



**Direction générale de la cohésion sociale  
Mission Analyse stratégique, synthèses et prospective**

G r o u p e

d ' E t u d e s

**Etude sur les activités des aides-  
soignants, aides médico-psychologiques  
et agents de service en EHPAD**

S o c i a l e s

T e c h n i q u e s

**Note de cadrage méthodologique**

e t E c o n o m i q u e s

**Février 2014**

Société coopérative SARL  
à capital variable- APE 742C  
RC Paris B 324 420 835  
SIRET : 324 420 835 000

**GESTE**

113, rue Saint-Maur  
75011 PARIS  
Tél : 33 (0)1 49 29 42 40  
Fax : 33 (0)1 43 38 24 68  
www.geste.com

Philippe Passemar  
Sabine Mengin  
Rodolphe Ejnes

## SOMMAIRE

<b>1. LE CONTEXTE, LA FINALITE ET LES OBJECTIFS DE L'ETUDE .....</b>	<b>3</b>
Objet de l'étude .....	3
Contexte général.....	3
Les finalités et les objectifs de l'étude .....	5
<b>2. LA METHODOLOGIE.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Les étapes et le déroulement de l'étude .....</b>	<b>7</b>
2.1.1 Synthétique des phases de l'étude .....	7
2.1.2 Déroulement détaillé .....	9
Phase 1 : Lancement et réalisation du protocole méthodologique de l'étude .....	9
Objectifs .....	9
Méthode .....	9
1. Réunion de lancement .....	9
2. Entretiens de cadrage et analyse documentaire .....	9
3. Elaboration du protocole méthodologique .....	10
4. Comité de pilotage .....	10
Livrables.....	10
Phase 2 : Enquête, analyse et rapport intermédiaire .....	11
Objectifs .....	11
Méthode .....	11
1. Enquête de terrain auprès de 15 EHPAD .....	11
2. Description des activités professionnelles, des compétences et des modes de collaboration ..	11
3. Entretiens téléphoniques complémentaires .....	12
4. Rédaction du rapport intermédiaire .....	13
5. Comité de pilotage .....	13
Livrables.....	13
Phase 3 : Synthèse, élaboration du rapport final et de préconisations .....	14
Objectifs .....	14
Méthode .....	14
1. Elaboration d'une typologie des modes d'organisation du travail et analyse d'impact.....	14
2. Rédaction d'une première version des pistes de réflexion .....	15
3. Concertation auprès des représentants des employeurs, des salariés et des acteurs de la	
formation .....	15
4. Rédaction du rapport final et d'une synthèse .....	16
5. Restitution en comité de pilotage .....	16
Livrables.....	16
<b>2.2 L'organisation et les outils de l'enquête .....</b>	<b>17</b>
2.2.1 Les critères de construction de l'échantillon .....	17
Activités et ressources humaines : quelques données de cadrage .....	18
L'échantillon proposé.....	19
2.2.2 Le déroulement de l'enquête .....	20
2.2.3 Les guides d'entretien par catégories d'acteurs.....	21
<b>2.3 Le calendrier de réalisation .....</b>	<b>23</b>

# 1. LE CONTEXTE, LA FINALITÉ ET LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

---

## Objet de l'étude

L'étude lancée par la DGCS a pour objet de :

- décrire les activités des aides-soignants, aides médico-psychologiques et agents de service dans les EHPAD.
- Positionner ces professionnels selon leur autonomie et leur polyvalence dans ces activités. Mettre en évidence les modalités de collaboration entre ces professionnels et avec les autres professionnels intervenant dans ces établissements ;
- mettre en évidence les déterminants de la répartition des activités entre ces trois professions, c'est-à-dire les principaux objectifs et contraintes qui entrent en jeu dans la mise au point d'une organisation du travail ;
- identifier les conséquences de ces modalités d'organisation en termes de prise en charge pour les personnes accueillies et de conditions de travail pour les professionnels.

## Contexte général

On compte actuellement environ 7 600 maisons de retraite en France, dont la plupart sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces établissements accueillent près de 590 000 personnes âgées.

Ils connaissent des changements profonds dans leurs activités. En raison, notamment, du développement du maintien à domicile, les personnes accueillies dans les EHPAD sont de plus en plus âgées et dépendantes : ainsi, fin 2007, 84 % des résidents des établissements sont dépendants (GIR 1 à 4) contre 81 % en 2003 et un peu plus de la moitié des résidents sont classés dans les "GIR" 1 et 2, considérés comme très dépendants. De plus, la plupart des résidents présentent une affection neuropsychiatrique (85%). Dans ces conditions, la demande de soins et d'accompagnement adressée au personnel des EHPAD a augmenté et évolué.

Au cours de la dernière décennie, la mise en place du conventionnement tripartite entre les établissements, les conseils généraux et les ARS a permis de renforcer sensiblement les moyens médicaux des établissements et de proposer une tarification adaptée à la prise en charge de la dépendance.

Cette évolution se traduit aussi par ce que l'on pourrait qualifier de « tension » entre le caractère de plus en plus médicalisé des Ehpads et ce qui est relatif au « projet de vie » en Ehpads et ce qu'il sous-entend en termes de qualité d'accueil et de service, de confort, d'hébergement notamment.

Les EHPAD ont recours à des compétences très diverses. Néanmoins, une grande partie des activités qui sont réalisées au quotidien auprès des personnes âgées sont assurées par trois catégories de professionnels : les aides-soignants, les aides

médico-psychologiques et les agents de service. Ces trois professions rassemblent ainsi environ 230 000 salariés, soit plus de 60% des salariés des EHPAD.

La profession d'aide-soignant est réglementée et la qualification nécessite d'être titulaire du diplôme d'Etat d'aide soignant. Contrairement au diplôme d'Etat d'AMP, cette formation ne peut se faire en cours d'emploi.

D'autres certificateurs (Ministère de l'Education Nationale) proposent également des certifications, à l'instar du nouveau bac pro ASSP.

Des formations non diplômantes existent également, en particulier la formation complémentaire d'assistant de soins en gérontologie.

Il n'existe pas de diplôme pour les agents de service, mais certains d'entre eux (minoritaires) sont titulaires d'un DEAVS. La branche professionnelle de l'hospitalisation privée et du secteur médico-social à caractère commercial a le projet de créer une certification de branche (CQP) d'agent de service hôtelier.

