Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes

ETUDE

Synthèse des travaux menés en partenariat en Rhône-Alpes

Pour une meilleure attractivité des emplois de **l'accompagnement de la perte d'autonomie**

Enjeux et leviers

Référentiel pour la pratique

Mai 2014

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PRÉFET DE LA RÉGION RHÔNE-ALPES

DIRECCTE Rhône-Alpes
Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Rhône-Alpes Région

Etude pilotée par l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes

Chef de Projet

- MARTIN Christine (ARS Rhône-Alpes)

Groupe de travail régional

- GORCE Catherine (Conseil régional Rhône-Alpes)
- JOURDAN-CAMPIGLI Isabelle (DIRECCTE Rhône-Alpes)
- LESBROS-ALQUIER Astrid (DRJSCS Rhône-Alpes)

Relecteurs et experts

- BLET Nathalie (Syndicat mixte du pays Bièvre-Valloire – Isère)
- CANTINAT Anne-Maëlle (ARS Rhône-Alpes – Délégation départementale de l'Isère)
- CORNIER Chantal (Union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale – UNAFORIS)
- FAURE Thomas (Maison de l'emploi des Pays Voironnais et Sud Grésivaudan)
- FAYOLLE Serge (ARS Rhône-Alpes)
- MATILLON Yves (Santé Individu Santé – Université Lyon 2)
- MORAND Jean-François (ARS Rhône-Alpes)
- PAULET-TROFIMOFF Michèle (MIEC – ARS Rhône-Alpes)
- PETIT Renaud (IAE – Université Lyon 3)
- ZARDET Véronique (IAE – Université Lyon 3)

Comité de pilotage du projet "parcours professionnels et coopérations dans le champ de la dépendance"

- BOUCLIER Sylvaine (ARS Rhône-Alpes – Délégation départementale de la Savoie)
- CHEVAUX Geneviève (Conseil général de l'Isère)
- DI-LORIO Christelle (Conseil général de la Haute-Savoie)
- JOURDAN-CAMPIGLI Isabelle (DIRECCTE Rhône-Alpes)
- CORNIER Chantal (UNAFORIS)
- EXCOFFIER Sylvie ((Santé Individu Santé – Lyon 2)
- FUNES Cyrille (Direction générale de la cohésion sociale)
- GORCE Catherine (Conseil régional Rhône-Alpes)
- GHIZZO Karine (Conseil régional Rhône-Alpes)
- HIEGEL Fabienne (Direction générale de la cohésion sociale)
- JACQUEMET Jean-François (ARS Rhône-Alpes – Délégation départementale de l'Isère)
- LECENNE Marie-Hélène (ARS Rhône-Alpes)
- LE JEUNE-VIDALENC Muriel (ARS Rhône-Alpes)
- LESBROS-ALQUIER Astrid (DRJSCS Rhône-Alpes)
- MAURIZE Catherine (ARS Rhône-Alpes)
- PENSO Annick (CNAM – Paris)
- PETIT Renaud (Institut de socio-économie des entreprises et des organisations - ISEOR)
- PESENTI Nelly (Conseil général de la Haute-Savoie)
- RAT Stéphanie (ARS Rhône-Alpes – Délégation départementale de l'Isère)
- TANCHOT Anne Sophie (Conseil général de la Savoie)
- TRICHARD Raphaël (Conseil régional Rhône-Alpes)
- ZARDET Véronique (Institut de socio-économie des entreprises et des organisations - ISEOR)

Acteurs impliqués dans les actions menées dans le cadre des comités territoriaux d'actions

Sont présentés les acteurs ayant participé au moins une fois aux actions menées sur les territoires dans le cadre des CTA et figurant sur les listes d'émargement.

- BADIN Cécile (ARS Rhône-Alpes – Délégation départementale de la Savoie)
- BLET Nelly (Syndicat mixte du pays Bièvre-Valloire - Isère)
- BOUCLIER Sylvaine (ARS Rhône-Alpes – Délégation départementale de la Savoie)
- CANTINAT- CIAMPOLINI Anne-Maëlle (ARS Rhône-Alpes / Délégation départementale de l'Isère)
- CHEDAL-ANGLAY Gislaine (DIRECCTE – Unité territoriale de Savoie)
- CHEVAUX Geneviève (Conseil général de l'Isère)
- CORNIER Chantal (Etablissement de formation au travail social – UNAFORIS)
- DEBERNARDY Michel (Pôle Emploi – Savoie)
- DIEZ Juliette (DIRECCTE – Unité territoriale de l'Isère)
- DELMAS (EHPAD – Isère)
- DUBOIS Christophe (Union départementale des associations familiales GEIK ADI - Savoie)
- FAURE Thomas (Maison de l'emploi voironnais – Isère)
- GARNERET Philippe (ARS Rhône-Alpes – Délégation départementale de l'Isère)
- GAUTIER François (Pôle Emploi – Savoie)
- GAUTRON Armel (Pôle Emploi - Savoie)
- GUENANT Hervé (GRETA – Isère)
- GUENIN Stéphanie (Union départementale des associations familiales GEIK ADI - Savoie)
- GUILLARD Laetitia (Pilote MAIA – Savoie)
- GORCE Laurence (Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier)
- GUILLAUME Laurent (EHPAD – ADIREPAS)
- GORCE Catherine (Conseil régional Rhône-Alpes)
- GHIZZO Karine (Conseil régional Rhône-Alpes)
- HALLER Aurélia (Contrats territoriaux emploi formation Grenoblois - Isère)
- HERBLOT Stéphanie (Organisme paritaire collecteur agréé Profession libérale – Savoie)
- JOURDAN-CAMPIGLI Isabelle (DIRECCTE Rhône-Alpes)
- KONG Nelly (UNIFAF)
- LACHKAR Abderrahman (Maison de l'emploi Voironnais - Isère)
- LECORNET Pierre (EHPAD – SYNERPA – Savoie)
- LE FLEM Pascal (EHPAD – URIOPSS – FEHAP)
- LEJAILLE Philippe (UNIFAF)
- LESBROS-ALQUIER Astrid (DRJSCS Rhône-Alpes)
- LIETAR Isabelle (Pôle Emploi – Isère)
- LUCCHINO Chantal (DIRECCTE - Unité territoriale de l'Isère)
- MARTINEAU Isabelle (Directrice Ressources Humaines - Isère)
- PERLES Chantal (DRJSCS Rhône-Alpes)
- RAT Stéphanie (ARS Rhône-Alpes – Délégation départementale de l'Isère)
- ROUSSEL Anne (Centre national pour la formation fonction publique territoriale – Grenoble)
- TANCHOT Anne Sophie (Conseil général de la Savoie)
- TRICHARD Raphaël (Conseil régional Rhône-Alpes)
- VILLAIN Elodie (Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier)
- VINCENDET Chantal (Centre Hospitalier – FHF)

Sommaire

- **Introduction** 7
- **1. Contexte général** 9

1.1. L'attractivité : quels enjeux pour les publics dans le champ de la perte d'autonomie 9

1.1.1. Les ressources humaines : un investissement stratégique 9
1.1.2. Vieillissement et perte d'autonomie : politiques et impacts sur les besoins en professionnels 10

1.2 Besoins des usagers et profils des professionnels : quelles limites ? 11

1.2.1. Définition de la notion de besoin de l'usager 11
1.2.2. Evolution des profils d'usagers accueillis en EHPAD et en SSIAD 12
1.2.3. Les usagers, les proches et les aidants : de nouveaux savoirs faire 13
1.2.4. L'hétérogénéité des acteurs du secteur médico-social 14
1.2.5. L'évolution dans le handicap : un phénomène à observer et à anticiper 14

- **2. Attractivité : approche et problématisation** 15

2.1. Définitions et problématiques de l'attractivité 15

2.2. L'attractivité de l'entrée en formation à l'emploi 17

2.2.1. Une réelle attractivité des formations sanitaires et sociales 17
2.2.2. Une attractivité atténuée dès la formation pour certains métiers 18
2.2.3. Une faible attractivité vers le secteur de la gérontologie dès la fin de la formation 20
2.2.4. Une faible attractivité persistante pour le travail auprès des personnes âgées 21

2.3. Une attractivité dépendante de la localisation géographique du territoire et/ou du bassin de vie 22

2.4. Problématiques de la pénurie en professionnels qualifiés 23

2.4.1. L'estimation des besoins en professionnels à former 23
2.4.2. Adapter les qualifications aux besoins des usagers, une gestion complexe au sein des structures 24
2.4.3. La formation des salariés : un investissement coûteux, nécessaire 24
2.4.4. Le cloisonnement des filières et des pratiques, source d'injonction paradoxale 25
2.4.5. Des viviers de compétences sous utilisés 26
2.4.6. Une qualité de vie au travail à développer 26

- **3. Synthèse des travaux et expérimentations** 28

3.1. Projet « parcours professionnels et coopération » : orientations stratégiques et méthodologie 28

3.1.1. Orientations stratégiques 28
3.1.2. Méthodologie 28

3.2. Résultats et pistes d'analyses des travaux et enquêtes 32

3.2.1. L'augmentation et l'évolution des activités complexifient la gestion interne des organisations 32
3.2.2. L'organisation des activités d'accompagnement : concilier bientraitance des usagers et épanouissement des professionnels 33
3.2.2.1. Adaptation des profils de l'emploi aux activités : concilier prestations d'accompagnement et intérêt pour le travail 33
3.2.2.2. Gestion de la fluctuation de la charge de travail 35
3.2.2.3. Adaptation des effectifs et qualifications des professionnels 36
3.2.3. L'absentéisme et le turnover : problématiques communes à l'ensemble des structures..... 40
3.2.4. Les fonctions stratégie et pilotage de projet interne : une difficile mise en œuvre 41
3.2.4.1. Amélioration des pratiques de recrutement / fidélisation 41
3.2.4.2. Le management un levier complexe et incontournable 44
3.2.5. Représentation du travail et des métiers de la gérontologie : un processus dévalorisant à décrypter 46
3.2.6. La question de la reconnaissance : une responsabilité et un enjeu de plusieurs niveaux 47
3.2.7. Pilotage et coordination sur le territoire 48
3.2.7.1. Les comités territoriaux d'actions 48
3.2.7.2. L'animation et la conduite des CTA 49
3.2.7.3. Les freins et les solutions pour les recrutements et les parcours 51
3.2.7.4. Impacts et perspectives d'évolution des comités territoriaux d'action 52

Conclusion 53

Annexes 56

Bibliographie 59

Glossaire 61

Introduction

Les difficultés récurrentes de recrutement des structures employeurs du champ médico-social, plus ou moins aigues selon les territoires, ont conduit l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes *(ARS RA)* à piloter une démarche d'analyse pour mieux observer les facteurs impactant l'attractivité et mettre en place des actions adaptées. Cette démarche est portée en partenariat par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Rhône-Alpes *(DRJSCS),* le Conseil régional de Rhône-Alpes *(CRRA)*, et la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi *(DIRECCTE) Rhône-Alpes.*

L'étude présentée dans ce document, s'appuie sur les résultats d'un projet collectif, partenarial[1] : « Parcours professionnels et coopérations dans le champ de la dépendance ». Si ce projet a pour objectif global de répondre aux problématiques de pénurie de professionnels qualifiés de niveau V *(aide médico-psychologique, aide soignant, auxiliaire de vie sociale)*, il est aussi une opportunité stratégique pour expérimenter, au niveau du territoire, la mise en œuvre d'actions de gestion des ressources humaines dans le champ médico-social.

Le cadre du projet cible plus particulièrement le secteur des personnes âgées *(SSIAD et EHPAD)*[2]. Il est déployé sur trois départements de l'arc alpin (*Isère, Haute-Savoie et Savoie*) particulièrement touchés par la pénurie de personnels qualifiés. De surcroît, ces travaux visent aussi à valoriser puis mutualiser les travaux existants et/ou en cours de réalisation.

L'ensemble des actions conduites pour pallier les tensions autour de l'emploi de certains métiers et les problématiques d'attractivité du secteur des personnes âgées, n'a pu être réalisé qu'avec la participation de nombreux acteurs de tous niveaux : ministériel *(DGCS),* régional, départemental. Sont également impliqués des acteurs de la formation *(OPCA, organismes de formation)*, les acteurs de terrain *(dirigeants, encadrants, professionnels de proximité…).* En effet, s'emparer de la thématique de gestion des ressources humaines dans une approche territorialisée est un enjeu qui concerne de nombreux acteurs du secteur médico-social dont l'évolution et le rôle répondront à des besoins essentiels dans notre société. De plus, dans le cadre de la modernisation des politiques publiques, une attention particulière est portée à la dimension « métiers et compétences ».

Ainsi, l'opérationnalité est-elle constamment au centre des préoccupations et questionnements de cette étude : la question n'est pas toujours de savoir ce qu'il faut faire mais : « comment faire ? ». Par conséquent l'attractivité, sujet central de ce rapport, interroge les dispositifs, le management, la formation, les coopérations et le pilotage de projets collectifs autour des parcours, des emplois, des compétences, des effectifs et des recrutements.

Pour mener cette étude, il est apparu pertinent d'exploiter des travaux conduits sur d'autres territoires afin d'une part d'en réaliser une synthèse dans une dimension régionale et d'adapter les propositions en fonction des problématiques locales et, d'autre part, d'élargir les données à l'ensemble des structures du médico-social. Etant exposé à ces problématiques avec une moindre intensité, le secteur du handicap sera abordé le plus souvent, par comparaison.

Ce rapport s'appuie donc sur les travaux suivants :

Spécifiquement pour les SSIAD et EHPAD pour les enquêtes réalisées dans le cadre du projet parcours professionnels

- Enquête pour l'analyse de l'activité et des besoins en compétences pour les professionnels de niveau V *(ARS Rhône-Alpes / CRRA) ;*
- Le diagnostic des pratiques de gestion des ressources humaines au sein d'établissements[22] *(ARS / CG / UT DIRECCTE)* ;
- Expérimentation des comités territoriaux d'actions *(ARS Rhône-Alpes / CRRA).*

1 Partenariat pour le projet « Parcours professionnel et coopérations dans le champ de la dépendance » avec l'UNAFORIS, le CRRA, la DRJSCS
2 Services de soins infirmiers à domicile, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Pour l'ensemble du secteur sanitaire et médico-social

- Démarche de GPEC, en Isère sur le bassin voironnais *(Maison de l'emploi)* ;
- Démarche de GPEC, en Isère, territoire de Bièvre-Valloire *(Syndicat mixte, UNIFAF et DIRECCTE-UT 38) ;*
- Démarche de GEPEC, en Drôme et Ardèche *(UNIFAF et DIRECCTE-Siège).*

Après avoir abordé les enjeux relatifs au développement de l'emploi sur le secteur médico-social et exposé les résultats des travaux, une analyse de l'attractivité sera proposée, selon une approche globale, permettant ainsi de mettre en exergue des axes de problématiques. La méthodologie de recueil d'informations et les résultats seront exposés ensuite dans les deux derniers chapitres.

> **Ce rapport d'étude n'est en aucun cas un recueil d'informations exhaustif. Il a pour objectif central d'identifier des leviers d'actions, partant des dysfonctionnements et des réalisations de terrain afin d'enclencher une dynamique ciblée, structurée et partenariale impliquant toutes les parties prenantes citées dans les pages de ce document.**

1. Contexte général

La spécificité du travail auprès de populations de personnes âgées ou handicapées, n'est plus à démontrer. Mais, le paysage des établissements et services médico-sociaux présente des caractéristiques juridiques et socio-culturelles diversifiées, dont les déterminants sont largement influencés par l'histoire, l'évolution des besoins et l'ancrage sur le territoire. Ces éléments de contexte influencent l'image et les représentations véhiculées sur le travail et l'emploi dans le secteur. En outre, développer l'attractivité pour le travail auprès de personnes en perte d'autonomie est un enjeu qui revêt une dimension sociale et économique, mais qui repose sur plusieurs facteurs impliquant différents acteurs et institutions.

1.1. L'attractivité : quels enjeux pour les publics dans le champ de la perte d'autonomie

Le « champ » de la perte d'autonomie englobe les établissements et services sous la compétence de l'ARS et des conseils généraux. Les établissements ciblés dans ce rapport relèvent d'une compétence conjointe *(EHPAD, FAM),* d'autres de la compétence exclusive de l'ARS *(SSIAD, MAS),* d'autres encore de la seule compétence des conseils généraux *(foyers d'hébergement)*. Les enjeux développés ci-après valent pour l'ensemble des publics en perte d'autonomie qu'ils soient accompagnés à leur domicile ou en établissement.

Bien que de nombreux rapports récents rendent compte du contexte socio-économique actuel, un bref rappel des enjeux globaux s'impose, eu égard à la politique de santé, aux mesures mises en œuvre dans le cadre du déploiement des plans régionaux *(Alzheimer, autisme…)* des schémas régionaux et départementaux[3] et à la raréfaction des ressources.

La mise en œuvre du Projet régional de santé en Rhône-Alpes et la détermination des capacités d'accueils et places installées *(avec sa déclinaison pour le médico-social : le PRIAC[4])* impliquent de rechercher la meilleure articulation entre l'offre de prise en charge médico-sociale et l'offre de professionnels qualifiés sur le marché du travail. La structuration d'une démarche d'anticipation des ressources, conduite en partenariat avec les acteurs institutionnels compétents, est nécessaire. Les objectifs stratégiques sont clairement posés dans le Schéma régional de l'offre médico-sociale *(SROMS)* et dans les schémas départementaux afin que la gestion des ressources humaines soit identifiée comme un véritable levier d'action[5].

1.1.1 Les ressources humaines : un investissement stratégique

La part des charges salariales représente environ 70% à 80% des budgets des établissements. En Rhône-Alpes, les dépenses des établissements et services médico-sociaux s'élèvent à 1,8 milliard d'euros en 2012[6]. Le budget correspondant aux ressources humaines est ainsi estimé à **plus de 1,350 milliard d'euros pour la région Rhône-Alpes**. L'actualisation du PRIAC 2013-2017 révèle que pour 4 207 nouvelles places installées sur le champ médico-social, dans les cinq prochaines années, le besoin en ressources humaines, toutes catégories professionnelles confondues, est estimé à environ 2 600 équivalents temps plein. A cette estimation doivent s'ajouter les effectifs liés à l'augmentation de la médicalisation[7]. Aux coûts salariaux de ces futurs recrutés, il convient, également, d'additionner les dépenses liées à leur recrutement et à leur formation, diplômante ou professionnalisante, relevant pour partie de financements publics.

[3] Projet Régional de Santé, Schéma Régional d'Organisation Médico-social
[4] PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
[5] Schéma régional d'organisation médico-sociale, PRS Rhône-Alpes, 2012-2017, p.27 et 28
[6] Les dépenses de santé 2011 en Rhône-Alpes : une progression proche des moyennes nationales ; http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/Etudes_Stat_Observation/Depenses_Sante/20130301_Indic1_DepensesSante2011_BD.pdf
7 Tableau 1 p.12

Globalement, le pilotage de la ressource humaine est un enjeu de performance pour l'efficience des accompagnements des parcours et des projets personnalisés des usagers et pour la dynamisation des emplois au sein des organisations, sur un territoire. La feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé annonce le sens de l'action collective autour de la proximité des interventions, de la coordination des parcours de soins et des coopérations entre professionnels dans une logique territoriale. Ainsi, la formation, l'exploration de viviers de compétences, la valorisation des expériences professionnelles dans un contexte de chômage élevé, l'accompagnement des parcours professionnels, la qualité de vie au travail sont autant de variables à prendre en compte pour développer le potentiel humain.

1.1.2 Vieillissement et perte d'autonomie : politiques et impacts sur les besoins en professionnels

Contrairement aux représentations populaires, une grande part des personnes âgées n'est pas en perte d'autonomie. En 2010, 50% des plus de 85 ans bénéficiaient de l'Allocation personnalisée d'autonomie *(APA).* Cependant, selon les estimations de l'Institut national de la statistique et des études économiques *(INSEE),* le nombre de personnes « dépendantes » doublerait d'ici 2060. En effet, les plus de 85 ans passeraient de 1,3 à 5,2 millions en 2060 pour une population totale de 73,6 millions. Jean-Pierre Aquino[8], dans son rapport propose d'intégrer « *le socle d'un meilleur accompagnement et d'un maintien de l'autonomie des personnes âgées* » dans les politiques publiques, et plus particulièrement pour la prévention de la perte d'autonomie.

Les politiques de maintien à domicile repoussent l'âge moyen d'entrée en structures d'hébergement *(86 ans)*[9]. L'accompagnement du vieillissement et de ses effets est une nécessité qui implique la mise en œuvre d'actions concrètes, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels. L.Broussy[10] souligne que : « *350.000 ! C'est le nombre de besoins en emplois d'aides à domicile, d'aides-soignantes et d'infirmières à recruter entre 2010 et 2020 (…). Pour gérer ce flux potentiel de 350.000 emplois en 10 ans, il faut que l'appareil de formation soit plus souple et efficace qu'il ne l'est aujourd'hui. Il faut mieux accompagner les jeunes vers les centaines de milliers d'emplois générés par le vieillissement* ».

Par ailleurs, les études thématiques et statistiques *(INSEE)* convergent et révèlent un besoin en personnels important dans les prochaines années avec des perspectives d'emplois substantielles.

