNAM, Pierre LOUIS, responsable de l'Observatoire régional emploi formation (OREF – PRAO), Claire LAMY, chargée de mission emploi formation (OREF – PRAO), Delphine ROLLET, chargée de mission emploi formation (OREF – PRAO), Christiane LARGE, responsable pour l'ingénierie de formation (UNIFAF).

→ Charte d'utilisation

Ce référentiel est un recueil structuré d'activités et de compétences. Il a pour point de départ le résultat d'une enquête réalisée auprès de professionnels, toutes catégories confondues, au sein d'établissements et services du secteur médico-social (ESMS). La méthode utilisée s'appuie sur l'expérience quotidienne des acteurs face à l'évolution des publics accueillis.

Le référentiel contribue à la mise en œuvre des recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute autorité de santé (HAS)¹.

Il définit les activités et compétences à partir de l'activité professionnelle des encadrants pour la qualité des accompagnements, l'organisation des activités, la coordination des interventions sur le parcours de l'usager et le management des équipes.

Le référentiel est un repère qui s'adresse aux établissements et services médico-sociaux (ESMS), aux dirigeants, aux cadres, aux organismes de formation, aux formateurs, aux organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA).

Ce référentiel ne gomme pas les approches professionnelles spécialisées et ne prétend pas présenter une liste exhaustive de méthodes et techniques mises en œuvre ou susceptibles de l'être en fonction des publics accueillis mais les valorise dans leur impact collectif et transversal.

En cela, il est d'abord un support managérial pour les gestionnaires de structures et notamment en direction de l'encadrement intermédiaire. Il répond aux objectifs O4, O7, O10 et O12 du plan d'actions régional « Ressources Humaines »² publié en 2015, à savoir :

- réaliser un état des lieux sur l'évolution des activités et besoins en compétences de l'encadrement de proximité ;
- positionner la fonction d'encadrant au regard des spécificités du médico-social, en lien avec les besoins des publics accueillis et les missions des ESMS ;
- identifier et clarifier les besoins en compétences nécessaires à l'emploi et adapter les contenus de la formation continue ;
- valoriser les métiers de l'encadrement du médico-social ;
- faciliter la transversalité et l'identification de compétences interdisciplinaires ;
- contribuer à la mise en œuvre d'organisations et de dispositifs managériaux performants pour la qualité des accompagnements et la bienveillance sur le parcours de santé et de vie des usagers.

Ce référentiel a donc vocation à être diffusé largement en tant qu'outil d'aide à la définition des activités et à l'évaluation des besoins en compétences requises.

Il appartient aux acteurs compétents dans la transmission des savoirs et aux professionnels de la formation d'enrichir ce référentiel, en tant que de besoin, par les éléments théoriques pluridisciplinaires favorisant la compréhension des interventions professionnelles réalisées dans le secteur.

En tant que contribution, le présent référentiel est également amené à s'enrichir des utilisations que les différentes parties intéressées pourront en faire.

¹ Cf. Bibliographie, publications de l'ANESM, p. 72

² « Plan d'action 2014-2017, Ressources humaines : développement de l'attractivité des métiers de l'autonomie », in site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, http://www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_hand_grand_age/Rapport_attractivite_des_emplois_perte_autonomie_2014/20150630_plan_d_acti on_RH_final.pdf

→ Sommaire

Introduction	5
Cadre du référentiel	7
Le contexte et les enjeux	7
Décliner les politiques publiques : organiser les interventions autour du parcours	9
Repenser et accompagner les pratiques professionnelles	11
La fonction d'encadrement de proximité, définitions convergentes	12
Présentation de l'étude	13
Objectifs	13
Méthodologie	13
Résultats et constats généraux	14
Validation de la démarche	18
Activités et compétences des encadrants de proximité	19
Les activités menées	19
La part de l'autonomie et de la décision	19
Tableaux I – Activités du profil de l'encadrant de proximité	21
Compétences requises pour le socle d'activités	30
Tableaux II – Compétences pour mener les activités	32
Synthèse et perspectives	36
L'encadrement de proximité : une fonction clé pour garantir la qualité d'accompagnement des usagers ..	36
Leviers d'actions pour l'accompagnement des pratiques professionnelles	38
Approfondissement : retours d'entretiens sur les activités et les trajectoires professionnelles des encadrants de proximité	41
Annexes	60
Annexe I – Trame d'entretien	62
Annexe II – Schémas à partir d'un choix de verbatim	64
Annexe III – Compte rendu des travaux menés pour la mise en œuvre des référentiels	69
Bibliographie	71
Comité consultatif : plan d'actions ressources humaines (2014-2017)	74
Relecteurs et participants au test	76
Glossaire	77



Introduction

L'Agence régionale de santé, dans son Projet régional de santé 2012-2017³, programme des actions en vue de l'adaptation des organisations et des pratiques professionnelles pour répondre à l'évolution des publics accompagnés dans le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Des études menées sur l'attractivité des métiers dans le secteur de la perte d'autonomie ont conduit à l'élaboration d'un plan d'actions « ressources humaines »⁴. Une réflexion sur le positionnement du cadre de proximité en est un objectif prioritaire.

Cette démarche a pour finalité d'identifier les activités et les besoins en compétences de l'encadrant de proximité au regard de l'évolution des profils de publics accueillis et de leurs spécificités.

Pour ce faire, pilotée par l'ARS, une équipe pluridisciplinaire composée de six personnes expérimentées a mené une enquête dans le département de l'Ain et en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les objectifs de l'enquête ciblent l'activité professionnelle et, en miroir, les organisations mises en place, décrites dans les discours.

Cette approche a permis l'élaboration de deux référentiels articulés :

- un référentiel présentant le profil de l'encadrant dans le secteur médico-social, objet de cette étude ;
- un référentiel « socle » d'activités et de compétences partagées autour du parcours de santé et de vie de la personne (faisant l'objet d'un second référentiel)⁵.

L'enquête a été réalisée, selon la méthode ADAC⁶, auprès d'un échantillon croisé représentatif d'établissements et de services médico-sociaux (ESMS) et de l'ensemble des catégories professionnelles.

Au total : 102 professionnels exerçant au sein de 16 structures du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi que des usagers ont participé à l'enquête.

Selon les principes de la méthode, le référentiel d'activités et de compétences présenté prend appui sur les vécus et l'analyse du travail quotidien des dirigeants, des encadrants et des professionnels composant les équipes.

Le référentiel présenté est donc la résultante d'une analyse comparative des représentations, des pratiques des professionnels et de l'organisation des activités au sein des structures, dans et « hors les murs ». Dans les pages qui suivent sont donc recensées les activités apportant une réponse adaptée et performante aux besoins des usagers.

³ PRS 2012-2017, 5 thèmes chapeaux, *in* site internet du Projet régional de santé.

<http://www.prs-rhonealpes.fr/projet-regional-de-sante/5-themes-chapeaux.html>

⁴ Déclinaison dans le plan d'actions 2014-2017 « Ressources humaines, développement de l'attractivité des métiers de l'autonomie »

⁵ Voir le référentiel *Activités et compétences - encadrants de proximité dans le médico-social* publié sur le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

⁶ ADAC © : Analyse De l'activité et des compétences, mise au point et déposée par le Conservatoire national des arts et métiers à Paris.

En plus de cet échantillon, l'animation d'un atelier organisé par l'ARS réunissant des dirigeants et encadrants autour d'un débat sur les compétences du manager de proximité a permis de recueillir la parole des directeurs et d'alimenter le référentiel⁷. 129 cadres de direction ont échangé sur le rôle de l'encadrement spécifique du médico-social.

Le référentiel a fait l'objet de relectures et a été complété par des représentants des usagers, des experts de la formation et des représentants de la commission spécialisée de l'accompagnement médico-social de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA). Des professionnels de terrain ont également testé, validé et enrichi les activités et sous-activités.

Un Comité de consultation et un groupe de travail pluridisciplinaire s'est réuni pour réfléchir à la mise en œuvre et faire évoluer le contenu des activités et compétences dans une vision plus prospective (voir l'Annexe III).

Après un rappel du contexte politique et social, un choix de principes clé sur la formation et l'accompagnement des pratiques professionnelles est proposé dans une première partie. Des précisions sur le déroulement de l'étude et les résultats sont apportées en seconde partie. Le référentiel d'activités et de compétences socle et les constats émergents de l'enquête sont présentés ensuite.

En complément, un approfondissement rédigé par le PRAO apporte des éclairages sur l'exercice quotidien et les trajectoires de ces professionnels.

⁷ « 23 juin 2015 – Journée Temps fort "Quelles stratégies managériales pour le médico-social de demain ?", in site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/23-juin-2015-Journee-Temps-f.180998.0.html>



Cadre du référentiel

Le cadre de la démarche s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques produites par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute autorité de santé (HAS).

La démarche s'inscrit dans les suites de la publication d'une étude sur l'attractivité des emplois de la perte d'autonomie proposant la consolidation des fonctions de l'encadrement de proximité⁸.

Dans ce chapitre sont présentés les enjeux économiques et sociaux, les principes et leviers réglementaires qui sous-tendent la démarche de construction du référentiel. Sont également rappelées quelques notions concernant la formation et l'apprentissage pour le développement des pratiques professionnelles.

■ Le contexte et les enjeux

Évolution des publics accueillis et des modalités d'interventions

Le vieillissement de la population conduit à un accroissement du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant une anticipation des besoins en personnes qualifiées⁹. Parallèlement, le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées est confronté à un alourdissement des pathologies des publics accueillis. La politique de maintien à domicile, le virage ambulatoire, la réorganisation de l'offre du secteur psychiatrique modifient les profils des usagers accompagnés au sein des ESMS. De fait, le secteur des personnes âgées accueille un public plus hétérogène pouvant être composé de personnes handicapées vieillissantes, de personnes atteintes de pathologies chroniques, neurodégénératives ou psychiatriques

Dans le même temps, le fondement des pratiques d'intervention auprès des usagers évolue. Les nouvelles technologies et approches en matière d'accompagnement bouleversent la culture et le positionnement des professionnels. Le décloisonnement des systèmes d'informations, le déploiement de la télémedecine, **la territorialisation des services et des prestations autour du parcours de vie et de santé de l'utilisateur¹⁰ sont des dispositifs qui relèvent d'une volonté politique d'impulser la coopération et la coordination des services et des acteurs.**

⁸ ARS Rhône-Alpes, « Pour une meilleure attractivité des emplois de l'accompagnement de la perte d'autonomie », Référentiel, mai 2014.

⁹ "INSEE Analyse Auvergne-Rhône-Alpes - Des emplois à pourvoir pour accompagner le vieillissement de la population" Rapport, juillet 2016. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/ara/themes/insee-analyses/ar_ina_16/ar_ina_16.pdf

¹⁰ Le projet-expérimentation « Pascaline », piloté par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, recense les projets réalisés sur un territoire dans une plateforme numérique afin de favoriser le partage de ressources et d'informations autour du parcours de l'utilisateur. <http://www.pascaline-sante.com>

Des réformes pour un accompagnement des parcours¹¹

La démarche de l'étude présentée s'inscrit dans le contexte de réformes pour « l'adaptation de la société au vieillissement » et la « modernisation de notre système de santé ». Elle vise également à faciliter la mise en œuvre des orientations de la feuille de route nationale pilotée par Marie-Sophie Desaulle¹² et la déclinaison des plans nationaux (Alzheimer, autisme, santé mentale, maladies neurodégénératives...).

Ces réformes répondent à des enjeux qualitatifs et quantitatifs, économiques et sociaux. En premier lieu, les usagers demandent que leurs droits de citoyens soient respectés et leur autonomie préservée. Ils sont acteurs de leur projet de santé et de vie pour lequel ils revendiquent un accompagnement personnalisé, cohérent et adapté à leurs besoins¹³.

En second lieu, l'adéquation moyens/ressources contraint à mieux utiliser l'existant.

Le raisonnement par « parcours » est un des moyens promu par la loi pour garantir la mise en œuvre d'accompagnements et de soins adaptés à la personne. Il met l'usager au centre, prend appui sur son potentiel, ses ressources et son entourage.

L'analyse de la situation de la personne accompagnée et de ses besoins permet la co-construction d'un projet personnalisé unique, dans une logique d'anticipation des étapes à franchir et de son évolution. Pour ce faire, une réflexion et une préparation le plus en amont possible doivent être envisagées en même temps que la mise en œuvre de prestations à court, moyen et long terme. L'enjeu est de taille pour les projets d'inclusion et/ou de maintien en milieu ordinaire, les projets de professionnalisation ou d'insertion dans un emploi.

L'optimisation des ressources en est rendue possible par une meilleure utilisation des prestations dans une approche souple et modulable, en fréquence et en intensité, selon le projet et le parcours.

Le cadre des réformes oriente donc le dispositif vers une prise en compte globale de la personne obligeant à « sortir des murs », dépasser les cadres des équipes, des services et faire évoluer les fonctionnements et les organisations. **L'articulation des interventions et de la coordination des activités et des prestations sont des enjeux d'efficience pour un ajustement au « cas par cas » et faire face à l'évolution des publics.**

Cette recommandation du « sortir des murs » fait sens y compris dans le cadre d'un accompagnement institutionnel dans la mobilisation du droit commun (externalisation des unités d'enseignement de la convention signée entre l'Agence régionale de santé et l'Éducation nationale le 21 septembre 2016) ou dans la coresponsabilité exercée entre

¹¹ Selon l'Agence régionale de santé, le parcours de vie concerne « la prise en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie. En effet, dans ce cadre, il fait référence à la dimension de l'accompagnement global qui repose sur l'examen de la situation de la personne dans son ensemble, au cours d'une évaluation personnalisée : projet de vie personnel, autonomie dans la vie quotidienne, état de santé, environnement familial et social, ressources, etc. Ces différentes dimensions sont amenées à évoluer et nécessitent un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre, impliquant des intervenants multiples et des actions coordonnées des acteurs. Les notions de parcours de vie et d'accompagnement global sont centrales dans la prise en charge globale de personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. Il s'agit de considérer l'individu dans sa centralité, sa singularité et dans le respect de son profil biographique pour lui proposer un parcours d'accompagnement et de soins cohérent, tout en dépassant les normes et calendriers institutionnels. » Agence régionale de santé, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, Lexique de A à Z*, 2012. http://www.ars.sante.fr/uploads/media/Lexique_parcours_def.pdf

¹² Feuille de route de M-S. Desaulle, présidente de l'association de Villepinte, présentée à la Conférence nationale du handicap, « Une réponse accompagnée pour tous, zéro sans solution », en réponse au Rapport de Denis Piveteau, in Site du Ministère des affaires sociales et de la santé.

<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/handicap-une-reponse-accompagnee-pour-tous/article/la-demarche#Decembre-2014-la-feuille-de-route-de-M-S-Desaulle-presentee-a-la-nbsp>

¹³ Code de l'action social et des familles, Version consolidée au 10 septembre 2016.

acteurs par intégration des logiques propres à son partenaire (EHPAD et urgences hospitalières par exemple).

■ Décliner les politiques publiques : organiser les interventions autour du parcours

Pour décliner les orientations, articuler les interventions en vue de la cohérence et de la performance de l'accompagnement des parcours, deux leviers sont préconisés : la coordination et l'organisation de la transversalité sur les territoires.

La coordination : l'affaire de tous

La question de la coordination fait actuellement débat. Diverses études et réingénieries des métiers ont mis en évidence la nécessité de rendre visible cette activité (ou ensemble d'activités) et d'en définir les contours (gestionnaire de cas, cadre coordonnateur, référents d'usagers dans le projet de vie, sentinelle dans les projets territoriaux...).

Le courant actuel fait passer dans les discours la coordination comme une activité nouvelle mobilisant de nouvelles compétences. Les entretiens menés, ainsi que l'analyse des référentiels d'activités et de compétences des professionnels, démontrent que la coordination est bien souvent présente à différents niveaux¹⁴. Il s'agit d'une activité commune à l'ensemble des acteurs. Bien sûr, le niveau de responsabilité diffère selon les missions et le positionnement du professionnel. L'organisation est facilitante et garante de la qualité et du cadre des fonctionnements.

Transmettre oralement ou par écrit, informer l'utilisateur ou ses supérieurs hiérarchiques, alerter et contacter la bonne personne, assurer la continuité toutes formes d'accompagnement, comme la mise en lien des acteurs au sein de la structure ou d'une organisation territoriale, constituent autant d'actions relevant de la coordination¹⁵.

Une coordination efficace nécessite la prise en compte de l'environnement et des partenaires, de données éparses, et ce, dans le respect de la réglementation. Elle implique aussi qu'il soit accordé à tous les professionnels, en fonction de leurs compétences, **un niveau de connaissance qui leur permette de travailler et de comprendre la finalité de leurs interventions afin de disposer de ressources suffisantes pour mieux accompagner les personnes**¹⁶.

¹⁴ Selon l'Agence régionale de santé, « La coordination est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale. Dans le système de santé (comprenant le médico-social), on distingue trois niveaux d'intervention :

1. Celui du patient ou de la personne en situation de handicap, avec l'entourage et tous les professionnels en charge des soins et de son accompagnement (niveau micro ou individuel). C'est le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soin et d'accompagnement des personnes.
2. Celui de la structure ou du dispositif de prise en charge (tous les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, ainsi que les entités en charge de l'accueil, de l'information, de la coordination, de l'évaluation des besoins des personnes (niveau méso). C'est à ce niveau que sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure et que sont gérées toutes les questions d'organisation du travail.
3. Le niveau institutionnel (niveau macro), qu'il soit local ou national. C'est le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé.

On parlera de coordination horizontale quand celle-ci se situe à un même niveau (que ce soit au niveau individuel, au niveau local et au niveau national) et de coordination verticale quand elle fait intervenir plusieurs niveaux. »

Agence régionale de santé, « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie - Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, lexique des parcours de A à Z », janvier 2016, p. 29 à 33.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

¹⁵ ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, décembre 2008, p. 29.

¹⁶ Henry Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, 1982.

À ce titre, les décrets du 20 juillet 2016 clarifient les modalités d'échanges et de partage d'informations entre les professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social participant à une même prise en charge dans le périmètre de leurs missions¹⁷. Les textes stipulent que peuvent être partagées « les seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social » et avec le consentement de la personne accompagnée.

C'est pourquoi la mise en œuvre de ces bonnes pratiques et repères réglementaires nécessitent qu'un cadre organisationnel et un pilotage soient formalisés et mis en œuvre sur le territoire, autour des parcours et au sein des services et structures.

L'Organisation de la transversalité des parcours sur le territoire

L'accompagnement des parcours de vie et de santé de l'utilisateur se structure le plus souvent sur un même territoire (filiales gérontologiques, bassins de vie, départements...). Il nécessite l'animation de partenaires, la coordination de professionnels et, parfois, la mise en commun de moyens et de ressources pour renforcer les dispositifs¹⁸.

Cette synergie est souvent l'aboutissement d'une gestion qui doit faire face à la complexité des fonctionnements (cloisonnements divers, enjeux de pouvoir, superposition des actions, multitude des acteurs et institutions intervenant...) largement décrites dans la littérature et génératrice de complexité et de ruptures de parcours.

Pour ce faire, le mode projet, fondé sur des missions partagées, est souvent cité comme une des dispositifs facilitant l'organisation de la transversalité. Le pilotage des orientations et des actions qui en découlent, autour d'un fil conducteur, garantissent « que tous les intervenants vont travailler dans une logique et une culture de parcours »¹⁹.

Quels que soient le niveau et sa dimension (projet de vie, de soins, d'établissement, de territoire...) le projet collectif renforce la transversalité entre les secteurs car il construit le partenariat par l'action autour de finalités communes.

L'organisation des parcours et de la transversalité implique donc que les acteurs qui y participent montent en compétences notamment dans les matières traitant de la stratégie et des organisations, du management et de la gestion de projet, pour mieux accompagner les pratiques professionnelles.

¹⁷ Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins.

¹⁸ ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*. 21-22, décembre 2008.

« Travailler avec des personnes – des professionnels ou des bénévoles – venant d'autres horizons est une tâche difficile, qui se heurte à de nombreux obstacles. Les difficultés à construire des ouvertures vers "les autres" sont souvent issues de représentations figées que l'on a et de l'autre et de sa propre mission. Mettre à plat ses représentations, expliciter le cadre d'intervention de chacun facilitent le dialogue et la compréhension mutuelle. L'analyse des situations et des besoins du public peut être très différente selon les acteurs. Pour progresser sur ces questions, il est recommandé aux professionnels de privilégier une approche pragmatique, basée sur l'explicitation des hypothèses de travail et la construction concrète des actions à mettre en œuvre. (...) L'ouverture des structures peut "impacter" fortement les fonctions professionnelles : les spécificités du territoire peuvent amener à créer certaines fonctions pour améliorer la complémentarité des prestations, ou à l'inverse en supprimer pour s'appuyer sur les ressources existantes. La coordination est ainsi une fonction majeure étroitement liée à la nouvelle organisation des prestations "en réseau" »

¹⁹ Denis Piveteau, *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, Rapport, p. 24, juin 2014.

■ Repenser et accompagner les pratiques professionnelles

La formation : une étape au service des pratiques professionnelles

La formation n'est qu'une étape du cheminement vers le développement des compétences. Elle est avant tout un investissement qui permet la déclinaison d'orientations institutionnelles et organisationnelles.

La plupart du temps, les sessions de formations émanent d'un catalogue organisé par thématiques. Elles sont réalisées en dehors des lieux de travail. Le plus souvent la formation apporte une consolidation théorique, permet d'échanger avec d'autres professionnels et de prendre connaissance d'autres pratiques. Elle est un outil dans le processus d'apprentissage et de professionnalisation de l'adulte.

Quand la formation sert les orientations d'un projet d'établissement, de service ou d'équipe et demain de territoire, il est indispensable qu'elle soit reprise, capitalisée et fasse l'objet d'un pilotage construit individuel et collectif pour faire évoluer les pratiques professionnelles.

Pour un développement des compétences au sein des équipes

Les compétences s'entendent comme une articulation entre les savoirs procéduraux, théoriques, pratiques (...) ou comme une combinaison dynamique de savoirs de l'action, acquis principalement par l'exercice professionnel.



Schématiquement, les compétences relèvent d'une appropriation selon des modalités parfois très individuelles, aboutissant à un changement de pratiques. Or, selon Guy Le Boterf :

- « agir avec compétence est une résultante :
- du "*savoir agir*" développé par la formation, l'entraînement, (*expérience*) ;
- du "*vouloir agir*" favorisé par un sens partagé, une image positive et un contexte de reconnaissance ;
- du "*pouvoir agir*" s'appuyant sur un environnement facilitateur, à savoir, la **gouvernance, l'organisation, le management mais aussi les attributions reconnaissant les marges de liberté, l'accès à la connaissance et aux ressources²⁰.** »

Il ne suffit pas de suivre une formation pour que les professionnels changent leurs pratiques. La stratégie, la posture des dirigeants et des encadrants et le pilotage d'un processus d'accompagnement ancré dans un projet d'établissement, de service ou d'équipe, et demain de territoire, sont incontournables pour une amélioration continue des pratiques au service de la qualité des prestations.

L'accompagnement des pratiques professionnelles requièrent des connaissances et des pratiques pédagogiques et managériales. Les dispositifs et outils organisationnels servent à faciliter la démarche qui doit être contextualisée, continue et systémique.

²⁰ Guy Le Boterf, *Développer la compétence des professionnels/ Construire des parcours de navigation professionnelle*, 4^e édition, p.194-199, 2003.

■ La fonction d'encadrement de proximité, définitions convergentes

L'encadrant de proximité encadre et manage une équipe opérationnelle intervenant auprès des personnes accompagnées²¹.