Les activités de ces trois catégories de professionnels auprès des personnes âgées peuvent être regroupées en quatre grandes catégories : réalisation de soins, participation à l'hygiène et au confort des personnes, soutien à la vie sociale et relationnelle et entretien des locaux et du matériel. Ces activités possèdent de nombreuses zones de confluence, alors même que les compétences et les formations permettant d'accéder à ces métiers sont différentes.

Les EHPAD sont confrontés à des difficultés importantes pour recruter des aides soignants : selon l'observatoire de la branche sanitaire, sociale et médico sociale privée à but non lucratif, un EHPAD sur deux rencontre des difficultés pour recruter des aides-soignants. Cette situation pourrait conduire les établissements à employer des AMP ou des agents de services sur des fonctions d'aide-soignant.

Ainsi, on constate depuis plusieurs années, une augmentation importante des effectifs d'AMP en EHPAD.

Les dépenses salariales pour ces professionnels ne relèvent pas des mêmes sections tarifaires : si les salaires des aides-soignants et des AMP relèvent principalement du soin (à 70%), et donc de l'assurance maladie, ceux des agents de service sont principalement imputés sur le budget "hébergement", généralement pris en charge par les résidents.

L'étude lancée par la DGCS doit également être resituée dans un contexte plus large :

- Elle s'inscrit dans le cadre des orientations nationales des formations sociales 2011-2013, qui prévoit le lancement d'études permettant d'avoir une meilleure connaissance des contenus et situations réelles de travail.
- La réingénierie des certifications de niveau V, et en particulier la réforme en cours des formations DEAMP et DEAVS (projet de fusion) peut être rappelée ;

- En « toile de fond », il faut également citer les réflexions sur le financement des EHPAD, dans le cadre de la loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, dite « Loi Autonomie », dont le second volet concernera les Ehpad.

L'étude pourrait notamment apporter certains éléments permettant d'objectiver le partage des tâches effectuées par les différents professionnels dans les EHPAD (compte tenu de leurs incidences financières).

## **Les finalités et les objectifs de l'étude**

L'étude a plusieurs finalités, qui peuvent être résumées comme suit :

- Quelles activités, positionnement et articulation entre ces professionnels ?
- Quels déterminants de la diversification des profils :
  - En réponse à un besoin de nouvelles compétences au sein des Ehpad ?
  - Afin de pallier les difficultés de recrutement ?
  - Incitée par la triple tarification et les contraintes financières ?
- Quelle organisation du travail en résulte ?
  - Une spécialisation des tâches ? Une hiérarchisation des tâches ? L'exploitation de la complémentarité des compétences ?
  - Des écarts entre activité prescrite et activité réelle ? Des risques de « transfert » de tâches ?
- Des évolutions conjoncturelles ou structurelles ?
- Quels impacts en termes :
  - de conditions de travail ?
  - de qualité de service aux usagers ?

Plus précisément, l'étude vise **4 objectifs opérationnels** :

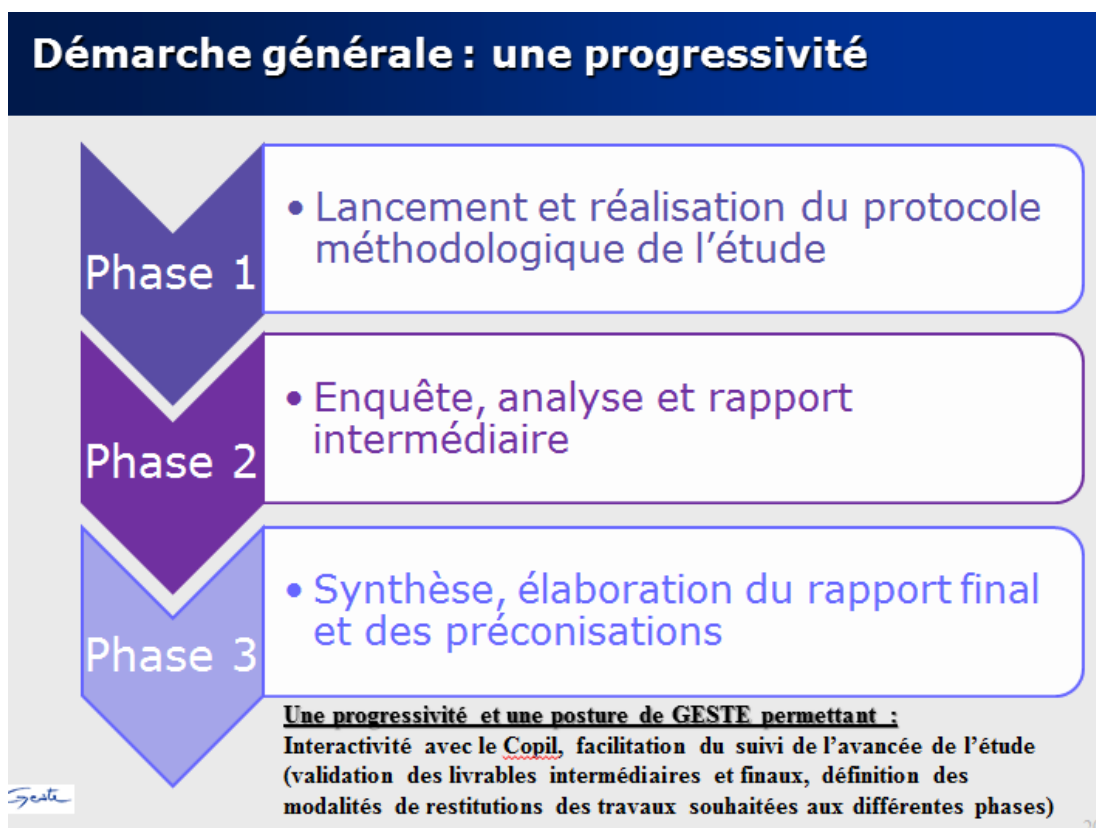
<b>Axes de questionnement</b>	
<b>Objectif 1</b> : décrire l'activité des AS, AMP et agents de service dans les EHPAD	Quel positionnement de ces professionnels en termes d'autonomie et de polyvalence dans les différentes activités qu'ils réalisent ? Quelles évolutions éventuelles au cours des dernières années ? Description des modalités de collaboration horizontale entre professionnels et avec la hiérarchie qui sont mises en place dans le cadre des différentes activités. Identification des modalités d'organisation du travail en EHPAD (typologie)
<b>Objectif 2</b> : Identifier les objectifs et les contraintes des choix en termes d'organisation du travail	Analyse des principaux déterminants de ces configurations : - en identifiant les principaux objectifs (prise en charge des personnes âgées, projet d'établissement, qualification des personnels, amélioration des conditions de travail, ...) et contraintes (besoins de qualification, contraintes financières, difficultés de recrutement, ...) qui sous-tendent les choix de l'encadrement en termes d'organisation du travail ; - en mettant en relation les modalités d'organisation du travail dans ces EHPAD avec les autres aspects de la gestion des ressources humaines (recrutement, formations, gestion des carrières, amélioration des conditions de travail, ...).
<b>Objectif 3</b> : Mettre en évidence les conséquences des modalités d'organisation du travail	Conséquences : sur la prise en charge des personnes âgées, dans toutes ses dimensions (sanitaire, sociale, matérielle) ; - sur les conditions de travail des salariés et leur implication dans le fonctionnement de l'établissement.
<b>Objectif 4</b> : Faire état de pistes de réflexion permettant d'améliorer l'organisation du travail.	Pistes de réflexion pour améliorer l'efficacité des organisations et les conditions de travail des professionnels