[8] Rapport Jean-Pierre Aquino, « Comité avancée en âge / prévention et qualité de vie »
[9] Selon Tableau n° 1 p. 12 (Données PAHTOS/ 2012)
[10] Broussy L. : L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO !, rapport remis à la Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie, 2013 (données nationales)

1.2. Besoins des usagers et profils de professionnels : quelles limites ?

1.2.1. Définition de la notion de besoin de l'usager

Il est difficilement concevable de définir le « besoin » sans le corréler à la bientraitance et le « besoin en santé » de l'usager ne provient pas seulement de sa propre demande. De plus, toute demande ne peut - et ne doit pas nécessairement - être satisfaite. La finalité centrale du projet de vie, voire de fin de vie, personnalisé est d'apporter des prestations et activités (*de soins, hôtelières, d'accompagnement…*) au plus près des souhaits et désirs des personnes accueillies. Le besoin relève à la fois d'une attente exprimée par une personne *(et/ou un proche)* et des droits des usagers[11], lesquels doivent être honorés au mieux par un professionnel, dans le cadre de ses missions. Cela implique la question de l'évaluation et de l'identification des besoins, mais aussi celle des réponses possibles à apporter. Il s'agit, comme le souligne J-P. Aquino[12], de relever un défi qui consiste à « *concilier des soins de qualité, qui peuvent être importants, la qualité de la vie quotidienne, la préservation de la vie sociale et les souhaits des résidents, tout en préservant les équilibres entre ces différentes exigences* ».

Toutefois, s'agissant de la santé et du social : **ce n'est pas parce que c'est une demande que c'est un besoin et ce n'est pas parce que ce n'est pas demandé qu'il n'y a pas de besoin !**

Différents métiers peuvent apporter une réponse aux différents besoins des usagers. L'ergothérapeute n'utilise pas les mêmes codes d'observation et d'analyse des besoins que l'éducateur spécialisé, l'aide soignant, le médecin, le directeur…. Les regards et les visions sont parfois différents mais souvent complémentaires. Ainsi, répondre au « besoin en santé » est la résultante d'évaluations et d'opérations complexes d'experts pour un accompagnement bientraitant.

La pratique professionnelle réflexive, le développement de compétences en communication et le travail en équipe pluridisciplinaire sont donc indispensables pour garantir la qualité des accompagnements.

> « *La bientraitance naît donc d'un équilibre entre un fond commun d'exigences permanentes – celle de répondre aux besoins fondamentaux de l'usager de la manière la plus individualisée et personnalisée possible – et une interprétation puis une mise en œuvre par définition ponctuelles et dynamiques données par les professionnels au sein d'une structure déterminée.* »[13]

> *« Mais cette posture professionnelle n'est pas faite que d'acceptation. Elle comporte tout aussi bien le nécessaire souci de maintenir un cadre institutionnel stable, avec des règles claires et sécurisantes pour tous, et un refus sans concession de toute forme de violence et d'abus sur le plus faible, d'où qu'elle émane. Cela implique que les professionnels eux-mêmes soient reconnus, soutenus et accompagnés dans le sens qu'ils donnent à leurs actes. »*

Les sciences humaines, dans les enseignements des paramédicaux, sont devenues des disciplines incontournables et transversales. Pour autant, le bon sens et le « cas par cas » laissent une marge d'autonomie dans les appréciations des professionnelles, là encore très spécifiques, de l'accompagnement au sein du secteur médico-social.

Cela implique que l'expert professionnel soit en capacité d'une part de savoir identifier un besoin qui n'est pas exprimé et d'autre part de poser les limites de son intervention.

[11] Feuille de route Stratégie Nationale de Santé, p.6, septembre 2013, version longue :
« En outre, les attentes exprimées par les patients évoluent. Ils aspirent à vivre chez eux malgré leur maladie ou leur dépendance. La demande de soins évolue également avec la volonté du patient de devenir acteur de sa prise en charge. De même, l'entourage du patient (familial, professionnel, social) contribue de manière croissante à la prise en charge. Dès lors, le patient (et son entourage) souhaite être informé, formé et représenté dans les instances de décision. Ces évolutions sont dans la pleine continuité de la reconnaissance de la place des usagers dans le système de santé, consacrée par la loi du 4 mars 2002, qui a marqué une évolution culturelle profonde en érigeant le citoyen comme acteur à part entière de sa santé."

[12] Aquino J.P. : Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société, Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie, rapport remis au Premier Ministre, 2013, p.97

[13] ANESM, Recommandations de bonnes pratiques, La Bientraitance : définition et repère pour la mise en œuvre, p.14 Juin 2008

L'articulation avec les droits et, notamment, le consentement des usagers doit faire l'objet de réflexions en équipe sur les pratiques professionnelles. Cette approche réflexive collective de la pratique est incontournable pour s'adapter à l'évolution des profils de populations.

1.2.2. Evolution des profils d'usagers accueillis en EHPAD et en SSIAD

Les personnes âgées en EHPAD et à domicile sont plus « dépendantes » et de plus en plus malades. En EHPAD, les admissions sont d'ailleurs souvent réalisées dans un contexte d'aggravation de l'état de la personne, parfois à la suite d'une hospitalisation (*Annexe I*). De nouveaux profils de populations nécessitent une prise en charge à domicile ou en établissement. En outre, se posent les questions de la prise en charge globale de la personne et de fluidité des parcours pour la qualité des accompagnements et le respect des projets personnalisés.

Au 31 décembre 2012, en région Rhône-Alpes, 58 327 places sont installées en EHPAD et 9539[14] places en SSIAD, pour un total d'établissements et de structures médico-sociaux pour personnes âgées de 75 570 places.

Une analyse régionale des résultats PATHOS[15] *(PMP)* d'un échantillon de 6507 personnes hébergées en EHPAD apporte des éléments d'informations complémentaires. Le Gir Moyen Pondéré[16] *(GMP)* permet d'appréhender l'augmentation de la dépendance.

> Tableau n°1 : Evolution des GMP, PMP entre 2008 et 2012, en Rhône-Alpes

	2008	2009	2010	2012
Nbre d'établissements Nbre de résidents	129 10 741 lits	277 21 296 lits	127 9 892 lits	84 6 507 lits
PMP (Pathos moyen pondéré)	163	168	178	204
GMP (Gir moyen pondéré)	703	714	725	738
SMTI (Soins médicaux et techniques importants)	7.97%	8.65%	9.90%	11.80%
Age moyen d'entrée	85	85.19	85.66	86.16

Source : ARS - Direction Handicap et grand âge

Dans le tableau 1 ci-dessus, le GMP progresse entre 2008 et 2012 : les personnes sont plus « dépendantes ». Le PMP, c'est-à-dire les besoins en soins médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux augmentent *(163 à 204),* ainsi que, parallèlement les soins médicaux et techniques importants *(SMTI)* dont les taux évoluent de 7,97 à 11,80% dans cette même période. Ces chiffres permettent d'objectiver l'augmentation de la charge en soins dans les EHPAD.

[14] BO FINESS UNIVERS 31/12/2012, ARS / DHGA

[15] PATHOS « PATHOS évalue ainsi, quel que soit le nombre de pathologies, le niveau global de mobilisation de ressources dans les différents postes de consommation de soins nécessaires à la prise en charge du patient et leur ventilation L'application du programme PATHOS sur l'ensemble des personnes présentes, un jour donné, dans un service de soins ou une structure médico-sociale, ou sur toute autre population, permet de réaliser toute une série de bilans. Ces bilans peuvent décrire la population étudiée, caractériser le recrutement des services ou des structures et permettre de comparer plusieurs populations ou services entre eux. », p.8 guide d'utilisation
http://www.amcehpad.fr/IMG/pdf/guide_de_codage_PATHOS_2010.pdf

[16] AGGIR « Le modèle AGGIR n'est qu'un des éléments de l'ensemble des informations (histoire, état de santé, contexte psychologique, environnement physique, humain et matériel…) indispensable à la mise en place d'un plan d'aides et de soins personnalisés. Il constitue un bon instrument de description synthétique des problèmes qui se posent dans les différentes activités de la vie courante d'une personne, permettant de se poser les bonnes questions : la personne fait-elle ? Si non pourquoi ? Le peut-elle ? Le veut-elle ?… C'est la description des activités mentales, corporelles, motrices, domestiques et sociales, qui permet de déterminer les compensations, les aides (matérielles, animales, humaines) et les services à mettre en place.».
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Guide_AGGIR_2008.pdf

De ce fait, plus de 50% des résidents présentent un syndrome démentiel, dont environ 45% sont atteints de troubles chroniques du comportement. La durée moyenne de séjour en EHPAD s'est aussi beaucoup réduite en 10 ans (de 4 à 2,5 ans).

L'enquête EHPA 2008 révèle que « *70 % des personnes atteintes du syndrome démentiel dont la maladie d'Alzheimer sont évaluées en GIR 1 ou 2* »[17]. Ce profil pathologique des personnes accueillies a plus de risque de présenter les troubles de la dénutrition, de chuter …. Un état dépressif et un état anxieux sont diagnostiqués respectivement chez 34% et 86% des personnes âgées hébergées.

Pour les mêmes raisons, la charge en soins à domicile augmente et évolue. Les professionnels du domicile sont également confrontés à des situations plus complexes et spécifiques (*syndromes démentiels, perte d'autonomie, pathologies chroniques…).*

> Diagramme n°1 : La charge en soins en EHPAD en Rhône-Alpes *(données 2012)*

Source : ARS - Direction Handicap et grand âge

Le diagramme ci-dessus donne un aperçu des profils de prise en charge des personnes âgées sur un échantillon de 84 EHPAD, en Rhône-Alpes et permet d'estimer les besoins à partir de l'exploitation du logiciel PATHOS[18]. Il met en évidence l'importance de la dimension relationnelle dans les accompagnements laquelle nécessite disponibilité et présence humaine.

1.2.3. Les usagers, les proches et les aidants : de nouveaux savoir-faire

L'accompagnement des personnes âgées dépendantes au domicile comme en institution nécessite la présence d'un personnel qualifié pour répondre à de nouveaux besoins et de nouvelles activités au regard des orientations de santé : maladies neurodégénératives, dont la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, soutien des aidants, prise en charge des personnes handicapées de tous âges, pathologies du vieillissement, soins palliatifs… La médicalisation et la diversification des situations de soins complexifient les prises en charge dans un système où le sanitaire et le social peinent à accompagner l'usager dans une dimension globale, avec une meilleure visibilité de son parcours dans son environnement.

[17] Dossiers Solidarités et Santé ; « Les personnes âgées en institutions » ; Enquête DRESS / EHPA 2008 ; N°22/2011
[18] PATHOS : « Le modèle PATHOS évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile, outil de « coupe transversale », il donne la « photographie » d'une population à un moment donné, dans un objectif de comparaison de services, de structures ou de populations ». Guide d'Utilisation version 2010. P.8

Si le secteur du handicap est culturellement plus empreint de pratiques partenariales avec les personnes atteintes de handicap et leur entourage, le secteur des personnes âgées doit encore se les approprier, intégrer les droits des usagers et s'adapter à l'évolution de leur implication dans les politiques de santé et la gestion des structures. La culture du secteur médico-social et les représentations des professionnels sont bousculées. Elles modifient considérablement la représentation de la prise en charge des personnes âgées pour des professionnels fréquemment issus d'une formation diplômante hospitalo-centrée. Dans son rapport remis en mars 2013[19], L. Broussy le reprécise, « *la revendication est la même depuis des années mais n'est pas totalement entendue : les formations d'aide-soignante, d'infirmier et d'aide médico-psychologique ne sont pas encore suffisamment imprégnées de gérontologie et de gériatrie* »[20]. G. Doniol-Show[21] partage ces préoccupations.

Les usagers sont présents et impliqués dans le système de santé et dans les structures. La gestion des relations avec les proches et les aidants requiert une attention et des savoir-faire particuliers qui ne sont pas toujours maîtrisés par les professionnels.

1.2.4. L'hétérogénéité des acteurs du secteur médico-social

Le secteur médico-social se caractérise à la fois par son hétérogénéité et par sa diversité ; diversité des publics accueillis et grande diversité des statuts juridiques :

- des structures rattachées à un centre hospitalier ;
- des structures relevant de collectivités territoriales (*communes, groupements de communes*) ;
- des structures privées à but non lucratif, majoritairement associatives ;
- des structures privées à but lucratif.

Cette diversité de structures implique des statuts et des conventions collectives différents *(FPT, FPH, CCN 51 et CCN 66…)*[22], lesquels ont un impact sur la gestion prévisionnelle des emplois, les mobilités professionnelles, la progression des salaires et la fluidité des parcours des salariés entre établissements.

1.2.5. L'évolution dans le handicap : un phénomène à observer et à anticiper

Sur le secteur du handicap, les profils accueillis évoluent. La population de personnes handicapées vit elle aussi plus longtemps. Le vieillissement de personnes handicapées progresse dans les établissements. Les progrès de la médecine, l'augmentation des handicaps lourds, les politiques mises en œuvre, la restructuration du secteur de la psychiatrie modifient l'activité et les besoins. Ainsi, en France, le nombre de place pour l'accueil de personnes polyhandicapés, tous établissements confondus[23], progresse entre 2006 et 2010, de 8 401 à 8 872, pour les enfants et adolescents et, de 4 704 à 5 059 pour les adultes.

Une meilleure visibilité de l'activité (*les besoins en soins de personnes handicapées vieillissantes…*) est nécessaire afin d'anticiper les besoins en compétences et en métiers dans les années futures[24].

---

[19] Broussy L. : L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO !, rapport remis à la Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie, 2013

[20] Ibid. p. 128

[21] Doniol-Shaw G. : Quels diplômes pour le secteur de l'aide à la personne ?, Formation et Emploi n° 115, Juillet-Septembre 2011, pages 51 -65 « Cet article se propose d'interroger le paradoxe entre un besoin de formation qualifiante, avéré et urgent, et l'absence de filière susceptible d'y répondre. […] L'examen des résultats de l'enquête de 2008 de la DREES sur les intervenantes au domicile des personnes fragilisées (Marquier, 2010) [...] révèle la forte proportion de salariées exerçant le métier sans détenir de diplôme reconnu par le secteur (62 % des salariées)

[21] […] C'est donc vers la création de formations spécialement pensées pour répondre aux situations des adultes fragilisés, notamment par l'âge, qu'il nous semble nécessaire de s'orienter. Ces formations questionnent inévitablement la frontière actuellement tracée entre le sanitaire et le social et que l'on peut lire dans la séparation entre les tâches d'aide-soignante et les tâches d'auxiliaire de vie sociale. Les demandes de formation exprimées par les salariées visent majoritairement une meilleure connaissance des pathologies du vieillissement et des problèmes psychologiques qui les accompagnent. Elles concernent aussi souvent l'accompagnement des fins de vie dans le cadre du vieillissement comme dans celui des maladies incurables. »

[22] Fonction publique territoriale (FPT), fonction publique hospitalière (FPH), convention collective nationale (CCN)

[23] Enquêtes ES / DREES, ES 2006 et 2010

[24] Rapport IGAS, Etablissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement, p.32, octobre 2012 : « La réponse aux besoins des personnes nécessite d'être en mesure de décrire et chiffrer leurs besoins d'accompagnement. C'est un chantier complexe, d'abord du fait de la diversité des situations de handicap, ensuite parce que la « lourdeur » d'un handicap ne permet pas d'induire le besoin d'accompagnement. Les outils permettant cette mesure, indispensables à toute planification des besoins, sont encore très embryonnaires et n'ont pas fait l'objet d'un investissement à la hauteur de l'enjeu. »

2. Attractivité : approche et problématisation

2.1. Définitions et problématiques de l'attractivité

La plupart des définitions de l'attractivité sont formulées dans le domaine de l'économie pour lequel des indicateurs sont identifiés. L'« *attractivité » est le plus souvent corrélée avec la notion de territoire et de compétitivité. Elle caractérise ce qui est « attractif »*[25]*, qui a la propriété d'exercer une attraction, une séduction par une image, des équipements, une qualité, un contenu* (*programme, projet*….) ».[26]

L'attractivité renvoie aussi à la notion de « rétention » et donc à la capacité d'une organisation à *recruter* puis à *fidéliser* les « talents », les professionnels. Pour cela, Renaud Petit[27] couple « attractivité et fidélisation », précisant que la fidélisation ne s'arrête pas à la simple mesure du taux de rotation. Il s'agit d'un phénomène complexe à observer qui relève de plusieurs facteurs : affectifs, motivationnels, culturels…. L'auteur détermine trois étapes de « l'ambi-système » attractivité-fidélisation :

- l'attractivité de l'organisation : l'image dégagée pour attirer et répondre aux attentes des personnes recrutées ;
- l'intégration de la personne (*socialisation organisationnelle, accueil*) entrée physique de l'individu dans l'organisation ;
- la fidélisation en lien avec les motivations au travail et la gestion de la carrière de l'individu.

Outre l'image et le rayonnement de l'organisation, le rôle des pratiques de gestion des ressources humaines est essentiel pour le « pilotage de l'attractivité ».

Réfléchir sur l'attractivité oblige à s'interroger sur la question de la ressource humaine et des compétences pour répondre à l'évolution de l'activité. C'est aussi s'interroger sur deux domaines indissociables : le domaine de la qualité des prises en charge et/ou accompagnements, et celui des compétences et qualifications professionnelles pour y répondre.

L'attractivité doit être appréhendée selon une approche globale.

↘ Ainsi, 4 angles d'observation sont proposés tout au long de ce rapport :

> **Les métiers : les métiers de la santé et du social sont-il attirants pour les jeunes et les personnes en reconversion ? Quels sont les leviers d'insertion et de promotion professionnelle ?**
>
> **Le champ d'intervention : travailler auprès des personnes âgées et des personnes handicapées intéresse-t-il les salariés, les jeunes et les demandeurs d'emplois ? Ce secteur est-il connu? Parait-il valorisant ? Comment stimuler ce secteur, ces emplois ?**
>
> **Le territoire ou bassin de vie : comment sont estimés les besoins en emplois ? Comment se coordonnent les acteurs autour de la formation et de l'emploi sur un territoire ?**
>
> **L'organisation : le travail auprès des personnes en perte d'autonomie apporte-t-il satisfaction et reconnaissance chez les salariés, les demandeurs d'emploi, les professionnels formés ?**

[25] Définition du Larousse
[26] Bonnet J., Broggio C. , « Les fonctions urbaines » in La France en villes, Ellipses, 2010, PP. 253-262
« En ce sens, « le terme d'attractivité rend compte de la capacité d'un territoire) à attirer des facteurs de production extérieurs (…) un mode exogène de valorisation dans un contexte de concurrence entre les agglomérations. La notion fait appel à une troisième forme d'externalité, l'externalité-notoriété. (…) Le markéting territorial s'efforce de rendre attractives les métropoles (…) par exemple en développant les équipements hôteliers, en favorisant l'animation culturelle et ludique de la ville»
[27] Petit R. , « Les Stratégies de développement du couple attractivité-fidélisation des organisations envers les jeunes entrants sur le marché du travail », Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Science de Gestion, mai 2008, pp.37-39 et 158-161.

> Schéma n°1 : Attractivité, approche systémique

2.2. L'attractivité : de l'entrée en formation à l'emploi

2.2.1. Une réelle attractivité des formations sanitaires et sociales

Le secteur médico-social est marqué par une très forte corrélation entre la qualification obtenue et l'emploi occupé : le diplôme est en relation avec un métier donné et un seul.

Les professionnels doivent donc être en possession de diplômes pour l'exercice de métiers très spécifiques. Les formations paramédicales et sociales sont toutes définies réglementairement par des référentiels d'activités, de compétences, de certification dont sont déduits les référentiels de formation.

Toutes les formations sont construites sur le principe de l'alternance entre centres de formation et milieux professionnels. Ce sont en fait des filières professionnalisantes réellement attractives. En outre, ces filières, dans leur ensemble, totalisent de très bons taux de réussite au diplôme *(89% au global),* gages de trajectoires professionnelles réussies. Une partie de ces professions est également accessible par la voie de la Validation des acquis de l'expérience *(VAE).* [28]

En Rhône-Alpes, ce sont près de 20 000 étudiants par an en formation avec une diversité de statuts *(élèves, étudiants, salariés, demandeurs d'emploi, apprentis…)* qui se répartissent sur près de 130 sections de formation et 10 000 diplômés qui entrent sur le marché du travail *(toutes filières confondues, réparties pour 75 % sur les filières paramédicales et 25 % sur les filières sociales).*[29]

Ainsi, les formations diplômantes[30] sont suivies par des publics relevant soit :

- de la formation initiale concernant les jeunes en poursuite d'études ;
- de la formation continue de demandeurs d'emploi dans le cadre d'un projet de réorientation professionnelle de demandeurs d'emploi ou de reprise d'activité *(financement Conseil régional, Pôle Emploi, ou AGEFIPH*[31] *,*
- de la formation continue professionnalisante des salariés financée par un employeur ou un OPCA ;
- de la formation continue des salariés dans le cadre d'un projet de formation individuel via un financement FONGECIF *(voire individuel).*

[28] Enquête Ecole 2012 – publication DRJSCS Rhône Alpes janvier 2014
DREES - http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-annuelle-sur-les-ecoles-de-formation-aux,6566.html
[29] Enquête Insertion professionnelle des diplômés du travail social et paramédical 2010 – publication DRJSCS –CR-ARS Rhône-Alpes
[30] Formations paramédicales : aide-soignant, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmier puéricultrice, manipulateur en électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, cadre de santé, Formations sociales : aide médico-psychologique, auxiliaire de vie sociale, technicien de l'intervention sociale et familiale, moniteur éducateur, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, éducateur de jeunes enfants, assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, cadre et responsable d'unité d'intervention sociale, directeur d'établissement ou
de service d'intervention sociale.
[31] Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées

> Schéma n°2 : Les flux de formation professionnelle

ARS DHGA rapport attractivité 2014

Les critères de motivation pour s'engager dans ces parcours diplômant sont multiples : origine économique, origine socioculturelle, âge, sexe, appétence pour un domaine d'activités, représentation du travail auprès de le personne en perte d'autonomie ... La question de l'image professionnelle véhiculée par la société n'est pas sans conséquence sur la construction de l'identité au travail[32].

