

**INITIER ET GARANTIR UN PROCESSUS D'AMÉLIORATION
CONTINUE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES
ÂGÉES EN EHPAD**

UN ATELIER ET CHANTIER D'INSERTION COMME LEVIER D'ACTION

Valérie BAZIN

2016

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement mes collègues de la promotion 20 pour leur solidarité, leur bonne humeur et leurs encouragements tout au long de cette formation. C'était aussi une aventure collective.

Je remercie également

tous les professionnels rencontrés au cours de cette formation qui m'ont transmis leur passion pour le métier de directrice et ont bien voulu partager avec moi leur expérience ;

les personnes accueillies, les usagers, que j'ai côtoyés pendant mes stages, qui ont répondu à mes questions et ont accepté ma présence parmi eux ;

M. Christian Peroz et Mme Agnès Ragot, pour leurs conseils ;

Christelle Mufti, pour son efficacité et sa grande disponibilité ;

Martine Brétéché pour ses encouragements, son aide, et les échanges riches que nous avons eus.

J'adresse enfin des remerciements tout particuliers à ma famille et mes amis, pour leur soutien et leur patience ; à Julie, pour ses relectures ;
et surtout à mon père.

Sommaire

Introduction	1
1 Assurer la qualité de vie des résidents en EHPAD : un défi perpétuel pour l'institution.....	3
1.1 EHPAD et qualité de vie	3
1.1.1 Missions et finalité d'un EHPAD : assurer la qualité de vie des résidents	3
1.1.2 Qu'est-ce que la qualité de vie ?	7
1.2 Les difficultés rencontrées pour maintenir la qualité de vie	11
1.2.1 L'évolution du public accueilli en EHPAD : la complexification des profils	11
1.2.2 Maintenir un encadrement adapté : une difficulté permanente en EHPAD.....	17
1.2.3 Travailler en EHPAD : des métiers difficiles.....	19
1.2.4 Des conséquences préjudiciables aux résidents	20
1.3 Assurer la qualité de vie des résidents en EHPAD : plusieurs enjeux pour les établissements de Seine-Saint-Denis	22
1.3.1 Enjeux démographiques.....	22
1.3.2 Enjeux d'équipement.....	23
1.3.3 Enjeux de formation et d'emploi	24
1.3.4 Maintenir un encadrement adapté en EHPAD : quelles solutions existent ?	25
2 Articuler l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD et l'insertion dans l'emploi : une voie envisageable.....	29
2.1 Les Bluets : un EHPAD en Seine-Saint-Denis	29
2.1.1 Des spécificités liées à son implantation territoriale.....	29
2.1.2 Le maintien de la qualité de vie : points faibles et forts de l'établissement.....	33
2.1.3 Les besoins en recrutements qualifiés : l'opportunité d'innover pour garantir la qualité de l'accompagnement.....	35
2.2 Un ACI au sein de l'EHPAD : utopie ou possibilité ?	40
2.2.1 Cadre législatif : définition, objectifs et financement	40
2.2.2 L'articulation entre l'EHPAD Les Bluets et l'activité IAE de l'association Charcot	44
2.2.3 Pour le cahier des charges, des expériences à transposer et adapter.....	47
2.2.4 L'organisation du tutorat.....	51

3 L'ACI : un dispositif pour contribuer à la qualité de l'accompagnement des résidents	55
3.1 Le projet	55
3.1.1 Des objectifs à plusieurs niveaux	55
3.1.2 Obtenir l'adhésion au projet	57
3.2 La mise en œuvre du projet	59
3.2.1 Un partenariat interne	59
3.2.2 Le comité de pilotage	60
3.2.3 Les partenaires de l'accompagnement et du suivi social	61
3.2.4 Les groupes de travail sur les contenus	61
3.2.5 Le suivi et l'évaluation des salariés-apprenants	62
3.2.6 Les points de vigilance de l'organisation du projet	63
3.3 Les principales étapes du projet.....	64
3.3.1 La préparation du cahier des charges	64
3.3.2 La validation et le financement de l'ACI	65
3.3.3 Les appels d'offres pour les formations et l'accompagnement social	68
3.3.4 Le recrutement des salariés de l'ACI.....	68
3.3.5 La sélection des tuteurs	70
3.3.6 Le bilan de la première session de l'ACI	70
3.4 Les outils à élaborer	71
3.5 Le plan de communication	73
3.6 Les indicateurs de suivi et d'évaluation.....	74
3.7 Le calendrier	76
Conclusion	79
Bibliographie.....	81
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ACI : Atelier et Chantier d'Insertion

AES : accompagnant éducatif et social

Aggir (grille) : Autonomie gérontologie-groupe iso-ressource

AI : association intermédiaire

AMP : aide médico-psychologique

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

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : aide-soignant

ASH : agent de services hôteliers

ASH : aide sociale à l'hébergement

ASV (loi dite) : loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

AVS : auxiliaire de vie sociale

CA : conseil d'administration

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CDD : contrat à durée déterminé

CDDI : contrat à durée déterminée d'insertion

CDIAE : conseil départemental de l'insertion par l'activité économique

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CIP : conseiller(ère) en insertion professionnelle

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Codir : comité de direction

Copil : comité de pilotage

CVS : conseil de la vie sociale

DEAES : diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social

DDEEES : Direction du développement économique, de l'emploi et de l'enseignement supérieur de Paris

DG : direction générale

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

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESSMS : Etablissements et services sociaux et médicosociaux

ETP : équivalent temps plein

FDI : fonds départemental d'insertion

FLES : Fonds Local Emploi Solidarité de Paris
Fnars : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale
GAD : Garde à domicile
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
Gecoh : Groupement des Etablissements médico-sociaux du Cœur d'Hérault
GIR : groupes iso-ressources
GMP : GIR moyen pondéré
GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
Greta : groupements d'établissements de l'éducation nationale qui organisent des formations pour adultes dans pratiquement tous les domaines professionnels.
GRH : gestion des ressources humaines
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST (loi dite) : loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IAE : Insertion par l'activité économique
IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat
IRP : instances représentatives du personnel
ISO : International organization for standardization
MBB : Centre social et culturel La Maison du Bas Belleville
OMS : Organisation mondiale de la santé
OPCA : organisme paritaire collecteur agréé
PDI : Programme départemental d'insertion
PLIE : Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Plan régional de santé
PSD : prestation spécifique dépendance
PTI : pacte territorial pour l'insertion
QPV : quartier prioritaire de la Politique de la ville
RH : ressources humaines
SIAE : structures d'insertion par l'activité économique
SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSR : service de soins de suite et de réadaptation
Uniopss : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
VAE : validation des acquis de l'expérience

Introduction

D'ici 2030, l'Insee¹ prévoit que l'Ile-de-France comptera 76 600 personnes âgées potentiellement dépendantes supplémentaires. 67 % d'entre elles auront 85 ans ou plus.

Le nombre d'entrées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) devrait donc continuer d'augmenter dans les prochaines années.

En outre, les EHPAD accueillent des personnes de plus en plus âgées, avec des niveaux de dépendance de plus en plus élevés et des profils pathologiques de plus en plus composites.

Pour faire face à cette évolution des besoins, et à la complexification des profils, les EHPAD doivent anticiper une hausse du nombre de personnels qualifiés auprès des résidents.

Derrière ces besoins, le maintien d'un accompagnement personnalisé de qualité devient un enjeu. Et au-delà, c'est la question de la qualité de vie des résidents qui est posée.

Or dans un contexte où, sous l'impulsion des politiques publiques et sous l'effet de la complexification des profils, la médicalisation des structures est de plus en plus importante, la place de la relation avec les résidents et la dimension humaine de l'accompagnement en EHPAD restent essentielles.

Il s'agit de trouver l'équilibre entre le soin, avec sa dimension médicale, et la capacité à prendre soin de la personne en garantissant la bientraitance. Deux conditions contigües favorisent la promotion de la bientraitance : d'une part, les postures professionnelles et le questionnement éthique ; d'autre part, une culture institutionnelle avec son organisation et ses moyens.

Ce pose aussi la question du sens de l'action pour les professionnels. Et pour ne pas perdre de vue le sens de l'action, il faut avoir les moyens suffisants et adaptés d'agir.

Or les directrices et directeurs d'EHPAD s'expriment de plus en plus ouvertement pour signaler les difficultés qu'ils rencontrent. Derrière leurs difficultés à recruter et à fidéliser du personnel qualifié, c'est aussi leur inquiétude pour les conséquences sur l'accompagnement des résidents qu'ils manifestent (cf. Lettre ouverte - Annexe 1).