## 2. LA MÉTHODOLOGIE

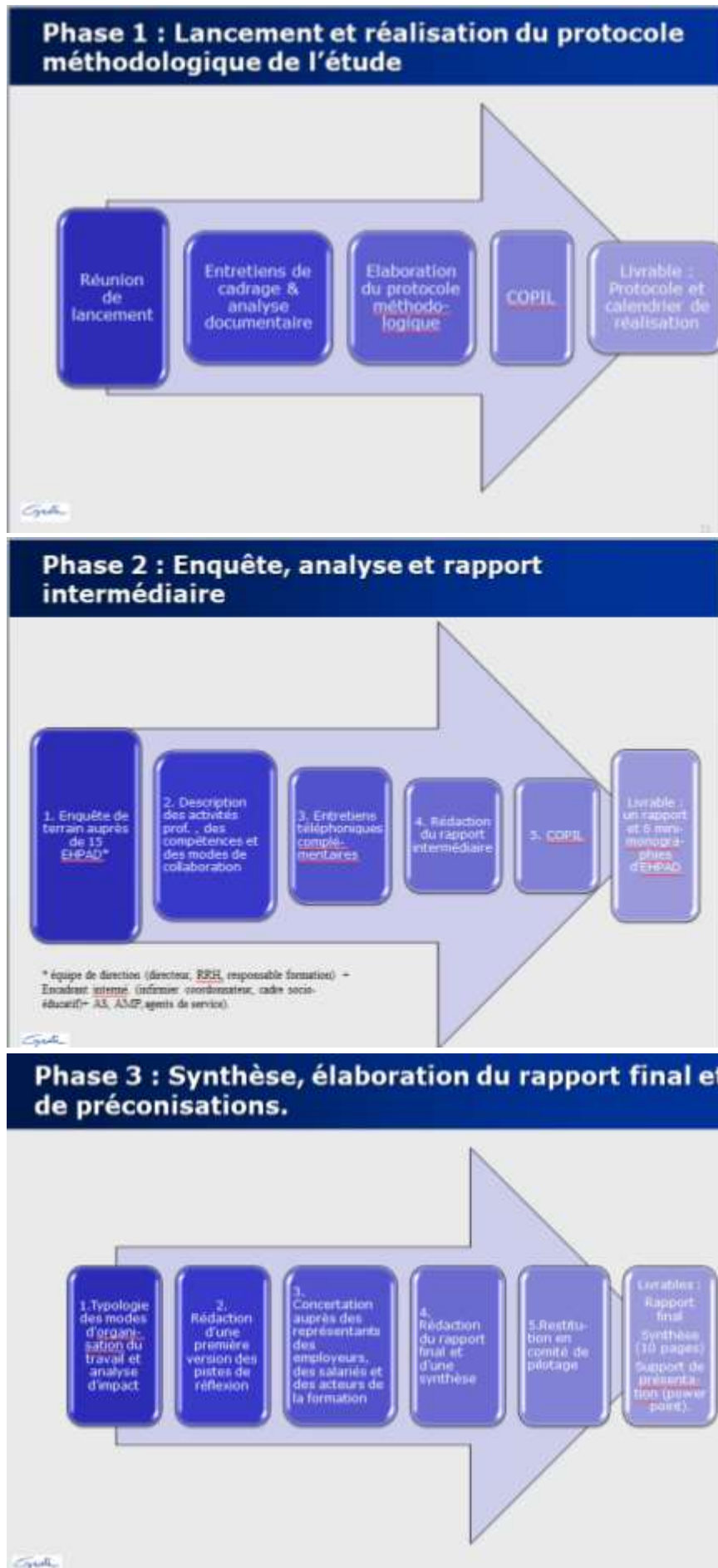
### 2.1 Les étapes et le déroulement de l'étude

#### 2.1.1 Synoptique des phases de l'étude

L'étude s'organise autour de 3 grandes phases, développées ci-après :



Le contenu des différentes phases est présenté ci-après.





## 2.1.2 Déroulement détaillé

### Phase 1 : Lancement et réalisation du protocole méthodologique de l'étude

#### Objectifs

- Recueillir les informations de contexte utiles au démarrage de la mission
- Préparer le recueil documentaire
- Etablir et stabiliser le protocole d'enquête et la méthodologie
- Définir les critères en vue de la constitution d'un échantillon de structures et de professionnels à rencontrer au cours de la phase 2 (enquête de terrain)

#### Méthode

##### **1. Réunion de lancement**

Une première réunion restreinte avec le commanditaire (DGCS) permet de :

- préciser les attendus de l'étude
- finaliser la méthodologie de réalisation des différentes étapes : les modalités de recueil de l'information, les différents acteurs à rencontrer, les thèmes abordés dans les entretiens, les critères de choix des structures enquêtées.
- s'accorder sur le calendrier de mise en œuvre de l'intervention.