La moyenne d'âge des AS, AVS, AMP entrés pour suivre une formation de niveau V est supérieure à 30 ans. Il s'agit souvent d'une réorientation professionnelle ou d'une évolution de carrière[33]. En effet, les secteurs du sanitaire et du social sont considérés comme étant les secteurs porteurs d'emplois pour l'avenir. Ils comptent 270 000 emplois soit 13% de l'emploi régional[34] en Rhône-Alpes. D'ailleurs, les personnes diplômées sur ces secteurs sont très majoritairement en activité : les taux d'insertion sont de 92 % pour le secteur paramédical et 82 % pour le secteur social.

L'entrée en formation sanitaire et sociale est caractérisée par une attractivité positive. Le nombre de personnes postulantes est supérieur au nombre de places de formation.

2.2.2. Une attractivité atténuée dès la formation pour certains métiers

Si les diplômes paramédicaux et sociaux bénéficient à priori d'une bonne notoriété permettant de garantir un nombre suffisant de postulants à l'entrée en formation, deux précisions viennent nuancer ce constat :

- les écarts d'attractivité *(taux de pression à l'entrée, tableau ci-dessous)* sont sensiblement différents selon les formations ;

L'attractivité des formations diplômantes peut être approchée à partir d'un indicateur : « taux de pression à l'entrée en formation » qui rapporte le nombre de candidats au concours ou à la sélection à l'entrée en formation au nombre d'admissions en formation.

[32] C. Dubar, La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles, Armand Colin, 1998.
"Pour Claude Dubar, l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend très étroitement de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi, noyaux durs des identités par les institutions. La transaction entre d'une part les individus porteurs de désirs d'identification et de reconnaissance et d'autre part les institutions offrant des statuts, des catégories et des formes diverses de reconnaissances peut être conflictuelle. Les partenaires de cette transaction peuvent être multiples : les collègues de travail, la hiérarchie de l'institution, les représentants syndicaux, l'univers de la formation, l'univers de la famille, etc." http://www.inrp.fr/Tecne/Rencontre/Drot/sld004.htm
[33] Schémas régionaux des formations sanitaires et sociales, Travaux préparatoires- schémas 2013/2017, nov.2012, p.16
[34] INSEE DADS 31/12/2008, in Schémas régionaux des formations sanitaires et sociales, Travaux préparatoires- schémas 2013/2017, nov.2012

> Tableau n°2 : Taux de pression à l'entrée en formation en Rhône-Alpes[35]

Formations	Niveau du titre	Nombre de candidats pour une place de formation
Aide soignant	V	2,4
Aide médico psychologique	V	2
Auxiliaire de vie sociale	V	2,5
Moniteur éducateur	III	3,7
Technicien de l'intervention sociale et familiale	V	2
Infirmier	III	4,6
Masseur-kinésithérapeute	III	9,1
Assistant de service social	IV	4,5
Educateur spécialisé	III	5,7

- les premiers niveaux de formation *(niveau V)* sont confrontés à des interruptions de la formation plus importantes que les autres.

Le taux d'interruption est de 11,6% pour les AVS, 6,8% pour les AMP, 5,9% pour les AS, mais seulement de 4,4 % par an pour les infirmiers et les éducateurs spécialisés et de 2,8% pour les assistants de service social.

Les interruptions en cours de formation s'expliquent par les situations personnelle et familiale, les motivations qui ont présidé à l'entrée en formation dont notamment les écarts de représentation du métier préparé avec la réalité de l'exercice, ainsi que les difficultés de prise en charge financière et de revenu disponible pendant la formation.

Si l'entrée en formation ne présente pas de problématique d'attractivité sur les niveaux V, comme sur l'ensemble des cursus, les conditions de formation, le contenu théorique et stages de la formation, ainsi que les approches des différents champs d'activités ouverts par ces diplômes, sont autant de facteurs qui influencent l'attractivité du secteur professionnel.

> **Les interruptions sont plus élevées pour les niveaux V en cours de formation, ce qui questionne la pertinence de l'orientation, les contenus de la formation, l'accueil et le tutorat en stage, l'organisation des structures et la sécurisation financière des parcours.**

[35] Schémas Régionaux des formations sanitaires et sociales, Travaux préparatoires – schéma 2013-2017, Recueil de données, 2012, p.22
Conseil Régional Rhône Alpes (N.B : Source = comptes réalisés des établissements de formation).

2.2.3. Une faible attractivité vers le secteur de la gérontologie dès la fin de la formation

Il existe un lien fort entre diplôme et autorisation à exercer. La même formation permet d'intervenir dans différents secteurs d'activité. Un infirmier et un aide soignant peuvent exercer à l'hôpital, à domicile, dans des structures accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées jeunes ou adultes. Un infirmier peut aussi exercer dans l'éducation nationale ou en entreprise. Un aide médico-psychologique peut exercer son métier auprès des personnes handicapées et des personnes âgées.

Or, la prise en charge de la perte d'autonomie n'est pas le premier choix des nouveaux diplômés.[36.]

En effet, les aides soignants et infirmiers privilégient le secteur hospitalier au médico-social. De fait l'enquête emploi réalisée par UNIFAF déclare que 48 % des établissements du secteur des personnes âgées ont des difficultés à recruter des aides soignants, et 43%, des infirmiers[37]. Les aides médico-psychologiques orientent leurs perspectives de premier emploi prioritairement sur la prise en charge du handicap. L'enquête sur les postes vacants *(ARS Rhône-Alpes)* révèle que pour une même catégorie de professionnels, les postes vacants sont systématiquement moins élevés dans les secteurs hospitalier et du handicap que dans celui de la prise en charge des personnes âgées.

Pourtant, six mois après l'obtention du diplôme[38], 44% des aides soignants travaillent auprès de personnes âgées. Ce taux est sensiblement identique à celui des diplômés qui travaillent en milieu hospitalier. Pour les AMP, ce sont 38% des diplômés qui interviennent auprès de personnes âgées 6 mois après l'obtention du diplôme. L'autre champ d'insertion professionnelle concerne la prise en charge du handicap.

Ces éléments permettent de conclure que plus de la moitié des besoins en emplois sont identifiés dans le médico-social. Il est fort probable que ce phénomène s'accentue dans les prochaines années. Ces constats interrogent sur le contenu des formations actuellement fortement hospitalocentrées.

Mais la logique de métier rend le système au global peu mobile, des formations spécialisées, parcellisées, plutôt cloisonnées (*spécialisation intervenant tôt dans le cursus*), et parfois aux tutelles multiples (*compétences croisées entre plusieurs décideurs*) et des passerelles, (*dispenses et allègements*) à l'utilisation marginale pour certaines filières alors que les proximités entres les métiers existent[39].

> **Persiste une concurrence entre le sanitaire et le médico-social pour les nouveaux diplômés. De même, pour les professionnels diplômés de niveau V, le secteur du handicap semble plus attractif, que celui des personnes âgées. Les facteurs explicatifs seraient liés à une meilleure reconnaissance sociale mais également à une meilleure attractivité des organisations concernées *(stages et image).* Le contenu de la formation et les conditions de travail sont également des facteurs d'influence de cette hiérarchisation des secteurs.**

[36] Dans le cadre de leurs missions respectives relatives aux formations sociales, paramédicales et sages-femmes, la Direction Régionale Jeunesse Sport et Cohésion Sociale (DRJSCS), l'Agence régionale de santé (ARS) et la région Rhône-Alpes ont mené une enquête sur l'insertion professionnelle des diplômés en Rhône-Alpes. Disponible sur : http://fss.rhonealpes.fr/spip.php?article108 et sur http://www.rhone-alpes.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/1-_Enquete_insertion_2010_-_Analyses.pdf

[37] UNIFAF Enquête Emploi 2012, version longue, p.74 (en France et au sein de la branche professionnelle) http://www.unifaf.fr//attached_file/componentId/kmelia149/attachmentId/33310/lang/fr/name/UNIFAF-EnqueteEmploi-Numerique-V7.pdf

[38] Ibidem

[39] Référentiel d'activités et de compétences pour le niveau V en gérontologie (ARS Rhône-Alpes)

2.2.4. Une faible attractivité persistante pour le travail auprès des personnes âgées

L'enquête réalisée par l'ARS en 2012 démontre que, les postes vacants dans le secteur médico-social sont concentrés principalement sur les métiers de la rééducation *(ergothérapeute, psychomotricien, masseur kinésithérapeute)* du fait d'une offre d'emplois essentiellement proposée en temps partiel et des salaires plus élevés dans les secteurs du libéral et du sanitaire. Les difficultés de recrutement de médecins coordonnateurs sont également très importantes.

En revanche, en 2012, les postes vacants d'infirmiers sont moins nombreux qu'en 2010 et 2011. Les problèmes de recrutement en AS et AMP persistent mais sont moins aigus. L'enquête démontre que les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie sont les plus impactés, principalement dans le secteur des personnes âgées marqué par un taux de « faisant fonction » élevé pour pallier les tensions sur les niveaux V (*Annexe II*). De même, les structures du médico-social semblent confrontées à un turn over plus élevé des infirmiers et aides soignants, à moins d'un an d'ancienneté et à moins de 5 ans[40].

Quels sont les facteurs explicatifs des problématiques de recrutement en gérontologie ? Quelles sont les stratégies déployées par les structures et les territoires ? Pour quelles raisons certaines sont-elles porteuses et efficientes ?

> **Dès lors, il convient de s'interroger sur les éléments et facteurs explicatifs des problèmes de recrutement et de fidélisation : l'accueil, l'intégration, le travail, l'organisation, la gestion des ressources humaines, au sein des structures et sur un territoire, apportent-t-ils satisfaction et reconnaissance chez les salariés et demandeurs d'emploi ?**

[40] Ibidem : Enquête Postes Vacants 2012, p.101

2.3. Une attractivité dépendante de la localisation géographique du territoire et/ou du bassin de vie

L'impact du dynamisme économique local, du coût de la vie et de l'isolement géographique des structures sur l'attractivité n'est plus à démontrer.

L'enquête sur les postes vacants permet de prendre conscience des problématiques propres aux différentes configurations territoriales. Ainsi, en Haute-Savoie existe une attractivité de l'espace genevois, phénomène accentué par le coût local élevé du logement. En Isère et dans le Rhône, l'installation de places programmées dans le PRIAC, et l'augmentation de la médicalisation, majorent la pénurie de professionnels confrontée également au coût élevé du logement sur les agglomérations grenobloise et lyonnaise. En Savoie, le développement du nombre de places et la concurrence des activités saisonnières doivent être prises en compte dans l'analyse. Les particularités géographiques, rurales et montagneuses, ont également un impact sur les mobilités et les recrutements.

Ces constats renvoient aux capacités des acteurs à se coordonner et à piloter des politiques publiques sur un territoire en matière d'emplois, de définition de parcours de professionnalisation et d'anticipation des besoins en compétences et en métiers.

> **Comment s'articulent et s'organisent l'offre en formation et en emploi au regard des spécificités géographiques et économiques du territoire, du bassin de vie ?**

2.4. Problématiques de la pénurie en professionnels qualifiés

2.4.1. L'estimation des besoins en professionnels à former

Il n'existe pas de réponse « mécanique » simple à la question de la correspondance entre une offre de personnes diplômées et la demande de travail : l'évolution de la demande de qualification et de l'offre d'emplois est un exercice de prospective délicat qui n'appelle pas toujours une régulation de la formation. Cependant, de multiples acteurs interviennent dans l'estimation d'une offre de formation, elle-même multiple.

La détermination du volume de personnes à former sur un territoire est un exercice complexe car les contraintes et les parties prenantes sont nombreuses. La prise de décision s'appuie sur l'état du marché de l'emploi identifié par les branches professionnelles (*et leurs observatoires*) et par Pôle Emploi, sur les enquêtes relatives aux postes vacants portées par l'ARS, sur les données concernant l'insertion des diplômés. Les éléments sont mis en perspective avec les orientations inscrites dans le SROMS, le SROS et le PRIAC dans le cadre du Projet régional de santé et avec l'évolution des besoins en emplois actuels et prospectifs.

Les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales sont porteurs de cette démarche d'évaluation des besoins emploi-formation, actuellement en cours d'actualisation en Rhône-Alpes conjointement entre le Conseil régional Rhône-Alpes, l'Agence régionale de santé et la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Au vu de ces schémas, l'adaptation du nombre de professionnels formés dans les domaines de la santé et du social est définie soit au niveau du ministère compétent puis répartis par le Conseil régional sur le territoire (*médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, psychomotriciens*), soit au niveau régional (*AS, AMP, AVS, assistants de service social, ergothérapeutes…*).

La carte actuelle des formations sanitaires et sociales, pilotée par le Conseil régional depuis la loi du 13 août 2004, a permis de répondre à des besoins identifiés d'augmentation du nombre de professionnels formés, par un accroissement du volume de places de formation. Entre 2007 et 2011, les effectifs d'aides soignants formés ont augmenté de 65%, ceux des infirmiers de 12%, ceux des aides médico-psychologiques de 90% et ceux des éducateurs de jeunes enfants de 103%[41]. Les très bons de taux de réussite à ces formations permettent dans le même temps une réelle augmentation du nombre de personnes diplômés.

A ces chiffres[42] se rajoutent celui des diplômés par la voie de la VAE sanitaire et sociale : 725 soit 7.27 % de la totalité des diplômes délivrés par la DRJSCS[43]. La VAE offre ainsi la possibilité à des personnels assurant une fonction d'AS ou d'AMP, sans être en possession du diplôme, de construire une expérience dans l'emploi et d'en valider les acquis. Ces personnels exercent en tant que « faisant fonction ». Dans cette logique, la structure et le travail de terrain sont reconnus en tant que dispositif de formation permettant d'assurer le développement de compétences et de contribuer à la professionnalisation de personnels.

Enfin, en application de la directive européenne, la DRJSCS délivre également près de 300 autorisations d'exercice par an pour des métiers, notamment paramédicaux, qui sont autant de professionnels susceptibles de pourvoir des postes sur le territoire rhônalpin.

> **Problématique : Considérant l'augmentation de l'offre de formation et les dispositifs existants, la pénurie du champ de la dépendance ne semble pas induite par une offre de formation insuffisante sur le marché du travail.**
> **Le déficit de personnels diplômés s'expliquerait plus par une problématique d'attractivité du secteur. Quels sont les facteurs explicatifs des problématiques de recrutement dans les structures ? Quelle est l'articulation avec la demande d'offre en professionnels et en emplois ?**

[41] Schémas régionaux des formations sanitaires et sociales, Travaux préparatoires- schémas 2013/2017, nov.2012
[42] 2007 à 2011
[43] Dispositif piloté par la DRJSCS

2.4.2. Adapter les qualifications aux besoins des usagers, une gestion complexe au sein des structures

Comme le souligne Y.Berland et L.Hénard[44], la compréhension et l'évaluation des besoins des usagers vers lesquels s'orientent les missions et l'activité est incontestablement le socle de toutes les démarches d'évaluation des besoins en compétences et en qualifications.

Toutefois, les dirigeants[45] sont confrontés dans leur quotidien à la gestion de conflits de normes. Ils doivent assurer la continuité et la sécurité des soins. Or, le recrutement en professionnels qualifiés pour un remplacement de courte ou de longue durée, demeure une problématique dans un cadre réglementaire précis nécessitant des solutions intermédiaires de gestion par les compétences en interne.

Les seuls textes préconisant des ratios pour l'emploi en EHPAD concernent les médecins coordonnateurs[46]. Les besoins en effectifs et en professionnels relèvent de l'évaluation des responsables de structures, qui doivent prendre en considération la réglementation s'appliquant aux professionnels de santé. La plupart du temps les besoins en effectifs sont définis dans le cadre d'une contractualisation *(Convention tripartite, Contrat d'objectifs et de moyens)* avec les autorités de tarification.

> **Problématique : Comment les gestionnaires répondent-ils à l'évolution de l'activité en application de la réglementation relative aux professionnels de santé? Qu'en est-il de l'évaluation des besoins en compétences et en qualifications ?**

2.4.3. La formation des salariés : un investissement coûteux, nécessaire

Le financement des formations diplômantes et qualifiantes dans le cadre de la formation continue pour les personnes en situation d'emploi *(faisant fonction)* semble être un frein pour les qualifications des personnels. En effet, la demande et le besoin en formation sont difficiles à satisfaire du fait des contraintes budgétaires. Aux financements limités, s'ajoute le surcoût pour les structures, en dehors du soutien octroyé par les organismes paritaires collecteurs agrées, *(OPCA),* des frais pédagogiques et de remplacement. Ces derniers sont toutefois pris en charge dans le cadre de plans de formation ou de cursus professionnalisants par les OPCA.

La VAE est encore peu développée bien que pouvant apporter une réponse adaptée pour les employeurs par son dispositif partiel et alterné. Dans son rapport d'orientation budgétaire, l'ARS promeut, par l'allocation de crédits non reconductibles, les qualifications et la VAE *(en 2013 et en 2014).* La DIRECCTE a mené une étude[47] sur les effets de la validation totale de la certification ou du diplôme obtenu par la VAE. Cette enquête présente aussi des résultats sur un échantillon de professionnels exerçant dans le secteur médico-social qui confirme d'une part la reconnaissance et la gratification personnelle procurée par l'obtention de la certification, d'autre part les problématiques de financement.

---

44 Berland Y., Hénard L., Cadet D. : Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Rapport remis au Ministre de la Santé, 2011, page 45

« La question centrale est celle de la nature des besoins de la population et des différentes manières d'y répondre. A l'enchaînement ci-dessus [diplôme →métier], la mission propose de substituer systématiquement le suivant : besoin → activités → compétences → métier → formation → diplôme. Bien que schématique et donc forcément réductrice, cette présentation témoigne de la nécessité d'inverser le paradigme en cours s'agissant de l'utilisation du levier des métiers. »

45 Odile Catherin, Note juridique Interne ARS Rhône-Alpes,

« - qu'en raison d'une négligence résidant dans l'absence de soins délivrés aux personnes âgées, la responsabilité pénale des ESSMS peut être recherchée au titre des atteintes involontaires à l'intégrité des personnes ou la non assistance à personne en péril,

- mais que des poursuites peuvent être également envisagées au titre des atteintes involontaires à l'intégrité des personnes ou mise en danger d'autrui si certains actes relevant du rôle propre de l'infirmier sont réalisés par du personnel non diplômé, ces infractions semblant plus caractérisables,

- que l'autorisation qui pourrait être donnée par l'ARS ne dégagerait pas l'établissement de sa responsabilité pénale dans la mesure où il ne peut pas être considéré comme un ordre de la loi,

- qu'un fait justificatif ne semble pouvoir être difficilement invoqué par les ESSMS pour justifier le recours à un personnel qui ne serait pas auxiliaire médical aux fins de réalisation d'actes relevant du rôle propre de l'infirmier. »

46 art D312-156 à D312-161 du CASF

47 Etude sur les effets professionnels et personnels de la VAE en Rhône-Alpes - Août 2013
http://www.rhone-alpes.direccte.gouv.fr/spip.php?article10233

Toutefois, environ 60% des personnes entrées dans les parcours VAE ne valident que partiellement leur diplôme. Par ailleurs, la loi relative à la sécurisation de l'emploi[48] met l'accent sur la formation au sein de l'entreprise (*réforme de la formation*). Dans ce sens, la loi mise sur l'auto-investissement des « entreprises » relevant du code du travail. Dès lors, la gestion des compétences et des qualifications, dans le cadre des plans de formation, devront faire l'objet d'une démarche d'évaluation actualisée et anticipée en lien avec une prévision budgétaire.

> **Problématique : La formation qualifiante ou professionnalisante est incontournable pour la qualité des accompagnements. Les récentes lois sur l'emploi et la formation incitent les employeurs à s'engager dans une démarche structurée et territoriale soulignant ainsi la responsabilité collective des entreprises. Les structures du médico-social seront fortement impactées par ces réformes.**
> **Comment les gestionnaires s'emparent-ils de cette question ? Comment utilisent-ils les outils spécifiques de la gestion des ressources humaines : plan de formation pluriannuel, gestion des carrières et des mobilités, entretien professionnel ?**

2.4.4. Le cloisonnement des filières et des pratiques, source d'injonction paradoxale

Le cloisonnement des filières de formation, tout comme la validation réglementaire de l'appropriation de « l'acte de soin » par les seuls professionnels médicaux et auxiliaires médicaux amplifient les corporatismes professionnels et le cloisonnement des métiers. Ce phénomène rigidifie et complexifie également la gestion par compétences. Les coopérations entre professionnels de santé peinent à se développer et les professions de la filière sociale *(AMP)* sont encore mal connues. La feuille de route de la Stratégie nationale de santé[49] réaffirme l'orientation de décloisonnement des filières et des compétences. Pour les métiers du social et du soin, dans les discours des professionnels, les différences d'exercice s'illustrent dans le vocabulaire, dans le sens et la fonction, dans la formation initiale plus que dans la réalité des pratiques autour de l'accompagnement des usagers. Actuellement, certains métiers du social et du soin, en particulier les niveaux V, s'inscrivent dans un processus de réingénierie des contenus de formation dans une logique de simplification, de création de passerelles et d'adaptation aux besoins des usagers.