Ces difficultés sont mises en évidence de manière plus alarmante par les personnels. Dans une pétition lancée en ligne le 7 juin 2016 (cf. Annexe 2), des personnels soignants en EHPAD du secteur privé associatif insistent sur la pénurie de soignants et le manque de qualification des remplaçants, « *non préparés aux habitudes des résidents* ».

¹ Insee Ile-de-France, Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Ile-de-France, à la page, n°377, décembre 2011

Pour eux, cela entraîne une augmentation de la pénibilité et de la fatigue au travail, un « *désinvestissement* » des personnels, tout cela au détriment de la qualité de l'accompagnement des résidents.

Comment alors faire face à l'évolution des besoins et de la dépendance pour garantir une prise en charge et un accompagnement adaptés des résidents en EHPAD ? Comment favoriser l'adaptabilité de cet accompagnement et sa continuité, dans le temps ?

En reconversion professionnelle, j'ai observé, au cours de mon parcours de formation, l'importance des difficultés rencontrées pour maintenir un encadrement adapté dans les EHPAD, et leurs conséquences. C'est notamment le cas dans l'EHPAD Les Bluets, appartenant à l'association Charcot², et situé en Seine-Saint-Denis.

Dans ce département, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus doublerait entre 2012 et 2040. Pour les Bluets, cela signifie une accentuation prévisible des difficultés déjà rencontrées : taux d'absentéisme élevé signant une forte usure professionnelle, difficultés de remplacement, difficultés à fidéliser les salariés récemment arrivés ; avec pour conséquences une certaine instabilité dans l'encadrement des résidents, préjudiciable à la continuité de leur accompagnement, et une prise en compte non satisfaisante des besoins des résidents et de la douleur.

En outre, la présence de plus en plus grande de résidents présentant des pathologies psychiatriques nécessite de repositionner l'accompagnement et les recrutements.

Ces questions s'inscrivent par ailleurs dans un contexte territorial particulièrement difficile pour l'insertion dans l'emploi, enjeu majeur des politiques départementales avec l'accompagnement des personnes âgées.

En tant que directrice de l'EHPAD Les Bluets, je commencerai par exposer les implications du vieillissement de la population pour l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD et leur qualité de vie.

A l'appui d'un diagnostic de la situation des Bluets, j'analyserai ensuite les différentes hypothèses permettant d'articuler l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et l'insertion dans l'emploi.

En effet, je pense que cette voie est porteuse de solutions innovantes pour initier et garantir un processus d'amélioration continue dans l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD.

Le projet d'ACI pré-qualifiant que je propose ira donc dans ce sens. J'en détaillerai le plan d'actions ainsi que les éléments sur lesquels je pourrai baser son évaluation.

² Pour des questions d'éthique et de déontologie, et à la demande de l'association, les noms des structures ont été modifiés.

1 Assurer la qualité de vie des résidents en EHPAD : un défi perpétuel pour l'institution

1.1 EHPAD et qualité de vie

1.1.1 Missions et finalité d'un EHPAD : assurer la qualité de vie des résidents

A) Le cadrage des missions

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)³, anciennement dénommés *maison de retraite*, sont des structures médicalisées ayant vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes, d'au moins 60 ans (sauf dérogation), qui ont besoin d'aide et de soins médicaux au quotidien. Le statut d'EHPAD a été introduit par la loi de 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD).

Les EHPAD sont soumis à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, codifiée dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Leurs missions, conditions d'autorisation, tarification, financement et gestion budgétaire et comptable sont définis par les dispositions relevant du régime commun aux différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux⁴ et des dispositions spécifiques.

En plus de l'aide et des soins médicaux, ils doivent proposer un socle de prestations minimales parmi lesquelles :

- l'accueil hôtelier (mise à disposition d'une chambre individuelle ou double, accès à une douche et des toilettes, chauffage, entretien et nettoyage, ...),
- la restauration (fourniture de trois repas, d'un goûter et d'une collation nocturne),
- le blanchissage (fourniture du linge de lit et de toilette),
- l'animation et la vie sociale (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement),
- l'administration générale (frais de rendez-vous, état des lieux, document de liaison avec la famille, contrat de séjour...).

Un projet personnalise la garantie des droits.

Les EHPAD relèvent d'un régime de double autorisation imposant la signature d'une convention tripartite, avec le conseil départemental et avec l'Agence Régionale de Santé

³ Sources : Service-Public.fr, *Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad)*, Vérifié le 01 juillet 2016 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). [visité le 02.08.2016], disponible sur internet : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

CAMBERLEIN P., 2011, *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, 3^e édition, Paris : DUNOD, p.293 à 296

⁴ Art. L. 311-3 et s., Art. L. 312-1 et s., Art. L. 313-1 et s., Art. L. 314-1 et s., Art. R. 311-1 et s., Art. D. 312-8 et s., Art. R. 313-1 et s., Art. R. 314-1 et s. – CASF

(ARS). Cette convention doit être renouvelée tous les 5 ans et précise les conditions de fonctionnement de l'établissement tant sur le plan financier que sur celui de la qualité de la prise en charge des personnes hébergées et des soins qui leur sont prodigués.

B) Le financement

Le financement (art. L.313-2 – CASF) est constitué de 3 tarifs (art. L.314-2, L.314-9 et R. 314-158 et s. – CASF et art. R. 174-9 et s. - Code de la sécurité sociale) :

- **Un tarif hébergement** (gîte et couvert), déterminé annuellement par le préfet selon le niveau de prestations de l'EHPAD ; ce tarif est payé par le résident, mais peut être parfois pris en charge par l'aide sociale du département (aide sociale à l'hébergement - ASH).
- **Un forfait global dépendance**, gradué en fonction du niveau de dépendance d'ensemble des résidents. Il est financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Son montant est arrêté par le président du Conseil départemental. Chaque résident doit s'acquitter de ce tarif. Pour les plus dépendants, le montant peut être pris en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA, qui a succédé à la PSD).
- **Un forfait global soins**, financé par l'Assurance maladie en proportion du niveau de besoins en soins d'ensemble des résidents. Ces derniers n'ont aucune contribution financière à y apporter.

Cet accompagnement global implique le travail d'équipes pluridisciplinaires. Le financement des postes concernés est réparti en fonction de chaque section tarifaire.

Le tarif soins couvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents, les prestations paramédicales correspondant à leur dépendance. Il finance donc :

- à hauteur de 100 % les postes d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), de médecin coordonateur et de paramédicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) ;
- à hauteur de 70 % les postes d'aides-soignants (AS) et d'aides médico-psychologiques (AMP).

Le tarif dépendance intègre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liées aux soins ; par exemple, l'aide à l'habillage, à la toilette ou aux repas, les produits pour l'incontinence. Il finance donc :

- à hauteur de 100 % le poste de psychologue ;
- à hauteur de 30 % les postes d'AS, d'AMP, d'auxiliaires de vie sociale (AVS) et d'agents de services hôteliers (ASH).

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchisserie et d'animation de la vie sociale qui ne sont pas liées à la dépendance du résident. Il finance donc :

- à hauteur de 100 % les postes de direction, d'administration générale, d'accueil, des services généraux, de cuisine et aussi d'animation ;
- à hauteur de 70 % les postes d'AVS et d'ASH.

La pluridisciplinarité des équipes renforce la nécessité d'une bonne coordination et d'une pleine collaboration entre les professionnels. C'est tout particulièrement le cas des personnels qui sont le plus en proximité des résidents : les AS, AMP, AVS et ASH (cf. fiches métiers en annexe 3). De plus, le cadrage de leurs activités respectives est renforcé par le cadrage tarifaire du financement de leurs postes qui détermine finalement la répartition de leur charge de travail. Par exemple, un poste d'AS ne peut être financé sur le budget hébergement. Dit autrement, un(e) AVS ne peut remplacer un(e) AS. En théorie du moins.

C) Le cahier des charges

La convention tripartite impose aussi à l'établissement le respect d'un cahier des charges strict fixé par l'Arrêté du 26 avril 1999⁵. Ce cahier des charges doit permettre la garantie de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes afin de leur assurer « *les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins* ». Cet arrêté se définit d'ailleurs comme une série de recommandations qui s'organisent de fait comme un référentiel-qualité.

Il appelle donc une nécessaire évaluation que chaque établissement peut mener par lui-même à l'appui de l'outil ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Évaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Établissements).

Cette auto-évaluation est une base utile aux évaluations interne et externe, rendues obligatoires par la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 15 mai 2007⁶, pour contrôler et évaluer les activités et la qualité des prestations sociales et médico-sociales fournies par l'établissement. L'instruction du 31 décembre 2013⁷ rappelle que ce dispositif d'évaluation est fondé sur la recherche dynamique de l'amélioration continue de la qualité dans les établissements et services sociaux et médicosociaux (ESSMS).

⁵ 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 n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (arrêté modifié le 22 septembre 2004).