##### **2. Entretiens de cadrage et analyse documentaire**

Des entretiens en face à face sont menés auprès de personnes ressources susceptibles de fournir des pistes documentaires et d'avoir un regard d'ordre méthodologique (critères de constitution de l'échantillon d'établissements, mode de contact des salariés, etc.). Il s'agit notamment des OPCA (et plus largement des observatoires des métiers et des qualifications de branches) : UNIFAF & observatoire de la branche BASS ; ANFH ; OPCA PL (ex-FORMAHP) et observatoire de la branche<sup>1</sup>.

L'analyse documentaire s'appuie sur un recueil d'études de référence, rapports et textes réglementaires relatifs à l'organisation et au financement des activités relevant des établissements médico-sociaux et à la prise en charge de la dépendance (volet organisation et RH), aux métiers et périmètres d'intervention des AMP, AS, agents de service<sup>2</sup>, etc. Une première esquisse est listée dans la proposition méthodologique de GESTE, elle sera complétée et priorisée au cours de la phase 1 de la mission.

---

<sup>1</sup> Nous prévoyons la rencontre des organisations d'employeurs (composantes de l'UNIFED (dont : Fehap ; Syneas) ; FHF ; Synerpa), de salariés, et d'autres acteurs (représentants de la CNSA, des services de l'Etat (DGCS, DGOS), de la CPC travail social) à une phase ultérieure de la mission (au début de la phase 3) afin d'orienter alors le questionnement sur les pistes d'évolution à envisager.

<sup>2</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'exploitation des ressources documentaires contribue à une première analyse des organisations, des missions, du périmètre des activités professionnelles des AS, AMP et agents de services, des offres et de qualité de service proposées aux publics accueillis, des conditions d'exercice des métiers au sein des EHPAD en fonction des contraintes (notamment de financement).

Sont analysés également les **référentiels d'activités professionnelles et les référentiels de certification** des diplômes de référence des soins et du travail social (DEAS, DEAMP, DEAVS) mais aussi de nouvelles certifications plus récentes émanant de l'Education nationale (en particulier le bac pro Assistance, soins et services aux personnes - ASSP).

### ***3. Elaboration du protocole méthodologique***

#### **La constitution de l'échantillon**

Les critères de sélection de l'échantillon de 15 EHPAD sont précisés ci-après (cf. & 2.2.1).

#### **La liste des structures**

L'identification des établissements à rencontrer et des interlocuteurs à contacter sera effectuée en lien avec les membres du comité de pilotage, sur la base des critères présentés.

#### **Les supports d'enquête (guides d'entretiens, questionnaires)**

Les supports proposés sont présentés ci-après (cf. & 2.2.3)

### ***4. Comité de pilotage***

Le comité de pilotage sera consacré à la validation du protocole méthodologique, et à la préparation du déroulement de la phase 2 de l'étude.

#### Livrables

- Le protocole présentant la méthodologie retenue pour l'exécution de chacune des étapes (et incluant pour la phase 2 la liste précise des EHPAD constituant l'échantillon)
- le calendrier définitif de réalisation.

## Phase 2 : Enquête, analyse et rapport intermédiaire

### Objectifs

- Décrire l'activité des AS, AMP et agents de service dans les EHPAD
- Décrire les organisations de travail
- Effectuer une première analyse des activités professionnelles, des compétences et des modes de collaboration
- Analyser les écarts entre les fonctions prescrites et réelles

### Méthode

#### **1. Enquête de terrain auprès de 15 EHPAD**

**La méthodologie détaillée de l'enquête ainsi que les outils de l'enquête et guides d'entretien sont présentés dans le & 2.2.**

#### **2. Description des activités professionnelles, des compétences et des modes de collaboration**

Une première analyse « à chaud » est réalisée : les consultants de Geste effectuent un premier débriefing suite aux entretiens réalisés. A ce stade de l'étude, il s'agit d'une mise à plat des pratiques observées établissement par établissement, avec une première recherche des points communs, et des différences éventuelles perceptibles.

**6 établissements seront choisis avec la DGCS** (a priori : 2 publics, 2 privés non lucratifs, 2 lucratifs) **pour lesquels une « mini-monographie » sera réalisée**, permettant de décrire de manière plus approfondie les pratiques et organisations observées. Le choix des établissements sera validé en lien avec la DGCS. Nous pourrions par exemple privilégier les structures ayant des pratiques innovantes de recours aux professionnels, favorisant particulièrement la collaboration entre AMP, AS et agents de services, ayant organisé une vraie complémentarité des métiers par rapport aux besoins des publics accueillis, etc.

Ce travail d'analyse de type monographique permettra d'explicitier de manière approfondie à partir des terrains et des professionnels et encadrants rencontrés :

- les modalités de travail et les activités réalisées au cours d'une « journée type » ;
- les domaines d'activités présentant des proximités, voire « partagés », communs aux différents intervenants. Et a contrario les « domaines réservés », d'activités réalisées exclusivement par les professionnels de l'un des 3 métiers analysés ;
- les compétences mobilisées, en distinguant les compétences spécifiques (par métiers) et les compétences transversales éventuelles ;
- en lien avec les deux points précédents, les zones de polyvalence, ou de « poly-compétence » ;
- les modes de collaboration inter-professionnels ;

- les « aires de mobilité » possibles entre les métiers, et les éventuels parcours développés par les EHPAD pour accompagner ces mobilités professionnelles.
- Les stratégies de recrutement, la politique de formation de l'établissement

Il s'agit aussi d'analyser les écarts entre les définitions d'activités prescrites et réellement effectuées par les professionnels AS, AMP et agents de service.

Ce travail descriptif sera suivi d'un travail de synthèse plus analytique et transversal, incluant l'analyse des **facteurs explicatifs** (notamment en fonction des contextes et caractéristiques propres aux EHPAD et aux organisations mises en œuvre) et la réalisation de **typologies** des modalités d'organisation du travail, au cours de la phase 3 de la mission.

### **3. Entretiens téléphoniques complémentaires**

*Une dizaine d'entretiens au total sont prévus au cours de cette étape.*

#### **ARS et conseils généraux (signataires des conventions tripartites).**

Les 15 établissements choisis se situent dans 5 régions, et 5 départements. Dans chaque département, l'ARS et le conseil général sont interrogés.