Un des exercices simples est d'aller comparer sur le répertoire de la fonction publique hospitalière les définitions, activités et savoir-faire des deux fiches métiers : encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales et encadrant socio-éducatif. La comparaison met en évidence des activités communes qui relèvent du management, de la conduite de projet, de l'organisation... Les différences observées tiennent de la spécificité des publics accueillis, des missions et de l'environnement.

Le comparatif des fiches métiers de l'Agence pour l'emploi des cadres (APEC) aboutit aux mêmes constats²².

Le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), dans son référentiel d'encadrement, identifie trois niveaux d'encadrement : l'encadrement supérieur, l'encadrement intermédiaire et l'encadrement de proximité.

Les travaux présentés s'attachent essentiellement à caractériser les activités et compétences de l'encadrant de proximité exerçant dans le secteur social et médico-social.

Chaque organisation définit le rôle de l'encadrant selon ses ressources et sa stratégie.

La présentation du profil dans les pages qui suivent s'appuie sur le travail réel, l'expérience et les vécus quotidiens des encadrants de proximité rencontrés.

²¹ Maurice Thévenet, *Manager en tant de crise*, Eyrolles, 2009, p. 145 : « les managers ne sont pas seulement ceux qui sont en première ligne, contremaîtres ou chefs d'équipe, pas seulement ceux qui en ont le titre ou le statut. La mission de management est aussi confiée aux chefs de projet ou aux responsables de structures transversales. C'est aussi la mission de la direction générale, et même de ces présidents apparemment lointains ».

²² « Santé, action sociale - Les métiers cadres du secteur de la santé et de l'action sociale », in site de l'APEC, <https://cadres.apec.fr/Emploi/Marche-Emploi/Fiches-Apec/Fiches-secteurs/A-voir-aussi/Les-metiers-cadres-du-secteur-de-la-sante-et-de-l-action-sociale>



Présentation de l'étude

Le projet est élaboré et piloté par la direction de l'autonomie de l'Agence régionale de santé, avec l'appui d'un groupe de personnes expérimentées dont la démarche est présentée dans ce chapitre.

Le descriptif des étapes de la démarche et la restitution des résultats respectent les règles déontologiques de confidentialité s'agissant des structures et des professionnels qui ont accepté de répondre aux questions.

■ Objectifs

Rappel des objectifs de l'enquête :

- recueillir des éléments d'information qualitatifs sur les besoins et les modalités d'accompagnement des publics accueillis ;
- repérer les problématiques fonctionnelles et organisationnelles, les besoins en formation des personnels ;
- identifier les domaines d'activités et de compétences au regard du travail réel et des besoins identifiés ;
- identifier au sein des structures les besoins en connaissances spécifiques, en expérience et en savoir-faire ;
- recueillir des éléments d'information personnalisés sur les professionnels en exercice (parcours, projet fonctions...) ;
- outiller les acteurs de terrain avec les référentiels produits, en permettant le repérage des compétences disponibles, de celles à acquérir, et en apportant de la matière pour concevoir des actions de formation.

Le référentiel d'activités et compétences sur la fonction de manager de proximité est construit à partir des éléments recueillis lors d'entretiens.

■ Méthodologie

L'étude réalisée s'inspire de la méthode ADAC²³, laquelle part du travail tel qu'il est réellement mené, au domicile et/ou en établissement, pour décrire les activités et les tâches qui en découlent, puis en inférer les compétences mobilisées. Les comportements attendus, **parfois nommés « savoir-être », ont été décrits en qualifiant les activités à mener, c'est-à-dire la manière de réaliser les tâches**. Les savoirs qui les sous-tendent figurent parmi les savoirs expérimentiels et savoir-faire détaillés dans le référentiel de compétences présenté ci-après pour répondre à la fonction d'encadrant.

Construction de l'enquête et de la méthode

Le référentiel présenté dans les pages qui suivent est élaboré à partir des ressources suivantes :

- **Une documentation** portant sur :
 - la réglementation régissant le fonctionnement des structures rencontrées et l'exercice professionnel ;
 - les recommandations de bonnes pratiques.

²³ ADAC : Analyse de l'activité et des compétences, mise au point et déposée par l'institut MCVA (ex FFPS) du Conservatoire national des arts et métiers à Paris.

- L'élaboration d'un premier référentiel d'activités et compétences pour les professionnels de niveau V exerçant en gérontologie.
- **La création d'un groupe de personnes expérimentées et qualifiées sur les questions de la formation, des parcours professionnels, de l'emploi, de l'ingénierie en formation des adultes, du secteur médico-social.**
Sont membres de cette équipe : un représentant d'UNIFAF, trois représentants du PRAO, une consultante spécialisée en analyse du travail et des compétences et professeur associé au CNAM et un représentant de l'ARS, tous chargés de mener les entretiens auprès de l'ensemble des catégories professionnelles exerçant au sein des structures cibles de l'échantillon.

Population cible et conduite d'entretiens

L'échantillon est préalablement composé d'une diversité de structures représentant l'ensemble des statuts juridiques, dans l'Ain, sur le secteur médico-social et l'ensemble des catégories professionnelles intervenant dans la proximité des personnes handicapées et des personnes âgées.

Les questions portaient sur : le parcours professionnel de la personne, sa fonction, son poste de travail, les publics accueillis ciblant plus particulièrement les thématiques concernées, les projets de vie et de soins, les situations de crise et leur traitement interne, les descriptions exactes de « ce qui est fait », « ce qui est dit », et « transmis » sur les situations de travail, l'estimation des besoins en compétences et le projet professionnel. La trame de l'entretien figure en Annexe I.

Des questions plus précises sur l'organisation, le projet d'établissement et les dispositifs mis en œuvre pour l'accueil des publics ont été posées aux professionnels encadrants et aux dirigeants. Les liens avec les réseaux et les partenaires sur le territoire ont été également abordés²⁴.

Les entretiens ont fait l'objet d'une prise de note extensive et ont été retranscrits, analysés et partagés au sein du groupe.

L'organisation par l'ARS d'une journée le 23 juin 2015, portant sur le management stratégique, a permis de réunir des dirigeants et encadrants autour d'un débat sur la fonction d'encadrement de proximité dans le secteur du médico-social. Cet atelier a été animé et préparé en vue d'alimenter les résultats de ce référentiel. 129 personnes ont échangé sur les conditions d'exercice, les attendus, les difficultés de l'encadrant de proximité dans un environnement socio-économique qu'elles ont décrit au regard de leurs vécus et analyses.

■ Résultats et constats généraux

Avant de restituer le contenu du référentiel et pour en expliciter le contenu, il convient de présenter brièvement quelques éléments d'informations recensés au moment des entretiens.

L'échantillon définitif

L'échantillon définitif est le fruit d'une adaptation aux propositions des équipes et à leur organisation le jour de la rencontre. Les encadrants et directeurs de chaque structure ont été rencontrés.

²⁴ Voir Annexe I, page 61.

Au total, des entretiens ont été menés auprès de 102 personnes :

- 14 directeurs
- 25 encadrants (dont 4 infirmières coordinatrices, 6 cadres de santé, 9 cadres de service social et 6 autres encadrants)
- 3 usagers
- 4 médecins dont 3 coordonnateurs et 1 psychiatre
- 6 rééducateurs (psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes)
- 4 infirmiers et 2 infirmiers en psychiatrie
- 5 éducateurs spécialisés
- 8 moniteurs-éducateurs
- 3 psychologues
- 11 aides-soignants
- 5 aides médico-psychologiques
- 12 personnels administratifs, hôteliers, comptables, cuisiniers...

L'enquête s'est déroulée sur une période de trois mois au sein de 16 structures de tailles diverses :

- 3 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 2 foyers d'accueil médicalisés (FAM), 1 institut d'éducation motrice (IEM), 1 institut médico-éducatif (IME), 2 maisons d'accueil spécialisées (MAS), 2 instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), 1 service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), 1 service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH), 2 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont une équipe spécialisée Alzheimer (ESA), le centre psychothérapeutique de l'Ain (CPA).

Des activités et des compétences spécifiques des organisations et des publics

La méthodologie de l'enquête n'a pas été construite à des fins quantitatives. Toute tentative en serait hasardeuse du fait du nombre, de la diversité des structures et des professionnels rencontrés. Ainsi, l'étude n'a pas pour ambition de produire des résultats chiffrés de « phrases thématiques », mais d'observer et de mettre en regard, au sein d'une organisation, des typologies de publics accueillis avec les activités et les pratiques professionnelles et les dispositifs organisationnels mis en œuvre et d'en dégager des enjeux managériaux communs.

Il ressort que les activités recensées sont intrinsèquement liées à l'environnement et au public accueilli. Elles sont identifiées à partir des pratiques professionnelles telles qu'elles sont perçues et décrites par les personnels des équipes. **Schématiquement, quelle que soit leur filière d'origine, les professionnels adaptent leurs activités et leurs pratiques et développent des compétences en fonction du public accueilli dans une logique d'adaptation emploi-formation, sous le pilotage des directeurs et encadrants.**

Selon les usagers et les acteurs de terrain rencontrés, les personnes présentant des pathologies somatiques et psychiatriques et/ou les troubles du comportement sont en augmentation. Le besoin en soins augmenterait et les handicaps moteurs et mentaux seraient plus graves.

Les structures sont toutes confrontées à des publics plus diversifiés. Les activités découlant des publics accueillis, très souvent polypathologiques, révèlent de toute évidence un besoin de connaissance des pathologies spécifiques (psychiatriques, handicaps, pathologies du vieillissement...). Certaines thématiques telles que les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, le développement psychologique de l'enfant (sexualité, adolescence...) en lien avec les problématiques rencontrées font l'objet de nombreuses demandes de formation de la part des professionnels et encadrants. Les plus importantes sont identifiées dans les tableaux d'activités et de compétences.



L'enquête dégage également des discours porteurs de convictions autour de valeurs fortes centrées sur la personne. *A contrario*, très peu de liens sont faits avec les politiques publiques et les enjeux sociétaux, à l'exception des cadres et des dirigeants.

La très grande majorité des professionnels s'accorde pour recentrer les besoins selon un principe du « cas par cas », respectant ainsi la particularité de chaque personne accompagnée, parfois au détriment d'un approfondissement théorique de la pathologie, soit parce qu'ils estiment que ce n'est pas prioritaire, soit parce que la pathologie est méconnue ou non diagnostiquée, soit parce que l'accès à l'information n'est pas reconnu comme une ressource indispensable pour les professionnels (Annexe II).

Les professionnels sont très satisfaits des interventions extérieures, telles que les équipes mobiles qui viennent renforcer et/ou conforter leurs connaissances et leurs pratiques.

Les orientations des projets de vie pour le maintien ou l'inclusion en milieu de vie ordinaire ou l'insertion professionnelle génèrent des préoccupations et des difficultés. Leurs mises en œuvre dépendent des publics accompagnés. Les observations révèlent un besoin d'accompagnement des équipes dans l'évolution de leurs représentations sur les objectifs de leurs interventions autour du parcours de l'usager, dans le cadre de la déclinaison des politiques publiques et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Des activités et des pratiques transversales spécifiques des publics accompagnés



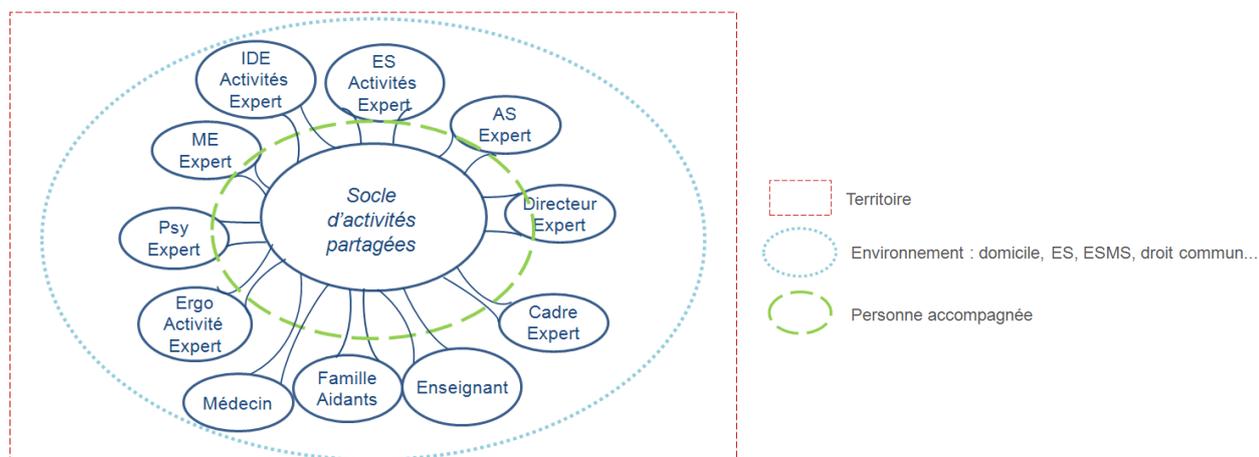
In fine, les verbatim décrivant les activités et les pratiques ont été recensés à partir de chaque corpus d'entretien retranscrit (cinq à dix pages) pour chacune des structures. **Cette démarche a fait émerger des activités transversales caractérisant un exercice pluridisciplinaire, plus ou moins formalisé, plus ou moins organisé selon les structures. Ce socle d'activités et compétences partagées dépend également du public accompagné et des missions et autorisations de chaque ESMS** (Annexe II).

L'analyse des entretiens de l'ensemble des professionnels, des cadres et des directeurs a permis de mettre en miroir, d'après les témoignages, des « manières de faire », des « pratiques professionnelles », des « ressources » et des « compétences professionnelles » avec le profil des publics accompagnés, l'environnement et les dispositifs organisationnels.

Les domaines d'activités décrits reflètent la mission des établissements vis-à-vis des personnes accueillies, telle que la perçoivent les personnels rencontrés. L'organisation de ces activités et la description des compétences se calquent sur le parcours de vie de l'usager, en institution notamment, mais aussi dans ses trajectoires interinstitutionnelles.

Ces activités-socle sont plus ou moins ancrées dans les ESMS. Elles dépendent de la stratégie des équipes de direction pour la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles. Elles répondent surtout à la nécessité d'adapter les compétences aux personnes accompagnées dans une logique de parcours et d'efficacité des prestations.

Schéma n° 1 – Activités partagées et spécifiques autour du parcours de la personne accompagnée



L'étude conduit à poser l'hypothèse que le socle d'activités et de compétences partagées constitué permet de consolider un dispositif cohérent, **articulé, transversal et coordonné autour du parcours de l'usager.**

Activités et compétences des encadrants pour une cohérence autour du parcours

Les encadrants rencontrés, tout en reconnaissant les « pressions » auxquelles ils sont soumis quotidiennement (équipes, familles...), exercent une fonction qu'ils ont choisie et qu'ils apprécient. Les parcours professionnels diffèrent et sont très personnalisés (cf. Dossier page 41).

Dans l'exercice quotidien, quatre grands domaines d'activités sont identifiés dans le référentiel présenté dans le chapitre suivant.

Globalement, il est possible de dégager de l'analyse de l'exercice des encadrants, au travers de leurs discours, une fonction « transversale » c'est-à-dire pouvant être transposable dans tout autre secteur d'activité et une fonction plus spécifique du médico-social, voire du sanitaire.

Par exemple, les activités liées à l'animation, l'accompagnement des équipes et les modalités de mise en œuvre des pratiques managériales et organisationnelles ne sont pas spécifiques. En revanche, des activités liées à la coordination des parcours pour assurer la continuité des interventions caractérisent l'exercice particulier des encadrants du médico-social, ou du sanitaire.

Les encadrants sont incontestablement les pivots de la déclinaison des politiques publiques au plus près des accompagnements des usagers. Ils sont reconnus comme tels par leur hiérarchie.

Pour autant, l'évolution rapide des réformes vers de nouvelles modalités d'accompagnements bouleversent les valeurs et les repères, surtout quand ces derniers reposent sur une culture en lien avec une filière de formation (sanitaire ou sociale).

De la gestion de projet à la gestion de parcours, les pratiques professionnelles doivent évoluer dans une logique de désinstitutionnalisation, de maintien à domicile, d'inclusion en milieu de vie ordinaire. Cela nécessite une appropriation des enjeux et des orientations des politiques de santé, thématiques qui n'émergent pas toujours dans les discours.

■ Validation de la démarche

La méthode appliquée pour le référentiel préconise une séance de validation auprès d'un groupe représentatif de l'ensemble des catégories rencontrées.

Pour la validation, 14 personnes encadrants de proximité, infirmiers coordonnateurs, chefs de service, cadre de santé, pour la plupart accompagnés de leurs directeurs ont accepté de participer à la présentation du référentiel d'activités et compétences, en présence de deux référents ARS. Étaient représentées les structures suivantes : IME, ITEP, EHPAD, FAM, SSIAD, SESSAD et le centre hospitalier.

Les échanges en séance ont permis la validation du référentiel, et le débat sur certaines formulations, ajoutées au référentiel. Les modifications ont été faites et validées en séance.

Biais et précautions

Les biais, comme pour toute enquête à visée qualitative, peuvent s'apprécier dans la diversité des discours qui évoquent des vécus et parcours personnels et très différents.



Le référentiel présenté dans les pages suivantes s'appuie sur le travail réel décrit, mené par de nombreux professionnels, sans cibler ni un métier, ni une catégorie de personnel, ni un niveau. La phase de validation montre que chaque professionnel peut s'y retrouver, même s'il n'effectue pas l'ensemble des activités décrites. Le niveau d'implication dépend bien sûr du niveau d'expertise et de responsabilité. En d'autres termes, de la participation à l'information, à l'analyse ou à la prise de décision, individuelle ou collective, chaque personnel peut y trouver une place.



Activités et compétences des encadrants de proximité

■ Les activités menées

Les activités décrites dans les pages suivantes dressent un portrait détaillé de la fonction d'encadrement. Les encadrants n'assurent pas toujours la totalité et l'étendue des activités décrites qui peuvent reposer sur plusieurs professionnels dont le directeur. La répartition des activités peut se faire sur le modèle de la collaboration, plusieurs personnes pouvant mener la même activité, ou de la délégation (selon la réglementation du secteur public ou privé), une activité étant confiée à une autre personne, d'un niveau hiérarchique inférieur.

La répartition des activités dépend de la stratégie de la gouvernance, de l'organisation et des missions affectées aux encadrants.

Une des spécificités du rôle de l'encadrant comme du directeur, est cette nécessité de prioriser les actions et les interventions en fonction des situations rencontrées et des urgences. Pour cela la gestion du temps est une exigence du quotidien.

Quatre domaines d'activités sont présentés puis détaillés ensuite dans des tableaux synoptiques.

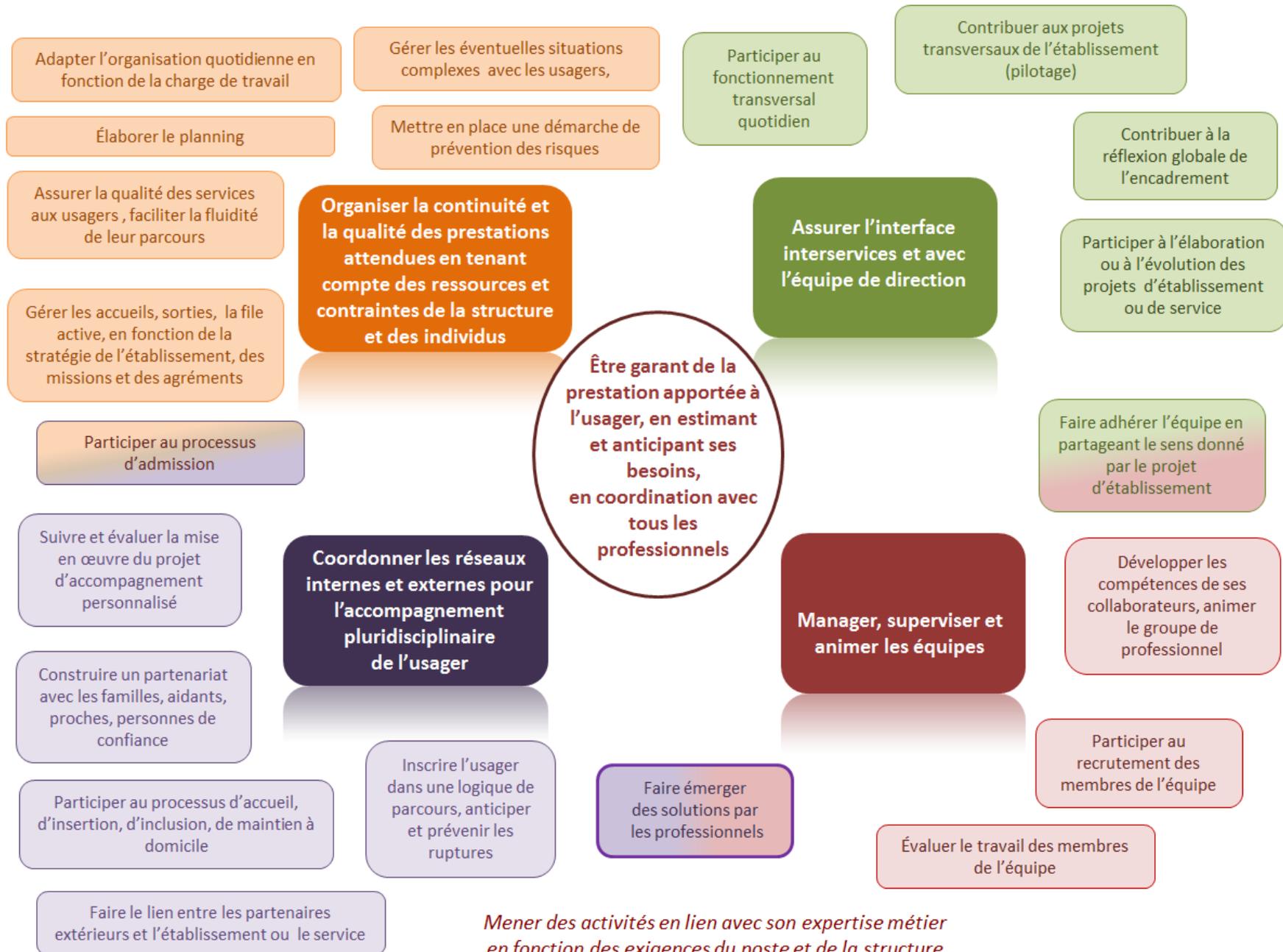
Ces quatre grands domaines d'activités identifiés caractérisent le profil de l'encadrant de proximité d'une équipe exerçant dans le secteur médico-social. Ils sont constitués d'un socle d'activités et de sous-activités menées au sein d'un établissement ou service médico-social ou d'un réseau sur un territoire.

■ La part de l'autonomie et de la décision

Si le référentiel décrit avec un certain niveau de détails les activités, sous-activités et savoirs nécessaires pour les mener à bien, il n'est ni exhaustif ni définitif.

En effet, il y a, dans chaque activité, une marge de manœuvre qui dépend à la fois de la gouvernance de la structure, et de la part d'autonomie qu'elle considère légitime de laisser aux encadrants, tout autant que de leur volonté de s'en emparer. Quoiqu'il en soit, chaque encadrant peut proposer un mode d'exercice personnalisé qui laisse place à la créativité et à l'innovation. Il peut ainsi être un modèle de fonctionnement pour les équipes qu'il anime. Cette place accordée à ces professionnels du management est aussi un levier de performance au bénéfice des usagers et du personnel de la structure.