> **Problématique : Comment faire cohabiter des professionnels de formation et de culture professionnelles différentes et pourtant complémentaires, dans un contexte corporatiste et, sachant que les activités faisant l'objet d'une « appropriation réglementaire des professionnels de santé » sont réalisées par des professionnels formés dans une autre filière ?**
> **Quel est l'impact de ces nivellements sur les ressentis des professionnels, sur les problématiques de recrutement, sur la valorisation des métiers et sur la qualité des accompagnements ?**

[48] Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi
[49] Feuille de route Stratégie nationale de santé, septembre 2013, p.20, version longue :
« Les formations des professionnels de santé (champs sanitaire et social) doivent être décloisonnées notamment pour favoriser la culture de travail en équipe multi-professionnelle. Elles doivent être plus cohérentes avec la réalité de leur futur exercice. L'attractivité de certaines formations notamment non médicales doit être renforcée en développant des perspectives de réorientation. »

2.4.5. Des viviers de compétences sous utilisés

Les cloisonnements et les exigences réglementaires portées sur les diplômes ne génèrent-ils pas une « sous utilisation » de viviers de compétences ? Les termes « viviers de compétences », sont utilisés ici pour évoquer des personnes qualifiées, expérimentées, possédant ou non un diplôme, exerçant comme « faisant fonction » d'aide soignant ou d'aide médico-psychologique, ou dont les diplômes ne sont pas reconnus pour l'exercice dans certaines structures médicalisées. Ces viviers comptent bon nombre de professionnels, tels les auxiliaires de vie sociales, les agents d'accompagnement, et toutes les personnes qui ont pu développer des compétences dans leur parcours, dans le cadre de remplacements et/ou de formation d'adaptation à l'emploi. Certes, la VAE est un dispositif qui valorise les expériences et sécurise les accompagnements, mais qui nécessite un investissement dans un nouveau cursus. Ce constat interroge à nouveau la problématique de la simplification des passerelles en même temps que celle de la gestion prévisionnelle des emplois pour la réussite du parcours.

S'ajoute à cela, qu'à compter de 2014, 3 000 jeunes diplômés des baccalauréats professionnels « Accompagnement, soins et services à la personne », et « Services aux personnes et aux territoires » vont arriver sur le marché du travail en région Rhône-Alpes sans être habilités réglementairement à exercer dans les structures du médico-social. Si la création des passerelles et des formations pour l'adaptation à l'emploi est un domaine en cours de réflexion au niveau national, il convient de s'interroger sur la difficulté de diversifier les recrutements en professionnels qualifiés et/ou potentiellement qualifiables dans un contexte économique caractérisé, entre autre, par un taux de chômage élevé. La pratique de recrutement en « faisant fonction »[50] s'offre aux structures comme une solution alternative et devient une pratique de gestion courante. Est-il possible d'encadrer et de baliser, de façon formelle et contrôlée ces recrutements dans le cadre d'un parcours accompagné et personnalisé ?

> **Problématique : Il semble que le marché du travail dispose de viviers de compétences importants, pour lesquels l'exercice n'est pas reconnu dans le médico-social et ce, malgré un exercice effectif dans une structure, pour certains, des pré-requis en qualification et en certification. Quel est l'impact de ce paradoxe sur l'emploi et l'attractivité, de cette « non reconnaissance » de diplômes ou de qualifications ? Quel est l'impact sur la sécurité des accompagnements et la valeur accordée aux diplômes ?**

2.4.6. Une qualité de vie au travail à développer

La pénibilité physique du travail dans le secteur de médico-social est connue de tous les acteurs. Mais la qualité de vie au travail intègre des conditions et critères plus larges et souvent très liés à l'histoire, au vécu, au rapport au travail et à la psychologie de la personne.

Ces questions de la qualité de vie au travail et des risques professionnels sont inscrites dans le plan régional de santé au travail 2010-2014 de la DIRECCTE[51]. Il s'agit de favoriser et poursuivre une politique commune de prévention en direction des acteurs de l'accompagnement des personnes âgées et atteintes de handicap, à domicile et en établissement. Des expérimentations sur ces services sont en cours avec l'objectif d'élaborer un guide pour mieux gérer et anticiper les parcours *(prévention et reconversion professionnelle).*

La qualité de vie au travail, la gestion de la seconde partie de carrière et de la hausse de l'absentéisme sont des problématiques fortement liées à la santé au travail.[52]

---

[50] Ibidem
[51] Plan Régional de Santé au Travail
http://www.rhone-alpes.direccte.gouv.fr/le-plan-regional-sante-au-travail-prst
[52] Enquête Emploi UNIFAF, 2012, p.11
« Certains indicateurs conduisent à redoubler de vigilance dans l'accompagnement des salariés seniors : alors que le taux d'accident du travail, toutes branches confondues, tend à diminuer ces trois dernières années, il progresse dans les secteurs de la santé et de l'action sociale et atteint des niveaux sensiblement supérieurs à la moyenne nationale. Autre préoccupation : en cinq ans, le taux de licenciement pour inaptitude est passé de 4 à 6 pour 1 000 emplois en CDI. Dans les deux cas, le champ de la personne âgée se distingue avec des valeurs supérieures à la moyenne de la Branche.

2. Attractivité : approche et problématisation

Sur ce sujet, le Plan régional de santé au travail 2010-1014, déclinaison régionale du Plan santé au travail *(PST2),* précise les objectifs publics en matière de santé et de sécurité au travail pour le territoire de la région Rhône-Alpes.

La prévention des risques professionnels nécessite essentiellement un partenariat pour :

- renforcer les actions déjà conduites par les différents acteurs en mutualisant et coordonnant leurs moyens ;
- développer de nouvelles synergies de nature à favoriser des projets innovants pour la santé au travail ou investir des champs sur lesquels l'action des différents partenaires est moins prégnante.

Le PRST2 n'intègre dans sa programmation que les actions faisant l'objet d'un partenariat. Il rappelle aussi que l'amélioration des conditions de travail peut également contribuer à la compétitivité des entreprises et au maintien en activité des salariés les plus âgés.

En 2010, les acteurs publics de la prévention des risques professionnels et de la santé publique, les partenaires sociaux et les branches professionnelles ont souhaité intégrer au PRST2, comme thématique prioritaire, les métiers liés à la prise en charge des personnes âgées et handicapées à domicile et en établissement. Des actions expérimentales ont pu être menées dans ce cadre.

Pour les années à venir, la mise en place des contrats de génération aura aussi un effet d'incitation et questionnera la pratique du tutorat, de la transmission, et les modes d'organisation du travail.

Cette dynamique partenariale engagée sur le champ de la santé au travail pourra se poursuivre voire se renforcer avec le concours d'autres acteurs *(emploi, formation).* Cela facilitera la formalisation et l'intégration de la qualité de vie au travail dans les pratiques de la gestion des ressources humaines et managériales.

Problématique : Comment améliorer la qualité de vie au travail dans un contexte d'évolution de la médicalisation et d'augmentation de la charge de travail ? Quel est l'impact sur l'attractivité ? Comment soutenir collectivement les structures dans une démarche de prévention des risques professionnels et psycho-sociaux ?

Il serait réducteur de céder à la tentation de laisser aux dirigeants tout le poids de la responsabilité de la gestion des ressources humaines. Les mesures anticipatrices doivent concilier plusieurs enjeux, tous orientés vers le souci d'un projet collectif : les besoins des structures, la mise en œuvre des politiques de santé *(la prévention, la gestion des risques, la télémédecine, …)* et le développement de nouvelles compétences dans un contexte socio-économique mouvant. Or, gérer la ressource humaine implique l'action d'acteurs institutionnels et organisationnels multiples issus de l'emploi, de la formation… Porter une réflexion sur les parcours et les recrutements c'est réfléchir à la coordination des acteurs, à la cohérence, la pertinence et la performance de leurs actions sur un territoire.

Ces constats interrogent : entre évolutions de carrière et développement de la fonction tutorale auprès de jeunes professionnels, quel parcours construire pour préserver les seniors dans les établissements de la Branche ? À l'heure des contrats de génération, la fonction Ressources humaines, en plein essor dans de nombreuses associations, ne manquera pas de s'emparer de cette thématique centrale pour le devenir du secteur. »
http://www.unifaf.fr//attached_file/componentId/kmelia149/attachmentId/33314/lang/fr/name/synthese_ENQUETE_EMPLOI_BAT_WEB%20(2).pdf

3. Synthèse des travaux et expérimentations

Dans le cadre du déploiement du projet « Parcours professionnels et coopérations dans le champ de la dépendance », un certain nombre de travaux ont contribué à la compréhension des processus impactant l'attractivité.
Dans ce chapitre, après un bref rappel des orientations stratégiques et de la méthodologie du projet, les diagnostics et résultats de travaux et démarches de gestion prévisionnelle des emplois et compétences seront exposés. Des leviers d'actions seront ensuite proposés ainsi que des pistes d'amélioration de pratiques de gestion des ressources humaines.

3.1. Projet « Parcours professionnels et coopération » : orientations stratégiques et méthodologie

Le déploiement du projet est une action inscrite dans le Projet régional de santé de l'ARS. Elle a pour objectif de mobiliser les acteurs autour des problématiques de pénurie en professionnels, plus particulièrement aides soignants, aides médico-psychologiques et infirmiers, dans les départements de l'arc alpin. Les orientations ont pour finalités d'impulser une dynamique de recherche, de mobiliser les acteurs compétents, de repérer et mettre en œuvre des actions.

3.1.1. Orientations stratégiques

Le projet repose sur l'hypothèse que le problème de l'attractivité est multifactoriel. Il justifie les axes stratégiques et opérationnels suivants :

- **Le recueil des besoins en activités et compétences ;**
- **L'accompagnement et le développement de pratiques managériales territoriales ;**
- **La mise en œuvre et les recensements de projets réactifs et/ou innovants ;**
- **L'identification de freins et de leviers ;**
- **L'étude de corrélation entre management et attractivité organisationnelle.**

Le projet « Parcours professionnels et coopérations dans le champ de la dépendance est un premier appui pour recueillir, analyser et comprendre une problématique de pénurie et/ou d'attractivité. L'identification de leviers d'actions, expérimentés ou non, a pour ambition de tenter de mettre en œuvre, ou de proposer des solutions.

3.1.2. Méthodologie

Les entretiens exploratoires et les premiers éléments d'information amènent à postuler que l'attractivité du travail dans le secteur médico-social est le résultat de facteurs perçus comme positifs ou négatifs en lien avec les caractéristiques du territoire, la valeur accordée au métier et la politique d'accompagnement des parcours, depuis le recrutement jusqu'à une progression de carrière interne ou externe à l'organisation. L'analyse des résultats suivra le cadre présenté ci-après.

Le cadre du travail en réponse à l'activité : les représentations du vieillissement, le rapport au travail auprès de la personne âgée, le prestige et la valeur du travail, les conditions de travail, la perception de l'organisation interne ;

Le métier : l'image, les représentations générales du métier, la construction identitaire, le réseau professionnel, la formation professionnelle, le rapport à son métier ;

Le feed-back ou l'impact du regard et des discours de l'autre : l'image, la reconnaissance sociale, la reconnaissance hiérarchique ;

La stratégie et la gestion des ressources humaines sur un territoire et sur le secteur médico-social : la politique des ressources humaines menée par les acteurs institutionnels compétents, l'animation territoriale, la mobilisation et la fédération des acteurs, l'opérationnalisation et l'élaboration de dispositif territorial ;

La stratégie et la gestion des ressources humaines au sein des organisations : la gestion interne des organisations, le réseau et les coopérations entre les structures, le management des personnes, l'organisation du travail.

- **Les verbatim recueillis et choisis pour illustrer ce rapport sont issus des propos de 161 professionnels dans 22 EHPAD et SSIAD**, toutes catégories confondues. Ces personnes ont été rencontrées lors des enquêtes menées pour le diagnostic de gestion des ressources humaines et l'enquête effectuée en vue de l'élaboration du référentiel d'activités et de compétences pour les professionnels de niveau V. L'ensemble des entretiens conduits, pendant en moyenne une à deux heures, ont été retranscrits littéralement.

- **La méthode choisie se caractérise par la mise en œuvre simultanée d'une phase compréhensive et d'une phase opérationnelle de type recherche-action.** Cela permet d'agir de façon réactive et de fédérer les acteurs institutionnels et organisationnels autour d'une problématique commune. En outre, elle vise à développer les compétences, les connaissances, le réseau avec les partenaires, l'échange et la communication sur des outils et les besoins de chacun. Elle permet aussi d'enrichir et de recueillir et des informations complémentaires.

- **Les méthodes sont diversifiées. Elles dépendent des commanditaires et des finalités attendues.** Les productions aussi sont différentes. Ainsi, les projets de Gestion prévisionnelle des emplois et compétences *(GPEC) (tableau n° 3, p. 30)* débouchent sur un plan de formation local ou régional, l'analyse des besoins en activités sur un référentiel, la recherche-intervention, portant sur les pratiques de gestion des ressources humaines, sur des démarches d'amélioration menées au sein des organisations volontaires afin de soutenir les directeurs et encadrants.

> Tableau n°3 : Synthèse des projets et expérimentations retenus en Rhône-Alpes[53]

Type de travaux	*Nombre structures totales*	*EHPAD*	*SSIAD*	*SPASAD*	*FAM*	*MAS*	*Foyers*	*AJ*	*ESAT*	*MECS*	*HÔP*	*Méthodes de recueil*
Recherche-Action : mise en œuvre de comités territoriaux d'actions Pilotage ARS/CG/ UT DIRECCTE												Expérimentation de comités territoriaux d'actions : 6 réunions en Isère et 5 en Savoie
Diagnostic des besoins en activité et en compétences (SSIAD et EHPAD) Savoie, Isère et haute Savoie ARS / Cabinet consultant APL	11	8	3									53 entretiens *(individuels et en groupes)* auprès de 78 personnels toute catégorie confondue
Diagnostic GRH Savoie et Isère ARS / Centre de recherche ISEOR	10	8	1	1								20 entretiens individuels *(encadrement et direction)* et 63 de personnels exerçant auprès de l'usager, menés en petits groupes
Diagnostic en vue d'une GPEC expérimentale réalisée en Drôme/Ardèche DIRECCTE / UNIFAF / Cabinet Montal	15	6	1		1	2	5					Collecte des informations *(sur le territoire)* et questionnaire d'autodiagnostic auprès de 15 dirigeants d'établissements
Diagnostic en vue d'une GPEC Bièvre Valloire (Isère) Syndicat Mixte / CG Isère / Cabinet Montal	9	2			2	1	2		1	1		Diagnostic / validation des enjeux et objectifs au cours d'un séminaire auprès de 6 dirigeants d'établissements
Diagnostic en vue d'une GPEC Voironnais (Isère) Maison de l'Emploi / Voiron / Cabinet Twin Conseil	20	5	1		5		3	2			4	Entretiens téléphoniques et questionnaires auprès de 20 directeurs d'établissements
Total	**65**	**29**	**6**	**1**	**8**	**3**	**10**	**2**	**1**	**1**	**4**	

[53] Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Maison d'accueil médicalisé (MAS), Accueil de jour (AJ), Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), Maison d'accueil à caractère social (MECS), Hôpitaux (Hôpitaux).

Synthèse des travaux et expérimentations

Le choix d'étudier plusieurs projets et enquêtes de types distincts, permet d'appréhender des structures différentes dans le médico-social, sur 5 départements en Rhône-Alpes.

Les diagnostics des trois GPEC citées dans le tableau n°3 viennent alimenter le recueil des informations sur les problématiques des structures, les besoins en compétences et en professionnels qualifiés. De surcroit, ces démarches ont favorisé la construction de liens et l'impulsion d'un travail partenarial en réseau.

Les projets et enquêtes présentés dans ce rapport ont été retenus dans leurs phases de diagnostic à partir desquelles une synthèse thématique des facteurs explicatifs des phénomènes d'attractivité est dégagée selon le guide présenté ci-dessus.

3.2. Résultats et pistes d'analyse des travaux et enquêtes

Les enquêtes ont permis tout d'abord d'appréhender des problématiques contextuelles, internes ou externes à l'organisation, puis les réalisations pour pallier les dysfonctionnements tant au niveau de la structure qu'au niveau du territoire. Ensuite, elles ont permis d'identifiés des facteurs favorisant l'attrait et l'intérêt pour le travail et/ou l'organisation. Les solutions présentées sont extraites des discours de l'ensemble des acteurs et des professionnels rencontrés au sein des structures et au cours des expérimentations. Il ne s'agit pas ici d'être exhaustif, mais de proposer des pistes de solutions, voire des recommandations, même si de nombreux ouvrages existent déjà[54].
Bien que les outils et innovations de pratiques en management soient très peu formalisés, tous les professionnels et les employés rencontrés lors de nos enquêtes, se sont largement exprimés sur les perceptions qu'ils ont d'un établissement attractif, tout en mettant en avant les réalisations marquantes mises en œuvre pour améliorer l'attractivité.

« Notre plus grande difficulté est la gestion humaine à travers la lourdeur de l'établissement. Nos résidents sont en grande dépendance ». *Direction*

« Le bâtiment est un problème, il n'est plus adapté à l'accueil des personnes âgées. Les couloirs sont très longs et les services sont sur 4 étages avec une salle à manger au rez-de-chaussée. Entre les repas et les sonnettes, le personnel fait des kilomètres. » *Direction*

« Notre équipe a une moyenne d'âge élevée et depuis deux ans, nous sommes confrontés à de plus en plus d'arrêts maladie de plusieurs mois dus à des troubles musculo-squelettiques » *Direction*

« On a l'impression d'enchaîner les chambres, d'être juste là pour ça, de le faire le plus vite possible. On passe d'une chambre à l'autre sans prendre le temps de discuter avec le résident. » *Infirmier*

« Nous avons un soignant pour 12 résidents, alors que dans le handicap il y en un pour cinq. Le rythme n'est donc pas le même » *Directeur*

« Les auxiliaires de soins et les infirmiers qui restent dans la structure se font mal et partent cassés. En gériatrie, personne ne veut rester. » *Direction*

3.2.1. L'augmentation et l'évolution des activités complexifient la gestion interne des organisations

Les discours sur le travail et sa perception varient selon le public accueilli et le type de structure. Mais, globalement, pour l'ensemble des professionnels, la charge de travail a augmenté ces dix dernières années, tant pour le secteur des personnes âgées que pour celui des personnes handicapées.

Conséquences sur le rythme et la charge du travail

L'augmentation et l'évolution de l'activité influencent la gestion du travail. Celle-ci est généralement fonction de l'organisation et du temps imparti pour la réalisation des soins, de l'adaptation des locaux, de l'équipement de transfert et de levage. La charge physique et mentale, le taux élevé d'accidents du travail[55] et le vieillissement de la population des salariés, dont la moyenne d'âge est plus élevée dans les établissements accueillant des personnes âgées, complexifie la mise en œuvre de prestations de qualité. Les directeurs soulignent que les problématiques liées au reclassement professionnel des personnels ne pouvant plus travailler « au lit » des usagers est une difficulté majeure en raison de l'absence ou la quasi-absence de postes de substitution à proposer dans un contexte budgétaire contraint[56]. Se posent en outre, les questions de la prévention des risques liés au poste de travail et celles des mobilités et de l'évolution des carrières professionnelles.

[54] **ARH Ile de France** (ARS depuis2009), « Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaire et médico-sociales », Juin 2008
Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels
http://www.c2rsante.fr/docs/778_Attractivite_et_fidelisation_des_professionnels_paramedicaux_dans_les_structures_sanitaires_et_medico-sociales.pdf
HAS, « Guide pour l'autodiagnostic des pratiques managériales en établissement de santé », Janvier 2005
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/fr/recherche?portlet=c_39085&text=management&lang=fr&page=2
ANAP/SYNERPA, Valoriser les métiers du grand âge, Retour d'expérience et valorisation des métiers, Mai 2013
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/guide_valoriser_metiers_grand_age.pdf
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/fr/recherche?portlet=c_39085&text=management&lang=fr&page=2
[55] Selon une enquête de la CARSAT, les EHPAD observeraient le plus grand nombre d'accidents du travail
[56] UNIFAF Enquête Emplois 2012 Synthèse p.11 (augmentation des situations d'inaptitude)

L'organisation des activités d'accompagnement : concilier bientraitance des usagers et épanouissement des professionnels

La structure employeur, du domicile ou d'hébergement en établissement, a de toute évidence un rôle incontournable à jouer dans l'attractivité et la fidélisation des personnels par **la qualité et la flexibilité de son organisation**, compte tenu de l'évolution quotidienne de l'activité et de la charge de travail. Trois thématiques ont été retenues lors des entretiens : adaptation de l'emploi aux activités, la gestion de la fluctuation de la charge de travail et les qualifications de professionnels recrutés.

3.2.2.1 Adaptation des profils de l'emploi aux activités : concilier prestations d'accompagnement et intérêt pour le travail

« On arrive à motiver les équipes avec des petits trucs qui ne coûtent pas, on leur montre qu'elles font autre chose que leur routine quotidienne. Quand on leur donne la possibilité de faire un truc qui les met en valeur, elles restent. »
Cadre de santé

« On parle beaucoup entre nous, une AS se rend compte qu'un petit truc marche et on se le dit. Ce qu'il faudrait, c'est passer plus de temps et ne pas faire que des soins. »
Aide soignant

« Management autour du projet de vie : c'est une expérience pour fidéliser le personnel et rendre le travail attractif. Cela motive les professionnels et diversifie l'activité. » *Directeur*

« C'est variable, on gère tout à domicile : les RDV des médecins, le laboratoire qui vient faire une prise de sang et il faut qu'on ouvre la porte, on va chercher les résultats. Puis les RDV chez le coiffeur, la pédicure… S'ils n'ont pas de famille, on fait le relai avec les assistantes sociales (…) c'est intéressant on a de l'autonomie. »
Aide soignant

« Jai voulu rester ici car on est en nombre. Il y a tout ici : les locaux, le matériel, les lèves personnes. On a vraiment tout ce qu'il faut. Les kinésithérapeutes sont présents. On a des formations en manutention. »
Aide soignant

Evolution des activités

L'évolution des activités, du fait de l'évolution des besoins, requiert des compétences nouvelles et spécifiques pour la prise en charge des usagers sur l'ensemble du secteur médico-social telles que : l'accueil des profils pathologiques liés au vieillissement, les personnes atteintes de maladie neurodégénératives *(maladie d'Alzheimer, ou de troubles apparentés, maladies de Parkinson...)* ou psychiatriques, les personnes handicapées vieillissantes, les troubles autistiques, la gestion de la relation avec l'usager et sa famille… **Ces besoins sont aussi l'occasion d'élargir les prestations et les modalités d'accompagnement**. De plus, diversifier l'activité consiste à demander à des professionnels de réaliser, selon leurs compétences et dans le cadre de leurs fonctions, des activités qui permettent de rompre la monotonie et la répétition du travail quotidien. Ainsi, certaines activités, telles qu'être référent d'un « projet personnalisé » d'un groupe de résidents donnant lieu à des rencontres avec les familles, ou être responsable d'une thématique de prise en charge *(hygiène, douleur, chutes…),* être compagnon ou tuteur, participer à l'animation, sont mises en œuvre par certaines structures.