⁶ Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

⁷ Instruction du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux.

Cette attention portée à la qualité découle d'un changement culturel fondamental dans le secteur social et médico-social : la place centrale de l'utilisateur, mis au cœur des dispositifs, comme acteur et non plus comme objet des actions. Ce changement de perspective impose aux établissements et à leurs équipes de garantir un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins de la personne.

Or, les professionnels sont confrontés au quotidien à de nombreuses difficultés et limites dans la mise en application du cahier des charges imposé. La nature de leurs métiers et les contraintes d'organisation ne facilitent pas l'écoute active et la prise de distance, et empêchent souvent les professionnels d'avoir une connaissance précise des problématiques des résidents qu'ils accompagnent. Leur mission leur demande une adaptation constante et fait appel à une nécessaire réflexion éthique. Mais ont-ils toujours les moyens de le faire ?

D) Des lieux de vie

Les politiques publiques reconnaissent le rôle central des EHPAD et de leurs équipes dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) les présente comme des « *Acteurs essentiels de l'offre de soins et d'accompagnement sur les territoires, [qui] constituent une réponse alliant hébergement, aide à l'autonomie et à la santé et soutien à une vie sociale la plus riche possible* ». En soulignant la diversité de leurs missions et donc leur complexité, la loi ASV souligne aussi que « *Les maisons de retraite médicalisées doivent mieux intégrer le projet de soins dans le projet de vie de la personne, pour un accompagnement plus global qui préserve la singularité du parcours de vie tout en relevant les défis de la médicalisation* ».

En mettant l'accent sur la vie sociale et le parcours de vie des résidents, la loi met en évidence que les EHPAD sont des lieux de vie et non des antichambres de l'hôpital.

En cela, elle rejoint l'Anesm⁸ (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), qui note que les EHPAD « *ont pour finalité d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner des personnes âgées dépendantes* ». Chacun « *constitue un lieu de vie dont la finalité est la qualité de vie de chaque résident tout au long du séjour* ».

Cela a son importance pour le recrutement des personnels nécessaires et pour leurs pratiques. Si le soin est primordial, le prendre soin et les relations tissées avec les résidents doivent faire partie intégrante des actions menées par les personnels en EHPAD. Cela montre aussi la grande complexité de ces métiers et du travail à accomplir.

⁸ Anesm, septembre 2011, *Qualité de vie en Ehpads (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, pp.4-6

Pour répondre à cette finalité et organiser les pratiques en conséquence, il est essentiel de comprendre ce que l'on entend par qualité de vie.

1.1.2 Qu'est-ce que la qualité de vie ?

L'organisation mondiale de la santé (OMS, 1993) définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* »⁹.

La qualité de vie renvoie à de multiples dimensions, tant objectives que subjectives :

- l'état de santé physique de la personne, ses capacités fonctionnelles ;
- ses sensations somatiques ;
- son état de santé psychologique ;
- son statut social, son environnement relationnel.

Elle a pour point central « *la satisfaction globale de la personne vis - à - vis du sens général qu'elle donne au bien - être* » (OMS).

Il s'agit donc d'un concept complexe, dans lequel s'entremêlent des critères d'appréciation objectifs et des interprétations subjectives. Par exemple, deux personnes atteintes d'une même pathologie au même stade d'évolution ne le vivront pas de la même manière : ce monsieur atteint d'insuffisance respiratoire et contraint d'être relié constamment à sa bouteille d'oxygène n'hésite pas à aller se promener dans le jardin de l'établissement dès que le temps le permet ; alors que cette dame, dans la même situation, s'empêche de participer à certaines activités de peur d'une dégradation de son état. Ce monsieur considère qu'il préserve ainsi une part de sa qualité de vie en continuant de sortir (ce que lui permet sa bouteille d'oxygène) ; alors que cette dame voit plutôt sa qualité de vie détériorée, contrainte de rester le plus souvent inactive et dans sa chambre.

Si l'appréciation de la qualité de vie dépend ainsi des normes et valeurs de chacun, elle renvoie aussi à « ***une situation à un moment donné, susceptible d'évoluer et de se modifier*** ». Cela ajoute à la complexité du concept et à la manière de le prendre en compte dans l'accompagnement.

Facteur de complexité supplémentaire, la qualité de vie en EHPAD s'inscrit dans un cadre particulier.

C'est d'abord un « *cadre de vie contraint* » qui a été le plus souvent imposé à la personne ou auquel elle s'est résignée, faute d'alternative.

⁹ Anesm, mars 2010, *Qualité de vie en Ehpads – Eléments de cadrage*

C'est aussi presque toujours le dernier lieu de vie. Et il est perçu comme tel par les résidents, parfois de façon très négative : « *On est ici, on attend de mourir* » m'a dit un jour l'un d'eux, sans détour.

Enfin, les personnes accueillies présentent des profils très diversifiés et ont donc des attentes, des besoins et une manière de vivre leur séjour en EHPAD très différents. Elles vont plus ou moins, voire jamais, s'approprier leur nouveau lieu de vie.

Au contraire, certains professionnels que j'ai rencontrés considèrent, avec conviction, que l'EHPAD est « *la maison* » des résidents.

D'ailleurs, du point de vue de l'institution et des professionnels, comment aborder la qualité de vie des résidents ?

L'International organization for standardization (ISO) définit la qualité « *comme l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites* ». Dans notre secteur, la satisfaction des besoins passe par **l'adaptation des pratiques**. La loi 2 janvier 2002 pose d'ailleurs comme un des droits fondamentaux de l'utilisateur « *une prise en charge et un **accompagnement individualisé de qualité** [...], adaptés à son âge et à ses besoins* ». Cela induit aussi le droit des personnes à la **continuité de la prise en charge**, dont témoigne la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (dite HPST) qui affirme l'« *amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* ».

Plus spécifiquement, la loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), du 20 juillet 2001, pose que cette APA doit permettre « *une prise en charge adaptée [aux] besoins* » des personnes concernées. Aussi, la Charte européenne « des droits et des responsabilités des personnes âgées ayant besoin d'assistance et de soins de longue durée », de juin 2010, souligne le droit à la sécurité, qui doit notamment se traduire dans la **préservation du bien-être psychologique**, et le **droit à des soins de qualité et adaptés aux besoins**.

Garantir et améliorer la qualité de vie des résidents en EHPAD passe donc par la garantie et l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Cela doit se traduire dans le bien-être psychologique et physique des résidents ; la préservation de leur état de santé, d'une autonomie aussi importante que possible ; le respect de leurs droits fondamentaux, s'agissant notamment de leur participation à leur projet personnalisé et la prise en compte de leurs souhaits.

Qu'est-ce qui garantit, au sein de l'institution, la prise en compte de toutes ces dimensions pour atteindre et maintenir la qualité de vie des résidents ?

Le cahier des charges fixé pour les EHPAD par l'arrêté du 26 avril 1999 dresse une liste de recommandations relatives à la qualité de vie des résidents. Elles concernent :

- le maintien de leurs liens familiaux, affectifs et sociaux ; la création de nouvelles relations sociales ;
- le maintien des repères sur lesquels se fonde leur identité (nom, prise en compte de l'histoire individuelle, mobilier personnel, assistance au culte possible...);
- la mise à disposition et la préservation d'un espace de vie privatif, équipé d'éléments techniques (téléphone, télévision...), sans contrainte horaire ;
- les aides (directes ou incitatives) pour les activités de la vie quotidienne ;
- la favorisation de l'accès à certaines prestations extérieures (coiffure, ...).

Concrètement, cela se traduit dans les différents volets de l'accompagnement. A l'appui des travaux de l'Anesm sur la qualité de vie en EHPAD, je les schématise en 10 dimensions : l'accueil, la préservation de la santé, l'aménagement et l'organisation du cadre, l'organisation de la vie quotidienne, l'animation et la vie sociale, l'exercice de la citoyenneté, l'ouverture de l'établissement à et sur l'extérieur, les relations avec les familles, l'accompagnement de la fin de vie, les ressources humaines (RH).

Schéma : Les différentes dimensions de l'accompagnement pour garantir et améliorer la qualité de vie



Parmi les caractéristiques du vieillissement¹⁰, les difficultés d'adaptation à un nouvel environnement s'expriment particulièrement lors de l'entrée en institution des personnes, où elles doivent se conformer à de nouveaux rythmes et de nouveaux rites. La perte de repères spatio-temporels et le passage d'une vie individuelle au collectif s'ajoutent au vieillissement du corps, à la diminution des capacités physiques et à la dégradation des capacités cognitives. Tous ces facteurs entraînent chez elles un « vécu d'insécurité » et donc un besoin de stabilité et de sécurité.

Pour y répondre, les différentes dimensions de l'accompagnement sont en interaction.