Schéma II – Référentiel des activités et sous-activités



■ Tableaux I – Activités du profil de l'encadrant de proximité

Organiser la continuité et la qualité des prestations attendues en tenant compte des ressources et contraintes de la structure et des individus

Assurer la qualité des services aux usagers, faciliter la fluidité de leur parcours

Identifier, évaluer les besoins spécifiques des usagers et organiser les prestations en fonction de la mission définie (évaluer, analyser)

Se tenir informé sur l'évolution des orientations des politiques de santé et du médico-social (être en veille)

Se tenir informé sur la réglementation, les normes, leur évolution et participer à leur mise en œuvre et / ou les appliquer (être en veille)

Être garant de la mise en œuvre des recommandations et bonnes pratiques publiées par la HAS et l'ANESM (décliner, mettre en œuvre)

Participer et / ou conduire une démarche qualité des services rendus aux personnes accompagnées (mode projet)

Elaborer des procédures et protocoles pour la mise en œuvre des activités spécifiques réalisées auprès des personnes accueillies (construire)

Veiller à la traçabilité de l'activité en mettant en œuvre les écrits professionnels adéquats (accompagner et former)

Organiser et veiller à la transmission des informations transdisciplinaires nécessaires entre les professionnels (organiser)

Communiquer les analyses et estimations de besoins, mettre en œuvre les prestations accompagnement, soins, hébergements... (informer, renseigner)

Organiser, répartir, planifier et structurer dans un temps défini et selon les ressources de la structure, du territoire (organiser)

Adapter l'organisation quotidienne en fonction de la charge de travail

Évaluer quotidiennement les activités et la charge de travail si besoin avec l'appui d'outils (évaluer le travail)

Repérer les situations critiques générant un surcroît d'activités et de charge travail (prendre appui sur le vécu, l'expérience)

Identifier les solutions et / ou les organisations mises en œuvre (capitaliser)

Repérer les ressources : dans l'équipe, dans la structure, auprès des partenaires, sur le territoire (optimiser l'organisation, si possible en mobilisant d'autres ressources)

Affecter les professionnels auprès des usagers en fonction de leur expertise et des besoins spécifiques de ces derniers (manager, conduire, adapter)

Participer, mettre en place et faire vivre la gestion des risques au quotidien par des interventions de proximité (décliner, mettre en œuvre)

Anticiper l'organisation par des procédures et / ou protocoles, notamment en cas d'absence non programmée du personnel (formaliser)

Élaborer le planning

Recenser les besoins de l'organisation : les prestations requises par les personnes accompagnées (estimer, apprécier)

Analyser et déduire les compétences et expertises requises pour les accompagnements (analyser, conclure)

Organiser les présences en tenant compte des besoins collectifs, des métiers, du rythme des personnes accompagnées, notamment au domicile (organiser, manager)

Gérer les absences imprévues en mobilisant des solutions de remplacement, adapter le planning, adapter l'organisation (adapter, réguler)

Faire du planning un support de réflexion sur l'organisation, la répartition des activités et tâches, l'adaptation aux besoins des personnes accompagnées (manager, négocier, co-construire)

Élaborer un planning prévisionnel au regard de la réglementation et dans le respect des conventions, statuts... (respecter la réglementation)

Concilier les droits des personnels et les droits des usagers, qualité de vie au travail et qualité des accompagnements

Gérer les accueils et sorties des personnes, la file active, en fonction de la stratégie, des missions et des agréments

Participer à la politique de gestion des accueils, début d'accompagnements, sorties, orientations, réorientations (cogérer, être force de proposition)

Anticiper d'un point de vue matériel et organisationnel les accueils, début d'accompagnement, sorties, orientations, réorientations (estimer les besoins, organiser)

Participer ou gérer les listes d'attente, selon ses missions (cogérer, co-décider)

Anticiper l'organisation pour assurer la continuité des prestations sur les parcours des personnes (continuité et prévention des ruptures)

S'informer des dossiers, de l'évolution des personnes, de leur ressources et / ou limites dans une logique de programmation (évaluer, adapter)

Selon les personnes accompagnées, organiser la continuité des accompagnements en prenant appui sur les ressources du territoire et / ou de la structure (relayer, mettre en lien)

Mettre en place une démarche de prévention des risques

Se tenir informé sur la réglementation, les normes, leur évolution et participer à leur mise en œuvre et / ou les appliquer (être en veille)

Repérer, anticiper des situations potentiellement à risque (diagnostiquer, analyser)

Participer, mettre en œuvre une démarche de gestion des risques (conduire, co-conduire)

Accompagner, former, informer, coordonner les équipes, les usagers dans le cadre de la démarche (enseigner, convaincre, expliquer)

Déclarer (ou veiller à la déclaration) des événements indésirables ou organiser leur déclaration (informer, suivre, réguler)

Participer ou analyser les déclarations, mettre en œuvre des mesures correctives (agir, décider, co-décider, démarche de résolution de problèmes)

Veiller à l'organisation de la formation des équipes aux gestes d'urgence et aux situations à risques (évaluer, manager, former, contrôler)

Gérer les éventuelles situations complexes avec les usagers

Se tenir informé des événements et des évolutions (analyser, comprendre)

Écouter, analyser, apaiser la situation (prendre du recul)

Anticiper, repérer les événements potentiellement perturbants (évaluer, anticiper)

Venir en appui des professionnels chargés de l'accompagnement de la personne (manager, soutenir, animer)

Au besoin, mobiliser des intervenants extérieurs (repérer les ressources, les compétences)

Capitaliser les expériences, les comportements, les solutions (optimiser, construire, renforcer)

Coordonner les réseaux interne et externe pour l'accompagnement pluridisciplinaire de l'utilisateur

Participer au processus d'accueil, d'insertion, d'inclusion, de maintien à domicile

Activité à conduire au sein d'une équipe, en partenariat avec les référents de projet, ou à réaliser selon les cas

Veiller à la pertinence et la qualité des informations du dossier personnalisé, le renseigner (traçabilité, rigueur, fiabilisation)

Rencontrer les familles en amont, avec l'accord de la personne, selon la réglementation (construire, favoriser, maintenir un partenariat avec les familles, proches, aidants)

Estimer en partenariat, les besoins spécifiques de l'utilisateur, son environnement, son potentiel, ses ressources, ses difficultés (co-analyser, co-évaluer, co-conduire)

Participer à la décision d'admission, d'accueil, d'orientation... proposer des solutions selon le choix de l'utilisateur (co-décider)

Repérer les moyens nécessaires pour faciliter la poursuite du projet de la personne (construire, favoriser la continuité)

Suivre et évaluer la mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé

Activité à conduire au sein d'une équipe, en partenariat avec les référents de projet, ou à réaliser selon les cas

Participer au recueil des informations nécessaires à l'élaboration du projet personnalisé, ou le « faire faire » (conduire, mettre en œuvre, mode projet)

Contribuer, veiller à la formalisation du projet par une personne compétente de l'équipe (conduire, suivre, contrôler)

Organiser et suivre la mise en œuvre des objectifs du projet personnalisé par les équipes, les familles, les personnes ressources du droit commun

Veiller à l'évaluation et au réajustement, périodiquement, en fonction de l'évolution de l'utilisateur (réguler, adapter)

S'assurer de la qualité de la formalisation du projet et de la traçabilité des informations (traçabilité, reporting)

Construire un partenariat avec les familles, aidants, proches, personnes de confiance

Activité à conduire au sein d'une équipe, en partenariat avec les référents de projet, ou à réaliser selon les cas

S'informer des demandes et des déclarations des familles et des proches

Évaluer l'investissement de chaque famille dans la prise en charge de l'utilisateur (construire, favoriser les partenariats)

Rencontrer périodiquement les familles avec l'accord de la personne accompagnée (communiquer, rassurer)

Mobiliser les familles en tant que de besoin selon leurs ressources

Soutenir, renseigner les familles et les aidants de leurs droits et de leurs devoirs

Assurer en tant que de besoin une fonction d'interface entre la famille et les équipes

Être garant de l'expression des familles et proches, d'un espace d'échange

Évaluer ou former les professionnels à l'évaluation de la situation de l'aidant, des ressources, des besoins, des risques d'épuisement... (manager, former, animer)

Faire émerger des solutions par les professionnels

Organiser des temps de réunions réguliers dédiés à chaque usager (animer, conduire des temps collectifs)

Aborder systématiquement les difficultés rencontrées et faciliter l'échange de regards et l'émergence de solutions (animer, faciliter la pluridisciplinarité)

Animer, soutenir et repérer les expériences positives et transférables (développer les compétences)

Inscrire l'usager dans une logique de parcours, anticiper et prévenir les ruptures

Activité à conduire au sein d'une équipe, en partenariat avec les référents de projet, ou à réaliser selon les cas

Écouter les professionnels et repérer les situations évocatrices de crise dans une logique de prévention et de diagnostic (repérer, diagnostiquer)

Mobiliser des intervenants et proches autour de l'accompagnement de l'usager (prendre appui sur les ressources)

Mobiliser les partenaires présents sur le territoire : offre de services, de prestations, droit commun (s'informer des ressources, construire des liens, des partenariats)

Projeter collectivement le parcours selon la personne, ses attentes, ressources et limites (anticiper les objectifs, le parcours le plus en amont possible)

Faire le lien entre les partenaires extérieurs et l'établissement ou le service

Organiser des collaborations avec des partenaires extérieurs : réseaux ou intervenants (construire des liens, des partenariats)

Mobiliser les partenaires en tant que de besoin (activer, contacter)

Collaborer avec d'autres structures de la même association (ressources internes, transversalité)

Être en veille sur l'organisation de l'offre sur son territoire... (se tenir informé)

Manager, superviser et animer les équipes

Faire adhérer l'équipe en partageant le sens donné par le projet d'établissement

Participer et faire participer les équipes aux travaux relatifs à l'élaboration du projet d'établissement ainsi qu'à sa mise en œuvre et à son suivi (savoir négocier, transmettre...)

Communiquer auprès des équipes les orientations et projets (informer, former, expliquer, faire le lien)

Harmoniser les pratiques au sein des équipes, autour de la prise en charge de l'usager, et gérer la pluridisciplinarité (construire la cohérence)

Nommer des professionnels référents pour le suivi d'un groupe d'utilisateurs et les accompagner

Participer à la mise en œuvre d'une démarche qualité de vie au travail avec un objectif de performance

Participer au recrutement des membres de l'équipe

Participer à la définition des besoins (analyse de la charge de travail, des prestations, des besoins en compétences)

Contribuer à la définition des postes à pourvoir (les missions, les compétences)

Contribuer aux entretiens de recrutement (conduire des entretiens)

Définir un parcours d'intégration et / ou intégrer les nouveaux venus dans l'équipe (organiser le tutorat, l'accueil)

Évaluer le travail des membres de l'équipe

Mener les entretiens professionnels (évaluation, formation, objectifs...)

Estimer les besoins en compétences et en formation

Repérer les « talents », les personnes ressources, au sein de l'équipe

Accompagner individuellement les parcours professionnels si besoin

Développer les compétences de ses collaborateurs, animer le groupe de professionnels

Gérer les conflits entre professionnels (analyse des jeux de pouvoir, médiation)

Réunir, s'appuyer sur les ressources des professionnels et répartir les missions (savoir déléguer)

Favoriser les échanges de pratiques entre professionnels et les partages de connaissances (créer du lien, réassurer, renforcer)

Intégrer et former les nouveaux collaborateurs et les stagiaires, ou mettre en œuvre le processus d'accompagnement et d'intégration

Repérer les besoins en compétences liés à l'évolution des besoins du public et former et / ou proposer des actions de formation adaptées

Contribuer directement à la formation de l'équipe (soutien pédagogique, favoriser l'apprentissage interne)

Partager l'information issue de la veille documentaire, juridique, réglementaire, professionnelle

Animer des réunions d'équipe pour assurer le partage des connaissances et compétences

Faire le lien avec les organismes de formation

Assurer l'interface interservices et avec l'équipe de direction

Contribuer à la réflexion globale de l'encadrement

Participer à des réunions régulières avec les cadres et la direction (s'informer, être force de proposition)

Transmettre des informations analysées, proposer des solutions (reporting, transmettre, argumenter)

Participer à la démarche d'élaboration du plan de formation, le mettre en œuvre (garantir les connaissances et les qualifications)

Participer au dialogue social de l'établissement (informer, échanger, consulter, négocier)

Représenter la filière ou l'équipe auprès des autres équipes pour articuler les différents domaines de prestations (être acteur de la cohérence, favoriser les liens)

Représenter l'établissement auprès des partenaires, des usagers (être l'ambassadeur de sa structure, rechercher et consolider les partenariats)

Participer à l'élaboration ou à l'évolution des projets d'établissement ou de service

Participer aux réunions de projet, piloter des actions (adhérer au projet d'établissement, contribuer à son élaboration et déploiement)

Contribuer à la réflexion avec l'appui de l'équipe, impliquer les professionnels (informer, co-construire, faire le lien)

Être acteur de la mise en œuvre des politiques publiques, désinstitutionnalisation, inclusion en milieu de vie ordinaire (être en veille, faire évoluer sa pratique, contextualiser, adapter)

Contribuer aux projets transversaux de l'établissement (pilotage)

Assurer un rôle de pilote, de référent, de chef de projet selon les missions (conduire, décliner, accompagner, mettre en œuvre)

Élaborer ou/ou piloter des projets transverses de l'établissement (articuler, faire les liens, décloisonner)

Assumer un rôle de référent sur des problématiques transverses (être garant de la qualité, de la gestion des risques...)

Représenter l'établissement sur le territoire dans des groupes de travail (construire une dynamique partenariale, produire collectivement, former d'autres professionnels)

Participer au fonctionnement transversal quotidien

Coordonner l'information et le fonctionnement, participer aux réunions interservices (articuler, faire le lien)

Gérer les stocks en articulation avec le service logistique (optimiser le fonctionnement des équipes, analyser les besoins)

Assurer la gestion du matériel et en suivre la maintenance (garantir la sécurité, gérer les risques, contrôler, réguler)

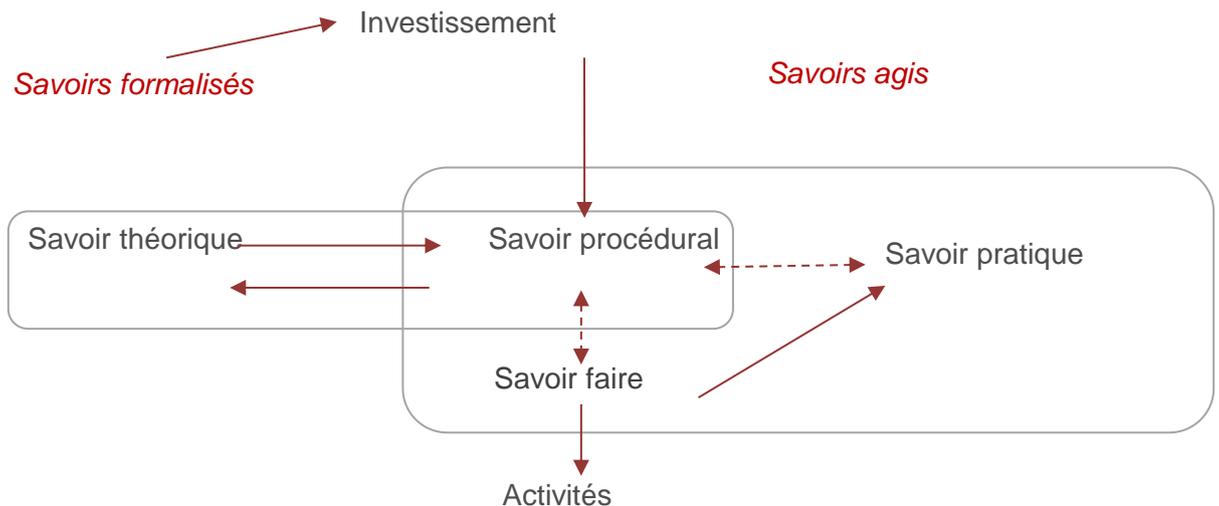
Faire appliquer les procédures d'entretien du matériel (décliner, informer, contrôler, former)

Contrôler la connaissance et l'application de l'ensemble des mesures de sécurité : incendie, hygiène, prévention, risques infections...

Mener des activités en lien avec son expertise métier, en fonction des exigences du poste et de la structure

■ Compétences requises pour le socle d'activités

Comme l'illustre le schéma ci-dessous, les savoirs sont en dynamique, en tension. Ils évoluent, se nourrissent mutuellement et se transforment. Ainsi, le jeu de la formalisation permet-il de transformer un savoir-faire en savoir procédural, qui décompose l'acte ou le geste en pas de procédures. De même, un savoir pratique (l'expérience qu'on a des choses) peut-il donner lieu à un savoir procédural transmissible, et donc accessible au plus grand nombre. C'est ainsi que le « rouge cerise » qui permettait aux aciéristes de savoir que la coulée était prête a été mis en équation pour permettre l'automatisation des procédures de fonderie.



À propos des savoirs

Gérard Malglaive décrit quatre catégories de savoir : le savoir théorique, le savoir procédural, le savoir pratique et le savoir-faire²⁵.

Les trois premiers donnent les éléments de connaissance du réel :

Le **savoir théorique** (ou connaissances) : c'est le socle constitué par les connaissances, ou encore le « savoir proprement dit » ; il (...) donne à connaître les lois d'existence, de constitution, de fonctionnement du réel (...). Le savoir théorique est donc le fondement indispensable de l'efficacité des savoirs qui règlent l'action : les savoirs procéduraux.

Le **savoir procédural** (ou procédures, techniques, méthodes) : c'est aussi le savoir méthodologique, l'ensemble des procédures qui gouvernent et permettent l'action : le savoir procédural (...) est souvent confondu avec le savoir-faire, dans la mesure où il gouverne la pratique et que tout « faire » suppose des procédures.

Le **savoir pratique** (ou expérience) : c'est un savoir non formalisé, acquis par la pratique, et revendiqué dans les années 1960, lors de la « révolte des OS », sous le nom de « savoir ouvrier » : ce savoir pratique est beaucoup moins structuré et codifié que ne l'est le savoir théorique, ou même que ne le sont les savoirs procéduraux, même s'il peut lui arriver d'atteindre la rationalité dans la mesure où il reflète l'efficacité de l'action sur un réel qui n'est pas un cahot incohérent (...). Il comble en quelque sorte les interstices (...) et, sans être indicible, il dit le plus souvent, de manière à vrai dire parfois approximative, ce que théories et procédures codifiées ne peuvent pas dire.

Le **savoir-faire** quant à lui s'investit dans l'action : c'est sans doute la notion la plus familière, la plus observable ; il s'agit souvent d'un savoir procédural automatisé : le savoir-faire peut désigner les gestes singuliers d'une pratique, ce que les Anglo-saxons appellent des « skills », terme souvent traduit par « habiletés », des comportements, ce

²⁵ Enseignant-chercheur en Sciences de l'éducation, auteur de publications sur la formation des adultes.

qui manifeste non seulement la possibilité de produire les actes de cette pratique mais encore de le faire avec dextérité et adresse.

De la compétence au talent

L'appropriation des savoirs et la mobilisation des compétences peuvent être originales et intrinsèquement liées à la personnalité d'un professionnel du fait de son histoire, de ses capacités, de son expérience ou de sa créativité. Ces talents sont une ressource précieuse dans les équipes et dans les structures. Les résultats de cette étude s'inscrivent dans un contexte et un environnement. Le référentiel qui en découle propose des activités et compétences pluridisciplinaires. Il n'est pas exhaustif et laisse toute possibilité aux professionnels de proposer des pratiques spécifiques, complémentaires et innovantes.

■ Tableaux II – Compétences pour mener les activités

Organiser la continuité et la qualité des prestations attendues en tenant compte des ressources et contraintes de la structure et des individus

Connaissances	Savoirs procéduraux	Expériences
La réglementation, les lois		Les aptitudes et capacités des personnels et du planning
Notions de droit social et textes réglementaires		La répartition équitable des charges et des interventions et selon les compétences
Le projet d'établissement, le projet associatif	Les outils de dématérialisation des écrits	L'ambiance des services : équipes et usagers
Les missions et agréments de l'établissement	Les procédures de l'établissement	Les situations sources de performance et production
La convention collective de rattachement	Le processus d'admission, les bilans d'orientation...	Le comportement des familles et proches
Les spécificités du public accueilli	Le réseau de partenaires, les conventions	La complexité ou la difficulté de la prise en charge de certains usagers
Les normes et recommandations de bonnes pratiques (HAS, ANESM etc.)	Les outils de la qualité et de la gestion des risques	L'adaptation de l'utilisateur nouvellement accueilli à son environnement (intégration)
Les systèmes d'information	Les outils et techniques de résolution de problème	Les situations à risque, les situations ressources
L'environnement institutionnel, territorial	Les accords d'entreprise	Le risque de survenue d'une crise
Les parties prenantes dans le territoire	L'organisation du temps de travail dans l'entreprise	Les ressources au sein de l'équipe
Le Projet d'accompagnement individualisé (PAI)	Les procédures d'accueil, d'entrée, de sortie...	Les relations avec les partenaires et professionnels sur le territoire
La gestion des risques, matéro-vigilance	L'organisation quotidienne pour les usagers	...
La démarche qualité	L'organisation des prestations pour les usagers	
Le plan bleu	Les dossiers des usagers et leurs particularités	
Règles d'hygiène et de sécurité	Les procédures de gestion des événements indésirables	
Les théories de l'organisation du travail	Les procédures d'élimination des Déchets à risques infectieux (DARI)	
Psychosociologie du groupe	Les procédures relatives à la sécurité des personnes	
La réglementation sur la prévention des risques associés aux soins en MAS, FAM et EHPAD	...	
Le management, la conduite de projet...		
	Savoir-Faire	
	Être en veille sur la réglementation et toute information en lien avec sa mission	
	Décliner et mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques	
	Conduire, piloter les démarches qualité en mode projet	
	Construire et élaborer des outils, des procédures et des protocoles (participer)	
	Organiser le circuit des informations et la transversalité auprès des professionnels	
	Coordonner l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du PAI	
	Prendre connaissance quotidiennement des événements, les analyser	
	Exploiter les informations recueillies lors des transmissions ou autres réunions	
	Analyser un dysfonctionnement et définir des modalités de résolution	
	Organiser les prestations en fonction des contraintes économiques et environnementales	
	Analyser le dossier de l'utilisateur, être à l'écoute des évolutions pour proposer une orientation	
	Anticiper les évolutions, associer la famille, prendre appui sur les équipes	
	Repérer un changement de comportement de l'utilisateur et anticiper une crise	
	Gérer les situations de crise lors de leur survenue	
	Analyser en équipe les crises pour capitaliser l'expérience, faciliter l'anticipation de futures crises et adapter la prise en charge	
	Faire preuve de réactivité ou de distance dans la prise en compte des aléas	
	Repérer les risques de rupture et les potentiels dans le parcours de l'utilisateur	
	Repérer les ressources et les limites dans la continuité des accompagnements des personnes	
	Contrôler la bonne utilisation et le respect du matériel	
	Utiliser les différents outils bureautiques et solutions informatiques spécifiques	
	Organiser le planning quotidiennement en tenant compte des contraintes	
	Organiser quotidiennement l'activité en fonction de son analyse des besoins	
	Déterminer les affectations de personnel en fonction des particularités des usagers	
	Convaincre, négocier, co-construire, informer, faire du lien, évaluer....	
	...	