Diversification des activités et problématique de formation

Dans les discours, **la question de l'ennui dans le travail, perçu comme répétitif, est récurrente** pour l'ensemble des professionnels : le travail est toujours le même. Il existe aussi un clivage entre les actes techniques *(toilettes, mobilisation…)* et les actes cités comme plus relationnels *(animation, accueil…).* Ces perceptions du travail amènent les personnels eux-mêmes à séparer l'acte de soins, de l'acte social, de l'acte relationnel. La répartition des tâches et la représentation des professionnels sur leur rôle génèrent souvent des questionnements et des nivellements entre les professionnels aux origines diverses *(filières sociales, soins…).* Ce constat interroge aussi sur la question de l'impact des acteurs de la formation sur ces représentations et de l'adaptation des contenus de formation aux « prestations d'accompagnement ». Ainsi, pour les médecins coordonnateurs, la réglementation a, ces dernières années, élargi les champs d'intervention dans une double logique d'attractivité et de qualité des soins. Pour les professionnels de niveaux V, l'enquête réalisée pour la construction d'un référentiel d'activités et de compétences révèle que dans l'exercice quotidien, les fonctions et activités menées sont similaires. En revanche, s'agissant des représentations du métier, « de son métier », les écarts, entre la formation et la réalité de l'exercice, diffèrent.

« Ce week-end, j'étais à l'étage, je leur ai mis la musique. J'ai vu que deux personnes chantaient. Ce n'est pas grand-chose, on ne participe pas toujours, mais on anime. Ils apprécient ces petits moments. »
Aide soignant

« Cela se situe essentiellement au niveau de la communication, du relationnel : en tant qu'AMP on va essayer de comprendre… Je ne vois pas les choses de la même manière. Pour la toilette, on est moins formé. Mais je sais ce qu'il faut faire. Quand je suis arrivée en SSIAD, j'ai vite vu les techniques, les transmissions ciblées, le vocabulaire médical nécessaire, on ne nous apprend pas tout cela en formation et j'avais peur de ne pas être à la hauteur. »
Aide médico-psychologique

A titre d'exemple, dans les EHPAD la question de « la toilette » est centrale. La toilette est un acte de soin qui intègre le rôle propre de l'infirmier. L'aide soignant est également formé à réaliser cet acte. Les AMP et AVS, pour être en phase avec la réglementation, pratiquent des gestes de la vie quotidienne et sont pourtant formés à la réalisation de toilettes : « *On voit mal une AMP ou une AVS dire à une personne : « je viens réaliser vos gestes de la vie quotidienne !* » exprimait une formatrice d'un Etablissement de formation travail social. Pourtant un directeur de maison d'accueil spécialisé *(MAS)* expliquait : « *je ne demande pas la même toilette à une AMP qu'à une AS !* ». Dès lors, toute la question est de savoir s'il s'agit de la toilette de l'usager ou celle du professionnel classée selon sa filière de formation d'origine.

La démarche d'adaptation des besoins en compétences interpelle quant à l'enfermement du cadre de l'exercice professionnel dans des décrets d'actes ou des compétences prescrites. La communication et ses techniques de base, mener un entretien et savoir en faire une brève synthèse, apporter des réponses simples aux familles et proches, développer un partenariat, sont autant de nouveaux besoins en compétences souvent laissés pour compte. **De ce fait, certains professionnels ne disposent pas toujours de ressources pour affronter le quotidien et, qui plus est, améliorer la qualité des prestations[57].**

Ces éléments culturels fortement ancrés dans l'histoire des professions, nuisent à la transdisciplinarité et ne sont pas sans conséquence sur l'attractivité des métiers et la reconnaissance perçue par les professionnels, surtout ceux issus de la filière sociale. La gestion des ressources humaines des gestionnaires n'en est que plus complexe face à l'obligation de continuité de l'activité et des soins.

[57] Référentiel d'activités et de compétences en gérontologie pour les professionnels de niveau V
http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Referentiel-d-activites-et-de.164546.0.html

« Le travail : on est bien en nombre, on a le temps de s'occuper des résidents. J'ai des amis qui ont 10 toilettes le matin… et c'est très dur ! », « Dans tous les stages que j'ai fait, c'était limite maltraitance ! Il y a une grosse différence entre ici et aligner 10 à 15 toilettes comme des robots ! »
Aide soignant

« Lorsque nous sommes avec un résident, nous avons constamment l'œil sur la pendule. Je n'ai pas fait une formation d'aide-médico-psychologique pour être chronométré ».
Aide médico-psychologique

« C'est difficile, elles n'arrivent pas à changer (…) mais les aides soignants ne connaissent que l'institution hospitalière, elles sont dans un souci de qualité et ça les épuise… elles sont fatiguée car elles n'arrivent pas à faire leur travail et car les résidents sont lourds. »
Cadre de santé

3.2.2.2 Gestion de la fluctuation de la charge de travail

La gestion de la fluctuation de la charge de travail est d'autant plus difficile lorsque l'activité est en phase d'augmentation. Elle se reporte pour l'essentiel, sur les aides soignantes, les aides médico-psychologiques et les infirmières. L'augmentation du nombre de toilettes est, pour le personnel soignant et les gestionnaires, l'indicateur communément utilisé. Les professionnels soulignent la pénibilité liée à leur nombre élevé auquel s'ajoutent les actes de mobilisation.

Une adaptation quotidienne de l'organisation à l'activité est nécessaire. Les pratiques d'organisation diffèrent selon les structures. Elles oscillent entre la répartition stricte des fonctions ou des types d'actes et la polyvalence. La mise en œuvre d'une répartition flexible des tâches est souvent complexifiée par la culture et l'origine des professionnels diplômés. Le cloisonnement des certifications et des filières génèrent des problématiques organisationnelles. Pour cela, la définition des fonctions et l'élaboration de fiches de poste sont de précieux outils.

« Un axe intéressant : le décloisonnement des personnels et l'idée c'est qu'on aura jamais un professionnel pour un résident et si tous les professionnels arrivent à répondre parce qu'ils passent par là ! Tout le monde est multitâche ! Il y a une souplesse et une adaptation de l'individu et c'est ça le top de la qualité ! Et qui va aussi sur le top de la valorisation ! »
Médecin coordinateur

En général la gestion de l'organisation requiert un encadrement et une gestion de proximité quotidienne ; les équipes ayant peu de possibilité pour définir une organisation globale des accompagnements des usagers. En cas d'augmentation de la charge de travail, la pression des familles ressentie par les professionnels, majore le stress, génère de la culpabilité et un sentiment d'un travail incomplet et sans qualité. Le développement de l'encadrement de proximité et de compétences en management des infirmiers coordinateurs, des médecins coordonnateurs, est un besoin souvent argumenté par les directeurs. Les établissements rattachés à une structure hospitalière disposent le plus souvent d'un cadre de santé. Les formations intermédiaires tel le CAFERUIS[58] sont particulièrement appréciées et reconnues plus adaptées à la spécificité du secteur médico-social.

« Je suis infirmier coordonnateur des soins et je n'ai pas de formation au niveau de la gestion du personnel. J'ai des lacunes à ce niveau. » *Infirmier*

« L'autre jour, j'ai pris du retard car la fille d'un résident m'a accaparé avec une liste de doléances. Il faut que ces demandes soient plus cadrées. Il faudrait une plage horaire fixe pour que les familles puissent interpeller les soignants. »
Aide soignant

« En l'absence d'infirmière coordinatrice, le Directeur doit faire son travail. Il s'adresse à moi mais je ne suis pas toujours à l'aise pour répondre » *Infirmier*

La gestion quotidienne *(du travail ou de l'activité)* est donc le résultat d'une démarche globale d'analyse de l'activité et de la mise en œuvre d'une organisation anticipée et ajustable. Elle se concrétise par l'élaboration des plannings, par une programmation et une comptabilisation du temps de travail.

La tenue des plannings s'avère encore plus complexe dès lors que l'absentéisme et le turnover sont élevés. Dans ces cas, il est nécessaire d'avoir des connaissances en droit du travail *(selon les statuts juridiques)*, ce qui justifie des compétences spécifiques pour un encadrement de proximité.

[58] Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale

3.2.2.3 Adaptation des effectifs et qualifications des professionnels

Des difficultés de recrutement en personnels qualifiés

Les difficultés de recrutement, évoquées par les directeurs, touchent l'ensemble des professionnels *(excepté les psychologues).* Les problématiques de recrutement évoquées portent plus particulièrement sur les métiers de médecin coordonnateur et de kinésithérapeute, dont le nombre de professionnels est insuffisant sur le marché du travail. A cela, s'ajoutent les interventions spécialisées comme celles d'un psychiatre, d'un chirurgien dentiste.

« Je n'étais pas formée et j'avais envie de repartir et j'avais 25 ans : j'avais l'impression que j'étais un boulet. Et quand on m'a proposé un contrat à durée indéterminé I je ne brillais pas mais j'ai pris. Et beaucoup de gens m'ont accompagnée, aidée avec beaucoup de patience. Après l'école d'aide soignant, j'étais bien, je savais ce qu'il fallait faire. » *Aide soignant*

« J'ai répondu à une annonce de Pôle Emploi, puis j'ai fait un test à l'ANPE… et j'ai suivi une formation d'assistante en gériatrie pendant deux mois avec un organisme de formation. J'ai appris tous les soins aides soignants... J'ai répondu à une annonce pour l'ouverture d'un site, ils recherchaient des ASHQ et des AS et les débutants étaient acceptés. Je n'ai pas réussi le concours AS donc j'ai fait la formation d'AMP. »
Aide médico-psychologique

Cependant, les problèmes de recrutement sont clairement dépendants de la localisation géographique de la structure sur un territoire *(situation rurale, transfrontalière)* et/ou au coût élevé de la vie locale, globalement, ainsi que de son statut juridique. Les concours de la fonction publique territoriale et la difficile évolution des carrières sont déclarés, par les directeurs, comme un écueil pour l'attractivité. De plus, les directeurs du secteur privé à but non lucratif soulignent que le faible écart de salaire entre les personnels hôteliers et les professionnels diplômés AS, AMP démotive certains personnels.

Pourtant, pour les professionnels aides soignants et aides médico-psychologiques, le secteur médico-social est identifié comme un secteur créateur d'emplois. En cette période de taux de chômage élevé, travailler dans les EHPAD et les SSIAD est parfois l'occasion d'un emploi, ouvrant la possibilité d'une progression. C'est aussi un travail qui génère de vraies motivations. Qu'il s'agisse d'une réorientation de carrière, d'un emploi choisi ou du hasard d'une trajectoire, les professionnels apportent des témoignages de parcours réussis et valorisants.

La formation continue un outil incontournable

Le besoin d'adaptation en compétences et/ou qualifications vaut pour l'ensemble des acteurs et professionnels.

« Il n'y a pas de dispositif de formation interne, à part le plan de soins infirmier mais c'est effectué par l'éditeur. En dehors de ça, nous devons nous auto-former en permanence. » *Aide soignant*

« Les formations initiales des infirmiers, des aides soignantes et des médecins ne nous ont pas préparés à accompagner la personne âgée. Souvent, la voie thérapeutique est privilégiée pour s'occuper d'un patient ».
Médecin coordonnateur

« La direction et le cadre n'ont pas eu le temps de se pencher sur la formation au sein de l'établissement. » *Direction*

« Le problème des formations est qu'elles sont organisées sur des journées entières. A cause de nos horaires coupés, nous ne pouvons envoyer que deux aides soignants à la fois alors que si c'était organisé sur des après-midis, ils pourraient tous y aller. »
Direction

La formation est souvent la solution et l'outil pour la garantie d'une bonne qualité d'accompagnement des usagers, tous les gestionnaires en conviennent. Ces derniers soulignent cependant les problématiques de coûts élevés, les lobbyings et les contraintes budgétaires. Aux coûts pédagogiques s'ajoutent les coûts de remplacement et les problématiques de recrutement de professionnels qualifiés. **Mais, les enquêtes révèlent que la formation est rarement intégrée dans une démarche globale, anticipée et pilotée par les établissements.** Elle est rarement intégrée dans une gestion prévisionnelle des compétences sur un territoire qui pourrait permettre la mutualisation d'actions de formations entre plusieurs structures.

Utiliser les temps d'entretiens professionnels avec les salariés, réfléchir à un plan de formation en lien avec l'activité, le projet d'établissement sont des étapes nécessaires, mais peu suivies de mise en actes.

Enfin, dans le cadre des expérimentations de GPEC, le partenariat avec les acteurs de l'emploi et de la formation sur un bassin de vie a permis de concrétiser la mise en place des actions de formation.

« Il y a une résistance sur l'évolution des pratiques dans notre établissement. Il y a un noyau dur d'anciens qui disent « on a toujours fait comme ça » *Directeur*

« Certains auxiliaires de soins qui arrivent chez nous n'ont pas la connaissance de la personne âgée et il faut les former sur la base » *Direction SSIAD*

« Les assistants administratifs manquent de compétences en ressources humaines, en comptabilité et en droit du travail. Le directeur doit donc tout vérifier et ne peut rien déléguer. » *Direction*

« Parfois, on se prend un coup ! la démence en gériatrie, on ne sait pas l'aborder. Il faudrait une formation pour avoir des outils. Elle est indispensable en gériatrie, car vous êtes lâchés dans le grand bain et après débrouillez-vous ! Ce serait bien en formation initiale ». *Aide soignant*

« Pour avoir travaillé dans plusieurs EHPAD, je suis étonnée que les personnes ne soient pas formées à la maladie d'Alzheimer et la gestion des décès ». *Aide soignant*

« Pour nous, qui sommes au sein d'une structure hospitalière, mes agents raisonnent en « sanitaire ». C'est donc obligatoirement une toilette complète par jour ; plus j'en fais à la personne et plus cela va vite. Elles sont dans le refus dans ce qu'elles appelleraient la non qualité des soins. Elles ne veulent pas lâcher et même quand le médecin dit : « on est dans un lieu de vie(…) C'est difficile, elles n'arrivent pas à changer. La formation AS est satisfaisante, elle est généraliste : leurs parcours sont cohérents. Sauf qu'elles tombent des nues quand elles viennent en EHPAD. » *Cadre de santé*

La formation outil de prévention de la vulnérabilité

Les besoins en compétences et en qualifications, quand ils ne sont pas pourvus, contribuent au risque de vulnérabilité de certaines structures et influent sur la qualité des prestations rendues aux usagers.

Pour les besoins en formation, certains directeurs insistent sur la nécessité de rattrapage des formations de base *(GPEC Drome Ardèche et Bièvre Valloire)* comme par exemple, « gestes et postures », « gestion du linge », « prévention des chutes », « l'utilisation de l'informatique », « les gestes d'urgence », « la formation relative à la maladie d'Alzheimer » pour les AS, AMP et tous les intervenants. Il convient de noter que le manque de compétences de certains personnels d'administration et d'encadrement agit sur la charge de travail du directeur. La taille de la structure et la localisation géographique pèsent également sur la capacité et les moyens de recruter des personnels qualifiés de tous niveaux.

De plus, les professionnels et directeurs regrettent, pour la plupart, le manque d'adaptation des contenus de formation dispensés dans les instituts et organismes de formation en général pour répondre à la spécificité du secteur médico-social et plus particulièrement pour accompagner les personnes âgées.

La formation : un outil d'évolution professionnelle

Développer des compétences « complexes » devient une nécessité. La formation d'assistante soins en gérontologie pour l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est plébiscitée. Néanmoins, les acteurs regrettent que cette certification, valorisante, ne s'adresse qu'aux PASA[59] et Unités protégées.
Certaines aides soignantes et aides médico-psychologiques sont missionnées par l'organisation pour encadrer et former les stagiaires et accueillir les nouveaux personnels. Le tutorat et le « compagnonnage » sont à développer. Ils permettent le transfert de compétences et positionnent les professionnels en tant qu'« experts », en tant que « pair compagnon ». Certaines structures ont bien intégré cette activité dans leurs stratégies et leur organisation de travail. D'autres accueillent cette activité comme une charge de travail supplémentaire. Il convient toutefois de ne pas complexifier ce rôle des pairs, qui tend à être considéré comme une expertise démesurée.

Pour les mêmes raisons, que celles évoquées ci-dessus, accompagner les professionnels dans un parcours qualifiant et diplômant requiert une évaluation des besoins en accompagnement de la part de l'employeur. Ainsi, la question des qualifications des personnels « faisant fonction » reste une problématique pour la nécessaire adaptation à l'emploi, à la réglementation et pour la valorisation des acquis.

[59] Pôle d'activités de soins adaptés

« Je me suis beaucoup investie dans les VAE ou les formations des agents. On n'a pas de problème de recrutement, sauf pour les remplacements. Quand une AS part, je sais tout de suite qui va prendre la suite. Parfois, pendant un laps de temps, je recrute sur un poste d'agent de soins… Quelque part, je me sens en porte à faux mais quand on voit à quel point c'est positif. Même si ce n'est pas autorisé…on les accompagne vers une formation ». *Directeur*

« Certains « faisant fonction » sont plus efficaces que des auxiliaires de soins diplômés. » *Direction*

« Dans l'établissement, les agents de soins ayant un diplôme d'auxiliaires de vie et les aides soignant diplômés font un travail similaire. Ce n'est pas sans créer quelques tensions » *Direction*

« Pour les AMP, tout dépend des écoles. Certaines refusent de faire des soins. Il y a aussi des AS qui, en sortant de l'école refusent de donner les médicaments parce-qu'à l'école on leur a dit qu'il ne fallait pas. Des infirmières ont aussi le même discours. Le problème est qu'après il faut leur faire intégrer le contraire et ce n'est pas facile ! » *Directeur*

La VAE une valeur ajoutée incontournable pour la qualité et la valorisation

Le parcours VAE est un paradoxe, c'est une démarche qui par nature est individuelle, mais dont la réussite dépend grandement du collectif qui l'accompagne *(employeurs, formateurs, collègues de travail …).* La VAE est perçue comme une grande victoire et un aboutissement pour les personnes qui l'ont réussie. En outre, elle permet de compléter la qualification et/ou de diplômer des « viviers de compétences ». Pour autant, elle implique que la personne ait déjà acquis des compétences et donc réalisé un certain nombre d'activités au sein des structures.

La validation des acquis est une solution largement usitée et plébiscitée par l'ensemble des gestionnaires. Elle permet de valider et compléter des compétences, puis de valoriser une expérience par un diplôme. Des projets collectifs mis en œuvre sur la région facilitent les démarches de validation.
Cependant ce processus de formation contribuant à mettre sur le marché du travail des personnes diplômées par l'expérience professionnelle est confronté à des logiques réglementaires contradictoires : la démarche de VAE légitime l'acquisition de compétences par la réalisation d'actes spécifiques du soin ou du social[60] qui seraient, paradoxalement, réservés à certains professionnels de santé et/ou du social.

Formation continue et formation promotionnelle : les outils de l'alternance peu utilisés *(apprentissage et contrat de professionnalisation)*

L'accueil de stagiaires, de personnes en position d'évaluation en milieu de travail *(EMT),* offrent des opportunités pour le recrutement de nouveaux professionnels.

Les outils de formation par alternance *(contrat d'apprentissage et contrat de professionnalisation)* peuvent aussi contribuer au recrutement et au développement de l'attractivité. Mais peu de personnes signent des contrats d'apprentissage ou de professionnalisation.

Outre le problème de pratiques et de cultures, différents freins peuvent être évoqués :

- Le coût salarial supplémentaire, notamment pour des structures non assujetties à la taxe d'apprentissage ;
- La nécessité de mettre en place un tutorat ;
- La nécessité de mettre en place une organisation pour gérer l'alternance ;
- La complexité de l'articulation avec les rythmes de formation. Ce point crucial nécessite d'adapter les rythmes et durées de formation. En effet, sur une formation aide-soignant en 9 mois, un employeur d'apprenti n'accueille que très peu l'apprenti dans sa structure du fait du rythme des stages.

Le développement de la culture de l'alternance pourrait être un enjeu, notamment pour les publics pour lesquels une formation de type « expérientielle » correspondrait aux profils d'apprentissage.

[60] Toujours pour les niveaux V

La formation au sein des structures vers un projet collectif et territorial

Les acteurs du secteur médico-social ont développé, par nécessité de sécurisation des accompagnements auprès des usagers, un flux *(canal)* de formation, autre et complémentaire de celui du cursus classique.
Les enquêtes révèlent que les formations diplômantes *(par la VAE)* partant d'une expérience dans le milieu du travail contribuent à l'offre de formation sur un territoire. Elles permettent de diversifier les parcours et d'ouvrir des possibilités de professionnalisation, des modalités d'apprentissage à des publics différents.
Toutefois cette démarche requiert que soient déployés des dispositifs au sein des organisations *(plans de formation, GPEC…)* et ce, dans une logique territoriale.

3.2.2. L'absentéisme et le turnover : problématiques communes à l'ensemble des structures

A l'exception de questions liées à la localisation géographique exposée plus haut, la problématique de pénurie semble plus liée à l'attrait pour le travail et à la fidélisation qu'à un manque de professionnels sur le marché du travail.