A l'appui du projet personnalisé, outil fondamental de l'accompagnement, elles doivent toutes contribuer à l'instauration d'une atmosphère rassurante pour que les résidents aient un sentiment de sécurité.

De plus, la capacité à construire de la continuité dans les actions menées auprès des personnes âgées accompagnées est nécessaire pour maintenir un environnement stable et sécurisant. Cela implique un travail sur la transmission d'informations, le partage d'expériences et de compétences, la construction de liens avec le résident comme entre les différents métiers et équipes, et aussi la création des conditions favorisant la stabilité des équipes autour du résident, comme le recommande l'Anesm¹¹.

Une question doit en permanence guider les actions : comment permettre au résident, quelle que soit sa situation, d'être partie prenante et acteur de son accompagnement ?

Cette question, je dois, en tant que directrice, en garantir la prise en compte. Et c'est avec les équipes qu'il faut la traiter, en particulier les professionnels de l'accompagnement de proximité.

La dimension RH, transverse à toutes les autres, est le moteur indispensable du fonctionnement de l'institution. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) permet de mettre en adéquation les compétences avec l'évolution des besoins des usagers. Au-delà de cette considération fonctionnelle, c'est la dimension humaine de l'accompagnement que je souhaite souligner et mettre en avant. J'entends par là sa dimension sociale et relationnelle, les interactions, la relation créée entre professionnels et résidents au-delà de la prise en charge fonctionnelle. A mon sens, elle doit être au cœur des pratiques et ne jamais être perdue de vue.

¹⁰ DUPRÉ Agnès, Mal Agir Le savoir et Trouver une Raison. Âgés, ils sont, en Institution, ils vivent. Tous sont uniques. Avons-nous compris ? Nous, soignants, nous croyons les connaître, Est-ce suffisant ?, Travail de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'État Infirmier, I.F.S.I. Blois, Promotion 2000/2003, p.26-32

¹¹ Anesm, mars 2014, *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, p. 18

La qualité de vie des personnes âgées dépendantes vivant en EHPAD dépend donc d'un large éventail de facteurs. En tant que directrice, je suis responsable de la bonne réalisation et coordination des actions et pratiques qui doivent permettre sa garantie et son amélioration. Cela appelle la garantie d'un accompagnement de qualité, évoluant avec les besoins des résidents.

Cette complexité rend l'atteinte et le maintien de la qualité de vie un véritable défi.

1.2 Les difficultés rencontrées pour maintenir la qualité de vie

Accompagnement social¹²

Dans le Petit Robert, « accompagner » est défini comme « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui* ».

Le Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS) définit l'accompagnement comme une relation contractuelle entre des individus en situation sociale difficile et des agents de l'action sociale pour atteindre des objectifs fixés en commun. Il suppose un engagement réciproque et donc la nécessité d'une démarche volontaire de la part de l'accompagné. Cela fait appel aussi à sa capacité à développer ses ressources propres, à décider, à choisir.

L'accompagnement est donc un processus qui permet de conquérir ou reconquérir sa place dans la société.

Pour Maela Paul¹³, l'accompagnement est un processus dynamisant trois logiques :

- une logique relationnelle établie entre deux personnes d'inégales puissances ;
- une logique de déplacement par rapport à soi et aux autres ;
- une logique de synchronicité entre éléments distincts. La pratique de l'accompagnement exige des relations de proximité où l'échange s'effectue dans une sphère affective.

Si la qualité de vie des résidents est liée à plusieurs dimensions de l'accompagnement, c'est la dimension humaine, et donc portée par les professionnels, que j'ai souhaité cibler dans mon travail.

1.2.1 L'évolution du public accueilli en EHPAD : la complexification des profils

Fin 2011, en France, 573 600 personnes résidaient en EHPAD, soit 16 % de plus qu'en 2007¹⁴. Cette hausse et la place dominante des EHPAD dans l'hébergement institutionnel

¹² Cf. Article « accompagnement social » par Jean-Yves Barreyre et Brigitte Bouquet in BARREYRE Jean-Yves et BOUQUET Brigitte, Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, Paris, Bayard, 2006

¹³ PAUL Maela, L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique, Paris, L'Harmattan, 2004

des personnes âgées (83 % des personnes âgées hébergées en 2011) vont de pair avec la croissance du niveau de dépendance des personnes qu'ils hébergent.

Cet accroissement de la médicalisation des structures accueillant des personnes âgées est favorisé par les politiques publiques. Notamment, la loi ASV réforme le financement des EHPAD (article 40 bis) et permet d'en soutenir la médicalisation, en cohérence avec l'évolution des profils (cf. *Volet 3 « Accompagner la perte d'autonomie » - Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain*).

A) Des personnes plus âgées et plus dépendantes

En 2015, « l'âge moyen des résidents en EHPAD était de 85,98 ans (après 85,7 ans en 2013)¹⁵. Cette hausse s'explique notamment par une entrée en EHPAD de plus en plus tardive (âge moyen à l'entrée : 84 ans et 9 mois en 2011¹⁶), qui traduit une démarche repoussée autant que possible par les personnes et leur famille. Cette tendance de long terme risque de s'accroître avec le développement des dispositifs d'aide et de soins à domicile. Elle répond en effet aux souhaits des personnes de rester le plus longtemps possible à leur domicile. Elle est en outre largement favorisée par les politiques publiques qui mettent en avant cette « *préférence des âgés et des familles* ».

Ainsi, l'un des trois grands enjeux de la loi ASV est de « *Simplifier la vie des personnes âgées et de leur famille et améliorer leur accompagnement à domicile* ». Pour ce faire, un Acte II de l'APA à domicile est mis en œuvre « *pour renforcer les possibilités d'aide et en diminuer le coût pour les familles* ».

Le plus souvent, quand une personne arrive en EHPAD, c'est que son maintien à domicile n'est plus possible dans de bonnes conditions. Et cela va généralement avec un niveau élevé de dépendance.

Mais qu'entend-on exactement par « dépendance » ? Comment la mesure-t-on ?

Le niveau de dépendance est mesuré à l'appui de la grille Aggir (Autonomie gérontologie-groupe iso-ressources). Elle permet de classer les personnes dans des groupes iso-ressources (GIR) en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Les données sont recueillies par une équipe médico-sociale et sont pondérées selon différentes variables (par exemple : la cohérence, l'orientation, la toilette, la communication). À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels

¹⁴ Source : Drees, *693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, coll. Etudes et Résultats, n° 899, décembre 2014.

¹⁵ LAGA L., juillet 2016, « Le point sur la médicalisation des EHPAD », *actualités sociales hebdomadaires*, n°2969, p.8. D'après le bilan 2015 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur la tarification et de la médication des EHPAD.

¹⁶ Source : Drees, *693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, coll. Etudes et Résultats, n° 899, décembre 2014.

de la vie quotidienne. Au nombre de 6, ils vont du GIR 6 (personnes autonomes) au GIR 1 (personnes les plus dépendantes).

En 2015, on observe dans les EHPAD une « *part prépondérante des résidents les moins autonomes, avec 68 % des résidents classés en GIR 1 et 2. [...] Ainsi, entre 2013 et 2015, le GIR Moyen Pondéré¹⁷ (GMP) est passé de 693 à 723* »¹⁸.

Le niveau de dépendance mesuré objectivement sur des critères de perte d'autonomie permet d'illustrer l'augmentation du niveau de difficulté et de la charge de travail des équipes d'AS, AMP, AVS et ASH, les plus en proximité des résidents.

Néanmoins, peut-on réduire la définition de la dépendance à la mesure de la perte d'autonomie sur la base de critères d'incapacité ?

La dépendance¹⁹ est l'« *État de quelqu'un qui est soumis à l'autorité d'autrui ; sujétion, subordination* » ou « *État, situation de quelqu'un, qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre* ». Est autonome celui « *qui est capable d'agir sans avoir recours à autrui* ».

Ce besoin de recourir à un tiers est également mis en avant dans la définition donnée dans le Nouveau dictionnaire critique d'action sociale²⁰ : « *situation d'une personne qui dépend d'autrui* » et qui nécessite « *l'aide d'un tiers* ».

Pour répondre aux besoins fondamentaux tels qu'ils sont définis par Virginia Henderson²¹, l'aide d'un ou plusieurs tiers devient donc nécessaire, et d'une manière de plus en plus soutenue au fur et à mesure que la dépendance grandit et prend un aspect multiple. Dans les EHPAD, les tiers sont les professionnels qui accompagnent les résidents au quotidien. Leur mission est de répondre et de s'adapter aux besoins des personnes.