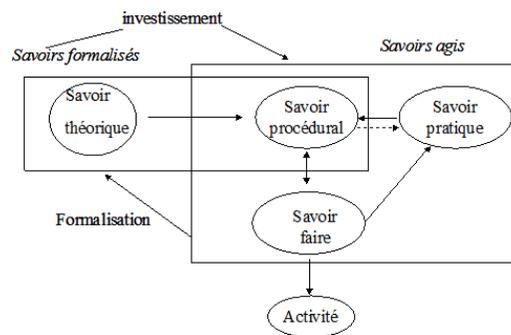


schéma de la combinaison dynamique des savoirs
d'après Gérard Malglaive

Coordonner les réseaux interne et externe mobilisés autour de la prise en charge pluridisciplinaire de l'usager

Connaissances

Les différents établissements relevant de la même association ou groupe
 Le réseau des partenaires de l'établissement
 La représentation des usagers
 Le Conseil de Vie Sociale
 Le Projet d'accompagnement individualisé (PAI)
 Les lois relatives aux droits des usagers
 Les dimensions sociologiques de la perte d'autonomie
 Les ressources sur un territoire, le droit commun
 Le rôle et le fonctionnement de la MDPH
 Les normes et recommandations de bonnes pratiques (HAS, ANESM etc.)
 L'environnement institutionnel et l'offre territoriale
 ...

Savoirs procéduraux

Les outils relatifs aux droits des usagers
 Les techniques d'entretien et de communication
 Les différentes formes d'entretien
 Les techniques de négociation et de médiation
 La place des familles dans l'institution et ses limites
 Les conventions de partenariat signées
 Les dossiers des usagers et leurs particularités
 La liste d'attente des dossiers
 Les ressources techniques disponibles sur le territoire
 Les procédures, protocoles, outils pour garantir le maintien à domicile
 Les métiers et compétences ressources
 Les compétences transversales
 ...

Expériences

L'impact du positionnement de la famille sur la prise en charge
 Les situations familiales ressources ou conflictuelles
 Les professionnels ressources
 Les informations à transmettre en fonction du destinataire
 Les relations avec les partenaires et les professionnels
 L'impact de la désinstitutionnalisation
 Les parcours des personnes accompagnées
 L'animation pluridisciplinaire
 ...

Savoir-Faire

Consulter la structure ou le(s) service(s) en amont du parcours de l'usager
 Mener des entretiens avec les familles, proches, aidants, écouter, informer
 Accompagner les familles à accepter la situation de perte d'autonomie de l'usager
 Faire le lien entre les familles, les équipes, la direction
 Aider les familles à maintenir l'autonomie de l'usager
 Associer les familles dans le PAI si possible, selon la réglementation
 Coordonner l'élaboration du PAI et, le cas échéant, nommer des référents
 Favoriser le maintien du lien entre l'usager, sa famille, ses proches, toute ressource personnelle
 Travailler en interdisciplinarité et permettre le croisement de points de vue professionnels
 Reformuler, adapter le langage pour transmettre les informations
 Prendre appui sur les personnes ressources (équipes, familles...) et favoriser l'émergence de solutions communes
 Inscrire l'accompagnement dans une logique de parcours
 Identifier les risques de rupture
 Organiser des groupes d'analyse de la pratique inter-établissements
 Utiliser les ressources sur le territoire selon les besoins de la personne
 Renseigner et/ou suivre la traçabilité des informations dans le dossier
 Être garant d'une démarche de co-construction du PAI avec l'usager
 Articuler les ressources internes et externes pour favoriser l'atteinte des objectifs du PAI
 Coordonner les actions et interventions avec le corps médical ou paramédical dans et hors l'établissement
 Identifier les demandes des familles, participer à la gestion des plaintes
 Convaincre, négocier, co-construire, informer, faire du lien, évaluer
 ...

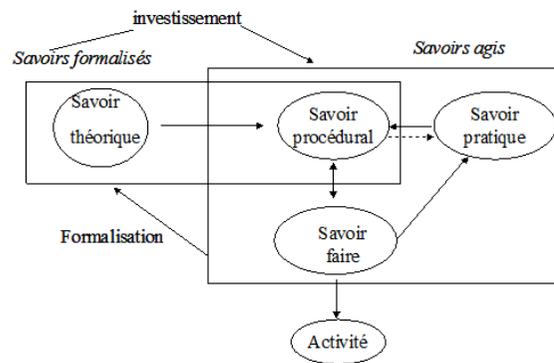


schéma de la combinaison dynamique des savoirs d'après Gérard Malglaive

Manager, superviser et animer les équipes

Connaissances

Notions de sociologie des organisations
 Notions de psychologie du travail
 Théories et concepts sur le management
 La réglementation des professionnels de santé et du travail social
 La réglementation de la formation
 Le volet RH du projet d'établissement
 Notions de dynamique de groupe
 Le projet d'établissement et le projet associatif
 La prévention des Risques psycho sociaux et la qualité de vie au travail
 Les théories de la communication
 Notions de pédagogie des adultes
 ...

Savoirs procéduraux

La procédure de l'établissement en matière de :
 recrutement, intégration, évaluation
 Les référentiels d'activités et de compétences des professionnels
 Les profils ou fiches de poste
 Le plan de formation de l'établissement
 Le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)
 Les techniques d'animation et de conduite de réunion
 Les outils de la pédagogie
 La gestion des conflits
 Les outils et dispositifs de management de l'établissement
 Les livrets d'accueil des professionnels et des stagiaires

Expériences

Les modes managériaux adaptés
 Les spécificités de chaque membre de l'équipe
 Ses propres limites et ses propres compétences
 Les relations interpersonnelles
 Les risques de conflit dans l'équipe
 La posture ou le positionnement de cadre de proximité
 Les compétences de l'équipe
 Les marges de manœuvre managériales et décisionnelles
 Les situations d'épuisement professionnel
 ...

Savoir-Faire

Fédérer l'équipe et partager le sens de l'action donné par le projet d'établissement et / ou de service
 Faire partager les valeurs portées par les chartes de l'établissement et des personnes accueillies

Organiser des réunions de service et les animer

Adapter son mode managérial à la situation

Expliquer et transmettre les informations en veillant à leur appropriation par l'équipe

Garder sa crédibilité par la cohérence de ses actions au regard de ses propos

Organiser des délégations à bon escient pour mobiliser l'équipe et les contrôler

Contrôler et sanctionner ; rappeler la règle

Donner des signes de reconnaissance

Utiliser les ressources existantes

Utiliser les outils numériques

Conduire un entretien

Reformuler et concilier les points de vue liés aux différents métiers

Coordonner les différentes compétences à l'œuvre

Mettre en œuvre des actions de protection de la santé au travail

Organiser des formations des équipes et y participer éventuellement en tant que formateur

Organiser des moments d'analyse réflexive

Savoir s'impliquer et savoir prendre la distance en fonction des situations

Rendre compte des difficultés de fonctionnement et alerter

Prendre les initiatives nécessaires et savoir décider

Aider l'équipe à définir ses propres marges de manœuvre

Organiser une veille stratégique

Repérer en continu les besoins en compétences pour alimenter le plan de formation

Encadrer des stagiaires et organiser le tutorat

Convaincre, négocier, co-construire, informer, faire du lien, évaluer...

...

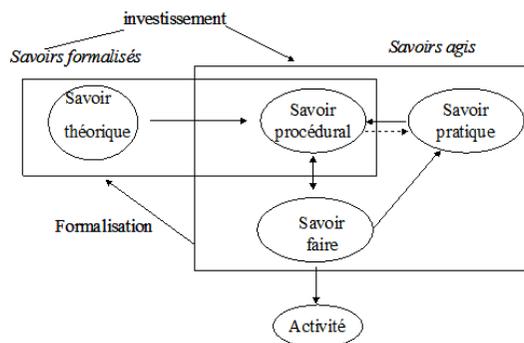


schéma de la combinaison dynamique des savoirs
 d'après Gérard Malglaive

Assurer l'interface interservices et avec l'équipe de direction

Connaissances

Le projet d'établissement et le projet associatif
 L'organigramme et l'organisation de la structure
 Les instances représentatives du personnel
 Les instances de décision
 Les droits des usagers et de leurs proches
 Notions de financement et budget dans les ESMS
 Les ressources sur un territoire, le droit commun
 Le rôle et le fonctionnement de la MDPH
 Les normes et recommandations de bonnes pratiques (HAS, ANESM etc.)
 L'environnement institutionnel et l'offre territoriale
 La gestion et conduite de projet...

Savoirs procéduraux

Le fonctionnement des instances de décision
 Les techniques de conduite de projet
 Le fonctionnement des autres services
 La gestion des matériels et des stocks
 Les procédures de gestion des risques
 Les procédures relatives à la sécurité des personnes
 La démarche d'élaboration du plan de formation
 Les écrits professionnels
 ...

Expériences

Le fonctionnement en mode projet
 Ses marges de manœuvre au sein de l'équipe de direction
 Les relations avec les partenaires
 La posture ou le positionnement de cadre de proximité
 Les compétences de l'équipe
 Les marges de manœuvre managériales et décisionnelles
 Les situations à risque, les situations ressources
 L'ambiance des services : équipes et usagers
 Les situations sources de performance et production
 ...

Savoir-Faire

Organiser des espaces d'échanges pour gérer et faciliter les flux d'information
 Recueillir l'information avec méthode, réaliser des tableaux de bord et/ou les renseigner, analyser, transmettre
 Décliner un projet associatif, d'établissement, le mettre en œuvre et le rendre opérationnel
 Communiquer à ses équipes les décisions de la direction
 Faire remonter à l'équipe de direction des informations provenant de ses propres équipes
 Repérer les risques, alerter sur les problèmes de sécurité
 Analyser les situations, proposer des solutions
 Rédiger des comptes rendus, formaliser des écrits (protocoles)
 Utiliser les outils numériques
 Créer du lien et favoriser la cohérence entre les services
 Communiquer autour du positionnement de son service
 Mettre à profit les projets transversaux pour échanger des pratiques et prendre du recul
 Participer, être moteur du travail en partenariat sur le territoire
 Participer à l'élaboration de projets et y associer les équipes
 Repérer, proposer des ressources extérieures et/ou innovantes
 Contextualiser les actions, les décisions, utiliser des outils pédagogiques
 Convaincre, négocier, co-construire, informer, faire du lien, évaluer....

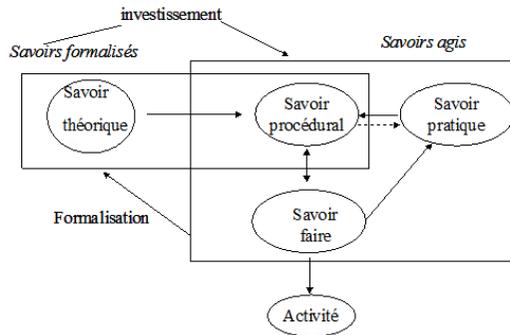


schéma de la combinaison dynamique des savoirs
 d'après Gérard Malglaive



Synthèse et perspectives

- **L'encadrement de proximité : une fonction clé pour garantir la qualité d'accompagnement des usagers**

Posture professionnelle : entre technicien référent et encadrant

Là où hier l'expertise métier était un gage de compétence pour un encadrant, aujourd'hui sont attendues des compétences plus transversales en matière de management, d'animation d'équipe, de gestion de projet, d'attribution et d'évaluation du travail.

Cette fonction prend son sens actuel dans le cadre d'un projet d'établissement définissant les missions et les valeurs qui les sous-tendent.



Le maintien de l'expertise initiale et la poursuite de l'exercice du métier de base avant d'accéder à la fonction de cadre de santé, d'infirmier coordinateur, de chef de service ou de cadre de l'intervention sociale, est au cœur du débat.

Cette situation renvoie au positionnement identitaire du professionnel, partagé entre ces deux cultures dans sa pratique quotidienne, surtout quand il n'a pas bénéficié d'une formation sur la fonction d'encadrement.

Cette problématique se pose également dans d'autres secteurs d'activités. L'intérêt est que cela rassure les équipes. Ces compétences « métiers » plus techniques renforcent la légitimité managériale du cadre ou de l'encadrant auprès des professionnels.

Les encadrants rencontrés lors des entretiens expriment un besoin de partager avec leurs pairs positionnés dans la même fonction, des réflexions et des pratiques autour de l'animation d'équipe et du management.

Répondre aux enjeux forts du secteur et gérer la complexité



Les enjeux auxquels est confronté ce secteur d'activités sont régulièrement mentionnés par les démographes et la gouvernance publique. La recomposition de l'offre territoriale dans un contexte de raréfaction des ressources renforce la désinstitutionnalisation et implique un bouleversement des pratiques de l'ensemble des acteurs et structures concernées sur les territoires.

L'anticipation des situations vers le « zéro sans solution », la recherche d'un équilibre entre les ressources, la charge de travail et la lourdeur de certains accompagnements requièrent des formations spécifiques pour adapter les compétences.

Aujourd'hui, la grande majorité des métiers et des secteurs d'activités perçoivent leur environnement comme très complexe. Les évolutions importantes en termes de réglementation, d'organisation et d'offre territoriale remettent en question la pratique quotidienne des encadrants. Bien que la gestion de la complexité ne soit pas spécifique au secteur du médico-social, les évolutions de l'environnement sont, dans ce contexte, vécus par les encadrants rencontrés comme une pression permanente.

La fonction d'encadrement impactée par les évolutions

De fait, ces changements réitérés nécessitent des ajustements conséquents pour une déclinaison des politiques publiques qui doivent trouver une traduction concrète dans les

accompagnements des équipes, parfois dans des délais impératifs, parfois à plus long terme.

Le contexte actuel de réformes n'est pas toujours facile à saisir par les professionnels notamment quand ils ont l'impression que les évolutions vont à l'encontre de ce qu'ils considèrent être une « bonne prise en charge ».



L'acceptation de contraintes économiques ne va pas de soi, pas plus que les évolutions des orientations politiques liées à la prise en compte de recherches scientifiques dans leur champ.

Ainsi la mise en œuvre des bonnes pratiques pour les troubles envahissants du développement, liées à l'accroissement des connaissances en neurosciences, génère-t-elle quelques résistances.

Il en est de même pour le développement des outils informatiques, la télémédecine, la dématérialisation des échanges qui préoccupent les professionnels. La crainte que la technologie prenne le pas sur l'intervention humaine et ne réponde pas au besoin relationnel des personnes isolées est perceptible.

Pour autant, l'encadrant est un acteur clé pour mener et accompagner ces changements. Il est reconnu dans ces missions par les dirigeants qui expriment la nécessité de soutenir les cadres et d'agir sur leur formation et l'accompagnement de leurs pratiques professionnelles.

Renforcer la cohésion par le management et la gestion des équipes

Les encadrants relatent leurs difficultés à faire cohabiter et travailler ensemble des professionnels du soin et des professionnels de l'éducatif et du social. Selon l'enquête, cette problématique peut être accentuée par l'organisation mise en place comme, par exemple, la répartition de l'activité par pôles disciplinaires (soins, thérapeutiques, éducatif, pédagogique...).

Certaines structures ont mis en place une organisation et un dispositif managérial permettant de regrouper et d'animer les équipes pluridisciplinaires autour d'un accompagnement global de l'utilisateur.



Travailler ensemble nécessite un langage commun et des repères partagés sur les situations professionnelles et les modalités d'accompagnement. Les avancées scientifiques et les traitements qui en découlent ne sont pas toujours appliqués et compris, surtout quand ils se heurtent à des modalités d'accompagnement reposant sur des conceptions diversifiées de la pathologie. C'est par exemple le cas des personnes atteintes de pathologies psychiatriques et/ou présentant des troubles envahissants du développement. La problématique est également observée dans le secteur de la personne âgée.

Si l'encadrement garantit la mise en œuvre et la qualité des prestations, en déclinant le projet d'établissement, il doit mobiliser des savoir-faire en communication et en pédagogie pour permettre aux professionnels de s'approprier les enjeux et les politiques de santé.

La gestion de la pluridisciplinarité et le décroisement reposent sur des nouvelles connaissances et compétences pour faire cheminer des équipes autour du projet de vie des usagers.

Anticiper et prévenir : un pilotage formalisé

L'anticipation est souvent posée comme une nécessité pour l'encadrement et les équipes. L'ensemble des situations, qu'il s'agisse entre autres, de la gestion de crise, des relations

avec les familles, des conflits au sein de l'équipe, de la qualité de vie au travail, exigent une posture proactive et anticipatrice.

La prévention et l'anticipation sont identifiées dans les activités, transversalement sur l'ensemble des domaines de compétences. C'est un enjeu qui doit s'inscrire dans les bonnes pratiques.

Elles nécessitent à la fois réflexivité et prise de recul pour sortir de l'envahissement du quotidien. Elles impliquent surtout la capacité de structurer un pilotage et de conduire des équipes, d'accompagner des usagers et leurs proches en maintenant le cap autour d'un fil conducteur centré sur l'accompagnement de l'utilisateur. Le cadre véhicule le sens, le traduit et le co-construit avec ses équipes.

■ Leviers d'actions pour l'accompagnement des pratiques professionnelles

Au sein des structures, le socle d'activités partagées est plus ou moins formalisé dans le cadre d'une stratégie de l'équipe de direction. Il répond nécessairement à une logique de contextualisation au regard des profils de la population accueillie et inévitablement de la restructuration de l'offre sur le territoire.

Pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles, cette étude révèle l'importance de mobiliser des leviers d'actions multiples et complémentaires dans une approche systémique impliquant l'ensemble des partenaires.

Pour ce faire, des équipes de directions se sont emparés de la question pour mieux se centrer sur l'utilisateur, s'appuyer sur ses compétences, ses ressources et ses limites afin de mener des interventions efficaces et adaptées.

L'accompagnement des équipes pour l'évolution des pratiques professionnelles s'appuie concrètement sur une définition de la stratégie dans le projet d'établissement et la mise en œuvre d'un dispositif organisationnel, lui aussi porteur de sens, autour du parcours de l'utilisateur.

Il ressort que chaque structure met en œuvre une démarche éminemment contingente. Face à l'évolution des besoins, les réponses à mettre en place s'appuient sur l'histoire et les valeurs de la structure, ses catégories professionnelles et son implantation territoriale.

L'enquête de terrain a permis de dégager des invariants et de proposer un modèle pour une démarche opérationnelle d'accompagnement des pratiques professionnelles. Au-delà des spécificités de chaque établissement, la réussite des projets repose sur la mobilisation simultanée de plusieurs leviers organisationnels.

Quatre domaines de thématiques sont identifiés au sein des structures rencontrées :

la gouvernance : l'intégration des politiques publiques dans le projet d'établissement avec les projets de vie et de soins intégrés, le diagnostic des besoins de la population accompagnée, l'articulation avec la démarche d'évaluation interne et externe, le plan de formation en phase avec les besoins et objectifs, la stratégie formalisée autour de valeurs...

le dispositif organisationnel : la définition de la coordination et de la communication internes, les réunions, les fiches de postes, la nomination de référents des personnes accompagnées, la répartition des activités et l'organisation de la pluridisciplinarité, les fiches métiers...

les ressources et outils : l'offre de services à disposition sur le territoire et/ou toute autre ressource relevant du droit commun, le dossier partagé de la personne accompagnée, les outils d'analyse et/ou d'évaluation, les supports pour la rédaction des projets personnalisés, les référentiels, les outils de communication, le partenariat avec les familles ou les aidants...

le dispositif d'accompagnement des pratiques professionnelles : les recommandations de bonnes pratiques, le contenu des connaissances théoriques, les orientations des politiques publiques, l'analyse de la pratique pour le développement de compétences professionnelles, l'entretien professionnel annuel, le management de proximité des équipes...

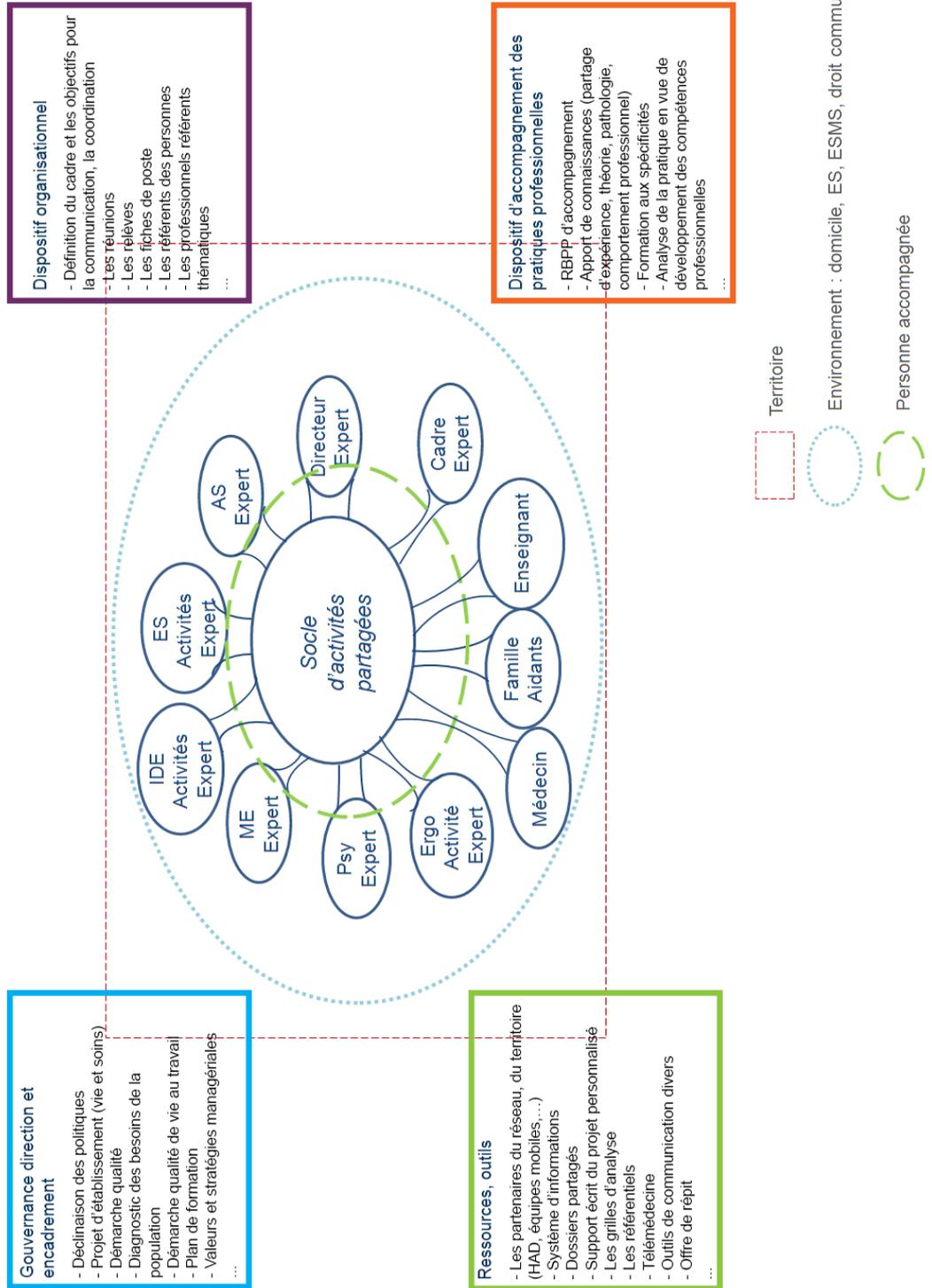
Ces quatre domaines articulés contribuent à faciliter l'accompagnement des pratiques professionnelles. Les démarches d'adaptation face à l'évolution des publics sont plus ou moins structurées, plus ou moins formalisées, plus ou moins conceptualisées. Elles émergent dans les discours des professionnels qui en véhiculent, à leur manière ou avec des éléments de langage partagés, le sens, les effets et les limites.