La convention tripartite a vocation à définir les axes stratégiques d'évolution de l'établissement pour les années à venir. Elle constitue un levier privilégié de mise en œuvre du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale de l'ARS et des schémas départementaux en faveur des personnes âgées des conseils généraux.

Elle définit notamment les engagements de l'établissement en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques. Elle fixe un certain nombre d'objectifs, en matière : de gouvernance ; de gestion ; de qualité de l'accompagnement des personnes âgées ; de respect des droits des usagers et de la place des résidents et des familles ; de prévention de la maltraitance, amélioration de la qualité et promotion de la bientraitance ; de qualité des prestations de soins délivrées.

Elle fixe également les dispositions financières et les moyens accordés aux établissements, en contrepartie des objectifs définis, ainsi que les modalités d'évaluation du dispositif conventionnel.

Il importe donc de situer les pratiques des EHPAD et leurs organisations de travail au regard des objectifs et des moyens accordés par les financeurs, et d'interroger ceux-ci sur leur perception des contributions attendues des AS, AMP et agents de service à ces objectifs, et des perspectives futures qui peuvent être envisagées ou souhaitées.

### **Une ou deux associations de professionnels (AS, AMP)**

2 associations seront contactées, parmi les suivantes, afin de recueillir la perception de leurs représentants sur la réalité actuelle et les enjeux et évolutions à venir des métiers (dans les EHPAD) :

- Fédération Nationales des Associations d'Aides-Soignants (la FNAAS a pour objectifs de rassembler, protéger, former et défendre) ;
- Groupement d'Etudes, de Recherches & d'ACTions pour la Formation Aide-Soignante (le GERACFAS, association type loi 1901, regroupe les Instituts de Formations Aides Soignants - I.F.A.S)
- Union Française des Aides-Soignants (l'UFAS a pour objectifs de promouvoir la fonction d'aide-soignant, la protéger et défendre son avenir, susciter et organiser des actions de formation continue, faire passer des informations susceptibles d'intérêts professionnels ou personnels, se positionner en tant que groupe de réflexion aussi bien en France qu'à l'Etranger]
- L'Association Nationale Française Aides-soignantes (ANFAS).
- L'Association Française des Aides Médico-Psychologiques (l'AFAMP a pour objectifs de préserver l'identité professionnelle de l'Aide Médico-Psychologique dans les divers secteurs d'activité du référentiel métier).

#### ***4. Rédaction du rapport intermédiaire***

Le format du rapport intermédiaire sera précisé en lien avec la DGCS. Il s'appuie sur un travail de synthèse de l'ensemble des entretiens réalisés au cours de l'enquête de terrain, et des premières analyses effectuées dans les 6 « mini-monographies » d'EHPAD, mettant en évidence les constats transversaux mais aussi les éventuels clivages observés selon le profil des établissements, les caractéristiques de l'activité et des publics, les stratégies organisationnelles, ou encore les contraintes imposées par les financeurs et/ou d'autres éléments de contexte.

#### ***5. Comité de pilotage***

Les résultats de cette phase sont restitués devant le comité de pilotage, pour validation.

#### **Livrables**

- Rapport intermédiaire
  - Et en annexe : 6 « mini-monographies » d'EHPAD

## **Phase 3 : Synthèse, élaboration du rapport final et de préconisations**

### Objectifs

- Qualifier les différentes modalités d'organisation du travail et leurs déterminants
- Analyser les impacts des modalités organisationnelles, sur les publics, sur les professionnels (salariés des EHPAD)
- Effectuer une synthèse transversale des principaux enseignements de l'étude
- Proposer des préconisations, en vue d'améliorer l'organisation du travail et les conditions de prise en charge des personnes âgées dépendantes

### Méthode

#### **1. *Elaboration d'une typologie des modes d'organisation du travail et analyse d'impact***

A partir des éléments de l'enquête de terrain et du rapport intermédiaire, nous établirons cette typologie de la manière suivante :

- ⇒ Recherche des différents modèles existants et de leurs déterminants ;
- ⇒ Analyse des spécificités éventuelles en fonction : des profils de publics (notamment au regard des niveaux de dépendance, et du GMP des établissements) ; de la taille de la structure ; du statut juridique (et pour le public de l'effet du rattachement à un hôpital) ; de l'implantation (réseau urbain dense, isolement en milieu rural...) ;
- ⇒ Identification des différents modèles.

A titre d'exemple, on pourra rechercher des modèles privilégiant la stricte spécialisation de chaque intervenant sur des champs de prérogatives propres ; des modèles autorisant une plus grande perméabilité en fonction des profils de publics ; des modèles structurés par des contraintes organisationnelles prédominantes (moyens internes très contraints) et imposant le recours de fait à des « faisant fonction » et/ou à des formes de polyvalence subies, des modèles de « coopération » (intervention en équipes pluri-professionnelles), etc.

Nous qualifierons ensuite les impacts observés de ces choix de modèles organisationnels à un double niveau : sur les professionnels (AS, AMP, agents de service) eux-mêmes et leurs conditions de travail (au sens large) ; sur les services offerts aux usagers (prise en charge).

Sans préjuger des conclusions de l'étude, des hypothèses qui seront avérées ou infirmées par le travail d'enquête effectué peuvent être avancées pour illustration :

- ▶ Quels sont les déterminants de la composition des équipes (diversification des compétences, stratégies de recrutement, spécialisation de l'activité...) ?
- ▶ Y-a-t-il des écarts entre le travail prescrit et le travail réel ? Si oui, quelles en sont les raisons ?