Le modèle d'Henderson permet de distinguer différentes composantes d'un besoin :

- Composante environnementale
- Composante psychologique
- Composante physique et physiologique
- Composante sociale et culturelle

Il inclut la notion de satisfaction du besoin, c'est-à-dire la capacité et la motivation de combler une perte, de maintenir ou d'améliorer un état.

¹⁷ À chaque GIR est attribué un nombre de points : GIR 1 : 1 000, GIR 2 : 840, GIR 3 : 660, GIR 4 : 420, GIR 5 : 250, GIR 6 : 70. Le GIR moyen pondéré (GMP) d'un établissement est égal à la somme des points GIR de ses résidents rapportée au nombre total de ses résidents.

¹⁸ LAGA L., juillet 2016, « Le point sur la médicalisation des EHPAD », *ASH*, n°2969, p.8

¹⁹ Dictionnaire Larousse.

²⁰ BARREYRE J.-Y. et BOUQUET B. (sous la direction de), *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, mise à jour 2006, Paris, Éditions Bayard- Travail social, 640 pages

²¹ Virginia Henderson (1897-1996). Infirmière, enseignante et chercheuse américaine. Elle a élaboré le modèle des quatorze besoins fondamentaux.

Les habitudes, l'entourage, l'environnement, les besoins en relation sont des facteurs de satisfaction transverses à plusieurs besoins. L'accompagnement doit donc prendre en compte toutes ces dimensions.

On ne peut donc réduire la perte d'autonomie à un problème exclusivement fonctionnel et donc, déshumanisant. L'Observatoire de la famille du Calvados²² s'appuie sur la définition suivante de l'autonomie : « *Le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet* »²³. Il souligne que « *Dans cette perspective, la perte d'autonomie correspondrait plus exactement à la situation dans laquelle les personnes âgées se retrouvent lorsque les troubles physiques et/ou mentaux provoquent de facto une situation de privation de liberté* ». La détresse morale et les souffrances psychiques que vivent alors les personnes concernées doivent en être considérées comme « *les premiers symptômes* ». Ainsi « *[...] ce qui se perd, ce n'est pas simplement une capacité physique ou mentale à effectuer certaines tâches de la vie quotidienne, c'est aussi et surtout la liberté que procure la capacité à y parvenir sans l'assistance d'un tiers* ».

Pour l'Observatoire, cette situation se traduit par « *un sentiment de honte et d'humiliation* », accentué par l'augmentation de la dépendance.

La dépendance revêt donc un visage multiple, qui dépasse les seules incapacités physiques. Et une dépendance grandissante entraîne forcément des altérations qui touchent l'individu dans ce qu'il est, fondamentalement, avec des incidences sur son moral et sa santé psychique.

Cela demande une attention portée à la personne comme sujet à part entière, au-delà d'un objet de soin. Cela signifie donc prendre le temps avec la personne, pour instaurer un lien de confiance et rassurant.

Dans un contexte global de dépendance grandissante des personnes accueillies en EHPAD, cela interroge la prise en compte dans les pratiques de toutes ces dimensions.

B) Des profils pathologiques plus complexes

Pour répondre de manière adaptée à leur mission de soins médicaux, les EHPAD doivent mesurer les besoins en soins de leurs résidents.

Cette mesure s'effectue à l'appui du référentiel Pathos, qui permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge des pathologies des personnes âgées en établissement ou à domicile.

²² UDAF Calvados – Observatoire départemental de la famille, « *Aide familiale et personne en perte d'autonomie* » dans le Calvados – *Éléments de réflexion et résultats*, décembre 2007

²³ Dictionnaire Le Robert.

En lien logique avec l'augmentation de la part de résidents très dépendants et celle de l'âge moyen des résidents, le Pathos moyen pondéré (PMP) en EHPAD est passé de 198 à 208 entre 2013 et 2015²⁴.

Ce constat doit être rapproché du fait que l'accroissement de la longévité s'accompagne de la multiplication et de l'aggravation des pathologies propres aux personnes âgées. On parle d'ailleurs de poly-pathologies.

Comme le note la Haute Autorité de Santé (HAS)²⁵, la prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente.

Pour l'HAS, la poly-pathologie se définit par le cumul d'au moins 3 maladies chroniques. 3,6 % des personnes âgées de 75 ans et plus en présentent au moins 3 ; 0,8 % au moins 4. De plus, la poly-pathologie chez les personnes âgées peut être associée à :

- une vulnérabilité sociale et psychique accrue ;
- une perte d'autonomie, une altération de la qualité de vie, une dépression, une déficience sensorielle.

Les résidents des EHPAD sont particulièrement concernés²⁶. Ils cumulent en moyenne 6 des pathologies étudiées. Ce nombre augmente avec l'âge et avec le degré de dépendance des résidents (7 en moyenne pour les GIR1 et 2).

Par exemple, 87 % d'entre eux souffrent d'au moins une maladie neurologique ou psychiatrique. 70 % des personnes atteintes du syndrome démentiel (dont la maladie d'Alzheimer) sont évaluées en GIR 1 ou 2, donc très dépendantes. En outre, 76 % des résidents sont concernés par des affections cardiovasculaires.

L'HAS souligne par ailleurs qu'aux risques liés à la poly-pathologie, s'ajoutent ceux liés à la poly-médication (en moyenne 8 à 10 médicaments).

Le nombre moyen journalier de médicaments prescrits aux personnes âgées en institution est évalué à 6,5. 49 % en consomment de 5 à 8, 24 % 9 ou plus.

C) Complexification des profils et qualité de vie

Il est impossible de dresser un idéal-type de la qualité de vie. Toute la question réside dans l'individualité de chacun. La conception que la personne a de la qualité de vie va évoluer avec son âge et l'accroissement de sa dépendance. Ces repères sont alors

²⁴ LAGA L., juillet 2016, « Le point sur la médicalisation des EHPAD », *ASH*, n°2969, p.8

²⁵ Points clés – Organisation des parcours, Fiche « Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires », date de validation avril 2015, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

²⁶ Drees, 2011, *Les personnes âgées en institution*, Dossiers solidarité & santé, n°22. Les données indiquées sont issues d'une enquête menée en 2007.

modifiés et ainsi son échelle de référence. Par exemple, ne pas ressentir de douleur peut suffire à une personne pour avoir une perception plus positive de sa situation.

On peut néanmoins trouver certains indicateurs quantifiables de la « bonne » qualité de vie :

- l'absence d'escarres (attention portée au résident et à son confort) ;
- l'absence de plaintes ou de signalement de dysfonctionnement de la part des familles (elles trouvent que leur parent est « bien ») ;
- l'absence d'odeur d'urine (attention portée à l'hygiène des résidents et à ce qu'ils soient changés si besoin, respect de leur dignité ; attention portée à leur environnement et à sa propreté) ;
- la diminution de la prise de médicaments à la demande (antalgiques) ou de « si besoin » (insomnie, angoisse, agitation, refus...).

D'autres indicateurs sont davantage qualitatifs : des résidents expressifs ; qui se réapproprient leur corps, leur autonomie, ont moins peur, ont des envies.

Par exemple, ces résidents partis en voyage qui, à la faveur de ce séjour, abandonnent leur canne ou déambulateur pour se déplacer, et qui conservent cette dynamique quelques semaines une fois rentrés et demandent à repartir.

Ces indicateurs sont autant de repères pour le personnel et la réalisation de son travail au quotidien. Ce sont aussi des repères sur lesquels m'appuyer dans le cadre de ma fonction pour garantir la qualité de vie des résidents.

Pour assurer la qualité de vie des résidents, quel que soit leur profil, travailler sur le recueil des besoins et les moyens adaptés pour le réaliser est un préalable nécessaire. C'est permettre l'expression du libre choix de la personne, par tous les moyens adaptés, et y prêter attention : une personne qui ne parle pas peut néanmoins s'exprimer.

Un environnement stimulant est primordial, et particulièrement l'environnement social. C'est par exemple monter des animations dans les étages, auprès des personnes les moins autonomes. C'est aussi assurer une présence régulière dans la chambre d'une personne en fin de vie, lui masser les mains, veiller à sa position pour éviter les escarres. C'est aussi prendre en compte l'aspect générationnel et culturel et répondre au souhait des résidents d'avoir une nappe en tissu plutôt que des sets de table pour les repas.

Garantir la qualité de vie des résidents est la finalité d'un EHPAD, lieu de vie. Pour ce faire, assurer la qualité de l'accompagnement est une obligation de la direction. C'est aussi un défi dans un contexte d'une complexification des profils toujours plus grande et d'exigences de qualité toujours plus fortes de la part des usagers, de leurs familles et des tutelles. C'est donc un accompagnement plus complexe que doivent mener au quotidien les professionnels en EHPAD.