L'objectif de cette proposition de modèle n'est pas de prétendre avoir inventé une méthode. Il s'agit de s'emparer de réalisations et de pratiques de terrain performantes, de les reprendre et de les transférer par l'intermédiaire puis d'une palette d'outils permettant leur essaimage et leur opérationnalisation.

L'expérimentation d'une formation-action est actuellement en phase d'ingénierie en partenariat avec les acteurs de la formation, les gestionnaires et les encadrants de proximité. Cette formation-action, réalisée *in situ* est un des outils proposés pour soutenir l'accompagnement des pratiques professionnelles.

Modélisation pour une cohérence de l'activité

Modélisation systémique d'une démarche d'accompagnement des pratiques professionnelles autour du parcours de la personne accompagnée



Dossier réalisé par le PRAO



Approfondissement : retours d'entretiens sur les activités et les trajectoires professionnelles des encadrants de proximité

1. La fonction d'encadrement de proximité : des activités composites.....44
2. Les trajectoires et parcours de proximité.....50

■ Les objectifs

Cette étude est centrée sur le récit de vie professionnelle des encadrants de proximité. L'observation des activités exercées dans le cadre de la fonction, recensées et décrites dans le référentiel, mais aussi les parcours et trajectoires professionnels des encadrants rencontrés font l'objet d'illustrations.

Ce document d'observation vient en complément du référentiel d'activités et de compétences des encadrants.

■ La méthodologie

L'enquête s'est déroulée sur une période de 3 mois dans le département de l'Ain au sein de 16 établissements ou services : pour enfants handicapés (IME, ITEP, SESSAD), pour adultes handicapés (FAM, MAS, FV) et pour personnes âgées dépendantes (EHPAD et SSIAD).

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 102 professionnels, dont 25 encadrants de proximité :

- 4 infirmières coordinatrices (IDEC)
- 6 cadres de santé
- 9 cadres de service social (chef de service éducatif, cadre socio-éducatif, etc.)
- 6 autres encadrants

Parallèlement

- des entretiens ont été menés auprès de dirigeants d'organismes de formation, de gestionnaires de formation et de responsables d'associations,
- l'atelier « encadrants » organisé par l'ARS dans le cadre du Temps fort du 23 juin 2015 consacré aux « Stratégies managériales pour le médico-social de demain » a été exploité.

Il s'agit donc d'une enquête qualitative qui ne recherche pas la représentativité statistique mais qui privilégie au contraire la diversité des situations pour l'exercice de la fonction d'encadrement.

Ce document d'observation s'articule en deux parties.

La première s'attache à illustrer les activités identifiées et présentées dans le référentiel à l'aide de citations extraites des entretiens.

La seconde partie propose une analyse des trajectoires professionnelles des encadrants rencontrés : modalités d'accès à la fonction, logiques de parcours à partir des frises chronologiques, ressources mobilisées, etc.

Afin de préserver l'anonymat des professionnels rencontrés, les informations relatives aux personnes et aux structures ont été limitées.

1. La fonction d'encadrement de proximité : des activités composites

La mission globale de l'encadrant de proximité en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) est définie dans le référentiel de la façon suivante : « **être garant de la prestation apportée à l'utilisateur, en coordination avec tous les professionnels et en estimant et en anticipant ses besoins** ».

Cette définition illustre le rôle pivot de l'encadrant au sein des ESMS.

Selon les professionnels rencontrés lors des entretiens, cette mission globale d'encadrement de proximité peut se décliner en 4 grands domaines d'activités, schématisés dans la cartographie des activités et sous-activités (cf. schéma II p. 17) :

- organiser la continuité et la qualité des prestations attendues, en tenant compte des ressources et contraintes de la structure et des individus ;
- coordonner les réseaux interne et externe mobilisés autour de la prise en charge pluridisciplinaire de l'utilisateur ;
- manager, superviser et animer des équipes ;
- assurer l'interface interservices et avec l'équipe de direction.

Pour chacun de ces grands domaines d'activités, des illustrations de terrain rendant compte d'une réalité d'exercice opérationnel de la fonction d'encadrement et de mise en œuvre de ces activités ont été sélectionnées parmi les entretiens. Ces témoignages non exhaustifs concrétisent le quotidien professionnel des encadrants de proximité.

■ Organiser la continuité et la qualité des prestations attendues

Le premier grand domaine d'activités met l'accent sur **la finalité de l'intervention des encadrants de proximité, centrée sur la gestion du parcours des usagers**.

Selon une Infirmière coordinatrice (IDEC) au sein d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :

« La mission spécifique de l'encadrant vise la prise en charge globale du patient pour le maintien de sa santé. L'encadrant fait accomplir différents actes, en étant le garant de la mise en œuvre, de la continuité et de la qualité des soins ». Comme l'affirme un Chef de service éducatif, « je suis garant de la prise en charge des personnes accueillies (...) et garant des projets personnalisés ».

Un sujet est abordé quasi systématiquement par les professionnels rencontrés, comme un exercice imposé et complexe : **l'élaboration des plannings de travail et l'adaptation de l'organisation quotidienne en fonction des aléas**.

Pour un cadre de santé au sein d'un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD), « la gestion de l'organisation du travail et la préparation des plannings prennent beaucoup de temps ».

Une IDEC au sein d'un SSIAD précise :

« La préparation des tournées des aides-soignantes et infirmières au domicile des patients prend du temps. Même en utilisant des logiciels *ad hoc*, l'exercice reste compliqué. C'est un casse-tête pour gérer les imprévus, les absences des professionnels pour maladie ou encore les absences des patients qui ont des rendez-vous à l'extérieur au moment habituel d'intervention de l'équipe... »

Le Chef de service d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) explique qu'il est :

« garant de l'élaboration des plannings et des horaires, afin de gérer au mieux les programmes individuels d'accompagnement définis pour chaque jeune. J'organise des rencontres entre les profs et les éducateurs de journées pour travailler sur des projets. »

Un second thème est souvent mis en avant par les encadrants : **comment assurer la qualité des services rendus aux usagers, en veillant notamment à la traçabilité de l'activité par des écrits professionnels.**

Un encadrant au sein d'un EHPAD affirme : « C'est important de tracer ce que l'on fait. Avec certains résidents, on est particulièrement vigilants à renseigner nos activités, pour pouvoir répondre lorsque certains prétendent que des soins n'ont pas été faits ».

Comme l'évoque une IDEC en SSIAD, « du fait qu'on a un suivi quotidien et des échanges entre membres de l'équipe, on arrive à évaluer l'évolution de la situation de l'utilisateur. Parfois, on peut anticiper une crise, en ajustant les services rendus à la personne ».

L'engagement dans une démarche qualité « protocolaire » semble moins prégnant chez les professionnels de la filière éducative.

■ **Coordonner les réseaux interne et externe autour de l'accompagnement de l'utilisateur**

Le second grand domaine d'activités porte sur la fonction de coordination exercée par les encadrants de proximité. Comme l'affirme l'encadrant d'un EHPAD, « j'assure l'interface entre les résidents, leurs familles, le personnel soignant et les médecins ».

Les encadrants sont impliqués dans **le processus d'admission des usagers et la mise en place des projets d'accompagnement personnalisé.**

L'encadrant d'un SSIAD explique : « Je participe aux visites d'évaluation chez le futur patient, aux côtés de l'infirmière coordinatrice. Cela m'aide à valider ensuite le plan de soins proposé par l'IDEC ».

Un chef de service en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) insiste sur sa responsabilité dans la gestion du parcours des usagers :

« Mon premier rôle commence lors de l'admission avec l'accueil de la famille et la rencontre de l'enfant. Je porte la responsabilité de la mise en place des projets individuels d'accompagnement (PIA). Chaque projet est construit avec la famille, l'équipe pluridisciplinaire (psychiatre, éducateur référent...). Je suis présent lors de la signature du PIA. C'est le socle sur lequel on s'appuie tout au long de l'année. Le PIA est évalué tous les ans. »

Le chef de service d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) précise :

« Le PIA formalise les attentes des parents, les objectifs visés pour les enfants. L'établissement met en face des moyens. Au bout de 6 mois on évalue tout. C'est moi qui suis garant de ça. C'est important car ça redonne du sens au projet de l'enfant ».

Les relations avec les familles des usagers sont souvent abordées comme un point très important, potentiellement source de tensions. Un encadrant en EHPAD insiste sur « les exigences des familles de résidents, qui sont parfois démesurées ». Selon une IDEC exerçant en SSIAD, « il est parfois compliqué de mettre en accord les attentes des familles et l'organisation du travail au sein du service ». Plusieurs professionnels reconnaissent l'importance d'avoir du tact avec les familles, « d'être diplomates ».

Un chef de service éducatif explique : « On met à distance les enseignants avec les familles, c'est moi qui fais le lien : je fais le tampon entre les profs et les familles ». Un

autre ajoute : « On joue beaucoup le rôle de tiers entre les parents et l'institution scolaire (primaire, collège, lycée) ».

Pour beaucoup de professionnels, le travail avec les familles est important et se développe. Un fort besoin d'accompagnement est formulé : comme le reconnaît un encadrant en EHPAD, « je souhaiterais suivre une formation sur la gestion des relations avec les familles. Car ce n'est pas facile de trouver la bonne distance et cela peut causer des tensions et des difficultés ».

Pour assurer un accompagnement global de l'utilisateur, un levier d'action consiste à faire le lien entre l'ensemble des professionnels impliqués au sein de la structure. L'encadrant en EHPAD poursuit : « On fait des entretiens avec les familles, la psychologue, le médecin coordinateur et la directrice pour montrer qu'on est une équipe, et qu'on est tous sur la même longueur d'ondes. On est bien au courant de ce que chacun fait ».

Un chef de service en SESSAD insiste sur l'importance de la communication : « Mon travail c'est un travail d'écoute, de transmission et de communication autour des projets. C'est important de faire le lien entre les volets pédagogique, thérapeutique et éducatif. Il ne faut pas cliver et toujours placer l'enfant vraiment au centre ».

Les encadrants coordonnent aussi les relations avec les partenaires extérieurs. Par exemple, un encadrant d'une structure de maintien à domicile a noué des liens étroits avec les hôpitaux du territoire. Il peut s'agir de gérer des périodes d'hospitalisation d'utilisateurs jusqu'alors suivis à domicile par la structure ; ou aussi de préparer une première admission pour un suivi à domicile, rendu nécessaire après un séjour à l'hôpital. Ces relations peuvent être complexes, car il faut parfois gérer des urgences et les hôpitaux exercent des pressions pour que le retour à domicile s'effectue dans des délais très courts. Des compétences en matière de négociation sont souvent requises.

Dans le même ordre d'idées, un chef de service éducatif gère les partenariats avec des structures extérieures :

« Je m'occupe du réseau et du partenariat avec des associations pour permettre l'accès à des équipements spécifiques que nous n'avons pas en interne, comme un bassin pour la balnéothérapie, une salle sensorielle pour des publics présentant des troubles autistiques. Je gère aussi les relations avec des structures médico-sociales ayant des équipes mobiles, ou encore des associations d'hospitalisation à domicile pour gérer la fin de vie ».

Un encadrant d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) insiste sur l'importance de faire connaître auprès des partenaires du territoire les prestations proposées : « Je vais à la rencontre des médecins et des infirmières. Je fais le tour des partenaires et même auprès du club des anciens pour montrer que notre service a toute son utilité dans la société ».

Développer un tel maillage de partenariats de proximité nécessite de bien connaître l'offre de services disponible, les acteurs présents sur le territoire et les principales institutions. Une telle vision globale permet de renforcer les coopérations.

■ Manager, superviser et animer les équipes

Le troisième grand domaine d'activités porte sur la fonction de management et d'animation exercée par les encadrants de proximité. Il s'agit du cœur de métier d'encadrant. Selon le cadre d'un établissement de personnes âgées dépendantes, « ma fonction est reconnue ici : je suis le chef d'orchestre dans l'établissement. Les équipes ont besoin de ça : j'organise, j'ai une vision large ».

Cette fonction centrale comporte des facettes multiples, avec entre autres, l'animation des équipes, la gestion des recrutements, l'évaluation du travail et l'accompagnement du développement des compétences.

Animer le groupe de professionnels est une composante majeure de l'activité. Les encadrants mettent en place et animent des réunions de coordination hebdomadaires ou parfois quotidiennes. Ce sont des moments d'échanges cruciaux. Comme le reconnaît le chef du service éducatif, « il faut que les équipes sentent qu'elles ne sont pas seules, qu'elles peuvent compter sur moi en cas de besoin, sans barrière. Je fais le tour des professionnels pour recueillir les infos du jour et de la nuit ». Un autre chef de service éducatif précise : « Je redistribue la parole pour construire quelque chose par rapport à l'enfant. J'aide les équipes à aider les enfants ». Plusieurs chefs de service éducatif insistent sur l'importance d'« être à l'écoute des équipes ».

La fonction de management comprend aussi **le recrutement** de nouveaux collaborateurs et la gestion du **processus d'intégration** au sein des équipes. Le chef de service éducatif explique : « je mets en place pour les nouvelles personnes embauchées des rendez-vous tous les 15 jours, pour voir comment se passe leur intégration. Cela permet à la personne de mettre le pied à l'étrier et pour moi, de mieux la connaître ». Un suivi spécifique est souvent mis en place pour accompagner les professionnels recrutés dans le cadre de remplacements ponctuels.

Concernant **l'évaluation du travail et le développement des compétences** des membres de l'équipe, un chef de service précise : « Je fais un management de situation. Je peux être très directif dans certains cas, par exemple face à des exigences réglementaires ; mais aussi faire du coopératif ».

Une infirmière coordinatrice (IDEC) au sein d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) évoque des situations professionnelles difficiles : « Parfois, la prise en charge de certains patients est si lourde que certains collaborateurs n'y arrivent pas. J'organise alors des groupes de partage d'expériences et chacun présente ses « trucs » ou ses propositions pour surmonter la difficulté à gérer ».

Un chef de service éducatif précise : « Ma posture managériale consiste à faire émerger les solutions par les professionnels et ce n'est pas toujours rassurant. Favoriser les idées de chacun plutôt que d'imposer, c'est du chemin. C'est un management participatif quotidien avec beaucoup d'explicatif sur le changement ». Un tel mode de management participatif favorise le développement des compétences et l'implication au sein des équipes, en permettant de prendre en compte les propositions des uns et des autres, plutôt que d'imposer d'emblée une façon de faire.

Un autre chef de service éducatif ajoute : « je suis très sensible au travail de co-construction : je rends acteurs les éducateurs ».

Au-delà d'activités de management transversales, l'encadrant de proximité peut aussi, selon la situation, **mener des activités en lien avec son expertise métier**. C'est particulièrement le cas pour les infirmières coordinatrices (IDEC), et dans une moindre mesure pour les chefs de service issus de la filière des éducateurs spécialisés.

Comme l'exprime une IDEC d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, « je suis à la fois dedans et dehors ». Pour certaines activités, cet encadrant est « dans le soin avec ses collègues » et mobilise ses compétences techniques de soignant. Une IDEC reconnaît : « Je peux servir de variable d'ajustement, pour remplacer une infirmière pendant ses congés ».

D'autres activités l'amènent à se sentir « en dehors », lorsqu'elle assure un rôle de coordination.

Selon les situations, le professionnel est en posture de technicien référent ou en posture d'encadrement, avec un curseur mobile entre les deux.

La posture professionnelle d'encadrement des chefs de service éducatif est, la plupart du temps, légitimée par une formation en management. Ce positionnement, lié à l'identité

professionnelle de réseau, chère à Claude Dubar²⁶, demande à être confirmée pour les infirmières coordinatrices qui s'appuient sur leur expertise « métier » pour asseoir leur légitimité.

■ Assurer l'interface interservices avec l'équipe de direction

Le quatrième grand domaine d'activités porte sur la fonction d'interface entre les services et la direction. Il s'agit de susciter l'adhésion des membres des équipes au projet de l'établissement, en explicitant le sens global.

Pour mobiliser les équipes, partager le sens global de l'action est crucial. Par exemple, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement soutient le développement de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Ces services assurent à la fois les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et celles d'un service d'aide à domicile.

La mise en place de ces SPASAD nécessite la mobilisation des encadrants et des directions, pour préparer le rapprochement de structures existantes et développer la coordination des activités d'aide et de soins. Comme le reconnaît un cadre, « j'exerce mon métier de gestionnaire en projetant l'association dans un avenir proche ». Un directeur affirme : « je crois beaucoup dans le développement des SPASAD. Nous devons travailler la cohérence entre le plan de soins et le plan d'aide ».

Dans le cas des SPASAD, les cadres présentent aux équipes les nombreux intérêts pour les personnes âgées : les usagers ne sont plus obligés de faire appel à deux services distincts ni de coordonner eux-mêmes leurs interventions. Les démarches sont facilitées et le suivi d'ensemble s'effectue avec un interlocuteur unique.

Ces évolutions engendrent un changement conséquent des pratiques professionnelles qui nécessite un accompagnement et une communication entre les équipes, l'encadrement et la direction. Un chef de service éducatif reconnaît : « Je suis à la fois l'oreille et le porte-parole de l'équipe ».

Les encadrants de proximité sont souvent impliqués dans des projets transversaux, comme la démarche qualité. Un chef de service éducatif explique : « Je fais partie de l'équipe de direction. Comme nous sommes une petite équipe, mes prérogatives sont larges. Je suis pilote qualité : j'ai mis en place des outils, une démarche d'évaluation et d'amélioration continue ».

Une cadre de santé reconnaît : « C'est intéressant de travailler de façon transversale. On ne se sent pas seule. On peut échanger avec d'autres cadres ».

■ Conduire des activités annexes

Certains professionnels exercent des activités annexes. Par exemple, ils peuvent intervenir dans les cursus de formation initiale et contribuer par leur expérience à l'amélioration de l'accompagnement des étudiants/stagiaires.

Certains apprécient de participer aux sélections de candidats à l'entrée en formation et aux jurys d'examen, notamment pour des diplômes comme le CAFERUIS (Certificat d'aptitude à la fonction d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale / chef de service intervention sociale). Comme l'indique un chef de service : « J'ai donné des cours sur la gestion de conflit et je fais aussi passer des sélections d'entrée en écoles d'éducateurs ou de moniteurs éducateurs ».

Un autre chef de service précise : « Je participe au jury de CAFERUIS et rencontre d'autres professionnels dans ce cadre, c'est bien ».

²⁶ Claude Dubar, *La crise des identités – L'interprétation d'une mutation*, PUF, 2007.

Les attentes des directions vis-à-vis de l'encadrement de proximité

1. Des spécificités du secteur médico-social liées à la coordination et à l'accompagnement du parcours des usagers

Lors de la journée « Temps fort RH médico-social » du 23 juin 2015 organisée par l'ARS Rhône-Alpes, le directeur des ressources humaines d'une importante association de la région a affirmé qu'au-delà d'un volet transversal, le management dans le médico-social devait intégrer des spécificités propres au secteur : « Les compétences attendues des cadres du secteur social et médico-social sont sans doute liées à la culture de ce secteur, qui nécessite une façon de manager différente ».

La particularité de la fonction d'encadrement de proximité en ESMS est d'être centrée sur la coordination du parcours de l'usager. Les encadrants sont amenés à :

- développer une veille sur l'évolution des politiques publiques d'accompagnement des usagers, comme la désinstitutionnalisation et l'intégration dans le milieu de vie ordinaire ;
- préparer la déclinaison opérationnelle de ces enjeux politiques, en analysant les impacts de ces évolutions sur les services proposés et sur l'organisation des activités ;
- expliciter les évolutions retenues aux équipes afin de susciter leur adhésion.

2. Un volet managérial généraliste et transversal

Au travers des entretiens conduits auprès des directeurs, il ressort que la fonction d'encadrement de proximité en établissements médico-sociaux comporte un volet managérial généraliste qui est transversal, quelle que soit la spécificité des publics accompagnés.

Des transferts de bonnes pratiques managériales issues d'autres secteurs d'activité que le sanitaire et social peuvent être des apports pertinents sur les sujets suivants :

- management participatif ;
- pilotage de la qualité ;
- entretiens professionnels d'évaluation et plan de formation ;
- approche de la complexité et intelligence de l'action ;
- conduite de projet et mode de délégation ;
- conduite de réunion, distribution de la parole à tour de rôle ;
- gestion des partenariats et capacité de négociation.

Il s'agit de mobiliser à la fois des compétences d'ordre stratégique, tout en ayant recours à une « boîte à outils » de management très opérationnelle.

De ce fait, selon les directeurs rencontrés, une ouverture progressive du secteur à des professionnels non issus du secteur médico-social commence à s'opérer. Cette évolution offre des possibilités de diversification dans les recrutements.

Ceci dit, l'analyse des parcours professionnels présentée dans la partie suivante qui s'appuie sur les entretiens réalisés ne rend pas compte de cette ouverture car ces « nouveaux profils » n'ont pas été rencontrés dans les établissements visités.

2. Les trajectoires et parcours de proximité

Une diversité de parcours professionnels mène à la fonction d'encadrement de proximité dans le secteur médico-social.

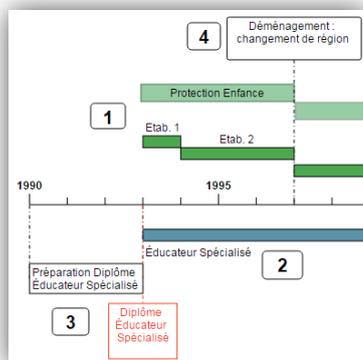
Pour rendre compte des différentes trajectoires individuelles, une approche longitudinale a été privilégiée.

Les professionnels rencontrés ont ainsi été amenés à retracer les principales étapes de leur parcours antérieur en termes de scolarité, de formation, d'expériences professionnelles en suivant le fil chronologique.

Chaque récit de vie professionnelle recueilli à travers les entretiens a été synthétisé par une frise qui fait ressortir des logiques de parcours :

- les postes et emplois occupés, les **expériences accumulées antérieurement** à l'entrée dans la fonction ;
- les **motivations** de cette prise de poste ;
- les **mobilités** éventuelles lors de l'entrée en fonction ;
- les **parcours de formation** : formation initiale, formation continue ;
- les **modes d'entrée** dans la fonction ;
- les **accompagnements** à la prise de poste ;
- les **projets**, les perspectives d'évolution.

L'analyse de ces parcours singuliers a permis d'identifier et de dégager des points communs.



Détail d'une frise de parcours professionnel

Chaque frise élaborée présente quatre catégories d'informations :

1. les types d'établissements employeurs ;
2. les postes occupés et fonctions exercées ;
3. les formations suivies et diplômes obtenus ;
4. les événements d'ordre privé qui ont eu un impact sur les trajectoires professionnelles (naissance, déménagement, etc.).

Pour préserver l'anonymat des professionnels rencontrés, les informations relatives aux structures et aux personnes ont été limitées.

Rappelons que les situations et parcours observés et décrits ici sont issus des entretiens réalisés dans 16 établissements et services médico-sociaux, auprès de 25 professionnels exerçant une fonction d'encadrement de proximité et ne visent pas l'exhaustivité.

En effet, la méthode utilisée (enquête qualitative par entretiens) n'a pas vocation à être représentative au sens statistique mais favorise la variété, la diversité.