Par contre, la gestion des remplacements par des personnels qualifiés pour pallier les problématiques d'absentéisme et de turnover met les organisations en grande difficulté.
Le diagnostic sur la gestion des ressources humaines réalisé par ISEOR sur 11 structures *(SSIAD et EHPAD)* en 2012 *(2 départements)* révèle un taux de rotation oscillant entre 5% et 30% et un taux d'absentéisme pouvant dépasser 25% et atteindre 30% dans les situations les plus aigues[61].
Il est possible de distinguer trois catégories d'absentéisme selon le diagnostic « gestion des ressources humaines » réalisé par ISEOR :

- Un absentéisme de base ou seuil lié aux aléas de la vie sociale *(maternité)* ;
- Un absentéisme d'origine externe, non compressible, sur lequel il n'est pas possible d'agir *(maladie longue durée)* ;
- Un absentéisme, en partie compressible par des actions préventives ou de résolution de problèmes *(accident du travail, épuisement ...).*

Sur 11 établissements impliqués dans la démarche, les résultats mettent en évidence une possibilité de réduction de l'absentéisme, de 4% à 22% sur des taux d'absentéisme globaux oscillant entre 8 % et 26% selon les établissements. Le coût de l'absentéisme engendre souvent des déficits et génère des risques de ne pas assurer la continuité des prises en charge des usagers et de non qualité.
Le taux de rotation concerne principalement les paramédicaux. Si ces taux peuvent aussi s'expliquer par une mobilité ou une évolution professionnelle.

Par ailleurs, le suivi de la situation sociale[62] n'est pas toujours réalisé, faute de formation, de tableau de bord et d'indicateurs harmonisés. Pour cela, le déploiement du tableau de bord partagé du secteur médico-social, par l'Agence nationale d'appui à la performance (*ANAP*) permettra d'outiller les dirigeants en indicateurs pertinents et communément partagés. Pour autant, l'utilisation d'indicateurs pour la gestion des ressources humaines nécessite des compétences spécifiques.

« Les congés pour maladie explosent car ceux du personnel soignant qui donnent tout, deviennent usés par le travail ». *Direction*

« Les remplaçantes ont épuisé les équipes car la qualité n'y est pas. Dès le départ, sur quatre remplaçantes, il en a deux que je ne garde pas pour manque de qualité. » *Direction*

« Il y a des agents que je n'ai pas vu depuis 9 ans. La gestion des arrêts maladie de longue durée devient lourde et pèse sur nos finances. Nous ne pouvons pas remplacer de manière définitive ». *Direction*

« L'absentéisme est vraiment un problème pour les soins. Les résidents doivent avoir des repères car ils ont des problèmes cognitifs. Si les aides soignants changent sans arrêt, comment voulez-vous faire un travail cohérent ? » *Direction*

« Le gros problème ici : c'est le nombre d'intérimaires qui défilent et les résidents sont sacrément perdus ! » *Aide soignant*

« Ce n'est pas qu'une histoire de niveaux de salaire, ils ne sont pas bien supérieurs au public ! Il y en a eu des problèmes d'absentéisme et de turnover, qui se sont estompés dés lors que nous avons développé l'intérêt au travail :
- par l'apprentissage des métiers,
- le diplôme,
- en donnant une place forte à chaque personnel dans l'établissement,
- en définissant chaque année un plan de formation, et par la valorisation des niveaux 5. » *Directeur*

« Lorsque l'on travaille avec les intérimaires il faut tout leur dire, les aider en doublure, cela revient à doubler notre charge de travail. Sans compter les erreurs et les oublis, car ils ne connaissent pas les personnes âgées ». *Infirmier*

Conséquences pour la structure et les professionnels

Selon les gestionnaires, il est plus difficile de remplacer les personnels absents par des personnels qualifiés, que de recruter ces mêmes personnels qualifiés sur des postes vacants.

Ces phénomènes génèrent de réelles difficultés dans le quotidien des gestionnaires et des personnels d'encadrement. Les facteurs favorisant l'absentéisme sont nombreux : l'âge des professionnels, la fragilité sociale de certains d'entre eux, la pénibilité du travail, l'inaptitude au travail… **La gestion de l'absentéisme et l'analyse de ses causes diffèrent néanmoins selon la structure et sont souvent corrélés avec les pratiques managériales.**

Les conséquences de l'absentéisme sur les conditions de travail et la qualité des accompagnements peuvent être à l'origine de dysfonctionnements et majorer le turn over des professionnels.

Point de vue d'usagers

Les nouveaux personnels ne sont pas formés, ça manque de personnel : ça tourne beaucoup. Il faudrait qu'elles écoutent ! On appelle et elles mettent du temps pour venir ! »

« Mieux manger ! et J'aimerais qu'on nous rende nos anciennes infirmières et aides soignantes: elles comprenaient mieux, elles se mettaient davantage à la portée des personnes. »

[61] Diagnostic et calculs des coûts cachés par ISEOR
[62] Bilan social

Le sentiment de travailler dans l'urgence et de ne pas répondre aux besoins de l'usager est lourd de retentissements sur l'intérêt porté au travail par les professionnels de tous niveaux. Si la médiatisation des délits de maltraitance a largement contribué à la pression portée sur les gestionnaires, elle génère aussi chez les professionnels une culpabilité qui nuit à leur bien-être au travail.
En outre, les conflits avec les familles, qui se sentent en insécurité quand elles constatent le turnover de personnels viennent souvent s'ajouter au poids quotidien de la charge de travail *(charge mentale).* D'autant, qu'inévitablement, la qualité des prestations est altérée, le temps passé auprès de l'usager est réduit.
Par ailleurs, le remplacement ne revêt pas le même caractère d'urgence pour tous les professionnels. L'absentéisme des infirmières et aides soignantes impacte particulièrement la gestion quotidienne et la nécessité d'assurer la continuité des soins.

3.2.3. Les fonctions stratégie et pilotage de projet interne : une difficile mise en œuvre

3.2.3.1. Amélioration des pratiques de recrutement / fidélisation

Le recrutement est une difficulté partagée et évoquée par l'ensemble des dirigeants et personnels. Dans l'ensemble, les stratégies déployées sont fonction de la taille de la structure, de sa localisation et surtout des dispositifs d'anticipation et de mobilité mis en œuvre.

Définir une politique de gestion des ressources humaines, les directeurs en conviennent, consiste à prendre en compte les dimensions relatives au budget, aux effectifs, aux métiers et aux compétences pour répondre aux missions de la structure. L'analyse de l'activité et des besoins implique une articulation entre l'organisation des prestations et la répartition des fonctions et du temps de travail selon les cadres réglementaires, les conventions collectives.

Malgré une étymologie « militaire », la stratégie en gestion des ressources humaines est avant tout la formalisation de moyens ou de dispositifs utilisés, pour atteindre des objectifs fixés et mettre en œuvre des pratiques managériales. Ce qui suppose qu'une démarche d'évaluation de la situation des ressources humaines soit menée : les besoins en compétences pour mettre en œuvre les projets, la qualité de vie au travail, le profil démographique des personnels, les projets professionnels, les spécificités professionnelles. Cela sous-tend que la question du management prenne sens et fasse l'objet d'une pratique réflexive. Certains directeurs le soulignent et proposent comme solution un parcours professionnalisant, lors des recrutements de faisant fonction pour les AS. En revanche, pour les infirmiers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, le seul recours est l'intérim.

La gestion des ressources humaines prévisionnelle : interne et externe
De manière générale, les directeurs ne font pas appel aux acteurs de l'emploi mais passent pas les réseaux professionnels *(résultat du diagnostic de GPEC de Voiron).* Le risque est donc que les données de Pôle Emploi ne permettent pas aux Préfets d'identifier les métiers en tension, c'est-à-dire ceux dont la demande dépasse l'offre sur le marché du travail.
Souvent isolés et absorbés par leur gestion quotidienne, certains dirigeants omettent de s'impliquer dans un réseau local *(institutions et autres structures)*. Les réunions entre les dirigeants et acteurs de l'emploi[63] *(Pôle Emploi, Missions Locales)* révèlent une méconnaissance des missions

« L'étudiant IDE qui passe ici et qui ressort satisfait et qui postule pour venir ça existe. Mais les ressources humaines imposent aux professionnels de venir en gériatrie. Après, nous cadre de santé et médecin coordonnateur, devons essayer de remonter l'infirmier qui arrive avec les larmes aux yeux, qui vient en punition ! » *Cadre de santé*

« Les candidats se laissent désirer, attendent avant de rappeler. Lorsqu'ils confirment leur venue nous ne sommes pas à l'abri d'un désistement à la dernière minute. Les entretiens durent deux heures. C'est plutôt une séance publicitaire pour l'établissement. » *Direction*

« Les postes d'aides soignants n'attirent pas et les EHPAD n'ont en général pas la fonction ressources humaines ». *Direction*

« Le fait de ne pas disposer d'un vivier de candidatures pour les postes d'auxiliaires de soins provoque des effets néfastes, notamment sur la motivation des équipes. » *Direction*

« Le principal frein au recrutement des nouvelles personnes est la proximité entre le domicile et l'établissement car nous sommes en milieu rural. Si elles habitent à plus de 20 minutes en voiture, en général, ça ne colle pas. » *Direction*

« L'intégration d'un nouveau est insuffisante et il n'existe aucun protocole d'accueil suffisamment complet pour être efficace ». *Direction*

[63] Actions réalisées par les comités territoriaux d'actions en Isère

réciproques et surtout des outils disponibles[64]. Des réunions de regroupement pour permettre des échanges entre les acteurs ont également mis en évidence une méconnaissance, par certains acteurs de l'emploi, des compétences spécifiques requises pour le travail dans les structures du médico-social. Pour toute relation avec la personne âgée, par exemple, il ne suffit pas « d'être gentil » ou « de s'occuper de sa grand-mère ». Les dirigeants choisissent les réseaux professionnels pour leurs recherches en recrutement de professionnels faute de réponse adaptée à leurs besoins en compétences et en professionnels diplômés. Car, la gestion des ressources humaines a pour finalité d'assurer la sécurité des accompagnements et de prévenir tout risque de maltraitance.

Pour autant, les expérimentations de GPEC menées par UNIFAF en Drôme et Ardèche ou le Syndicat Mixte de Bièvre Valloire, ont permis de regrouper et de mettre en réseau les professionnels de diverses structures. Des dirigeants de structures voisines ont appris à échanger sur leurs difficultés et à structurer des actions :

- de formations mutualisées dans le cadre de plans de formation pour les personnels *(avec la participation financière d'OPCA)* ;
- d'échanges et de capitalisation de pratiques ;
- de réflexions sur les parcours et mobilités ;
- de construction de partenariat avec les acteurs institutionnels *(emploi, DIRECCTE, Conseil général, ARS).*

L'intérêt de ces GPEC territoriales est de partager, avec d'autres acteurs sur un territoire, des problématiques identiques, de multiplier la connaissance des dispositifs existants et de nommer des interlocuteurs relais sur le territoire. Il est également important d'échanger sur les innovations au sein des établissements afin d'enrichir les pratiques de chacun.

L'isolement est un risque. La mutualisation des ressources et le regroupement en réseau sont incontournables. Les regroupements d'employeurs peinent à se déployer et sont soumis à la capacité de leadership de quelques-uns. Toutefois des expérimentations sont portées notamment en Isère et en Savoie.

A elles seules, les petites structures ne peuvent animer et gérer l'emploi et les parcours professionnels sur un territoire. En effet, les expérimentations des GPEC posent clairement la problématique de pérennisation des dispositifs mis en œuvre. La question du pilotage de l'emploi et de sa légitimité est au cœur des débats et se révèle être le levier manquant, et/ou non identifié, d'une GPEC territoriale pérenne et d'un accompagnement des employeurs et des parcours professionnels.

[64] Argument développé dans le paragraphe sur les comités territoriaux d'actions (CTA)

« Pour l'attractivité, on s'est rendu compte que les IDE disaient aux étudiants de ne pas venir travailler à l'EHPAD car c'est trop dur »! *Cadre de santé*

« Quand j'étais au bloc, on me disait que tous ceux qui venaient en EHPAD, c'était parce qu'ils ne travaillaient pas bien. Et mes collègues m'ont demandé mais qu'est-ce que tu as fait ? » *Cadre de santé*

« Ici, c'est la bientraitance qui prime et on peut prendre son temps avec les gens. J'ai de la chance d'être dans cette maison de retraite là, et puis, il y a un faible taux d'absentéisme. » *Aide soignant*

« C'est la meilleure école ici, on apprend à penser à tout. Après, si on va en médecine et qu'un jeune prend de la morphine, on pense tout de suite au risque de constipation. » *Aide soignant*

Attirer, soigner l'image de l'institution, soigner l'image des métiers

Soigner l'image est un enjeu pour toute structure. Les enquêtes[65] révèlent que la question du **marketing en ressources humaines est peu développée au profit d'une pratique managériale tournée sur le comportement vocationnel au détriment d'une reconnaissance des savoirs et d'une expertise.** Pourtant les entretiens menés avec les auxiliaires médicaux de tous les niveaux démontrent que la réputation de la structure est un critère de choix pour les professionnels. Certains établissements ont intégré cette dimension dans leur stratégie de gestion des ressources humaines.

L'image de l'organisation est un enjeu stratégique qui doit s'appuyer aussi bien sur le management interne que sur la communication avec l'extérieur. La qualité de la gestion des ressources humaines, du dialogue social, de l'encadrement de proximité, l'ambiance de travail contribuent à la construction d'une image et « d'une réputation » d'un établissement d'hébergement ou d'une structure à domicile. L'ensemble des professionnels, de tous niveaux, véhiculent une image de leur travail, des relations avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques et participent ainsi au recrutement au sein de leurs propres réseaux.
Le marketing en ressources humaines reste à développer et doit faire l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet d'établissement.

[65] ISEOR et GPEC Voironnais

Management autour du projet de vie : c'est une expérience pour fidéliser le personnel et rendre le travail attractif. Cela motive les professionnels et diversifie l'activité. » *Directeur*

« Au niveau du lieu de vie, les aides soignantes ne se laissent pas assez investir par les animations car ils ne l'apprennent pas pendant leur études » *Animatrice*

«J'ai fait un stage dans le polyhandicap, il y a des référents et ils suivent et font des projets de vie. Ici, on a une superbe « balnéothérapie » et on ne s'en sert pas du tout. Le relationnel et la communication c'est plus important que la technique et la toilette. Une fois que les personnes sont propres, ça suffit ! » *Aide soignant*

« Ici, ce n'est pas mis en place… il existe mais il n'est pas rédigé. On travaille sur la personne en tant qu'individu, on personnalise dans le travail mais après ce n'est pas suivi, pas rédigé. » *Aide médico-psychologique*

« Le projet de vie c'est d'abord une réponse au texte et on le fera évoluer ensuite. Quand je suis arrivée, j'avais construit un outil et je sentais bien qu'arriver avec un outil cela ne se faisait pas. : il ne faut pas que cela soit un document mis dans le placard »/ *Directeur*

3.2.3.2. Le management un levier complexe et incontournable

Le management est un levier complexe parce que, malgré l'existence de nombreux outils, bien souvent le gestionnaire se retrouve seul face à des situations quotidiennes pour lesquels les cadres normatifs n'apportent pas de solutions toutes faites. Gérer le quotidien et prendre les décisions en gestion des ressources humaines sont pourtant des fonctions essentielles et qui relèvent de l'autonomie des encadrants. Elles ne sont fléchées qu'indirectement par les textes et de nombreux guides : loi 2002-2, recommandations de bonnes pratiques *(ANESM),* outils de management (HAS), préconisations dans le cadre de la contractualisation *(CPOM et CTP).* Pour illustration, certains outils de la loi 2002-2 offrent la possibilité de déployer des projets, de donner du sens, de diversifier les activités et sont pourtant rarement mis en œuvre.

Le projet de vie : un outil pour la qualité et le management des accompagnements

Il ressort des enquêtes que selon les structures répondantes, **la mise en œuvre du projet de vie est, soit embryonnaire, soit un dossier écrit non actualisé et non suivi**. Les professionnels et encadrants sont souvent démunis en outils de suivi. Les difficultés évoquées dans les diagnostics « ressources humaines » sont : le manque de temps, de compétences en pilotage et en gestion de projet**. En effet, la mise en œuvre du projet de vie est une démarche complexe d'autant qu'elle est aussi un outil managérial incontournable et peu repéré en tant que tel par les encadrants.** Le projet de vie découle d'une déclinaison du projet d'établissement, tout comme le projet de soins, intrinsèquement lié. Il est porteur de sens et centre l'action sur les usagers et les résidants.

J'essaie de faciliter la communication et la réponse aux questions… On peut gagner sur la communication dans les petites structures. Je fais une réunion par mois avec le kiné libéral, et l'animateur de physique adapté : on fait une réunion sur les prises en charge. » *Médecin coordonnateur*

« Il faut être capable de penser tous ensemble. Un professionnel qui pense seul, ça ne fait pas un bon esprit d'équipe et surtout un proefessionnel qui pense pour les autres et qui estime que ses décisions sont les meilleures. Chacun apporte son idée ». *Aide soignant*

« En management, la complémentarité est une richesse et l'intelligence d'accepter la différence des points de vue est importante : c'est passionnant ». *Directeur*

Manager la pluridisciplinarité : un enjeu de performance et de valorisation

La pluridisciplinarité préconisée dans le cadre de la loi 2002-2[66] ne va pas de soi. C'est avant tout un savoir-faire managérial qui s'inscrit aussi dans un projet d'établissement. Amener des professionnels à travailler ensemble, à développer un « esprit d'équipe » n'est pas le simple fait de l'organisation de réunions d'échange. En management, la complémentarité est une richesse. Elle développe des capacités et des comportements ouverts sur la différence des points de vue professionnels. C'est une opportunité de transfert de compétences et d'échange de pratiques entre différents experts et intervenants de tous niveaux.

Prôner le travail pluridisciplinaire c'est-à-dire permettre des interprétations à la fois différentes et complémentaires c'est aussi permettre aux professionnels de prendre de la distance et de développer des compétences. Le sens naît dans un projet collectif piloté. Il prévient aussi le risque d'épuisement professionnel et améliore la qualité des pratiques d'accompagnement parce qu'il génère de la cohésion et un esprit d'équipe, ce dernier étant particulièrement apprécié par les personnels, parce que très sécurisant. Il participe à la construction d'une image attractive de la structure.

[66] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

« Ici, il y a une très bonne ambiance entre les collègues. Avant de venir, on m'avait dit que c'était dur mais qu'il y avait une bonne ambiance et ici, le personnel reste grâce à l'ambiance : c'est primordial. Les services où ça ne tourne pas c'est qu'il y a un problème. ». *Aide soignant*

« L'esprit d'équipe c'est un bon mécanisme de défense : quand on a tous le même projet »
Aide soignant

« 20 ans, c'est trop jeune pour les personnes âgées. Je suis rentrée en école d'aide soignant pour travailler auprès des personnes âgées. Les personnes Alzheimer, c'est quelque chose qui m'attirait, puis il y a une bonne ambiance, une bonne réputation. Il faut dire qu'en gériatrie on trouve facilement des postes. Souvent, on nous dit « c'est dur », mais moi je ne trouve pas que c'est dur , quand on le fait, c'est une évidence. »
Aide soignant

« Quand vous avez eu un problème le weekend et le médecin de garde vous dit moi je ne me déplacerai pas et bien cela veut dire que les personnes âgées ne sont pas importantes ! Ce n'est pas une urgence pour le médecin de pôle ? Et donc, que vous n'êtes pas importants pour eux». *Aide soignant*

« C'est une catastrophe : il y a un manque de dignité et de considération de la gériatrie par les médecins et les hôpitaux ». *Aide soignant*

« Ce n'est pas la peine de nous dire « c'est bien ce que vous faites » s'il n'y a rien qui se passe en échange ».
Aide soignant

« Quand on n'a pas le temps où que le matériel est défaillant : pas de lumière pour faire les toilettes par exemple ou rien n'est en place, C'est pénible ».
Aide soignant

La qualité du dialogue social et de l'ambiance d'équipe

Le manager doit s'adapter à son environnement, conduire des équipes et développer le potentiel humain dans un cadre référent fondé sur les valeurs exprimées, discutées et communément partagées entre les acteurs de l'organisation. La bienveillance consiste à poser un cadre où les règles et les limites sont formulées et respectées. **La bientraitance des usagers commence par un management à la fois ferme et flexible qui fait sans cesse référence à ce fil conducteur. Il est aussi contributif du sens apporté au travail mais aussi de la construction identitaire et du sentiment de reconnaissance.** Le médecin traitant, l'infirmier coordonnateur sont autant d'appuis et de ressources avec lesquels il faut composer pour mener un management adapté et constructif.

Cependant, les professionnels attendent un cadre, un règlement intérieur formalisé pour un traitement équitable et juste. La reconnaissance du travail se construit aussi à travers les actes et les messages portés sur l'exigence du travail « bien fait », la capacité à sanctionner, la qualité et l'équité des plannings.

Les professionnels ne revendiquent pas une augmentation de salaire en priorité, mais des conditions et une charge de travail acceptables. Pour autant le faible écart de salaire, entre les personnels non qualifiés et qualifiés est à l'origine de quelques désillusions chez les professionnels qui se sont investis dans un parcours qualifiant et ont obtenu un diplôme.