1.2.2 Maintenir un encadrement adapté : une difficulté permanente en EHPAD

Pour suivre la hausse du niveau de dépendance des résidents, le taux d'encadrement (nombre d'emplois en équivalent temps plein par rapport au nombre de résidents) dans les EHPAD privés non lucratifs est passé de 53 % en 2007 à 56 % en 2011²⁷.

C'est en effet sur la base des coupes Aggir et Pathos²⁸ que les moyens en ressources humaines sont négociés avec les financeurs. Or ces coupes n'ont lieu que deux fois au cours des 5 années que dure la convention tripartite, dont une au moment du renouvellement. Par conséquent, il peut y avoir un décalage entre les besoins des résidents, qui évoluent vite, et les moyens dont dispose l'établissement. C'est par exemple le cas s'agissant de la prise en charge des pathologies neuropsychiatriques.

Pour contribuer à la continuité de l'accompagnement et à l'instauration d'un lien de confiance entre résidents et professionnels, l'Anesm²⁹ recommande la création des conditions favorisant la stabilité des équipes autour du résident. Or j'ai constaté que les EHPAD rencontraient d'importantes difficultés à maintenir au quotidien un ratio d'encadrement conforme aux besoins des résidents. C'est tout particulièrement le cas sur les postes d'AS, d'AMP, d'AVS et d'ASH. L'absentéisme, défini comme les absences non prévisibles, y représente en moyenne plus de 30 jours par salarié et par an, soit le double de ce qui est observé dans les entreprises du secteur privé³⁰.

A cela s'ajoutent d'autres difficultés : comment trouver des remplaçants immédiatement disponibles, pour un temps souvent court, avec les qualifications suffisantes ? De plus, ces remplaçants ne connaissent pas forcément l'établissement, ses résidents, leurs spécificités. Il faut pouvoir s'intégrer et être intégré rapidement à une équipe. L'urgence de la situation ne permet pas de réaliser une prise de poste en prenant un temps d'explication sur tous ces points. Il faut aller à l'essentiel.

Dans certains établissements, lors de périodes en sous-effectif (notamment l'été), le « mode essentiel » est d'ailleurs instauré : seules les tâches définies comme essentielles sont effectuées par le personnel présent. Cela concerne par exemple l'hygiène intime des résidents, pour la plupart concernés par l'incontinence.

²⁷ Source : Drees, *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, coll. Études et Résultats, n° 877, février 2014.

²⁸ Évaluations, au sein d'un établissement, du degré d'autonomie et des besoins en soins des résidents.

²⁹ Anesm, mars 2014, *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, p. 18

³⁰ Source : 7^{ème} baromètre de l'absentéisme réalisé en 2015 par Alma Consulting Group

Ces périodes sont symptomatiques d'une difficulté plus globale : celle de recruter en EHPAD. Selon les périodes et les zones géographiques, elles ne concernent pas les mêmes profils. Si les postes d'IDE sont souvent concernés, les postes d'accompagnement de proximité ne sont pas en reste, particulièrement les AS et AMP. Cela se traduit dans les délais de recrutement. Par exemple, dans cet EHPAD, trouver un(e) ASH met de 1 à 2 semaines ; un(e) AVS, de 2 à 3 mois ; un(e) IDE de 1 à 6 mois ; un(e) AS ou AMP de 3 à 6 mois.

Trouver la personne, avec les bonnes qualifications, est une chose. Qu'elle soit vraiment motivée pour ce travail en est une autre. Sur certains territoires très touchés par le chômage, l'EHPAD est, avec l'hôpital et les autres services publics, l'un des rares employeurs. Pour des personnes peu qualifiées, les postes d'ASH qu'il peut proposer sont souvent le seul débouché possible. Il n'est alors pas question de vocation mais seulement d'avoir un travail.

Aux difficultés à recruter peuvent se greffer des difficultés à fidéliser les personnels, particulièrement les plus qualifiés et compétents. C'est particulièrement le cas en région parisienne, où les établissements sont nombreux, offrant tout autant de possibilités d'emploi et de mobilité. Les salariés des EHPAD franciliens sont habitués aux longs trajets pour aller travailler et hésitent d'autant moins à changer d'établissement. Si avoir un *turn over*³¹ minimal est nécessaire au renouvellement des équipes et des compétences, de nombreux établissements présentent un *turn over* trop élevé qui empêche la stabilité des équipes.

Cela pose plus globalement la question de l'attractivité des EHPAD et des métiers du secteur qui souffrent encore d'une image détériorée. Les EHPAD sont perçus comme des « mouiroirs ». Les métiers du grand âge sont peu valorisés. Ils sont souvent reconnus comme utiles et les personnes qui les exercent suscitent généralement un certain respect voire admiration : « *C'est formidable ce que tu fais. Quel courage ! Je n'en serais pas capable* ». Néanmoins, les grilles de salaire sont moins favorables qu'à l'hôpital, notamment pour les IDE et AS. Le travail en EHPAD y est aussi moins technique, ce qui fait craindre une perte de compétences. Les autres métiers (AMP, AVS, ASH) sont peu connus et réduits à des activités d'assistantat ou subalternes. Nettoyer des chambres ou changer des personnes âgées incontinentes peuvent être vus comme des travaux dégradants.

³¹ Intensité des mouvements d'entrée et de sortie d'un établissement.

1.2.3 Travailler en EHPAD : des métiers difficiles

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en EHPAD est permanente, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Hors les équipes administratives et des services généraux, le planning de chaque professionnel inclut du travail le week-end, les jours fériés, sur un rythme de 12 heures par jour. C'est donc une prise en charge lourde, en particulier pour les accompagnants de proximité (AS, AMP et AVS).

Ces métiers sont difficiles physiquement : faire de la manutention pour aider la personne à sortir ou à se mettre au lit, pour la changer ; manipuler des fauteuils roulants, souvent très lourds ; etc.

Ces métiers sont aussi difficiles psychologiquement. Les professionnels sont confrontés à la dégradation physique et mentale des personnes. Ils côtoient la mort. Ils doivent gérer les relations avec les familles, qui peuvent être très compliquées selon l'histoire de chacun. Parfois même, ils accompagnent aussi les familles, dans le cas d'une fin de vie par exemple. Avec les personnes isolées, qui n'ont plus aucun proche, les professionnels peuvent créer des liens particuliers, comme une sorte de substitution à la famille qu'elles n'ont plus.

Tout cela induit une forte charge émotionnelle qui peut les renvoyer à leur propre situation et est plus ou moins facile à réguler par les personnes concernées.

Ce sont donc des métiers très exposés à l'usure professionnelle avec pour conséquences la hausse du nombre d'arrêts maladie (ex. problèmes de dos dus aux manutentions).

Ces risques sont accentués par l'évolution de la population accueillie et la complexification des profils des résidents, et particulièrement les risques d'accident de travail (ex. être mordu ou frappé par un résident atteint de démence).

Pour la gestion des équipes, cela se traduit dans l'augmentation de l'absentéisme qui appelle donc des remplacements.

L'organisation du travail est souvent contrainte par un contexte de rationalisation : c'est le nombre de soins à faire, selon le nombre de personnes, en fonction des personnels présents et du temps disponible avant le moment du repas, dont l'horaire est fixe.

Cela concerne aussi les ASH qui peuvent avoir du mal à se positionner par rapport aux équipes dites « soignantes » et aux résidents : « *on est là juste pour nettoyer et faire le service des repas* ». Comment alors peuvent-ils aborder les personnes désorientées au moment de la prise des repas ou de la distribution des collations?

Difficultés intrinsèques aux métiers, charge de travail et pénibilité ont des conséquences sur la motivation des professionnels et sur leur manière d'appréhender leur travail : « *Les*

contraintes de moyens et de prestations obligatoires peuvent limiter les relations privilégiées avec chaque résident »³².

Ce risque d'une moindre implication auprès des personnes âgées hébergées entraîne le risque de la perte du sens de leur mission.

Les difficultés rencontrées par les professionnels dans leur quotidien de travail interagissent de manière négative avec les difficultés liées au maintien d'un encadrement adapté. A la démobilisation professionnelle que cela peut entraîner, la routinisation des pratiques est la réponse trouvée par certains intervenants pour continuer à remplir leur mission.

1.2.4 Des conséquences préjudiciables aux résidents

Pour les résidents, ce fonctionnement en flux tendu voire en effectif réduit a d'abord des conséquences sur les soins prodigués. Certains, considérés comme secondaires, sont alors laissés de côté.

Par exemples, les ongles des résidents ne sont plus coupés. Cela les gêne dans leurs gestes, leur marche, et induit le risque d'ongle incarné, qu'ils se blessent eux-mêmes en se griffant voire blesse un autre résident ou un salarié.