2.1. Les parcours professionnels antérieurs

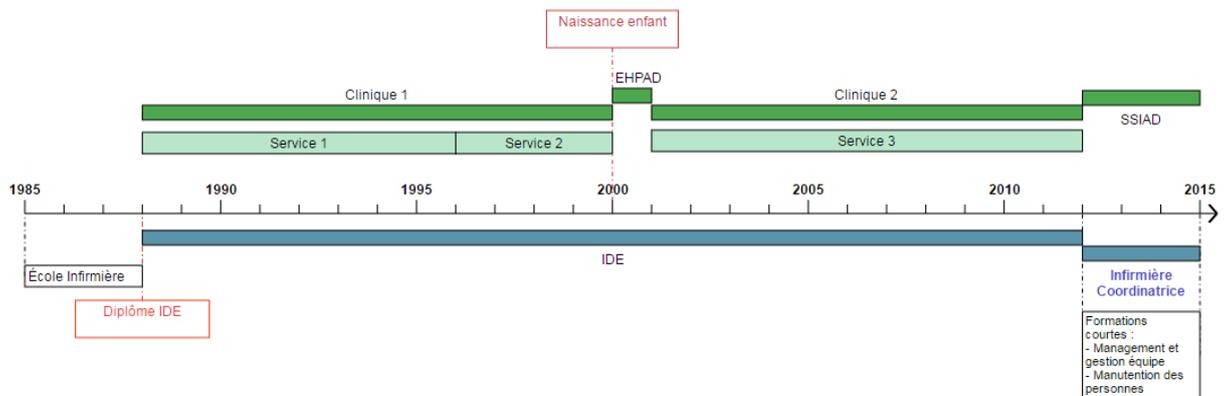
■ Pour tous, une seconde partie de carrière

L'accès au poste d'encadrant ne s'opère pas directement après la sortie du système scolaire. En effet, aucun encadrant rencontré n'a accédé au poste directement après une formation initiale.

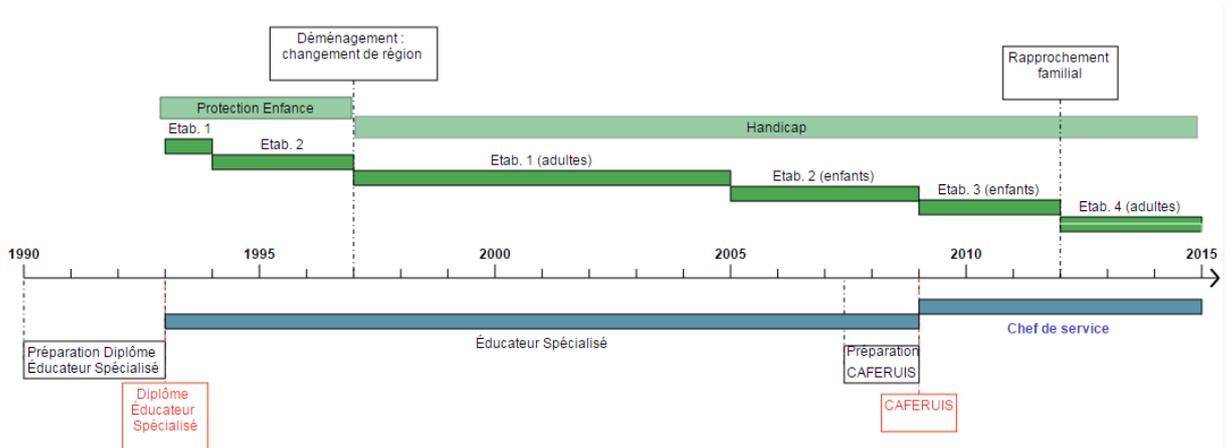
De surcroît, les trajectoires observées se caractérisent toutes par une expérience professionnelle antérieure dans le secteur social, médico-social ou sanitaire. L'accès à la fonction s'inscrit dans une logique de continuité.

Dans tous les cas, il s'agit d'une évolution ascendante, qui apparaît pour nombre de professionnels comme une évolution « logique » du poste précédemment occupé.

Infirmière (IDE) pendant 24 ans, Mme S. évolue vers les fonctions d'Infirmière coordinatrice (IDEC).

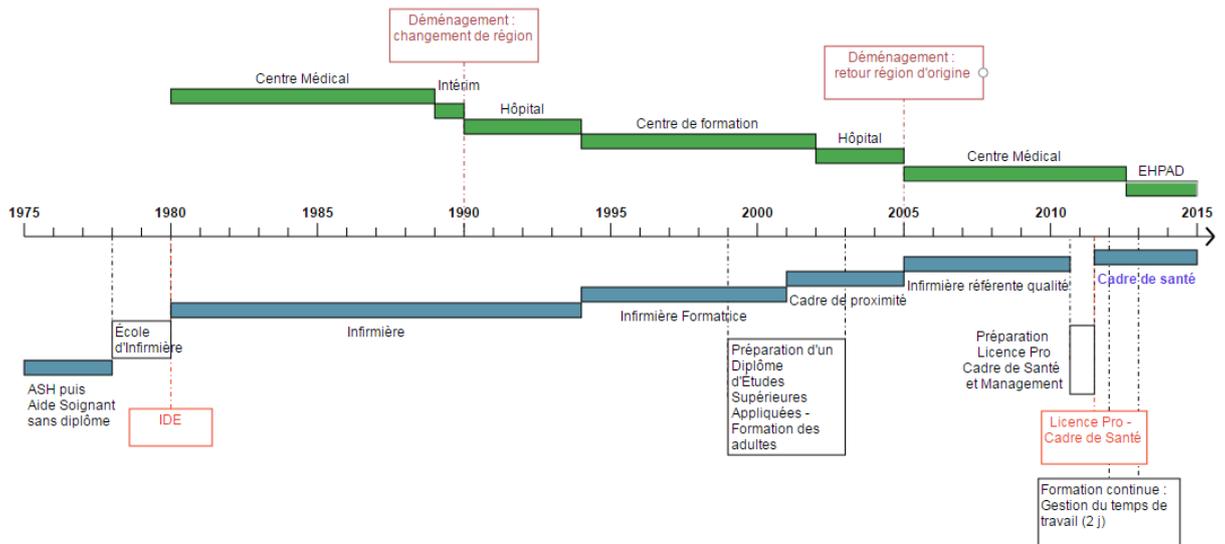


Éducateur spécialisé pendant 16 ans, M. R. devient Chef de service éducatif.

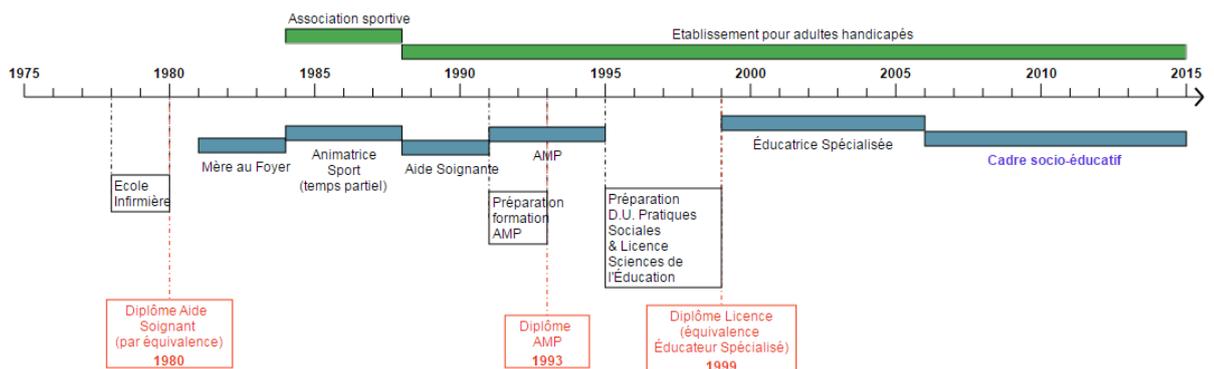


Pour certains professionnels, l'évolution vers le métier d'encadrant est le fruit d'un long cheminement de plusieurs années après leur entrée dans le secteur. Ces professionnels ont connu une forte mobilité professionnelle ascendante.

Mme G. a quitté l'école à 17 ans. Elle a travaillé comme Agente des services hospitaliers (ASH) puis a occupé un poste d'AS (aide-soignant) sans le diplôme pendant 3 ans, avant de reprendre des études d'infirmière. Elle exerce en tant qu'IDE pendant 14 ans puis devient infirmière formatrice. 7 ans plus tard, elle devient cadre de proximité dans un hôpital puis infirmière référente qualité. Après la validation d'un diplôme de niveau II (Licence professionnelle Cadre de santé et management), elle occupe désormais un poste de cadre de santé dans un EHPAD.

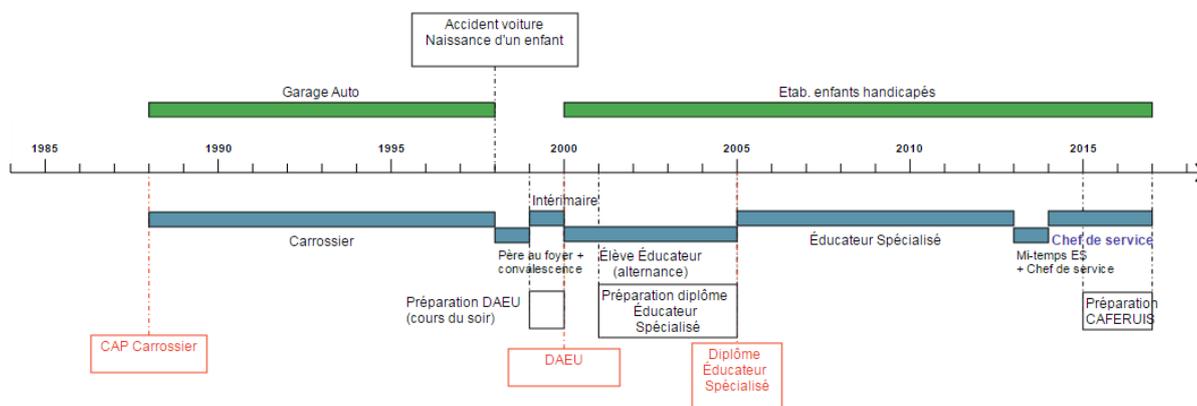


Mme A. a débuté en tant qu'AS (aide-soignant) puis AMP (aide médico-psychologique) avant de devenir éducatrice spécialisée. Elle occupe aujourd'hui un poste de cadre socio-éducatif.

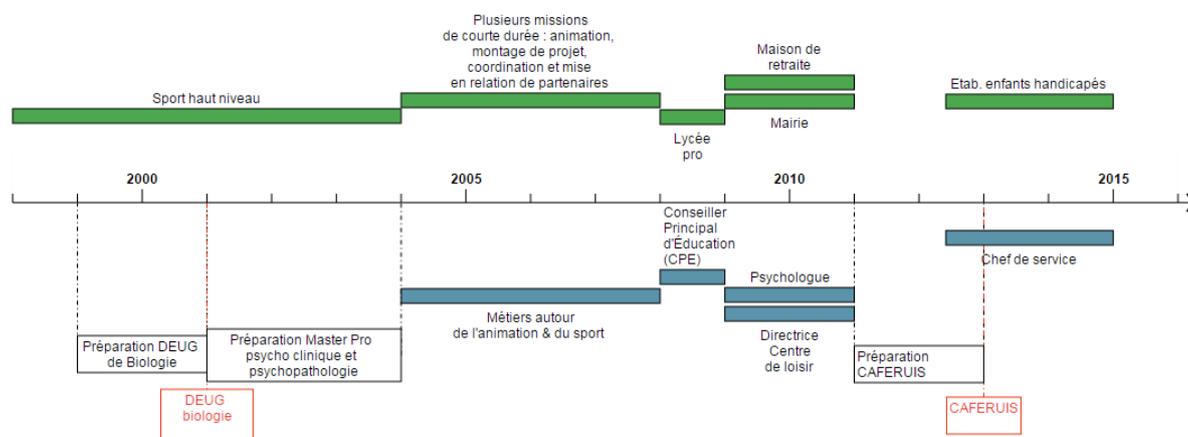


Quelques encadrants ont connu un début de carrière professionnelle dans un autre secteur d'activité avant de se réorienter vers le médico-social. Si cette reconversion constitue pour certains une véritable rupture dans leur parcours, elle est pour d'autres l'une des trajectoires possibles dans le prolongement d'expériences antérieures (dans l'animation ou le sport par exemple).

Titulaire d'un CAP carrossier constructeur, M. G travaille dans un garage automobile pendant 10 ans. Suite à un accident rendant le travail physique difficile et à la naissance de son 1^{er} enfant, il envisage une reconversion professionnelle et prépare le DAEU en cours du soir. Dans le même temps, sa pratique d'une activité en club l'amène à côtoyer des jeunes en situation de handicap et leurs éducateurs. Ces derniers l'informent des besoins de recrutement dans leur structure. Il est embauché et commence une formation d'éducateur spécialisé en alternance dans les mois qui suivent. Il est aujourd'hui chef de service.



Mme P. a préparé un Master professionnel en psychologie tout en pratiquant un sport de haut niveau. Elle enchaîne ensuite les expériences professionnelles de courtes durées dans l'animation, le montage de projet, la coordination et la mise en relation de partenaires. Parallèlement, elle occupe un poste de psychologue en maison de retraite quelques heures par semaine. Elle est aujourd'hui chef de service, après avoir suivi la formation CAFERUIS.



■ Choix et motivation

Le choix d'accéder à ces postes relève d'un désir d'évolution de carrière pour certains professionnels, d'une opportunité pour d'autres, et parfois un assemblage des deux. Lorsque cette évolution résulte d'une initiative personnelle, les arguments avancés sont le plus souvent le souhait de développer de nouvelles compétences, d'accéder à plus de responsabilités.

« Je souhaitais faire évoluer mon métier, ma carrière. Deux optiques : travailler dans la formation mais ce n'était pas forcément mon truc (...) ou chef de service, c'est le prolongement de mon métier, comment accompagner les équipes... c'était plus clair pour moi. » (chef de service, 47 ans).

Devenir encadrant permet la reconnaissance et la valorisation d'une montée en expertise dans les fonctions de coordination ou de management d'équipes déjà exercées par certains.

« 20 ans comme éducateur spécialisé, j'animais des équipes, je faisais les plannings... Cadre est une suite naturelle, logique (...) Je voulais évoluer. » (Chef de service éducatif, 46 ans).

Si cette évolution est souhaitée et initiée par certains, pour d'autres elle relève d'une opportunité.

IDE en EHPAD depuis 33 ans, Mme V. devient IDEC suite au départ précipité de la collègue en poste : « On m'a demandé de faire l'intérim pendant 3 semaines ». Un an après, elle est toujours en fonction.

M. G. remplace son chef de service en arrêt maladie : « Une opportunité malheureuse : mon chef de service a eu un accident et est resté absent pendant un an ».

IDE en EHPAD depuis 26 ans, son expérience et son ancienneté dans la structure lui permettent de se voir confier le poste d'IDEC. « Seule ancienne, (...) tout le monde s'est alors retourné vers moi. Et moi j'avais envie de changer ».

Parfois, le désir de changement se conjugue avec opportunité. Ainsi, un éducateur spécialisé pendant 10 ans au même poste souhaitait changer de structure « pour ne pas s'installer dans la routine ». Le chef de service de sa structure est parti, « ça a été une opportunité ».

■ Les mobilités à la prise de poste

Certains sont devenus encadrants de proximité à la suite d'une promotion interne, d'autres consécutivement à une mobilité externe.

Les professionnels qui ont connu une prise de poste progressive de par leur ancienneté et leur expérience, ceux qui ont occupé le poste sans diplôme ou ceux qui ont accédé à la fonction par opportunité au sein de leur structure n'ont pas changé d'établissement ou de service lors de la prise de poste d'encadrant.

D'autres en revanche ont changé d'employeur à la prise de poste, souvent consécutivement à la validation d'un diplôme préparé à leur propre initiative.

« À mon initiative, j'ai repris une formation (...). Je ne suis pas retournée dans mon ancien service après cette formation. Je ne voulais pas encadrer mes collègues, c'est difficile à tenir comme position » (cadre de santé).

« Après le CAFERUIS, il n'y avait pas de poste au SESSAD. J'ai donc répondu à une annonce de chef de service [dans un autre établissement] » (Chef service éducatif).

2.2. Les parcours de formation : une dynamique de qualification et de professionnalisation

■ Des formations complémentaires

Comme évoqué auparavant, on n'est pas encadrant de proximité du jour au lendemain au sortir d'une formation mais on le devient. **La formation initiale n'est donc pas la porte d'entrée dans la fonction.**

Encadrants comme responsables d'établissements s'entendent sur le fait que la formation en lien avec la fonction est **complémentaire à un socle de prérequis** fortement lié à l'expérience professionnelle, au « vécu de terrain ».

« Mon expérience professionnelle m'a aidé, on ne peut pas débarquer comme ça » (chef de service).

L'acquisition de nouvelles connaissances ou de savoir-faire est souvent considérée par les professionnels interrogés comme nécessaires voire indispensables pour exercer les fonctions d'encadrant de proximité.

Ainsi, **presque tous les encadrants rencontrés ont eu recours à une formation spécifique**, qualifiante ou diplômante, soit antérieurement à la prise de poste, soit postérieurement.

On notera le cas particulier des IDEC qui n'ont pas toujours bénéficié d'une formation supplémentaire hormis des formations courtes lorsqu'elles sont déjà en poste (cf. ci-après).

« J'ai découvert sur le tas, je me suis formée au fur et à mesure. Mon poste aujourd'hui n'a plus rien à voir, il a évolué et j'ai évolué avec » (IDEC en SSIAD).

Les compétences recherchées à travers la formation par les encadrants de proximité

L'importance accordée à l'expertise technique acquise lors de la fonction occupée antérieurement est partagée par les professionnels de la santé comme ceux de la filière sociale. Toutefois, il semble incontournable que **ces compétences techniques de terrain soient associées à des compétences en management et en gestion.**

« C'est bien que ce poste soit occupé par une infirmière mais la formation d'infirmière ne suffit pas » (IDEC).

« En tant qu'IDE, on n'est pas formés à l'encadrement, et ça manque » (IDEC).

Cette acquisition de compétences complémentaires est importante pour répondre aux exigences décrites comme croissantes en matière d'organisation et de management, notamment.

Cette double compétence est décrite comme indispensable par plusieurs directeurs rencontrés.

« Au-delà d'une expertise métier, on attend des compétences en matière de management, de gestion, d'encadrement. La double compétence est essentielle » (directeur).

La plupart des professionnels se forment pour compléter un portefeuille de compétences et beaucoup disent venir chercher des outils.

Sont principalement citées et attendues par les encadrants eux-mêmes l'acquisition de nouvelles connaissances dans le domaine du management d'équipe et de gestion des ressources humaines : animation d'équipe, conduite de réunion, gestion des conflits.

« Lors de ma formation, la partie management m'a beaucoup apporté : gérer les équipes, les plannings, les conflits... Pour le reste je connaissais (...). Même si ce qu'on voit à l'école, ce n'est pas ce qu'on voit sur le terrain, ça donne des bases, des repères » (cadre de santé).

« Le plus difficile, c'est le management de l'équipe et d'être vigilant face aux fortes personnalités (...). Le CAFERUIS m'a aidé sur les aspects managements » (chef de service).

Les encadrants déjà en poste recherchent des méthodes pragmatiques et des outils concrets.

« Ce qui manquait à la prise de poste : des outils de management, des formations à la conduite de réunions, des outils pour la gestion des conflits et sur la communication interpersonnelle » (Cadre de santé).

formations diplômantes suivies par les encadrants de proximité rencontrés

CAFERUIS : Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale, diplôme de niveau II créé en 2004.

Diplôme de Cadre de santé

Licence ou Master en Management, délivrés par plusieurs universités

DU Pratiques sociales et Licence Sciences de l'éducation

Licence professionnelle Management des organisations option Cadre de santé

■ L'entrée en formation : entre initiative personnelle, projet partagé et mise en conformité

S'engager dans une formation diplômante est fréquemment décrit comme une démarche personnelle.

Néanmoins, les directeurs ou responsables d'établissements ou services ont souvent une influence sur cette démarche : s'ils ne l'initient pas, ils peuvent l'encourager ou encore financer la formation.

- Après un long remplacement d'une année en tant que chef de service dans l'établissement où il exerce comme éducateur spécialisé, M. G. a décidé de préparer le CAFERUIS. Il en informe la direction de l'établissement qui soutient et finance cette initiative.
- M. R. souhaite évoluer dans sa carrière. Cette année-là, le CAFERUIS fait partie des actions prioritaires d'UNIFAF.
- Si Mme D. n'a pas bénéficié de formation diplômante lors de sa prise de poste d'IDEC, elle a suivi de nombreuses formations courtes à son initiative comme à celle de sa hiérarchie : « Je me suis formée au fur et à mesure ; la directrice a accompagné ma montée en compétences ».

Pour une partie des encadrants de proximité déjà en poste, la démarche de qualification correspond à la volonté d'obtenir un diplôme correspondant au poste occupé.

En effet, si l'expérience leur a permis de se voir confier ces nouvelles missions d'encadrement, la formation permet la reconnaissance, y compris sur le plan salarial.

Par ailleurs, le recours à la formation répond à la mise en conformité à une norme de qualification.

En effet, le décret d'application de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 portant sur le niveau de qualification des professionnels de direction du 19 février 2007 a conduit à un mouvement de qualification des postes de direction des établissements et services mais aussi des cadres intermédiaires. La validation d'un diplôme de niveau II devient progressivement une norme pour les chefs de service en termes de niveau de qualification requis au recrutement. Ainsi, pour ces derniers, cette logique de conformité s'ajoute à celle de l'augmentation du niveau d'exigences concernant les compétences.

Certains encadrants ont donc entrepris une formation par obligation. C'est le cas d'une IDE devenue IDEC puis responsable de pôle qui s'est sentie contrainte de préparer le diplôme du CAFERUIS.

Néanmoins, au sein des EHPAD, l'accès à une fonction d'encadrement n'est pas subordonné à la détention d'un diplôme de cadre de santé ou d'un diplôme de niveau II mais les IDEC ont bénéficié de plusieurs formations courtes.

■ Les modalités de formations

La majorité des encadrants a suivi une formation continue en situation d'emploi.

Éducateur spécialisé au départ, M. G prend ses fonctions de chef de service au sein de la même structure puis entre en formation CAFERUIS quelques mois plus tard, formation financée par l'établissement.

Infirmière référente qualité, Mme V. a préparé une Licence professionnelle en cours d'emploi en 2 ans.

L'établissement employeur de M. R., alors éducateur spécialisé, l'a libéré pendant 1 an et demi à raison de 3 jours par mois environ pour suivre la formation CAFERUIS.

Certains ont souhaité faire reconnaître leur expérience par la VAE (Validation des acquis de l'expérience) afin d'obtenir un diplôme ou un titre.

« J'ai entamé le CAFERUIS par la VAE car peu d'heures pouvaient être prises en charge par [mon employeur]. J'ai obtenu une validation partielle. Restaient à valider les volets

financiers et de droit, et le mémoire. Pour valider ces modules manquants, je me suis inscrit en voie directe ». Ce chef de service a validé son diplôme deux ans plus tard.

D'autres au contraire, ont fait le choix de ne pas passer par une VAE, tant pour bénéficier des apports d'intervenants en formation que pour rencontrer et pouvoir échanger avec des pairs.

« Je n'avais pas envie de faire la VAE ; je voulais me poser et retourner en formation » - ancien éducateur spécialisé devenu chef de service.

■ De nombreuses formations continues

Tous bénéficient régulièrement de formations continues, le plus souvent de courte durée. Si les IDEC ont rarement entrepris une formation longue et qualifiante pour accéder à leurs fonctions, elles ont néanmoins bénéficié de plusieurs formations continues de courte durée.