« Ah oui ! Ça a été un plaisir ce travail personnel, analyser les gestes et tout…C'est vraiment un accomplissement et j'ai eu un poste aussitôt. Je viens toujours au travail avec plaisir ! »
Aide soignant (Diplômée VAE)

« Pour moi, une bonne AS, il n'y a pas que le diplôme, il y a aussi tout ce que l'on apprend en situation car ce qui est dit en formation, on entend et puis on oublie. Ici, on a un psychomotricien qui nous forme.»
Aide soignant

« Moi, ma formation m'a appris la juste distance : il faut se protéger physiquement et psychologiquement. La dernière formation que j'ai faite, il faudrait tout tolérer. Par exemple, si un résident vous met la main aux fesses, on nous dit que ce n'est pas grave ! Je ne suis pas d'accord ! La juste distance fait que si vous partez en vacances, le résident peut le tolérer et une autre personne peut lui faire sa toilette. »
Aide médico-psychologique

« Je veux vraiment passer le concours d'AS pour apprendre des choses et découvrir ; il faut que je le passe ; [je ne suis] pas tentée par la VAE, je préfère faire des cours ; je n'ai pas envie d'aller vers le diplôme d'IDE » *faisant fonction d'aide soignant*

Développer le sentiment de pouvoir évoluer et d'être utile[67]

Outre la reconnaissance, l'apprentissage comme source d'épanouissement est souvent occulté au sein d'une structure. Si la formation apporte des connaissances et des outils améliorant les pratiques pour la qualité de l'accompagnement des résidents, elle apporte aussi de la sérénité, de la valorisation et des ressources pour prendre de la distance professionnelle. **Se recréer, évoluer, avoir le sentiment de pouvoir progresser est, dans les discours de certaines personnes rencontrées, très stimulant.** Pour autant, la formation n'est pas le seul outil. Le travail en réseau, c'est-à-dire les échanges avec les acteurs internes ou externes à l'organisation, d'origines professionnelles diverses, permet la création de partenariats, le transfert de compétences et donnent le sentiment d'accroître ses connaissances, tant sur le plan professionnel que personnel.

Comme déjà évoqué, le diagnostic ISEOR révèle que le management dans les organisations étudiées est davantage porté sur « la vocation » que sur « l'expertise ». Il est tentant dans une équipe d'orienter l'attention vers le sens du devoir, le « devoir être », l'abnégation de soi pour impliquer et responsabiliser les personnels, plutôt que sur un objectif professionnel déterminé. Outre le risque de surendettement psychologique et d'épuisement professionnel, aider les équipes à prendre de la distance et à adopter des comportements bientraitants passe avant tout par la connaissance et la supervision de proximité.

3.2.4. Représentation du travail et des métiers de la gérontologie : un processus dévalorisant à décrypter ?

Je suis fière de ce qu'on leur apporte. On sort de leur chambre et je suis contente. Ils sont souvent très reconnaissants.»
Aide soignant

« Mais pour être relationnel, il faut aimer son métier, la personne âgée et être patient, être calme. »
Aide soignant

« Il y a une dimension très humaniste dans notre travail d'AS et pourtant il n'est pas reconnu en France. Elle est reconnu par nous parce que nous sommes fiers ce qu'on fait. » *Aide soignant*

Paradoxalement, l'ensemble des professionnels rencontrés, toute catégorie confondue, a une très haute opinion de la valeur de son travail ; « on ne vient pas ici pas hasard », « on vient parce-que l'on a fait le choix de travailler auprès de la personne âgée ». Mais cette perception ne peut être entendue et comprise que par les collègues, les expérimentés, les « avertis ». Bien souvent, il n'est pas possible de discuter de son travail avec « l'extérieur », c'est-à-dire la famille, les amis et toute autre personne n'ayant aucun lien avec le milieu. Ces comportments sont plus affirmés dès lors qu'il s'agit du travail auprès des personnes âgées. La crainte de gêner les proches, ou de les choquer, comme celle de renvoyer une image dévalorisante est clairement évoquée par les professionnels.

[67] Philippe PERRENOUD, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève L'autonomie au travail : déviance déloyale, initiative vertueuse ou nouvelle norme ? in Cahiers Pédagogiques, n° 384, mai 2000, pp.14-19 http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_02.html#Heading2
"La difficulté est que le juste rapport entre le degré d'autonomie et le degré d'expertise est l'enjeu de controverses sans fin dans le monde du travail. C'est d'autant plus vrai que le problème est de moins en moins réglé par l'échelle des qualifications, compte tenu des transformations rapides des méthodes de production et de la tendance à une gestion des ressources humaines en fonction des compétences individuelles plus que des diplômes et des classements. On le voit par exemple dans le champ du travail social ou des soins infirmiers, où les praticiens se réclament tous d'un niveau élevé d'expertise et donc d'autonomie, et combattent donc toute stratification interne aux métiers de l'humain. Les employeurs ne sont pas prêts à payer le prix de ce " nivellement par le haut " et tentent donc de hiérarchiser les fonctions. Ils distinguent par exemple un " agir en expert ", un " agir autonome " et un " agir encadré ", l'autonomie ne garantissant pas encore l'expertise propre à inventer des solutions originales, mais autorisant à mettre en œuvre, avec une part de jugement personnel, ce que commande " l'état de l'art ". Les enjeux sont évidemment économiques, mais aussi identitaires et pratiques : plus on reconnaît l'autonomie d'une catégorie de travailleurs, plus ils peuvent se considérer comme une profession à part entière, s'organiser, se référer à leurs pairs en cas de conflits, se donner des instances propres à la profession, un code d'éthique, organiser leur formation continue, autant de façons de modifier à leur avantage non seulement l'échelle salariale mais les rapports de pouvoir. Les employeurs ne l'entendent pas de cette oreille, si bien que dans les métiers en transformation ou dans lesquels la nature du travail prête à discussion, la controverse est constante entre syndicats et patronat aussi bien qu'à l'intérieur des services. "

« C'est un métier très peu connu, l'infirmier l'est plus. Et puis il y a plein de gens qui n'ont pas envie de d'entendre parler de la mort et de la souffrance. »
Aide soignant

La tendance est de se centrer beaucoup plus sur la tâche et les actes que sur les savoir et les domaines d'expertise des professionnels. Souvent, à la question posée sur les raisons du choix entre un aide soignant ou un aide médico-psychologique, certains directeurs répondent : « pour faire des toilettes ». Or la construction d'une identité professionnelle et d'une image valorisante d'un métier ne repose-t-elle pas avant sur des connaissances et des savoirs pratiques multiples à mobiliser dans un contexte spécifique ?

3.2.5. La question de la reconnaissance : une responsabilité et un enjeu de plusieurs niveaux

« En gériatrie, c'est le métier d'AMP qui est plus adapté car les AS, elles sont frustrées. Si elles veulent s'éclater, elles doivent travailler à l'hôpital. Mais à l'hôpital, c'est plus figé : les gestes, les techniques sont les mêmes. Les aides soignantes, elles veulent tellement que cela soit parfait avec peu de temps ».
Aide médico-psychologique

« Certaines personnes sont parachutées ici sans formation et elles ont seulement travaillé à Carrefour. Parfois elles sont doublées par des personnes qui n'ont pas eu, elles non plus, de formation et là, le relationnel manque beaucoup ! Parfois je comprends les familles qui « pètent un câble » lorsque les personnes ne sont pas formées ! »
Aide médico-psychologique

« Avant j'étais agent des services hospitaliers avant de faire l'école. Les jeunes qui arrivent ne savent pas faire une toilette. L'hygiène, elles ne connaissent pas. Moi au départ, j'étais AVS, donc cela ne me posait pas de problème. On ne devrait pas arriver sans savoir. »
Aide soignant

« L'AS est là pour la technique et l'AMP pour l'accompagnement. En formation on nous sépare beaucoup et pourtant en EHPAD c'est quand même liés !peut-être qu'il faut faire du spécifique ».
Aide médico-psychologique

«Je n'arrive pas à dissocier les deux ! La toilette fait partie de la prise en charge globale. Pour la formation AMP, il faudrait plus de soins… La formation assistante soins en gérontologie c'est très intéressant pour l'AMP mais il n'y a pas de valeur ajoutée exagérée par rapport à la formation d'AMP… C'est seulement spécialisé Alzheimer ».
Aide médico-psychologique

De la reconnaissance de savoir-faire et de compétences à la sécurisation des diplômes

Les difficultés de recruter des professionnels de niveau V qualifiés sur les bassins de vie, contraignent les structures à recruter des personnels dits « faisant fonction ». Des témoignages[68] sur les vécus des professionnels notamment lors de l'enquête réalisée dans le cadre de l'élaboration du référentiel pour les niveaux V apportent les informations suivantes :

- Pour rappel, l'emploi de « faisant fonction », donc de personnels non diplômés, génère un sentiment de dévalorisation chez les autres professionnels qui ont franchi les étapes pour l'obtention du diplôme ;
- le décalage entre l'idéal véhiculé par la formation et la réalité du travail bouleverse certains professionnels qui peinent à construire une identité professionnelle motivante ;
- La valeur ajoutée des formations sociales n'est pas toujours comprise ou repérée, les aides médico-psychologiques et ne sont pas repérés dans leurs spécificités par les employeurs ;
- La survalorisation du soin et de la technique, tout comme l'hospitalocentrisme, influencent les relations de travail entre les professionnels. Cependant, l'augmentation de la médicalisation annonce un besoin plus important en professionnels du soin auprès des personnes âgées ;
- La problématique des certifications dont il convient de souligner la multitude, le cloisonnement et la complexité des parcours. Pourtant, les conclusions de l'enquête[69] démontrent que les professionnels réalisent souvent les mêmes actes pour répondre aux besoins ;
- La méconnaissance des contenus des formations et donc des compétences par les directeurs d'établissement.

[68] Référentiel d'activités et de compétences en gérontologie pour les professionnels de niveaux V, Etude menée par C.Martin et A.Penso, ARS Rhône-Alpes, décembre 2013
[69] Enquête réalisée dans le cadre de l'élaboration du référentiel d'activités et de compétences

3.2.6. Pilotage et coordination sur le territoire

3.2.6.1. Les comités territoriaux d'actions

La démarche régionale s'est concrétisée par l'installation de comités territoriaux d'actions *(CTA)* sur les départements de l'Isère et de la Savoie. Cette expérimentation a permis de réunir les acteurs des territoires, concernés par l'emploi pour la prise en charge de la perte d'autonomie, autour d'une problématique commune pour la mise en œuvre de projets ou de dispositifs collectifs locaux.
Co-pilotés par le Conseil général et l'Agence régionale de santé, le principal objectif des ces CTA consistait à réunir et mobiliser les acteurs institutionnels, les représentants employeurs et partenaires de l'emploi et de la formation *(DIRECCTE, Pôle emploi, OPCA, organismes de formation…)* afin de repérer les freins et problématiques impactant les parcours, les recrutements et l'attractivité.

Au total, sur chacun des départements suscités, les CTA se sont réunis 6 fois en dehors des réunions consacrées à la mise en œuvre d'actions spécifiques. L'activité des comités dépend de l'investissement des acteurs et s'articule avec les projets existants déjà mis en œuvre et suivis par les partenaires institutionnels *(missions locales, CTEF[70], unités territoriales de la DIRECCTE, Conseil régional…).*

Après le recensement des projets existants sur les sujets des parcours professionnels, des recrutements et de la fidélisation des personnels, les CTA ont réalisé diverses actions complémentaires :

- la réalisation d'actions de communication auprès des employeurs favorisant les échanges entre les acteurs de l'emploi et des dirigeants ;
- la poursuite des travaux sur la VAE pilotés par le Conseil régional ;
- la coordination de 2 projets sur la gestion des ressources humaines avec des structures volontaires ;
- l'élaboration d'un dispositif de parcours expérimental pour l'emploi des contrats d'avenir en conjuguant différents outils : « préparation opérationnelle à l'emploi », « évaluation en milieu de travail », « validation des acquis de l'expérience »;
- la mise en réseau des directeurs d'établissements employeurs (*tous acteurs, GEIQ[71], GPEC territoriale).*

[70] Contrats territoriaux emploi formation
[71] Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification.

3.2.6.2. L'animation et la conduite des CTA

La concuite des CTA a permis d'identifier des problématiques de fonctionnement et de communication.
Les problématiques diffèrent selon la localisation géographique, le contexte politico-économique et la culture des départements. Pour argument, les établissements et services sociaux et médico-sociaux *(ESMS)* en Savoie relèvent principalement de la fonction publique territoriale, tandis qu'en Isère, ils relèvent principalement du secteur privé à but non lucratif et de la fonction publique hospitalière. Les conclusions divergentes, selon les statuts, sont abordées dans le paragraphe 3.2.7.3 relatif aux freins.

Sont présentés ci-après, les problématiques communes.

▸ Problématiques de mise en réseau des acteurs :
Sur chaque département, les CTA ont d'abord permis la création d'un espace de discussion, d'échange sur les compétences des différents acteurs et les opportunités de partenariat. De fait, si la finalité des missions de chacun des acteurs peut diverger, elle se recoupe sur certains domaines. Ainsi, pour la question de la formation, tous les acteurs sont concernés par le développement des parcours professionnalisants. La DIRECCTE est concernée notamment par ce secteur porteur d'emplois et la question du rapport entre santé au travail et qualification ; le Conseil régional et les CTEF par l'offre et l'efficience de la formation, de son adaptation aux besoins et aux financements ; la DRJSCS par les questions des certifications, de la garantie de la qualité des diplômes et de leur promotion ; les conseils généraux et l'ARS par la réponse aux besoins des usagers sur un territoire ; enfin, Pôle Emploi, les missions locales et maisons de l'emploi par les opportunités d'emploi que ce secteur représente.

▸ Constats de nombreux outils existants et financements méconnus :
Les CTA ont été l'occasion d'échanger sur les outils dont chaque institution pouvait disposer. Pour exemple, les CARED *(Contrat d'aide et de retour à l'emploi durable),* les POE *(préparation opérationnelle à l'emploi),* les méthodes de recrutement par simulation, les financements de formation ou les prestations d'accompagnement par OPCA *(organismes paritaires collecteurs agrées),* les accompagnements portés par les MIFE *(Maisons de l'Information sur la Formation et l'Emploi)*[72]… Bon nombre de ces outils sont souvent méconnus de l'ensemble des participants, particulièrement des employeurs. A cela s'ajoute le problème de visibilité des financements et de leur suivi sur le territoire.

▸ L'existence de projets multiples, parallèles et non coordonnés sur le territoire et sur cette thématique de gestion RH :
Le recensement des projets réalisés sur les territoires à l'initiative de différents acteurs démontre que le secteur offre une réelle opportunité de développer des actions. Les CTA ont permis de lancer des actions concrètes pour répondre à des problématiques de recrutement *(projet de gestion des remplacements (DIRECCTE), création d'un dispositif de parcours sécurisé expérimental pour le recrutement d'emplois d'avenir en EHPAD sur le bassin grenoblois, diagnostic ressources humaines (maison de l'emploi de Voiron), recherche-intervention sur les pratiques de gestion des ressources humaines (ARS) (…).*
Bien qu'utiles, ces nombreuses initiatives génèrent des sollicitations multiples, parfois parallèles, auprès des employeurs et ne sont pas toujours coordonnées, voire peu intégrées dans une dimension territoriale articulant les actions selon des orientations politiques et des priorités définies. Certaines superpositions d'actions ont généré des conflits entre acteurs pilotes du fait d'une mise en concurrence de certains projets *(GPEC notamment).*

▸ Une méconnaissance des politiques de santé et des enjeux :
Ce constat concerne surtout les acteurs institutionnels de l'emploi sur les bassins de vie qui connaissent peu l'existence des orientations relatives au Projet régional de santé 2012-2017 de l'ARS Rhône-Alpes *(PRIAC, SROMS, SROS)* et les besoins des filières gérontologiques. Par ailleurs, si des besoins en professionnels qualifiés sont transmis par les dirigeants de chaque structure, les acteurs de l'emploi sont confrontés au manque de visibilité globale des besoins et

[72] Les Maisons de l'Information sur la Formation et l'Emploi sont des structures de proximité créées à l'initiative des collectivités territoriales et de l'Etat, spécialisées dans l'accueil, l'information, l'orientation et l'appui à la mobilité professionnelle des adultes... des espaces locaux d'animation et de promotion de la formation professionnelle continue, au service des personnes et du développement local.

de leurs perspectives sur un département. D'autant que les problématiques de recrutement sont souvent localisées sur certains bassins de vie.

Un manque de collaboration entre les services de l'emploi et des établissements et services sociaux et médico-sociaux *(ESMS)* :
Les employeurs cherchent des recrutements prioritairement sur leurs réseaux professionnels et font peu appel aux acteurs institutionnels de l'emploi. Les CTA confirment le manque de partenariat entre les employeurs des ESMS et les acteurs de l'emploi, avec parfois des ruptures marquées par des expériences relationnelles tendues, faisant suite à des vécus ressentis comme négatifs par les directeurs, comme par exemple le recrutement de CAE *(contrats aidés).* En effet, d'une part, les employeurs peinent à repérer et évaluer leurs besoins en compétences et, d'autres part, les acteurs de l'emploi démarchent peu auprès des structures pour les informer et les soutenir dans leurs recrutements.
Ces tensions peuvent également s'expliquer par les écarts de représentations entre les professionnels du médico-social et les acteurs de l'emploi. Il est plus clair dans les mentalités que la prise en charge du handicap et de l'hôpital requiert des compétences et une expertise spécifique, cela l'est beaucoup moins pour la prise en charge des personnes âgées.

Les ESMS, un difficile ancrage sur le territoire :
Comme déjà évoqué précédemment, les dirigeants, souvent pris dans leur quotidien, sont peu impliqués dans une dynamique de GPEC territoriale ou de coopération avec d'autres structures. La question des parcours professionnalisants, transitant par l'établissement mais alimentant le marché du travail, est souvent vécue comme une perte de ressource pour l'établissement. C'est le cas des personnels qui obtiennent un diplôme par voie de VAE et quittent l'établissement « formateur » pour un autre. Il existe une concurrence entre les établissements, cette déperdition d'énergie pourrait être utilement remobilisée pour construire des parcours de mobilité sur un territoire.

3.2.6.3. Les freins et solutions pour les recrutements et les parcours

Les freins sont recensés à partir des discours de l'ensemble des acteurs interrogés. Ils concernent la formation, la complexité des dispositifs de certification, les statuts juridiques, la réglementation de l'exercice professionnel et les financements.

La formation

- Les organismes de formation proposent une offre de proximité, mais trop peu diversifiée et adaptée pour répondre aux besoins de qualification. Des rythmes de formation différents *(sur 18 ou 24 mois par exemple)* seraient plus propices à la mise en œuvre de contrats d'apprentissage ou de professionnalisation. Ces modalités pourraient permettre la qualification d'un plus grand nombre de publics tout en répondant aux besoins des établissements. De la même façon, dans le cadre des démarches collectives de VAE, les Instituts de formation des aides soignants *(IFAS)* ne proposent pas toujours une offre d'accompagnement pédagogique personnalisée, et lorsqu'elle existe, elle ne peut pas souvent se mettre en œuvre par manque de candidats financés. La difficulté de mise en œuvre peut tenir parfois à la taille des instituts de formation, ou encore à la difficulté à mobiliser les financements.
- La formation continue non diplômante est difficile à réaliser pour certains établissements en raison de coûts parfois élevés et d'éloignement du lieu de formation. Une offre de formation itinérante est à étudier afin de permettre la mutualisation d'un projet sur plusieurs établissements.
- La formation dans ses contenus mais également dans la typologie des stages doit mieux s'adapter aux besoins et aux enjeux prospectifs d'emplois des ESMS.

La complexité des dispositifs de certification *(rappel)*

- Elle est liée à la multitude des certifications et diplômes du sanitaire et du social, ainsi qu'au cloisonnement entre les filières de formation. Des viviers de compétences sont laissés pour compte. La prochaine entrée sur le marché du travail de 3 000 diplômés de baccalauréats professionnels fait réfléchir quant à la reconnaissance professionnelle de ces diplômés. La construction de passerelles leur permettraient d'accéder à une qualification reconnue pour exercer dans les structures du médico-social.
- La VAE est une ouverture pour qualifier et diplômer les personnels. Mais elle est encore vécue comme un parcours complexe pour certaines personnes. Ce parcours se concluant de plus, dans des proportions très importantes, par une validation partielle, générant un vivier de compétences potentiel non utilisé.

Les statuts juridiques :

- Ils ont un impact sur les recrutements. Les concours de la fonction publique territoriale pour accéder à la titularisation, la possibilité de cumuler des contrats à durée déterminée pendant plusieurs années, découragent les professionnels. Par ailleurs le CNFPT n'assure pas toujours le financement de formations qualifiantes.
- Les conventions collectives n'offrent pas les mêmes avantages. La convention collective nationale 51 révisée en 2013, réduit les écarts entre les agents non qualifiés et les personnels diplômés et nuit à la fidélisation des professionnels. Elle ne s'applique qu'à une partie des structures d'employeurs.
- Les groupements entre employeurs et notamment la mutualisation des effectifs est complexe, voire mise en échec, du fait de la différence de statut juridique.
- Il existe des écarts de potentiels de rémunération des personnels entre les différents statuts, pouvant majorer la concurrence et fragiliser certains ESMS.
- Selon les discours des dirigeants des ESMS, les conventions tripartites constituent un cadre contraignant pour eux, notamment pour l'adaptation des effectifs et des qualifications eu égard à l'évaluation des besoins en compétences. Par exemple, l'augmentation des effectifs d'aides soignants est parfois l'occasion de négociations compliquées avec les autorités de tarifications.

Les financements des formations

- Le manque de lisibilité des différents financements de la formation nuit au repérage et à la mobilisation les dispositifs existants.
- les ESMS de petite taille et isolés, ainsi que ceux relevant de la fonction publique territoriale, sont désavantagés sur la question des financements des formations.