L'hygiène dentaire est délaissée, particulièrement le nettoyage des prothèses amovibles, au risque de provoquer des inflammations voire des maladies parodontales. Les shampoings sont faits moins souvent. La fréquence des douches diminue.

Au-delà des problèmes d'hygiène et de santé, c'est aussi l'image que les personnes ont d'elles-mêmes, celle qu'elles renvoient aux autres résidents, au personnel, à leur famille, et le respect de leur dignité qui sont altérés.

De plus, le personnel étant contraint de s'en tenir aux gestes essentiels, techniques, la relation avec le/la résident(e) est dégradée. La personne peut avoir alors l'impression d'être considérée comme « *un colis* », d'être chosifiée.

Par ailleurs, hors les moments de soin ou de repas, les résidents peuvent être totalement délaissés. C'est par exemple ce groupe de résidents, incapables de se déplacer seuls, laissés dans la salle collective de leur étage, sans même de la musique pour leur tenir compagnie ou des magazines à feuilleter. Personne n'a en effet pensé à allumer le poste de radio ni à leur distribuer les journaux mis à disposition.

³² Anesm, septembre 2011, *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, p.7

En outre, les familles s'inquiètent pour leurs proches de ces carences dans leur encadrement. Cela altère aussi les relations qu'elles ont le plus souvent en direct avec les équipes d'AS, AMP et AVS.

Le risque de routinisation des pratiques induit un risque de standardisation, à l'encontre du droit des personnes à un accompagnement personnalisé. C'est par exemple adopter les mêmes gestes pour la toilette d'une personne à l'autre, pour être efficace. La toilette est faite, « bien » d'un point de vue objectif, mais le moment passé a-t-il agréable pour la personne ?

Au final, si les professionnels veillent à réaliser au mieux l'accompagnement lié aux soins, ils n'ont pas toujours (n'ont plus) le temps, les moyens, l'énergie, l'envie d'investir le prendre soin. Cette dépersonnalisation du lien est préjudiciable à la qualité de l'accompagnement et donc à la qualité de vie des résidents.

Les conditions pour assurer l'accompagnement global que doit proposer chaque EHPAD ne sont pas toujours réunies, avec une incidence négative sur la qualité de vie des résidents. Si un socle d'activités, au premier rang desquelles les activités de soin, est bien assuré, les « *relations privilégiées avec chaque résident* » et la « *qualité d'attention portée aux besoins d'aide* » peuvent être limitées par les contraintes de moyens et de prestations obligatoires. Or ces deux aspects de l'accompagnement font partie des facteurs influant le plus sur le sentiment de bien-être global des résidents en EHPAD³³.

Travailler sur l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et sa continuité me semble donc nécessaire pour respecter les missions fondamentales d'un EHPAD et sa finalité.

³³ Anesm, décembre 2010, *Qualité de vie en Ehpads (volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement*, p.8 – enquêtes d'opinions auprès des résidents sur leurs conditions de vie en EHPAD.

1.3 Assurer la qualité de vie des résidents en EHPAD : plusieurs enjeux pour les établissements de Seine-Saint-Denis³⁴

1.3.1 Enjeux démographiques

Le vieillissement de la population est mesuré par l'augmentation de la part des personnes âgées de 60 ans et plus. Pour l'activité des EHPAD, il est intéressant de regarder aussi les évolutions de population aux âges les plus élevés.

En Ile-de-France, la part des 75 ans et plus est passée en dix ans de 5,3 % à 6,6 %. Cette tendance devrait s'accroître. En effet, au niveau national, la part des 75 ans et plus passerait de 9,1 % en 2015 à 15,6 % en 2050.

Ainsi, la population âgée de 75 ans et plus passerait de 764 000 à 870 000 entre 2010 et 2020, et celle de 85 ans et plus de 222 000 à 313 000 durant la même période³⁵.

Corollaire de ce vieillissement, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter fortement. D'ici 2030, l'Insee³⁶ prévoit que l'Ile-de-France comptera 76 600 personnes âgées potentiellement dépendantes supplémentaires. 67 % d'entre elles auront 85 ans ou plus.

Le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible sera de mieux en mieux pris en compte. Néanmoins, le nombre de personnes dépendantes augmentant fortement, le nombre de personnes susceptibles d'entrer en EHPAD devrait continuer à s'accroître.

En effet, le Plan régional de santé 2011-2016 (PRS) souligne que l'allongement de l'espérance de vie à la naissance et la hausse du vieillissement entraînent une augmentation des maladies chroniques et des poly-pathologies.

Nous devons anticiper l'accentuation de la complexité des profils accueillis en EHPAD.

Ces tendances sont d'autant plus marquées en Seine-Saint-Denis³⁷. Dans ce département, le plus jeune de la région, 9 % des 80 ans et plus résident en établissements (moyenne régionale de 11 % et moyenne nationale de 13 %). Or, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus doublerait entre 2012 et 2040, pour approcher les 98 000 (cf. Annexe 4).

³⁴ Hors mentions spécifiques, les données mentionnées dans les paragraphes 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3 sont tirées du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) d'Ile-de-France.

³⁵ Insee, juillet 2006, *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*, Insee Première, n°1089

³⁶ Insee Ile-de-France, décembre 2011, *Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Ile-de-France*, à la page, n°377.

³⁷ Source : 3^{ème} Schéma départemental en faveur des personnes âgées (2013-2017), Seine-Saint-Denis

1.3.2 Enjeux d'équipement

Concrètement, ces tendances démographiques induisent une hausse nécessaire du nombre de places autorisées sur le territoire.

En Ile-de-France, le taux d'équipement en EHPAD est de 77 places pour mille personnes âgées de 75 ans et plus contre environ 90 au niveau national.

Malgré des efforts importants de création de places ces dernières années dans le cadre du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), cet écart n'a pas été réduit significativement et *« on peut donc considérer que la région Ile-de-France a encore besoin globalement de créer des places nouvelles pour répondre aux besoins »*.

Par ailleurs, l'offre existante dans la région (700 établissements et 60 000 places) reste inégalement répartie entre les départements avec un équipement moindre au centre de la région (Paris et petite couronne) par rapport aux départements de grande couronne ce qui ne garantit pas un égal accès de proximité.

En Seine-Saint-Denis, au 31 décembre 2010, 4 500 places d'EHPAD étaient autorisées. Cela représentait 54,6 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Ce sous-équipement très net par rapport aux moyennes régional et national est progressivement corrigé par le département : 24 établissements ont ouvert depuis 2007 sur les 56 existants en 2013.

Compte tenu des évolutions prévues, et si l'on considère une part stable à 9 % des personnes de 80 ans et plus résidant en établissement, une première estimation serait d'environ 160 nouvelles entrées en EHPAD par an jusqu'en 2040. En théorie, et en l'absence de nouvelle création d'établissement, chacun des 56 EHPAD du département recevrait donc en moyenne 2,5 résidents en plus par an sur près de 30 ans. Cela signifie autant de créations de places dans chacun de ces établissements. S'ajoute à cela l'installation de parisiens âgés dans les établissements de Seine-Saint-Denis et de petite couronne en général, où les coûts d'hébergement sont moins élevés. Sur les 60 000 places disponibles en 2011 dans la région, 60 % sont occupées par des résidents du département où est implanté l'EHPAD, 29 % par des résidents venant d'autres départements de la région et 9 % venant d'un département hors Ile-de-France.

Le premier objectif stratégique du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) prend en compte ces projections. Il s'agit d' *« organiser et structurer une offre médico-sociale de proximité, accessible, adaptée et diversifiée »* avec notamment comme objectif opérationnel de *« réduire les inégalités entre territoires (départements et territoires d'action gériatologiques) pour une accessibilité de proximité des équipements médico-sociaux »*. L'une des actions sera d' *« adapter l'offre en EHPAD en confortant et*

modernisant l'offre existante dans chaque département, en affectant les ressources nouvelles à la création de places nouvelles dans les territoires sous-équipés ».

1.3.3 Enjeux de formation et d'emploi

Pour faire face à ces tendances, il faut donc anticiper une hausse du nombre de personnels, des besoins en personnel qualifié et du taux d'encadrement des résidents.

Au demeurant, l'Insee³⁸ projette, à horizon 2020, 3 600 emplois supplémentaires en Ile-de-France liés à l'évolution du nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus dépendantes à domicile, et dépendantes ou non en institution.

En Seine-Saint-Denis, les emplois en institution augmenteraient deux fois plus vite qu'à domicile (+14 % contre +7 %).

Ces créations potentielles d'emploi constituent un enjeu politique notable pour un département dont le taux de chômage en 2013 était de 13,6 % contre 9,4 % en Ile-de-France³⁹.