- ▶ Un modèle « coopératif » favorise-t-il une meilleure prise en charge globale de l'usager ? Permet -t- il le développement de la connaissance réciproque entre les professionnels, voire celui d'une culture professionnelle commune ? Cela facilite-t-il la reconnaissance mutuelle ? Un renforcement de l'autonomie au service d'une plus grande continuité dans la prise en charge ?
- ▶ Les structures confrontées à des contraintes organisationnelles ou de moyens très fortes tendent-elles à une « industrialisation des process de travail » (hyper-spécialisation, gestion ultra-rigoureuse des temps, chasse aux activités définies comme « improductives », etc.) ? Avec quelles conséquences en termes de : qualité de vie au travail, stress, risques psycho-sociaux ? Engagement/désengagement au travail ? Délégation de prise de responsabilité à d'autres ? Et pour les usagers ?
- ▶ Le recours éventuel à des « non diplômés », avec une définition plus floue des périmètres réels des intervenants, génère-t-il des dérives (subies, voulues) par rapport aux fonctions prescrites ? Permet-il au contraire d'introduire des marges de manœuvre, d'adaptabilité face aux contraintes de l'activité ? Ces situations sont-elles temporaires ou durables ? Des stratégies sont-elles mises en place pour favoriser des parcours de professionnalisation ou de mobilité professionnelle ?

## ***2. Rédaction d'une première version des pistes de réflexion***

Le format souhaité sera déterminé avec la DGCS. A ce stade et à titre provisoire, nous proposons a minima des pistes de réflexion à trois niveaux :

- dans l'optique d'améliorer l'organisation du travail : quelles articulations des différentes activités ? quelles compétences et quelles formations pour quelles activités ? quelles complémentarités ou supplémentarités ?
- dans l'optique d'une amélioration des conditions d'exercice : comment mieux préparer les professionnels AS, AMP, agents de service... à la réalité de la pratique professionnelle dans les EHPAD ?
- dans l'optique d'une amélioration de la qualité de service aux usagers : comment permettre un accompagnement harmonieux, dans toutes ses dimensions ?
- dans l'optique d'améliorer la réponse aux besoins des employeurs : quels leviers pour répondre aux besoins de compétences, quels outils de GRH pour favoriser le développement des compétences, l'autonomie des professionnels, et pour accompagner leurs parcours et leur évolution professionnelle ?

## ***3. Concertation auprès des représentants des employeurs, des salariés et des acteurs de la formation***

Les pistes de réflexion feront l'objet d'un échange auprès de représentants de :

- Membres de la CPC du travail social
- Représentant de l'UNAFORIS
- Représentants des syndicats employeurs

- Représentants des syndicats de salariés
- OPCA et observatoires de branches

Ces auditions seront réalisées dans le cadre d'entretiens individuels ou bien en collectif, en organisant une réunion d'un « groupe technique » que Geste animera avec :

- Une présentation des principaux enseignements de l'étude ;
- Un échange collectif avec les acteurs autour des pistes d'amélioration identifiées.

Ce format, auquel sera associé la DGCS et le cas échéant les autres membres du Copil, a notre préférence car il facilite le travail de synthèse, de recherche de consensus, d'identification aussi des éventuels points de difficulté voire de blocage mais aussi les leviers possibles.

#### ***4. Rédaction du rapport final et d'une synthèse***

Le rapport final sera rédigé en compilant d'une part les matériaux issus de l'analyse documentaire et des entretiens de cadrage réalisés au cours de la phase 1, de l'enquête de terrain (phase 2) à partir des éléments issus du rapport intermédiaire, et d'une partie plus analytique issue du travail de synthèse, de construction de typologie, d'analyse transversale réalisée au cours de la phase 3.

Il s'attachera à mettre en évidence les impacts des choix organisationnels sur :

- La prise en charge des publics
- Les conditions de travail des salariés

La version définitive des pistes d'amélioration retravaillées et intégrant les échanges issus de la concertation des acteurs au cours de l'étape précédente, est rédigée. Elle sera le cas échéant présentée au cours d'une réunion de travail restreinte avec la DGCS, avant la finalisation définitive.

Enfin, cette étape se conclut par la rédaction d'un document de synthèse (environ 10 pages) reprenant les principales conclusions du rapport, dont le format souhaité sera précisé en temps utile par la DGCS.

#### ***5. Restitution en comité de pilotage***

L'ensemble des livrables ainsi que les préconisations seront présentés pour validation en comité de pilotage. La version finale des préconisations intégrera les demandes d'ajustement ou de reformulation exprimées lors du comité de pilotage.

Conformément au cahier des charges, les modalités de restitution (2 séances éventuellement) seront précisées et fixées par le comité de pilotage.

##### Livrables

- Rapport final
- Synthèse d'une dizaine de pages
- Document support de présentation orale (format power point).



## 2.2 L'organisation et les outils de l'enquête

---

### 2.2.1 Les critères de construction de l'échantillon

Un échantillon de 15 EHPAD représentatif de la diversité des situations existantes est sélectionné, en fonction de différents critères :

- Caractéristiques départementales :
  - Sélection de 5 départements en fonction :
    - De la répartition des places en EHPAD selon le statut juridique (DREES, cartographie réalisée via l'enquête EHPA 2007)
    - Du poids respectif de la prise en charge des personnes âgées selon divers modes : des Ehpad - des Aides à domicile et AVS - des Infirmiers libéraux et SSIAD (document de travail & cartographie de l'IRCEM, 2007-2008)
- Critères de choix des types de structures :
  - Statut juridique : 5 EHPAD publics - 5 EHPAD non lucratifs - 5 EHPAD commercial
  - Taille : 5 « petits » (<= 50 lits/) ; 5 « moyens » (entre 50 et 99 lits) ; 5 « grands » (100 lits et plus)
  - Zone d'implantation (localisation) : 5 grandes agglomérations - 5 en agglomération de taille moyenne - 5 en zone rurale
- Activités et ressources humaines
  - Unités Alzheimer
  - Rattachement à un hôpital
  - Présence AMP
  - Répartition AS/AMP/Agents de service

## Activités et ressources humaines : quelques données de cadrage

*EHPA 2013, données provisoires*

Parmi l'effectif des AS, AMP et agents dans l'établissement pour personnes âgées :

- Dans près de 30% des établissements, les agents représentent plus de la moitié de l'effectif total AS, AMP et agents
- 45% des établissements ne comptent aucun AMP dans leurs effectifs
- 5% comptent plus de 40% d'AMP dans l'effectif total d'AS, AMP et agents

**La présence d'AMP dans l'effectif diffère selon le statut de l'établissement :**

	<b>Pas d'AMP</b>	<b>&lt;= 10%</b>	<b>Entre 10% et 40%</b>	<b>Plus de 40%</b>	<b>Total</b>
Public hospitalier	75%	22%	3%	0%	100%
Public non hospitalier	53%	26%	19%	2%	100%
Privé non lucratif	39%	27%	30%	4%	100%
Privé commercial	18%	26%	50%	6%	100%
Ensemble	46%	25%	25%	5%	100%

Près de 70% des accueils de jour Ehpads comptent plus de 40% d'AMP dans leur effectif.