Sont citées des formations en lien avec le management, sorte de boîte à outils généraliste :

- Gestion du temps de travail
- Conduite d'entretien annuel
- GPEC
- Droit du travail
- Gestion des conflits
- Animer une réunion

■ Des formations en lien avec l'environnement du secteur médico-social, le contexte et l'actualité

- Législation et connaissance des politiques publiques
- La démarche d'évaluation interne
- La bientraitance

■ Des formations très ciblées, en lien avec le public accompagné, les pathologies, les troubles spécifiques ou types de handicap. Par exemple :

- la maladie d'Alzheimer ;
- l'autisme
- les troubles de l'apprentissage ;
- les troubles envahissants du développement (TED) ;
- l'accompagnement de la fin de vie et soins palliatifs ;
- les troubles du comportement ;
- le syndrome de Prader-Willi, etc.

2.3. L'accompagnement à la prise de poste

Parallèlement aux formations, un accompagnement à la prise de poste est parfois mis en place. Il s'agit le plus souvent d'un tuilage avec le prédécesseur ou d'un accompagnement par un ou plusieurs autres professionnels de la structure (un pair ou un membre de la direction).

« À ma prise de poste, il y a eu tuilage pendant une semaine avec le chef de service que je remplace. Ce tuilage était nécessaire, je ne connaissais pas l'éducatif, j'avais besoin de connaître les limites du poste » (cadre service pédagogique).

« Je n'avais pas de formation ni d'expérience [sur la coordination]. J'ai juste été accompagné par [la responsable de pôle] » (IDEC).

« Lors de la première année, avec mes collègues [autres chefs de service au sein du même établissement] il y a eu de réels accompagnements, des échanges, des formations, un « épaulement », de la « bienveillance » (chef de service éducatif). D'autres n'ont pas bénéficié d'accompagnement particulier et ont « appris sur le tas ».

2.4. Les perspectives professionnelles

Les professionnels rencontrés ont été interrogés sur leurs perspectives d'avenir ou d'évolution relatives à leur fonction, le type de structure, etc. Plusieurs s'accordent sur le fait « qu'il n'y a pas beaucoup de choix d'évolution ».

■ Une évolution de poste

Certains encadrants s'interrogent sur une évolution vers des responsabilités de direction, assez peu l'envisagent.

- « Ce qu'il y a au-dessus de ce métier, c'est directeur. C'est lourd. Ça a un impact positif sur la vie professionnelle. Mais il faut savoir le lier à la vie personnelle » (chef de service).
- « À terme, avoir une responsabilité de direction, mais ça veut dire faire mieux avec moins de moyens, alors c'est à réfléchir » (chef de service).
- « Je ne souhaite pas reprendre mes études pour être cadre car c'est trop administratif. Je veux du lien avec les usagers » (IDEC).
- « Le directeur adjoint risque de partir [à la retraite]. Je pourrais reprendre sa place » (chef de service).

D'autres souhaitent s'investir dans de nouveaux projets au sein de leur structure avec une montée en responsabilité.

« Je participe à la mise en place de l'extension du service par l'ouverture d'un ESAD (Équipe spécialisée Alzheimer à domicile) et d'un pôle PHV (Personnes handicapées vieillissantes) » (IDEC).

■ Un changement d'établissement

Des perspectives de mobilité horizontale pour ne pas s'essouffler mais aussi pour garder un potentiel d'employabilité sont également envisagées.

- « La mobilité pour ne pas perdre, ne pas être usé. Entre 3 et 5 ans dans un établissement, c'est le maximum pour être efficace, après on s'installe dans une routine » (chef de service éducatif).
- « J'ai besoin de changer d'air tous les 5 à 7 ans » (chef de service).
- « J'aimerais trouver un poste d'infirmière référente dans un hôpital ou une maison de retraite, avec un contexte médical plus important, (...) être plus sur le terrain, avoir des contacts avec les médecins » (IDEC).
- « Je ne veux pas être étiqueté de [Nom de l'association] » (chef de service).

■ Une stabilité professionnelle

Certains n'ont pas de projet et n'envisagent pas d'évolution dans l'immédiat, soit parce qu'ils ne sont pas en fonction depuis longtemps, soit parce qu'ils ont un fort attachement à l'établissement, au public ou au territoire et se sentent épanouis dans leur activité.

- « J'ai changé de métier récemment. Je suis encore en mutation. Je ne pense pas encore à l'avenir ou à un autre métier. Mais je me pose la question à savoir si sur cette fonction je peux être efficace longtemps, au-delà de 5-6 ans ? » (chef de service).
- « Je n'ai pas de projet professionnel, je me sens bien ici et ça me plaît » (IDEC).

■ Développer des activités annexes

Des professionnels souhaitent développer en parallèle une activité dans le domaine de la formation : « Pouvoir intervenir dans des écoles, ça m'intéresse aussi » (chef de service). Certains interviennent déjà dans des organismes du secteur en tant que formateur ou participent à des jurys de sélection de formations ou de validation de diplômes. Ces professionnels souhaitent poursuivre ou renforcer leurs participations « pour ne pas s'installer dans la routine » mais aussi pour rencontrer d'autres professionnels.

Annexes



Annexes

Annexe I – Trame d'entretien.....	62
Annexe II – Schémas à partir d'un choix de verbatim.....	64
Annexe III – Compte rendu des travaux menés pour la mise en œuvre des référentiels.....	69

■ Annexe I – Trame d'entretien

Présentation des objectifs de l'enquête

Nous vous remercions d'avoir accepté cet entretien avec nous ; comme cela vous a sans doute été expliqué, il entre dans le cadre d'une étude qui permettra de voir dans quelle mesure les activités des professionnels répondent aux besoins des usagers, et éventuellement, de proposer des réaménagements, des formations préparant à vos métiers. Il sera traité de manière anonyme et confidentielle ; il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, il n'y aura aucune évaluation.

Je vais prendre des notes, mais elles ne sont destinées qu'à moi.

L'entretien va durer entre 1 h et 1 h 30. Il va se dérouler en deux temps : un premier temps sur votre parcours, ce qui vous a amené à exercer cette fonction et vos perspectives d'évolution, et un second temps sur votre activité d'encadrement.

Il serait souhaitable que nous ne soyons pas dérangés pendant cet entretien.

Par la suite, nous rédigerons des référentiels d'activités et de compétences qui seront soumis à validation auprès des professionnels et également une étude sur les parcours professionnels des personnes exerçant la fonction d'encadrant

Fiche d'identité de la structure

Statut / Appartenance à un groupe

Type de public

- en EHPAD explorer handicap et psy vieillissant ?
- Handicap lourd ?
- Troubles du comportement et problématiques psy aigües ?

Provenance des publics accueillis (origine du flux)

Partenariats mis en œuvre pour la prise en charge des résidents

- Réseau, équipe mobile psycho-gériatrique
- Conventions avec des Psy ou HP
- autres

Nombre de places,

Politique RH et plan de formation

Prix / jour et reste à charge éventuel

Pathos / GMP / indicateurs handicap

Fiche d'identité de l'interlocuteur et parcours professionnel 30'

Âge, ancienneté dans la structure (famille, résident, ou soignant),

Lieu de vie (pour l'attractivité)

Qualification (soignant),

Parcours et expérience antérieure (à remplir sous forme de frise avec dates)

- formation initiale
- expérience professionnelle :
 - période d'emploi (métier, secteur, type d'établissement, type de contrat, temps de travail, évolution dans l'emploi, formation continue...)
 - période de chômage (durée, cause, type d'emploi recherché)
- formations complémentaires (qualifiantes, durée, effets : promotion, changement de métier, spécialisation)
- Mobilités internes / externes (facteurs déclenchants, freins et facteurs facilitants)

Poste actuel : intitulé

- motivations / poste de coordination (choisi ou imposé)
- professionnalisation, **accompagnement à la prise de poste par la structure et au management (surtout pour ceux qui ont évolué dans la structure). Freins et leviers**
- comment définiriez-vous votre métier aujourd'hui ?
- perception de son positionnement : satisfaction ou non
- reconnaissance RH de la fonction y compris salariale
- avez-vous l'occasion d'échanger avec des pairs sur votre pratique professionnelle ?
Si oui, avec qui ?

Projet professionnel : perspectives d'avenir ou d'évolution

- intention de valider un diplôme de cadre ou autre
- perspective d'évolution en terme de fonction, de structure, autres projets

L'accompagnement des personnes handicapées / atteintes de pathologies psychiatriques 50' à 60'***Les usagers concernés dans la structure***

Illustration de quelques situations

Profil des différents types de publics accueillis correspondant à notre cible

Les accompagnements des différents publics

Spécialisation ou pas des professionnels vers ces publics ?

Vos activités auprès de ces publics

Comment s'organise la prise en charge de ces usagers ?

- comment sont répartis les rôles dans l'équipe ?
- rôles dédiés par catégorie de professionnel ?

Avez-vous, en tant que professionnel, une activité particulière auprès des usagers ?

- avez-vous gardé une activité technique ? Laquelle ?
- sur quelle partie de votre temps ?

Comment vous assurez-vous de la prise en charge des besoins des usagers ?

- En particulier, comment suivez-vous la mise en œuvre des actions prévues ?
- Comment les évaluez-vous ?

Les crises

À quel type de situation « de crise » avez-vous été confronté ?

Anticipations possibles et mesures préventives, (préciser)

Les collaborations et l'organisation

Votre rôle d'alerte

La communication entre professionnels, les régulations et réunions formelles

Votre rôle de manager de proximité

Les relations familles / professionnels

Les relations avec les médecins

Les collaborations avec d'autres structures

Les conflits

Les grandes difficultés rencontrées

Dans la prise en charge des usagers

Dans les collaborations avec d'autres professionnels

Au sein ou en dehors de la structure

■ Annexe II – Schémas à partir d'un choix de verbatim

Ce recueil n'est pas exhaustif. Il s'agit d'un choix de verbatim recueillis au sein de quatre structures anonymisées.

Ces schémas permettent de mettre en évidence les interactions entre des profils de publics, les discours sur les activités, l'organisation et la coordination, les principes et les valeurs, le partenariat avec les familles, les stratégies, les relations avec le territoire...

La méthode d'entretien, semi-directive, laissait toute liberté aux personnes d'aborder la question posée comme elles le souhaitaient.

Malgré la diversité des structures, des équipes, des aspects historiques et socioculturels, il est possible de dégager une logique de fonctionnement par la mise en œuvre d'un socle d'activités décrites partagé centré sur les besoins spécifiques de la personne accompagnée, au regard de l'évolution des publics accueillis.

Schéma 1 – Personnes handicapées

« La population accueillie : polyhandicapés avec atteinte physique et cognitive. Absence de langage. Importants troubles de la déglutition et du transit. Ce sont des personnes très fragiles physiquement. Elles sont installées dans des fauteuils moulés à leur forme. Il faut les changer de position très régulièrement. L'animation est importante. Il faut mettre de la vie. Nous accueillons aussi des personnes présentant un syndrome épileptique résistant au traitement. »

« Les premiers temps, on a l'impression que l'échange est impossible et même le regard est compliqué à soutenir. La relation passe par la connaissance de la personne : des mimiques, des petits gestes, le sourire, la toux quand vous entrez dans une pièce. Ce sont des codes bouleversés. »

Partenaires territoire

« Le CPA est venu se présenter : 2 personnes sont prises en charge, ce sont des personnes autistes. On a 2 vacations de psychiatre/mois : chaque unité expose une situation et donne des pistes et le plus souvent ce sont des "façons de voir la situation plus que des solutions". C'est souvent le regard qu'on porte. L'apport du psychiatre présente une approche clinique et change le regard. Il interroge vraiment et même une personne chargée du ménage très accrochée peut participer. »

« On sollicite parfois les soins palliatifs. C'est un sujet délicat qu'il faudrait sans doute évoquer plus explicitement. Rares sont les familles pouvant s'exprimer sur ce sujet »

Familles et proches

« Les familles : Il y a aussi un travail avec les familles ; c'est avec nous que les familles se confient, c'est vers nous qu'ils déversent leurs inquiétudes, leur colère. Les façons de régler les problèmes sont différentes selon les jeunes. On peut aussi faire appel aux familles. Les parents sont importants. »

« Ce qui est important que ce soit pour une personne en crise psychiatrique ou un personne qui va mourir ce sont les partenariats avec l'équipe mobile et l'APAJH. Ils aident à prendre du recul. »

Expertise, spécificités par professionnel

ES : « Les projets personnalisés qui sont faits tous les 18 mois, on fixe des objectifs dedans ; l'éducateur est force de proposition »

IDE : « tour des gastrotomies, et l'autre fait des petits soins, collyres, percussion de vessie, etc. Méd. : on adapte les prescriptions, pansement ; Soins de trachéotomie... »

Agent de service : « Ce sont les soignants ou les parents qui gèrent la décoration de la chambre ; on ne va pas bouger un meuble ; on n'a pas notre mot à dire sur la décoration, c'est plus l'entretien. »

AS : « apporter tout le bien-être et le confort à des personnes qui sont complètement dépendantes de moi. Dès le matin, les réveiller et à avoir un premier échange avec eux. Échange verbal et tactile. »

ME : « En tant que ME, on n'est pas formées au matériel de transfert, aux toilettes et on n'a pas le même rythme que les AS. On se demande où est notre place. Pourtant j'y trouve mon compte... »

« À 7 h il y a un temps de relève avec l'équipe de nuit et l'équipe médicale, une IDE : c'est l'information sur le déroulement de la nuit ; puis dans chaque unité, lever progressif des résidents en fonction de leur rythme, distribution des médicaments par l'équipe pluridisciplinaire »
« Les résidents ne sont pas douchés tous les jours mais un jour sur deux »
« Le matin commence vers 7 h 30 pour finir vers 10 h 30, l'ES fait les mêmes activités que tout autre membre de l'équipe. »

« Deux départs n'étaient pas liés au décès, une externe qui est venue ici sur deux années, et qui a pu intégrer un autre établissement beaucoup plus adapté ; cela a été une grosse satisfaction de voir qu'elle allait vers un ailleurs... mais c'est l'exception qui confirme la règle. »

« Chaque infirmière a un groupe en référence, et on prépare les synthèses des différents résidents, pour la synthèse qui a lieu tous les 18 mois. »

« Je me soucie de leur santé, si je sais quelle est leur histoire tant mieux pour moi, mais je n'irais pas poser la question - mais j'aimerais bien savoir. Mais on l'entend dans les conversations. Je n'irais pas demander le dossier ; ce n'est pas mon rôle, chacun sa place. Ce qui rend le résident attachant : quand on arrive à communiquer avec eux ; on crée un petit lien avec eux »

« On mène un entretien avant l'admission avec le psychologue, la directrice, le médecin. Puis nous, l'équipe de l'unité. On a une réunion avec les parents, la chef de service leur pose des questions sur le quotidien : habitudes, craintes, ce qu'elle aime. Avec M., il y a un beau travail à faire. »

« un résident qui mange beaucoup : c'est un comportement qui pose problème, on cherche à comprendre le sens. Pour M. S., on s'est aperçu qu'il y avait beaucoup de changements à domicile, dans sa vie, dans sa chambre. Il faut se demander ce qui fait repère : des objets à lui et il faut le signifier, parler avec lui de tous ces changements. »

Pendant les synthèses, on fait le bilan du résident, du projet, les constats et on définit les axes futurs. L'ES écrit le projet qu'il a préparé en amont, je relis et ajoute la partie médicale. Il y a aussi lecture par la psychologue, l'ergo, l'IDE... Puis on rencontre les familles. On se pose toujours la question de l'adulte et souvent c'est difficile à accepter : comment les aider à entrer dans cette position d'adulte ?

Directeur

« Le suivi des gastrotomies ne pose pas de problème ; la trachéo est plus difficile car il n'y a pas d'IDE de nuit ; les AS peuvent éventuellement aspirer, mais ne pourraient pas accueillir une personne trachéotomisée de plus. »
« La difficulté, c'est qu'il y a beaucoup de nursing et les éducateurs en ont assez, ils veulent en sortir. »
« Le coordinateur essaie de coordonner les projets des unités, le médecin, le chef de service... »
« On ne peut focaliser la prise en charge uniquement sur le soin, ou sur l'éducateur ; la mixité est très intéressante. »

Psychologue

« Une réunion toutes les 5 semaines, à la demande de l'équipe sur un problème. Ce n'est pas de l'APP, c'est un travail sur la situation dans le concret afin d'apporter une aide au travail et proposer des outils en face. »

Cadre de santé

« Les équipes sont formées et habituées et s'appuient sur des protocoles personnalisés. Elles ont une vraie expérience sur l'épilepsie. Elles sont tellement habituées qu'elles voient la crise arriver et parfois, cela peut même l'enrayer. »

« Il y a une IDE référente par unité. Elles vont informer les personnels et sont en relation permanente avec les équipes. Elles sont chargées de la formation des AS et des AMP : il faut remettre du soin dans les compétences éducatives ! Les IDE forment sur les techniques : alimentation entérale. Tout le monde est formé aux soins palliatifs. »

« Il existe des protocoles précis et des formations sont mises en place. C'est la même chose pour les trachéotomies. »

« Je recherche l'information pendant le temps de réunion avec toutes les équipes (lingerie, ménage...) »

« Actuellement, je travaille sur le projet d'établissement et la rédaction de fiches de poste. Je travaille aussi sur les compétences des éducateurs. »

« Il y a actuellement moins de distance entre éducateur et soins. Si un cadre n'est pas dans le quotidien, il passe à côté ! »

Citations d'un même professionnel

Socle partagé

Schéma 2 – Jeunes handicapés

« Accueillent des jeunes de 12 à 18 ans, mixité, troubles du comportement et de la conduite et troubles de l'apprentissage. La majorité des personnes arrivent ici à 12 ans. Ce sont des jeunes qui sont en phobie scolaire, déscolarisés. Beaucoup ont été renvoyés de tous les établissements scolaires. L'éducation nationale est inadaptée aux jeunes *borderline*. »

« Des déficiences intellectuelles non repérées d'étiologie sociale 10 % ; limites de la pensée et troubles du développement cognitif. Et on a de plus en plus de jeunes gens qui ont des pathologies multiples : diabète, sous pompe à insuline, une myélite récente, entraînant un handicap très lourd. »

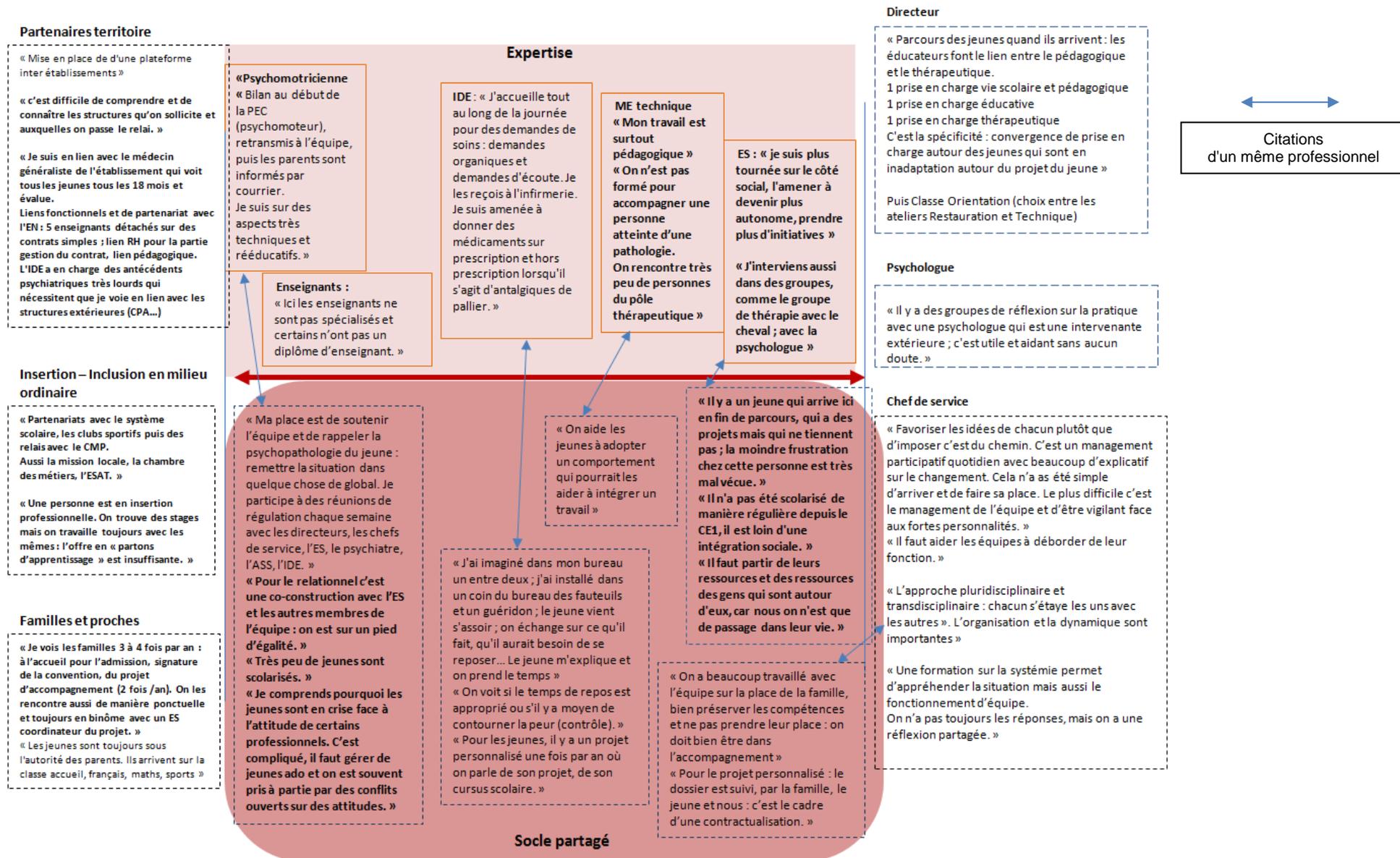


Schéma 3 – Personnes âgées

« Population accueillie : maladies Alzheimer et apparentées (syndrome frontal et autres troubles démentiels) : minimum 50 %. Les troubles cognitifs nécessitent une compétence pour pouvoir les repérer, car certains arrivent à les masquer, alors que la souffrance s'installe. Les maladies de Parkinson et ce que cela implique. Les maladies neurodégénératives pour les plus jeunes : sclérose en plaque (SEP), sclérose latérale amyotrophique (SLA) (3 à 4 de manière récurrente, qu'on accompagne jusqu'au bout). Plus rarement des handicapés moteurs. Le handicap lourd : on cible les maladies neurodégénératives évolutives : SLA, c'est un handicap qui va devenir très vite lourd, la SEP qui évolue par poussée. Ce sont des personnes dont les soins et les durées vont devoir s'adapter au fur et à mesure. On a aussi des cancers avec des tumeurs cérébrales. »

Partenaires territoire

« On travaille aussi au cas par cas avec l'équipe mobile de soins palliatifs ; ils font partie de la chaîne, ils sont aidants, mais ce ne sont pas eux qui font l'organisation des soins palliatifs et les appliquent au quotidien. »

« Filières AVC : on participe à la filière hospitalière : retour à domicile des personnes qui ont fait des AVC »

« Les IDE des cabinets libéraux on les rencontre à domicile et on les contacte si on note un problème de médicament. »

« On n'a pas besoin de l'HAD, on fait les soins de confort, les soins de bouche, l'adaptation des soins du corps... »

« Le problème est que dans les fins de vie, les médecins ne sont pas présents... Sur les tests : il faut que j'aie des billes ; parfois je ne les ai pas ; les médecins aiment bien communiquer entre médecins, et on ne nous transmet pas tel bilan, parce nous n'avons pas de médecin dans notre équipe. Et là on perd un temps fou. »

Familles et proches

« Je donne des plaquettes Alzheimer aux aidants, je les appelle, je discute je les rassure et je dédramatise et j'en fais des partenaires. »

On dispose de beaucoup d'outils pour que cela soit moins pesant pour l'aidant. Pour quelqu'un qui ne repère pas sa chambre on affichera des photos du pyjama et on utilise tout ce qui se trouve à la maison. »

Expertise

Ergo : « La personne me fait visiter son lieu d'habitation ; je vois si elle a des repères, quelles sont les activités qui sont significatives pour elles, ce qu'elle aime faire et j'essaie de lister 3 axes sur lesquels on va pouvoir travailler. Selon qu'on ait ou pas des bilans, je fais quelques bilans, voir s'il faut des aides verbales, ou si l'information va s'effacer »
« Je réalise une évaluation de sa mobilité, transfert, équilibre, monter dans sa baignoire, le test de ZARIT, les prises d'initiative de la personne. Je vérifie que l'action est planifiée, si elle fait l'activité, la participation de la personne dans son quotidien. En fonction de ça, je vais élaborer un plan d'initiative, et définir le niveau d'aide ».