3.2.6.4. Impacts et perspectives d'évolution des comités territoriaux d'action

L'installation expérimentale des CTA a eu pour effets de :

- permettre aux acteurs des différentes institutions *(DIRECCTE, Conseil général, Conseil régional, DRJSCS, Pôle Emploi…)* de la région et des départements, de communiquer entre eux, d'échanger sur leurs missions, sur leurs besoins et sur les outils mis à disposition ;
- articuler des outils pour l'accompagnement des personnes vers un emploi ;
- échanger sur des besoins spécifiques en compétences *(et en métiers).* La méconnaissance générale du secteur médico-social par les acteurs de l'emploi entraîne parfois des problèmes d'orientation des parcours ;
- rendre visible les compétences de chacun, les financements disponibles et les outils et kit existants pour les employeurs ;
- construire un partenariat autour de la problématique d'attractivité et de recrutement en professionnels comme exprimé par l'ensemble des acteurs *(gestionnaires et institutionnels) ;*
- améliorer la connaissance de chacun sur les freins et les problématiques de fonctionnement, institutionnels ou organisationnels ;
- favoriser un transfert de compétences et de connaissances entre les acteurs et permettre d'améliorer l'efficacité de la coordination sur un département, voire un bassin de vie.

La mise en réseau des acteurs institutionnels et l'élaboration d'actions vers des projets communs est une opportunité. La crise de l'emploi, les pressions politiques et l'enjeu sociétal sont l'occasion de créer des liens et du sens entre les décideurs et acteurs de proximité et de susciter des motivations pour collaborer, agir et innover.

La question du pilotage de l'emploi sur le territoire

Si les CTA ont mis en évidence la valeur ajoutée créée par la mise en œuvre d'un dispositif partenarial entre les acteurs institutionnels, la légitimité du pilotage est sans cesse remise en cause. Elle pose la problématique d'une gouvernance territoriale. Et ce, plus particulièrement sur la question de l'emploi et de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences dans le secteur médico-social.

Ainsi, les expérimentations de GPEC territoriales menées par UNIFAF, la Maison de l'Emploi de Voiron et le Syndicat mixte de Bièvre Valloire, ont permis de mettre en réseau les acteurs institutionnels et les employeurs. Elles ont aussi permis de construire un projet de formation élaboré et adapté aux besoins locaux et spécifiques des ESMS participant aux projets. Mais, là encore, la question de la pérennisation de ces démarches face aux enjeux futurs est souvent au cœur des débats. La légitimité du pilote sur un territoire pour une thématique comme celle de la gestion des ressources humaines *(emplois-mobilités, qualifications, formations, exercice professionnel…)* ou plusieurs domaines de compétences se chevauchent et/ou se complémentent, n'est pas résolue. Les résultats démontrent que la coopération entre les acteurs ne va pas de soi. La coordination se construit et se pilote.

Conclusion

Les enjeux économiques et sociaux concernant l'emploi pour l'accompagnement de la perte d'autonomie sont conséquents et nécessitent que l'ensemble des acteurs concernés questionne et résolve un certain nombre de problématiques. Il ressort que l'amélioration de l'attractivité devra impliquer plusieurs parties prenantes : les dirigeants d'établissements et les professionnels, les fédérations d'employeurs, les acteurs de la formation, de l'emploi, les institutions et collectivités territoriales.

Cette étude tente de clarifier les processus pouvant impacter, de façon négative ou positive, l'attractivité des emplois de la perte d'autonomie. Différents axes d'analyse sont proposés : le métier, le secteur *(sanitaire, personnes âgées, personnes handicapées),* l'établissement et le territoire.

L'attractivité est la résultante de l'image que chacun se fait et véhicule sur les publics accompagnés, la perte d'autonomie, les métiers et l'accompagnement. Indéniablement, les publics accueillis évoluent et la charge en soins augmente. Indéniablement, la pénibilité qui peut être majorée par l'environnement de travail, est un élément qui influence l'attrait des professionnels auprès des personnes en perte d'autonomie. Mais pas exclusivement !

En effet, une grande partie des professionnels rencontrés véhicule une image positive de leur métier, mais exprime un besoin de valorisation et de reconnaissance. Une image négative de ces métiers est le plus souvent véhiculée par des acteurs qui n'exercent pas dans la proximité des personnes en perte d'autonomie. Des actions de communication doivent donc être menées pour faire connaître et reconnaître ces métiers auprès d'un public large *(lycéens/collégiens, publics chargés de l'orientation et de l'accompagnement, des publics en formation sanitaire et sociale …),* complétées par un vrai travail en amont sur l'image des métiers et des besoins en connaissances spécifiques et expertes. Cependant, toutes les actions de communication ne pourront avoir un impact sur l'attractivité qu'à la seule condition d'un changement profond des modalités d'exercice professionnel et des pratiques managériale pour faire évoluer réellement les représentations des métiers de la perte d'autonomie. La question de l'expertise est centrale. Elle est pourtant souvent gommée au profit d'une image encore, cultutrellement trop vocationnelle, effaçant ainsi la complexité des compétences requises et la richesse du travail au quotidien.

En effet, les réalités organisationnelles et structurelles ne permettent pas toujours la construction d'une identité professionnelle valorisante. La perspective d'évolution au sens de l'enrichissement personnel par le développement d'un cadre de travail « apprenant », le transfert de compétences et la création d'un métier spécifique est peu visible par les professionnels. D'autant que le recours à l'emploi de personnes non qualifiées *(faisant fonction)* et/ou non préparées à l'accompagnement est souvent vécu comme un acte dévalorisant pour les professionnels diplômés. De même, la perspective de progression de carrière, de mobilité professionnelle inter-métier et intersectorielle se révèle être un parcours complexe du fait du cloisonnement des filières de formation, des fonctionnements isolés des structures et, de la difficile mobilisation des financements de formation.

Poutant, le secteur médico-social offre une réelle opportunité pour l'insertion et l'accompagnement des parcours de professionnalisation. La validation des acquis professionnels est un enjeu et une ouverture, plus particulièrement pour les professionnels du niveau V, mais qui reste marquée par la lourdeur des démarches. Ainsi, l'accompagnement vers la VAE devrait être une garantie pour chaque personne non qualifiée recrutée pour la sécurisation des accompagnements des usagers, la prévention de situations de précarité et la protection des diplômes. Ceci étant envisagé non pas uniquement à l'échelle de l'établissement ou d'un service, mais à l'échelle d'un territoire ou d'un bassin de vie, afin de contribuer à la mise en œuvre des politiques de l'emploi et de la formation.

De ce fait, les établissements et services deviennent des acteurs de la formation tout au long de la vie, pouvant offrir les perspectives d'un cursus de professionnalisation, par l'immersion dans le travail, une qualification et une évolution professionnelles. La formulation de ce concept de formation tout au long de la vie ne vient que conforter bon nombre d'initiatives en cours de réalisation appliquant cette logique (*pilotage des actions de la VAE par le Conseil régional et la DRJSCS, la promotion des contrats professionnels (…) pour exemples*). Pour les dirigeants et les fédérations d'employeurs, cela implique une réflexion sur les besoins en compétences, les emplois et les dispositifs dont ils seront les premiers bénéficiaires. C'est aussi soutenir les strucures en faisant de la formation un véritable levier de compétitivité et d'investissement pour la qualité des accompagnements sur un territoire.

La tâche est lourde de complexité pour les dirigeants, confrontés à un bouleversement important du paysage médico-social, lequel impacte plus particulièrement les pratiques de gestion et de management très largement évoquées dans cette étude. L'amélioration des pratiques managériales est incontournable. L'encadrement de proximité et l'animation des équipes dans le cadre d'une stratégie co-construite sont des leviers prioritaires pour l'attractivité. De nombreuses publications et recommandations sont à disposition des professionnels. Il convient donc s'emparer des outils existants pour contribuer à la qualité de vie au travail, de dépasser la gestion comptable, d'aller au-delà de la dimension technique du soin au profit de pratiques de management et d'accompagnement indissociables les unes des autres.

Pour cela, la fonction de coordination des équipes et des activités pourait être améliorée et spécifiée au sein des établissements et services. Cette fonction pourrait être ouverte à différents professionnels paramédicaux pouvant intervenir dans le champ de la perte d'autonomie *(infirmiers, ergothérapeute, kinésithérapeute, éducateur spécialisé…)* et relever d'une formation spécifique, diplômante ou non.
Le développement de compétences en gestion des ressources humaines et management est donc un enjeu. Les résultats des enquêtes et expérimentations, les réflexions et les discours des professionnels ont permis de recueillir des réalisations simples et opérationnelles au sein des établissements qui justifient cinq axes d'amélioration et de leviers d'actions opérationnels qui seront articulés avec les conventions tripartites, les contrats d'objectifs et de moyens et l'évaluation interne et externe :

1- La politique et la stratégie des ressources humaines ;
2- La prévention et la gestion de l'absentéisme, du turnover et pilotage de tableaux de bord de suivi des indicateurs sociaux ;
3- La gestion des emplois et compétences : l'évaluation des besoins en compétences et les plans de formation adaptés et efficaces *(gestion prévisionnelle, coopérations et pratiques de recrutement) ;*
4- La qualité de vie et l'épanouissement au travail ;
5- La gestion de projet, des projets de vie et de fin de vie.

Conclusion

Les questions du pilotage territorial de l'emploi, de la mise en réseau des établissements, de la gouvernance des démarches de gestion prévisionnelle des emplois et compétences sont centrales. Le contenu de ce rapport interroge la coordination et l'animation territoriale[73]. Les outils existent mais ne sont pas toujours connus des utilisateurs potentiels. Ainsi, cette étude démontre l'existence de ressources sous-utilisées, ou mal utilisées, s'agissant du potentiel humain, des outils financiers, des acteurs institutionnels missionnés autour de l'emploi, des parcours de formation diversifiés, des modalités d'accès à l'emploi et à la professionnalisation. Elle souleve de réelles problématiques de coordination et d'implication de l'ensemble des acteurs dans un projet collectif centré sur les usagers. Dans les faits, les expérimentations ont permis de construire un réseau, un espace de communication et, aussi, de mettre en œuvre des pratiques de management et d'animation dans une dimension territoriale. Des pistes d'amélioration peuvent être dégagées dans le cadre d'un plan d'actions concret concerté avec l'ensemble des partenaires et acteurs en articulation avec le Projet régional de santé, les travaux et schémas de la DRJSCS, la DIRECCTE et le Conseil régional. Le cheminement de cette démarche a permis d'ajuster et de mettre en œuvre simultanément des actions par les différents partenaires et selon les compétences de chacun.

Enfin, les évolutions enclenchées pour l'année 2014 autour de la Stratégie nationale de santé, le plan métiers, la future loi sur l'autonomie… vont de façon significative dans le sens d'une amélioration des problématiques mises à jour dans cette étude. Les orientations de la réforme autour de la personne, en créant une médecine de parcours, voire une santé de parcours, reposent sur la coopération des professionnels, l'implication des patients et le pilotage coordonné territorial.

La finalité de cette étude consiste à mettre en relief des problématiques et à proposer des modalités de pratiques simples, précises et décrites en contexte, selon une approche comparative. Le contenu de ce document cherche à améliorer l'existant avec les ressources existantes (*potentiel humain, compétences, outils, dispositif de coordination, réglementation…*). Il constitue d'ores et déjà un outil de réflexion et d'identification des outils existants mis à disposition.

L'étude servira également d'appui à la construction et à la mise en œuvre d'autres leviers pour l'amélioration de l'attractivité dans le secteur de la perte d'autonomie, en lien avec l'ensemble des partenaires.

[73] Agence régionale de santé, les conseils généraux, les unités territoriales de la DIRECCTE, les CTEF, Pôle emploi, les missions locales…

Annexes

Annexe I

Précisions sur les EHPAD et SSIAD

Le conventionnement des EHPAD est instauré par la loi du 24 janvier 1997[74]. La réforme s'applique aux établissements médico-sociaux et aux établissements de santé dispensant des soins de longue durée et autorisés à héberger des personnes de plus de 60 ans, tous statuts confondus.

La promulgation du cahier des charges[75] de la convention tripartite en 1999, conduit à la signature d'un contrat entre plusieurs contractants : le Conseil général, l'autorité représentante de l'Assurance maladie *(ARS)* et l'établissement *(EHPAD).* La signature de la convention tripartite répond à une exigence de qualité de la part de l'établissement et repose, actuellement, sur l'évaluation de la dépendance *(grille AGGIR),* de la charge en soins *(PATHOS)*[76]*.* Dans ce cadre, les subventions sont allouées par les autorités de tarifications pour une durée de cinq ans. La gouvernance des EHPAD s'organise progressivement, avec une réglementation qui évolue selon les exigences de qualité, mais aussi des contraintes budgétaires.

Une des particularités du principe de tarification est la répartition des charges de personnel entre les trois sections d'imputation tarifaire : hébergement, dépendance et soins. Ainsi, le poste de psychologue est budgété par la section tarifaire dépendance, les aides soignants et aides médico-psychologiques diplômés à 30% sur la dépendance et 70% sur les soins, les infirmiers et auxiliaires médicaux à 100% sur les soins[77]. Lors d'un renouvellement de convention, après 5 ans, l'évaluation de la dépendance *(GMP)*[78] et du PATHOS *(PMP)*[79] conditionne donc la tarification et la répartition des effectifs.

S'agissant des SSIAD, l'activité est réglementée par le décret du 25 juin 2004[80]. Dans la circulaire du 28 février 2005[81] les conditions d'organisation et de fonctionnement sont définies. La dotation est réalisée selon le nombre de personnes de plus de 60 ans et le nombre de moins de 60 ans soit deux types de forfait : « de soins SSIAD - personnes âgées » et « de soins SSIAD - personnes handicapées ».

Pour le personnel, « l'infirmier coordonnateur est la clé de voûte du dispositif de soins infirmiers à domicile »[82].La circulaire autorise les SSIAD à salarier une AMP, afin d'encourager aussi la pluralité des compétences, et précise que ces professionnels doivent intervenir uniquement dans « les limites de la qualification du fait de leur formation. Le principe de tarification des SSIAD est actuellement en cours de révision.

[74] Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance / Code de l'Action Sociale et des Familles
[75] Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
[76] Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA no 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.
[77] Référentiel Juridique sur le fonctionnement et la tarification des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (CRAM Aquitaine / 2006)
[78] GIR MOYEN PONDERE
[79] PATHOS MOYEN PONDERE
[80] Décret no 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.
[81] Circulaire DGAS/2 C n° 2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile
[82] Ibid.

Annexe II

Pour les professions d'aide médico-psychologique, d'aide soignant, d'infirmière diplômée d'Etat et de cadres de santé / Enquête postes vacants ARS, 2012.

Ancienneté dans le poste des AMP partis en 2012

Source : Enquête ARS Rhône-Alpes – DEOS/DS-Pro

Ancienneté dans le poste des AS partis en 2012

Source : Enquête ARS Rhône-Alpes – DEOS/DS-Pro

Ancienneté dans le poste des IDE partis en 2012

Source : Enquête ARS Rhône-Alpes – DEOS/DS-Pro

D'une manière générale, les structures médico-sociales semblent davantage confrontées à un turn-over rapide.
Les cadres de santé sont les professionnels qui apparaissent les plus stables dans leur emploi.

Ancienneté dans le poste des cadres de santé partis en 2012

Source : Enquête ARS Rhône-Alpes – DEOS/DS-Pro

Bibliographie

- **Aquino J.P.** : Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société, Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie, rapport remis au Premier Ministre – 2013.

- **ANAP/SYNERPA**, Valoriser les métiers du grand âge, Retour d'expérience et valorisation des métiers – mai 2013.

- **ANESM,** Recommandations de bonnes pratiques, La Bientraitance : définition et repère pour la mise en œuvre – juin 2008.

- **Accords Nationaux Interprofessionnels** relatifs à la formation professionnelle – décembre 2013.

- **ARH Ile-de-France** *(ARS depuis 2009),* « Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales » – juin 2008.
Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels.

- **Arrêté du 26 avril 1999** fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

- **Berland Y., Hénard L., Cadet D**. : Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Rapport remis au Ministre de la Santé – 2011.

- **Bonnet J.** , Broggio Céline, « Les fonctions urbaines » in La France en villes, Ellipses – 2010.

- **Broussy L.** : L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO !, rapport remis à la Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie, 2013 *(données nationales).*

- **Circulaire DGAS/2 C n° 2005-111 du 28 février 2005** relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

- **Code de l'Action Sociale et des Famille** – 2014.

- **Décret no 2004-613 du 25 juin 2004** relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

- **Doniol-Shaw G**., Quels diplômes pour le secteur de l'aide à la personne ?, Formation et Emploi n° 115 – juillet-septembre 2011.

- **Dossiers Solidarités et Santé ;** « Les personnes âgées en institutions » ; Enquête DRESS / EHPA 2008 ; N°22/2011.

- **Dubar C.**, La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles, Armand Colin – 1998.

- **Enquête Ecole 2012** – publication DRJSCS Rhône Alpes – janvier 2014.

- **Enquête Insertion professionnelle des diplômés du travail social et paramédical,** Publication DRJSCS – Conseil Régional – ARS Rhône Alpes – 2010.

- **Enquête Postes Vacants, Observatoire Des Professionnels de Santé de Rhône-Alpes** – 2012.

- **Etude sur les effets professionnels et personnels de la VAE** en Rhône-Alpes – août 2013.

- **Feuille de route Stratégie Nationale de Santé**, version longue – septembre 2013.

- **HAS,** « Guide pour l'autodiagnostic des pratiques managériales en établissement de santé », – janvier 2005.

- **Les dépenses de santé 2011 en Rhône-Alpes** : une progression proche des moyennes nationales, Indicateurs *(ARS Rhône-Alpes).*

- **Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.**

- **Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.**

- **Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005** de financement de la sécurité sociale pour 2006 et Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA no 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

- **Petit R.**, « Les Stratégies de développement du couple attractivité-fidélisation des organisations envers les jeunes entrants sur le marché du travail », Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Science de Gestion – mai 2008.

- **Perrenoud P.,** Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève L'autonomie au travail : déviance déloyale, initiative vertueuse ou nouvelle norme ? dans Cahiers Pédagogiques, n° 384 – mai 2000.

- **Projet régional de santé Rhône- Alpes 2012-2017.**

- **PRIAC Rhône-Alpes** - Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie – 2012-2017.

- **Rapport IGAS,** Aubertin A., Jannet A., Vachey L., Vannier F. Foulquier Gazane M.C. Etablissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement – octobre 2012.

- **Référentiel d'activités et de compétences en gérontologie pour les professionnels de niveau V,** Martin. C., Penso A., *(ARS Rhône-Alpes)* – décembre 2013.

- **Référentiel Juridique sur le fonctionnement et la tarification des Etablissements** hébergeant des personnes âgées dépendantes *(CRAM Aquitaine)* – 2006.

- **Schémas régionaux des formations sanitaires et sociales**, Travaux préparatoires-schémas 2013/2017, Recueil de données – novembre 2012.

- **SROMS** - Schéma régional d'organisation médico-sociale, PRS Rhône-Alpes – 2012-2017.

- **UNIFAF Enquête Emploi** – 2012.

Glossaire

AMP : Aide médico-psychologique.

ANI : Accord national interprofessionnel.

AJ : Accueil de jour.

APA : Allocation personnalisée d'autonomie.

AS : Aide soignant.

ARS : Agence régionale de santé.

AVS : Auxiliaire de vie sociale.

CAFERUIS : Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale.

CARED : Contrat d'aide et de retour à l'emploi durable.

CCN : Convention collective nationale.

CTA : Comité territorial d'actions.

CTEF : Contrats territoriaux emploi formation.

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

EFTS : Etablissement de formation pour le travail social.

EMT : Evaluation en milieu de travail.

ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail.

ESMS : Etablissements sanitaires et médico-sociaux.

FAM : Foyer d'accueil médicalisé.

FPH : Fonction publique hospitalière.

FPT : Fonction publique territoriale

GEIQ : Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification.

GMP : Gir moyen pondéré.

GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

HAS : Haute autorité de santé.

IDE : Infirmier diplômé d'Etat.

IFAS : Institut de formation des aides soignantes.

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économique.

MAS : Maison d'accueil médicalisée.

MECS : Maison d'enfants à caractère social.

MIFE : Maisons de l'Information sur la Formation et l'Emploi.

OPCA : Organismes paritaires collecteurs agrées.

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés.

PMP : Pathos moyen pondéré.

POE : Préparation opérationnelle à l'emploi.

RH : Ressources humaines.

SMTI : Soins médicaux et techniques importants.

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.

VAE : Validation des acquis professionnels.

Conception-création : ORC, Communication Corporate & Métiers
Mise en page : Service Information & Communication- Crédit photos : Phovoir

Agence régionale de santé Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi – CS 93383 - 69418 Lyon Cedex 03

Mai 2014

Agence régionale de santé Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi – CS 93383
69418 Lyon Cedex 03
Tél. : 04 72 34 74 00
www.ars.rhonealpes.sante.fr

Autres collections

▶ Collection Dossier

1- Retour sur l'élaboration du Projet régional de santé en Rhône-Alpes

2- Les soins de premier recours : définir une offre de soins organisée, coordonnée et accessible à tous

3- Les investissements hospitaliers en Rhône-Alpes : améliorer la prise en charge et garantir la qualité de service

▶ Collection Repères

1- Les filières gérontologiques

2- Inspections et contrôles : garantir et améliorer la qualité des prestations en santé

3- Les maladies à déclaration obligatoire : un outil de veille sanitaire

▶ Collection Indicateurs

1- Les dépenses de santé 2011en Rhône-Alpes : une progression proche des moyennes nationales

2- L'activité de chirurgie cardiaque en Rhône-Alpes

3- L'hospitalisation des habitants du Pays de Gex (Ain)

5- Les dépenses de santé 2012 en Rhône-Alpes : une progression maîtrisée

6- Urgences hospitalières en Rhône-Alpes : évolution des activités de 2002 à 2012