### **Critères activités et ressources humaines**

**Parmi les 15 établissements, sélection d'établissements avec des situations contrastées en terme de :**

- Proportion relative d'AS, d'AMP, d'agents hôteliers dans l'ensemble de l'effectif de ces métiers ;
- Présence éventuelle d'unités Alzheimer ;
- Ehpads publics rattachés à un hôpital ;
- Ehpads privés commerciaux rattachés à un groupe.

La diversité des situations du point de vue du renouvellement des conventions tripartites, et du niveau des crédits de médicalisation obtenus (ARS) sera vérifiée a posteriori.

### L'échantillon proposé

<b>Dpt</b>	<b>Statut</b>	<b>Taille en nombre de lits</b>	<b>Situation géographique</b>
75	1 EHPAD public hospitalier	1 étab de chaque taille (<50, 50-99, 100 et plus)	Paris
	1 EHPAD privé à caractère commercial (de groupe)		Paris
	1 EHPAD privé à but non lucratif		Banlieue agglomération
35	1 EHPAD public hospitalier	1 étab de chaque taille (<50, 50-99, 100 et plus)	2 ruraux et 1 dans une agglomération
	1 EHPAD privé à caractère commercial		
	1 EHPAD privé à but non lucratif		
59	1 EHPAD public hospitalier	1 étab de chaque taille (<50, 50-99, 100 et plus)	Lille
	1 EHPAD privé à caractère commercial		Agglomération
	1 EHPAD privé à but non lucratif		Rural
69	1 EHPAD public non hospitalier	1 étab de chaque taille (<50, 50-99, 100 et plus)	1 rural et 2 dans une agglomération
	1 EHPAD privé à caractère commercial		
	1 EHPAD privé à but non lucratif		
31	1 EHPAD public non hospitalier	1 étab de chaque taille (<50, 50-99, 100 et plus)	Rural
	1 EHPAD privé à caractère commercial (de groupe)		Toulouse
	1 EHPAD privé à but non lucratif		Toulouse

## 2.2.2 Le déroulement de l'enquête

Les entretiens sont réalisés auprès de :

- Représentant de l'équipe de direction\* (directeur, RRH, responsable formation)
- Encadrant intermédiaire (infirmier coordonnateur, cadre socio-éducatif)
- Des AS, AMP, agents de service. L'échantillon devra comprendre des professionnels détenant un DEAVS. Si possible un représentant des salariés (délégué du personnel, membre du comité d'entreprise le cas échéant).

**\* Pour les groupes, un entretien complémentaire (éventuellement téléphonique) auprès du DRH groupe sera sollicité. Dans les EHPAD publics rattachés à un hôpital, le DRH sera également sollicité.**

Les professionnels seront rencontrés majoritairement en entretien individuel. Néanmoins, nous proposons d'organiser également quelques entretiens collectifs<sup>3</sup> réunissant des AS, AMP et agents de service car ce mode d'interrogation permet d'apporter un autre éclairage sur la perception réciproque de chaque fonction.

En effet, ces deux modalités d'entretien sont complémentaires :

- **l'entretien individuel semi-directif** permet d'approfondir l'analyse du parcours et de l'activité réelle du professionnel, ainsi que les écarts entre le schéma prescrit et la réalité du métier, des tâches effectuées et des compétences mobilisées ; il permet également au professionnel d'avoir une parole plus libre sur sa vision des rôles respectifs et des relations avec les autres professionnels des différents métiers.
- **les entretiens collectifs** avec des AS, AMP et agents de service, dont la trame est plus ouverte, permettent d'analyser les postures, les « jeux de rôle » éventuels, et aussi, le cas échéant, de confronter les points de vue, afin de voir comment les professionnels interagissent entre eux, et présentent leur contribution respective au service de l'accompagnement global des personnes.

---

<sup>3</sup> Avec l'accord de l'établissement. Nous sommes conscients qu'il peut être difficile pour un établissement de mobiliser plusieurs professionnels en même temps.

## 2.2.3 Les guides d'entretien par catégories d'acteurs

<b>Equipe de direction</b>	
<b>Présentation de la structure</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Statut juridique</li> <li>- Rattachement : à un hôpital public, à un groupe...</li> <li>- Capacités (lits)</li> <li>- Profils des personnes accueillies (GIR)</li> <li>- Spécificités organisationnelles</li> </ul>
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relations avec les financeurs</li> <li>- Objectifs stipulés dans les conventions tripartites</li> <li>- Ressources et tarification</li> <li>- Moyens de fonctionnement</li> </ul>
<b>Ressources humaines et organisation du travail des équipes AS, AMP, agents de service (et encadrement)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectifs par métiers et évolutions récentes, facteurs explicatifs de ces tendances</li> <li>- Définitions des missions, responsabilités, des AS, AMP, agents de service (les fonctions prescrites)</li> <li>- Facteurs déterminants du recours aux AS, AMP, agents de service : ex. troubles cognitifs =&gt; AMP ?</li> <li>- Autres critères ?</li> <li>- Modalités de coopération (horizontale, verticale)</li> <li>- Organisations de travail déployées, et explicitation de la stratégie et des contraintes</li> <li>- Stratégie et pratiques de recrutement : équilibre souhaité entre les 3 métiers (dans un contexte de fort développement des emplois d'AMP) ; profils recherchés ; difficultés de recrutement observées.</li> </ul>
<b>Qualifications, expérience</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formations initiales des AS, AMP, agents de services</li> <li>- Existence de faisant fonction</li> <li>- Expérience et ancienneté</li> <li>- Regard sur les diplômes actuels (DEAS, DEAMP) et ceux d'autres certificateurs (dont bac ASSP)</li> </ul>
<b>Professionalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès à la formation continue et modalités</li> <li>- Recours à la VAE</li> <li>- Politique de développement des compétences</li> <li>- Gestion des carrières</li> <li>- Mobilité professionnelle</li> </ul>
<b>Conditions de travail, et lien avec la qualité de service aux usagers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impacts des contraintes organisationnelles sur les professionnels (absentéisme, turn over, accidents du travail ou maladies, RPS...)</li> <li>- Impacts observés sur la prise en charge des usagers (soins, accompagnement social, hébergement...)</li> </ul>
<b>Pistes de réflexion et projets en cours pour améliorer l'organisation du travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En interne : évolution de l'organisation ; évolution des missions ; formes de coopération entre les professionnels ; développement de la polyvalence ou au contraire de la spécialisation ; etc.</li> <li>- En externe (partenariats réseaux de soins, hôpital, etc...)</li> </ul>