AS « Une personne hémiplegique gauche qui vit avec sa femme. Il faut lui faire sa toilette au lit, le lever avec un verticalisateur. J'habille et j'installe la personne. Il y a parfois des problématiques familiale à gérer... »

ASG : Essentiellement des soins d'hygiène, prise de traitement, beaucoup de relationnel, écoute de la personne et de l'entourage, de la stimulation intellectuelle et mobile ; on incite les personnes à faire elles-mêmes ; on stimule pour que les personnes continuent à faire ce qu'elles peuvent encore faire. On essaie d'offrir des repères dans l'environnement

« On se rend compte que l'évolution par pallier est parfois liée à l'environnement ; parfois les aidants sur-assistent... et c'est à nous d'aider à trouver le bon niveau d'assistance. On a des personnes à évolution très rapides, alors que d'autres se stabilisent. »
« J'y retourne seule pour faire mon évaluation, soit je crée les supports, soit je vais créer la structure et les AS vont l'adapter Idem pour les pictogrammes. »
« J'établis mes objectifs et ce que doit faire l'ASG : cela peut être juste un travail de revalorisation, le champ d'action est très large, mais ce n'est pas qu'un travail sur la mémoire. C'est favoriser l'autonomie de la personne dans son quotidien en essayant de compenser ses difficultés. »

« C'est favoriser l'autonomie de la personne dans son quotidien en essayant de compenser ses difficultés. »

« L'objectif de notre travail est de permettre à la personne de rester le plus longtemps possible à son domicile et si ce n'est plus le cas on l'aide à accepter l'établissement. »
« On reçoit les RDV : visites initiales d'entrée et si on traite les situations : retour d'hospitalisation ou hospitalisation, suivi à domicile du plan de soins. On prend des nouvelles des personnes hospitalisées car il faut penser au retour. »

« Les scléroses en plaque, on les accompagne jusqu'au bout. En cas d'hospitalisation on reprend tout de suite la personne au retour et on l'accompagne. Ce serait intéressant d'avoir quelques jours pour cibler le travail en partenariat avec l'HAD »
« On dit aux ASD, aux AVS de bien faire remonter les informations, de les reporter sur un cahier : c'est du travail de qualité, en réseau »

« À domicile on se laisse guider par la personne et la serviette est souvent prête. Les personnes n'aiment pas quand ça change... »
« J'appelle l'IDE libérale quand on fait la toilette ensemble lorsque les pansements sont importants. On rencontre aussi parfois le kiné, la pédicure. »
« On parle beaucoup avec les collègues en équipe, et avec les collègues qui font les tournées parfois on parle encore une heure sur le parking après la sortie. »
« C'est surtout avec les familles, on leur donne des conseils pour le repas, la sieste, la nutrition. Pour éviter les escarres aussi. »
« Quand on a besoin on peut appeler l'IDEC : on est seul à domicile mais pas complètement, on est soutenu. »

Socle partagé

Directeur

« Il y a tout un travail qui est fait pour respecter la personne dans ses désirs »
« On part du principe qu'on reprend toujours quelqu'un qu'on a eu et qui est parti à domicile ; quand il revient, on le reprend. Cela demande une évaluation et de s'adapter à l'évolution ; si on s'engage, il faut être prêt à aller jusqu'au bout ; on est là pour les accompagner jusqu'au bout. »
« Bien souvent ils restent jusqu'à la fin chez eux. »

La toilette c'est un support, c'est un moyen de rentrer en relation avec la personne ; il faut créer le lien et préparer la suite, anticiper »
« Il y a une dame qui vient d'être prise, avec une SEP ; il faut s'engager sur des horaires... Cela demande toute une organisation. Sur les maladies évolutives, il y a souvent des situations sociales compliquées : les personnes se retrouvent seules (divorce...), il y a tout un travail social. »

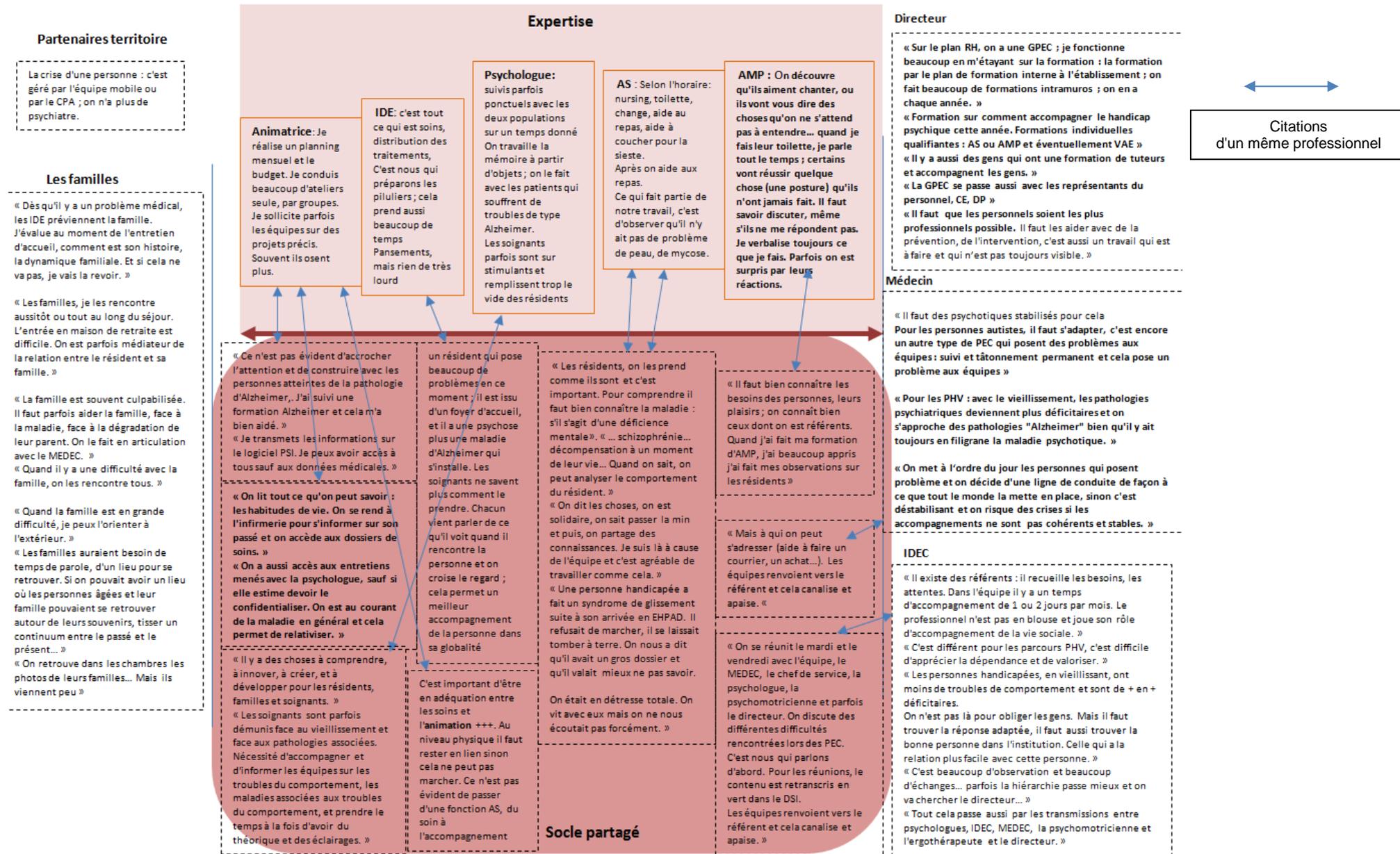
IDEC

« Il faut permettre à des personnes qui ont des troubles cognitifs de rester à domicile et d'utiliser tout ce qu'ils ont à leur disposition : le personnel qualifié et les aides techniques. »
« Il faut une compétence pour savoir repérer car il y a des personnes qui arrivent à masquer. »
« Un bon manager va donner une impulsion à l'équipe ; j'essaie d'encourager et si on me relate un problème j'essaie de ne laisser aucune question en suspens, sans réponse. Il faut être efficace, efficient... »
« Par exemple : actuellement nous sommes confrontés à une situation compliquée avec une épouse en grande difficulté qui refuse la maladie car ce n'est pas convenable pour l'extérieur, il faut qu'on arrive à trouver une solution. Pour la personne ce serait mieux en structure. »
« C'est aussi pendant les réunions d'équipe, que les équipes ne se retrouvent pas en difficultés. »
« Comme par exemple pour la maltraitance : il faut aider à prendre de la distance. Les professionnels voient et constatent beaucoup de choses que nous, ne voyons pas. »
« Le climat de confiance est important pour pouvoir échanger car l'équipe est actrice de la PC. Donc j'épauler les équipes et je me rends au domicile, je suis sur le terrain. Et s'il le faut j'assiste aux soins, on discute avec la directrice et on ne fait pas sans elle. Elle nous soutient beaucoup. »

Citations d'un même professionnel

Schéma 4 – Personnes âgées

« Services accueillant des personnes handicapées vieillissantes et un deuxième accueillant des personnes âgées "classiques". Mais le nombre de personnes handicapées vieillissantes est élevé. Pour la déficience intellectuelle, il s'agit de troubles cognitifs, de mémoire, d'absence d'acquisition du langage sans qu'il y ait toujours présence de troubles du comportement. »



■ Annexe III – Compte rendu des travaux menés pour la mise en œuvre des référentiels



La direction de l'Autonomie

— Affaire suivie par :
— Christine MARTIN
— Direction de l'Autonomie
— Pôle planification de l'offre médico-sociale
— christine.martin.ars69@ars.sante.fr
— 04 27 86 57 84
—
—

Groupe TEST Référentiels d'activités et compétences 2016

Compte rendu des échanges

Les référentiels :

" Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur : personnes handicapées et vieillissantes "

" Activités et compétences : encadrants de proximité dans le médico-social "

Personnes présentes (cf. groupe de électeurs et participants au test)

Introduction de la séance : M.H. Lecenne, directrice de l'Autonomie :

Le comité consultatif RH du 10 février partage et valide le contenu des référentiel et a émis un certain nombre de remarques : l'adaptation aux besoins des usagers, les modalités de mise en œuvre et la duplicabilité sur d'autres types d'établissements, sachant que le matériau a été construit à partir d'une enquête menée sur un département. Cette réunion a pour objectif d'apporter des réponses.

Ces référentiels doivent servir aux opérateurs de la formation, initiale et continue, mais aussi aux employeurs et aux professionnels. Ils ont vocation à porter une évolution des compétences dont on aura besoin compte tenu de l'évolution de l'offre et aussi dans le cadre du prochain projet régional de santé.

Animation d'un débat autour de 4 questions

- 1- Pourquoi et comment les référentiels sont-ils une valeur ajoutée, notamment pour la formation ?
- 2- Pourquoi et comment les référentiels peuvent-ils être un levier de changement des pratiques ?
- 3- La logique promue par les référentiels correspond-elle bien aux attentes des usagers
- 4- Les référentiels sont-ils duplicables sur d'autres territoires ?

Unanimentement, les référentiels sont identifiés comme étant un levier pour faire évoluer les pratiques professionnelles.

- ❖ **La valeur ajoutée des référentiels pour la formation est reconnue par l'ensemble des acteurs de la formation, les employeurs et les professionnels.**

La question de la transférabilité est débattue. Les représentants d'utilisateurs soulèvent la problématique de fonctionnement en « tuyaux d'orgue », d'articulation des formations et de coordination des compétences. Le groupe s'accorde sur la nécessité de prendre appui sur les formations existantes et de ne pas tout reconstruire.

- ❖ **Les référentiels représentent un levier de changement pour les pratiques.**

Les référentiels doivent être un support au pilotage. La formation des encadrants est prioritaire : c'est le levier cible. Les référentiels doivent anticiper l'évolution du rôle des encadrants qui deviendront les futurs gestionnaires de cas.

Pour la mise en œuvre des référentiels, des formations-actions systémiques expérimentées *in situ*, impliquant l'ensemble des professionnels et encadrants, sont proposées. Ce type de formation pourra être modélisé et devenir un levier d'accompagnement des pratiques à partir de l'existant et selon la spécificité propre à chaque ESMS.

Une formation-action est en phase de modélisation avec le soutien d'UNIFAF.

- ❖ **La logique des référentiels correspond aux attentes des besoins des usagers dans cette définition des activités et compétences autour des parcours.**

Une séance de relecture par un groupe composé des usagers et des professionnels de proximité experts a permis de faire évoluer le contenu du référentiel.

- ❖ **Le document est duplicable sur d'autres territoires.**

Le groupe estime que le référentiel doit surtout aborder la question de la duplicabilité dans d'autres fonctions (hors les murs), notamment par l'identification des compétences « nomades » car les professionnels seront amenés à se déplacer de plus en plus auprès de l'utilisateur et des aidants.

Le contenu du référentiel a également évolué en repensant plus particulièrement le maintien et l'inclusion en milieu ordinaire, la désinstitutionnalisation, dans une vision prospective. Le référentiel a été testé par 2 professionnels d'équipe mobile gériatrique et d'accompagnement pour adulte.



Bibliographie

Fadéla Amara, Danièle Jourdain-Menninger, Myriam Mesclon-Ravaud, Gilles Lecoq (Mission IGAS), *La prise en charge du handicap psychique*, Rapport, Tome II, 2011.

Sandrine Amare, *La coopération entre les enseignants et les éducateurs spécialisés : une culture en commun pour la scolarisation des enfants en situation de handicap*, Thèse de doctorat, 2014.

Jean-Pierre Aquino, Patrick Gohet, Céline Mounier, *Anticiper pour une autonomie préservée*, Rapport, 2013.

Chris Argyers, *Savoir pour agir : Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*, Dunod, 2003.

Annie Bartoli, Olivier Keramidas, Fabrine Larat, Bachir Mazouz, *Vers un management public éthique et performant*, in *Revue française d'administration publique*, vol. 140, n° 4, p. 629, 2011.

Roger Bertaux, Philippe Hirlet, Olivier Prépin, Frédérique Streicher, *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social, un métier en construction*, Seli Arslan, 2006.

Brigitte Bourguignon, *Reconnaître et valoriser le travail social*, mission de concertation aux états généraux du travail social, rapport, 2015.

Thérèse Bouvier, Nadine Pelvillain, Paul Santelmann, *Services à la personne : renforcer l'encadrement intermédiaire pour accroître l'efficacité et l'attractivité des métiers*, Formation emploi [En ligne], 112 | octobre-décembre 2010, mis en ligne le 10 janvier 2013. <http://formationemploi.revues.org/3187>

Vincent Cristallini, *L'habileté managériale, réalisme du courage en management*, EMS, 2009.

Marie-France Custos-Lucidi, *Les métiers du lien à l'épreuve des mutations du lien social : l'exemple de la mise en œuvre de la démarche qualité*, De Boeck Supérieur, *Pensée plurielle*, n° 18, p. 93 - 93, 2008.

Éric Delavallée, *Le métier de manager : de l'expérience à la compétence*, *L'expansion Management Review*, n° 138, p.120 - 130, 2010.

Alain Depaulis, *Travailler ensemble, un défi pour le médicosocial, Complexité et altérité*, Collection Empan, ERES, 2013.

Marie-Sophie Desaulle, *Une réponse accompagnée pour tous*, Feuille de route, décembre 2014. <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/handicap-une-reponse-accompagnee-pour-tous/les-plans-d-actions/>

Chantal De Singly, *Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé*, Ressources humaines et Projets régionaux de santé (PRS), Rapport, 2014.

Jean-François Dortier, *Cadre de proximité, une mission impossible*, *La philosophie aujourd'hui*, Mensuel n° 270, mai 2015

Claude Dubar, *La crise des identités – L'interprétation d'une mutation*, Coll. Le Lien social, Presses Universitaires de France, 2010

Amina Ettorchi-Tardy, Marie Levif, Philippe Michel, *Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé*, in *Pratiques et Organisation des Soins*, vol.42, pp.35-36, 2011.

Marie-Josée Fleury, Guy Grenier, *Parcours en milieu ordinaire de jeunes avec un handicap mental ou psychique*, in S.F.S.P, Santé Publique, Vol. 25, p. 453-463, 2013.

Pascal Jacob, Adrien Jousserandot, *Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement*, Rapport, 2013.

Valérie Janson, *Le coordinateur dans les établissements sociaux et médico-sociaux, un nouvel intermédiaire ?* Les Cahiers du travail social, n° 72, 2013, *Les métiers de l'encadrement dans le travail social*, pp.13 à 23.

Guy Le Boterf, *Développer les compétences des professionnels – Construire des parcours de navigation professionnelle*, Éditions d'Organisation, 4^e édition, 2003.

Guy Le Boterf, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Éditions d'Organisation, 2004.

Jean-René Loubat, *De la référence à la coordination, l'affirmation d'une fonction d'avenir*, Les cahiers de l'Actif, n° 424/425, 2011, *Le référent : un objet professionnel non identifié ?* pp. 183 à 197.

Gérard Malglaive, *Enseigner à des adultes*, Éducation et Formation, PUF, 2005.

Francis Minet, *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*, Éducation et formation, L'Harmattan, 1995.

Henry Mintzberg, *Structures et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, 1982.

Denis Piveteau, *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches*, rapport, 2014.

Bruno Morchetti, *La pédagogie au service du management*, Le monde économique, le journal des décideurs, 29 janvier 2016.

Philippe Perrenoud, *La Pratique réflexive au développement de l'Habitus*, Revue Recherche et formation, n° 36, p. 131-162, 2000.

Pascale Roussel, Gaëlle Giordano, Marie Cuenot, *De la difficulté d'estimer le handicap psychique dans une enquête en population générale, l'exemple de l'enquête "Handicap-Santé"*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 11, 15 avril 2014.

ALCIMED, *Adaptation des organisations médico-sociales aux enjeux des troubles de comportement sévères*, Document préparé pour la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), 2012.

APEC, *Management de proximité : regards croisés*, Les études de l'emploi cadres, n° 12, avril 2013.

Observatoire UNIFAF, *Se former au Caferuis, entre stratégies associatives et trajectoires professionnelles*, mai 2015.

L'ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques :*

- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*, 2008
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*, 2010
- *Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile*, 2014

- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 2008
- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*, 2015
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1), L'expression, la communication, la participation, et la citoyenneté*, 2013
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3), Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement*, 2014
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée*, 2013,
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, 2014
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement*, 2011
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, 2012
- *L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement*, 2009

ANESM–HAS

- *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, 2012
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*, 2010

HAS

- Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA, 2015

Plan d'action interministériel en faveur du Travail Social et du développement social, site du Ministère des affaires sociales et de la santé, <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/travail-social/article/plan-d-action-interministeriel-en-faveur-du-travail-social-et-du-developpement>

Dispositif PAERPA, site du Ministère des affaires sociales et de la santé, <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

Faciliter le parcours des personnes âgées : les projets-pilotes PAERPA (enjeux et objectifs) 2014, http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_fev2014.pdf

Agences régionales de santé, « Lexique des parcours de A à Z : "Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie" pour une prise en charge adaptée des patients et usagers », janvier 2016. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

Plan d'actions ressources humaines 2014-2017 - Développement de l'attractivité des métiers de l'autonomie, site de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes, http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_hand_grand_age/Rapport_attractivite_des_emplois_perte_autonomie_2014/2015_0630_plan_d_action_RH_final.pdf



Comité consultatif : plan d'actions ressources humaines (2014-2017)

Prénom et nom	Institutions représentées
Marie-Hélène Lecenne	ARS
Catherine Gini	ARS
Christine Martin	ARS
Françoise Tholly	ARS
Fabienne Chambe	ARS
Nelly Sansberro	ARS
Karyn Lecomte	ARS
Isabelle Jourdan-Campigli	DIRECCTE
Astrid Lesbros-Alquier	DRJSCS
Nelly Jousset-Antiphon	DGCS
Catherine Gorce	CRRA
Claire Lamy	PRAO
Isabelle Carru-Rouch	PRAO
Boris François	PRAO
Chantal Cornier	UNAFORIS
Arlette Durual	UNAFORIS
Bernard Lemaignan	UNAFORIS
Marie-Dominique Leroy	ARAFDES
Charles Dadon	FHF
Yvan Gillet	FHF
Philippe Mortel	OVE
Jean-Claude Soubra	Représentant des usagers
Jacques Marescaux	Président de la Coordination Santé Mentale France
Karine Vahramian	CEFIEC
Marie-France Huguet	CEFIEC
Sandrine Colpo	OMERIS
Patricia Arnaud	OMERIS
Kostas Grigouras	ACPPA

Cécile Fouillet	ADAPEI Loire
Stéphanie Herblot	ACTALIANS
Gilles Domitile	SYNERPA
Olivier Debruyne	SYNERPA
Laurence Baray	SYNERPA
Daniel Rossi	UNIFAF
Christiane Large	UNIFAF
Nelly Kong	UNIFAF
François Charmetant	UNIFAF
Bernard Cache	UNIFAF
Laure Odille	CNFPT
Marie-Noëlle Bougère	ANFH
Elodie Villain	ANFH
Evelyne Desbrosses	ANFH



Relecteurs et participants au test

Brun Christian (CRSA, président de la commission des droits des usagers vice-président de la CRSA Rhône-Alpes)

Burlat Philippe (ARS, médecin inspecteur)

Chambert Elisabeth (Présidente de la CRSA, représentant des usagers,)

Cornier Chantal (UNAFORIS, directrice IRTS)

Dadol Jean-Claude (CRSA, directeur général ACPA)

Font Valérie (ARS, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, chargée du handicap)

Franck Nicolas (Psychiatre, PU-PH, centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive)

Labbe Mélanie (UGECAM, responsable ressources humaines)

Lecenne Marie-Hélène (ARS, directrice de l'autonomie)

Leroy Marie-Véronique (ARAFDES, directrice du développement)

Mazard Delphine (Equipe mobile gériatrique, IDE)

Mortel Philippe (Fondation OVE, directeur général adjoint)

Roquel Betty (ARS, médecin gériatre)

Sérillon Christelle (CRSA, animatrice)

Storm Valérie (Equipe mobile accompagnement adultes autistes, éducatrice spécialisée)

Vahramian Karine (CEFIEC, directrice d'IFSI et d'IFAS)

Ynesta Sylvie (ARS, médecin inspecteur, référente santé mentale)



Glossaire

ANESM : Agence de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

AS : Aide-soignant

CNSA : Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ES : Éducateur spécialisé

ESA : Équipe spécialisée Alzheimer

ESMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'État

IEM : Institut d'éducation motrice

IME : Institut médico-éducatif

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MAS : Maison d'accueil spécialisée

ME : Moniteur éducateur

OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile



Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi
69418 Lyon Cedex 03
Tél. : 04 72 34 74 00