<b>Encadrement intermédiaire</b>	
<b>Organisation de l'activité, du travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristiques des publics accueillis et des besoins (soins, accompagnement, relations sociales, etc.)</li> <li>- Evolution récente de l'activité et des moyens</li> <li>- Principales contraintes perçues sur l'organisation de l'activité et du service aux usagers</li> </ul>
<b>Pratiques managériales et de GRH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalités du management et champs de responsabilités</li> <li>- Définitions des missions, responsabilités, des AS, AMP, agents de service (les fonctions prescrites) =&gt; analyse des écarts éventuels perçus entre le discours de l'équipe de direction, et les encadrants intermédiaires</li> <li>- Missions relatives à la GRH : contribution au recrutement, à l'évaluation, à l'analyse des besoins et au développement des compétences, à la gestion des carrières des AS, AMP, agents de services</li> </ul>
<b>Analyse des métiers et activités professionnelles des AS, AMP, agents de service</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'une « journée - type » de chaque métier.</li> <li>- Analyse des activités exercées, par domaines : réalisation de soins ; participation à l'hygiène et au confort des personnes ; soutien à la vie sociale et relationnelle ; entretien des locaux et du matériel.</li> <li>- Facteurs déterminants du recours aux AS, AMP, agents de service : ex. troubles cognitifs =&gt; AMP ? Autres critères ?</li> <li>- Ecart perçus entre les fonctions prescrites, et la réalité de la mise en œuvre</li> <li>- Facteurs explicatifs de ces écarts, selon l'encadrant intermédiaire. Exemple : présence/absence d'animateurs et effets perceptibles sur la fonction d'AMP ; intégration dans des équipes mono ou pluridisciplinaires...</li> <li>- Modalités de coopération (horizontale, verticale)</li> <li>- Collaborations avec d'autres professionnels de l'établissement</li> </ul>
<b>Profil des AS, AMP, agents de service</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveaux de formation, qualifications</li> <li>- Regard sur les diplômes actuels (DEAS, DEAMP) et ceux d'autres certificateurs (nouveau bac ASSP en particulier)</li> <li>- Parcours et expérience</li> <li>- Autonomie, polyvalence</li> <li>- Evaluation de l'adéquation entre les profils des agents et les besoins liés à l'activité</li> </ul>
<b>Conditions de travail, et lien avec la qualité de service aux usagers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impacts des contraintes organisationnelles sur les professionnels (absentéisme, turn over, accidents du travail ou maladies, RPS...)</li> <li>- Impacts observés sur la prise en charge des usagers (soins, accompagnement social, hébergement...)</li> </ul>
<b>Pistes de réflexion et projets en cours pour améliorer l'organisation du travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En interne : évolution de l'organisation ; évolution des missions ; formes de coopération entre les professionnels ; développement de la polyvalence ou au contraire de la spécialisation ; etc.</li> <li>- En externe (partenariats réseaux de soins, hôpital, etc...)</li> </ul>

<b>Aides-soignants, Aides médico-psychologiques, agents de service</b>	
<b>Profil et parcours</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau de formation initiale générale</li> <li>- Diplômes du secteur sanitaire et social</li> <li>- Ancienneté dans la structure et dans la fonction</li> <li>- Parcours professionnel</li> </ul>
<b>Activités exercées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description d'une « journée - type » par le professionnel</li> <li>- Classement des activités professionnelles exercées par grands domaines (réalisation de soins ; participation à l'hygiène et au confort des personnes ; soutien à la vie sociale et relationnelle ; entretien des locaux et du matériel).</li> <li>- Analyse des écarts éventuels par rapport à la fonction prescrite : selon le professionnel, quelles activités réalisées en plus/en moins ?</li> </ul>
<b>Compétences mobilisées dans la fonction</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des compétences clés/savoir de base</li> <li>- Compétences techniques</li> <li>- Compétences relationnelles</li> </ul>
<b>Besoins perçus de développement de compétences et de formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au regard du périmètre réel des fonctions exercées</li> <li>- En fonction de l'évolution perçue des activités professionnelles et du métier, de l'organisation du travail et des moyens, de l'évolution des publics</li> <li>- Au regard des conditions de travail, de la pénibilité</li> </ul>
<b>Regard sur les autres professionnels (AS, AMP, agents de service)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Missions et prérogatives respectives, du point de vue du professionnel</li> <li>- Perception des proximités/différences dans les activités exercées sur le terrain, et dans les champs de responsabilité</li> <li>- Pratiques de coopérations</li> <li>- Pratiques éventuelles de délégations de tâches</li> <li>- Regard sur les obstacles ou difficultés, et les leviers au développement de coopérations nouvelles</li> </ul>
<b>Attentes exprimées pour améliorer l'organisation du travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En interne : évolution de l'organisation ; évolution des missions ; formes de coopération entre les professionnels ; développement de la polyvalence ou au contraire de la spécialisation ; etc.</li> <li>- En externe (partenariats réseaux de soins, hôpital, etc...)</li> </ul>

## 2.3 Le calendrier de réalisation

Le calendrier prévisionnel, validé lors du premier comité de pilotage du 12.02.2014, est le suivant :

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août- Septembre
Phase 1	R 7 janvier	L1 C : 2de quinzaine février ou début mars						
Phase 2						L2 C		
Phase 3								L3 C

R : réunion de lancement  
 C : comité de pilotage  
 L : livrables n° 1 (note de cadrage méthodologique), n°2 (rapport intermédiaire), n°3 (rapport final)

**Copil 2** : 1 juillet 2014

**Copil 3** : 30 septembre 2014