Par ailleurs, le SROMS d'Ile-de-France souligne qu'en vue d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, il faut « *prendre en compte le manque de personnels formés et qualifiés* ». Plus précisément, dans les EHPAD, dans une moindre proportion que les IDE, c'est la pénurie d'aides-soignants à laquelle il faut répondre, « *du fait d'un absentéisme important et des besoins de formation* ».

La formation est donc inscrite dans le second objectif stratégique du SROMS : « *améliorer la qualité de la prise en charge et l'accompagnement pour garantir l'adéquation du parcours de vie et de soins aux besoins des personnes* ». Il s'agit notamment de « *former les professionnels en nombre suffisant* » et de « *valoriser les métiers du grand âge* ».

Cette valorisation irait dans le sens d'une meilleure attractivité des métiers, propice à la fidélisation des personnels.

Les enjeux liés à la garantie de la qualité de vie des résidents en EHPAD sont à la convergence de plusieurs facteurs : des évolutions démographiques et sanitaires rapides, un besoin d'équipements important (places en EHPAD et aménagement du territoire), un besoin important de ressources humaines plus nombreuses et qualifiées.

³⁸ Insee Ile-de-France, à la page, Dépendance des personnes âgées en Ile-de-France : un tiers d'emplois supplémentaires d'ici 2020, n°393 juillet 2012

³⁹ Source : Insee, *Population de 15 à 64 ans par type d'activité en Seine-Saint-Denis*, RP2008 et RP2013 exploitations principales.

Disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=DEP-93

Le SROMS d'Ile-de-France note, en outre, qu'il faut améliorer la médicalisation des EHPAD tout en faisant attention à préserver la dimension de lieu de vie qui doit être prégnante sur le lieu de soins.

Ce sont donc la qualité de l'accompagnement et le respect du projet individualisé de chaque résident qui sont en jeu.

Quelles solutions sont déjà mises en place pour maintenir un encadrement adapté en EHPAD ?

1.3.4 Maintenir un encadrement adapté en EHPAD : quelles solutions existent ?

A) La création d'un pool de vacataires

Avoir un pool de vacataires permet de répondre de manière très réactive et efficace aux remplacements quotidiens, surtout quand ils ne sont pas prévus. Il s'agit de capitaliser l'expérience de personnes qui sont déjà intervenues dans l'établissement et qui ont donc une connaissance, même minimale, de son fonctionnement et de ses résidents. Ce sont des personnes avec lesquelles l'établissement a créé un lien de confiance. Ces vacataires, parfois embauchés pour une seule journée, signent un contrat à durée déterminé (CDD). Ils peuvent être étudiants en formation IDE, AS, AMP, AVS, proposant leurs services pendant leurs congés ou les week-ends (par exemple, des étudiants IDE peuvent être embauchés comme AS vacataires) ; salariés des hôpitaux proches faisant des vacances sur leurs temps de repos (postes d'AS surtout) ; ou toute personne ayant eu une expérience satisfaisante dans l'établissement (postes d'AS, AMP, AVS, ASH).

Ce système est nettement privilégié à l'intérim.

En effet, bien que ce dispositif ait l'avantage de la souplesse et de la réactivité, son coût est très élevé et la qualité du travail réalisé est aléatoire. Il est souvent réservé au remplacement des IDE. Les équipes en place notent elles-mêmes que l'implication auprès des résidents n'est évidemment pas la même que la leur, avec des valeurs pas toujours partagées. Cela a un impact négatif sur les liens avec les résidents.

B) Les « faisant fonction »

Sur les postes d'AS, des AVS, habilitées en interne, peuvent être sollicitées pour « faire fonction de ». Cela se fait alors au détriment de leur rôle dans l'animation sociale auprès des résidents. De plus, n'ayant pas toutes les qualifications requises, ces AVS peuvent être mises en difficulté, au détriment des résidents.

Ce système peut être mis en place lors des périodes récurrentes de sous-effectifs, comme pendant l'été, où les congés scolaires rendent encore plus difficile le recrutement de vacataires.

C) Les volontaires du service civique

Pour venir renforcer les équipes sur le volet animation et œuvrer à l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur, les EHPAD peuvent s'appuyer sur ce dispositif.

Par exemple, dans un EHPAD des Hauts-de-Seine, la direction recrute des volontaires français et aussi allemands. Chacun doit recueillir les souhaits d'activités, de sorties des résidents (liste établie avec la psychologue et la direction) et élaborer un planning de RDV avec eux. Ils peuvent donc les accompagner en promenade hors de l'établissement voire en rendez-vous médical (par exemple, chez le dentiste). Ils les accompagnent aussi aux repas. Ils peuvent leur faire la lecture ou tout simplement être là pour discuter. Ces volontaires peuvent prendre le temps que les AVS ou AMP n'ont pas forcément. Pour les résidents, « *c'est bien de voir de la jeunesse !* ».

D) Les contrats aidés

Les contrats de professionnalisation⁴⁰ et les emplois d'avenir⁴¹ peuvent être une solution aux difficultés de recrutement, en formant des personnes aux pratiques de l'établissement.

Les contrats de professionnalisation peuvent surtout concerner des AS et IDE en formation. Les emplois d'avenir peuvent être utilisés pour des postes d'ASH. Chaque personne concernée a un référent au sein de l'équipe. Ces contrats s'inscrivant dans un temps plus long qu'une vacation, les personnes concernées peuvent être rapidement autonomes sur certaines tâches. Elles apportent un regard neuf sur les pratiques. La transmission de compétences et le partage d'expériences dont elles bénéficient sont valorisants pour les personnels avec lesquels elles travaillent. Les résidents en ont une perception positive. Ces « jeunes nouvelles têtes » qu'elles ont le temps d'apprendre à connaître sont aussi souvent plus disponibles pour elles.

Néanmoins, pour certains directeur(ice)s que j'ai rencontré(e)s, ces contrats ne sont pas toujours simples à mettre en place.

E) La formation continue des personnels

C'est un dispositif indispensable pour faire évoluer les pratiques sur des sujets spécifiques. Par exemple, dans cet EHPAD ayant une convention avec un réseau de soins palliatifs, tous les salariés (y compris les ASH) ont suivi une formation aux soins palliatifs organisée par la Maison médicale Jeanne Garnier sur la période 2003-2009,

⁴⁰ Le contrat de professionnalisation s'adresse à tous les jeunes de 16 à 25 ans et aux demandeurs d'emploi de 26 ans et plus. C'est un contrat de travail en alternance à durée déterminée ou indéterminée incluant une action de professionnalisation comportant des périodes de travail en entreprise et des périodes de formation.

⁴¹ Contrat d'une durée de 3 ans qui s'adresse aux jeunes de 16 et 25 ans, sans emploi, de niveau bac. Les employeurs du secteur non marchand sont principalement concernés par ce dispositif.

formation reconduite sur 2014 et 2015. Tous contribuent en effet à l'accompagnement de la fin de vie des résidents.

Autre exemple, les formations ciblées sur la maladie d'Alzheimer et apparentées permettent aux professionnels de mieux comprendre les comportements des résidents concernés pour mieux y répondre.

D'autres établissements souhaitent développer l'accompagnement non médicamenteux et font appel à des formations sur l'humanité⁴².

Enfin, soutenir les démarches de validation des acquis de l'expérience (VAE) ou d'entrée en formation qualifiante permet de donner des perspectives d'évolution.

La formation continue est un levier de motivation pour les professionnels. Elle leur permet d'avoir une vision nouvelle de leur travail, revalorisée, et une prise de recul sur leurs pratiques. Cela favorise la lutte contre l'usure professionnelle.

F) Des expériences innovantes alliant insertion dans l'emploi et formation de nouveaux professionnels

Un stage en Belgique m'a permis d'observer les deux missions que Gammes, association sans but lucratif, remplit au sein de la même structure :

- apporter un service de gardes à domicile (GAD) à des personnes en perte d'autonomie ;
- créer des emplois pour un public peu qualifié, et dépendant de l'aide publique ou sociale, en les formant au métier de GAD.

Par ailleurs, j'ai effectué un stage dans le centre social et culturel La Maison du Bas Belleville (MBB), qui propose depuis 2012 un « atelier et chantier d'insertion (ACI) d'agent hospitalier » qui prépare aussi au concours d'entrée à la formation d'aide-soignant. Cet ACI embauche chaque année 15 salariés. Il bénéficie d'un réseau d'EHPAD pour les recevoir en stages et leurs embauches futures. A l'issue de l'ACI 2015-2016, 4 personnes ont été acceptées en école d'AS, 3 sont sur liste complémentaire⁴³, 1 s'est réorientée vers le diplôme d'AVS, 5 continuent de travailler sur leur projet professionnel.

Enfin dans le Cœur d'Hérault, seule expérience du genre en France, 8 EHPAD publics ont constitué le Gecoh (Groupement des Établissements médico-sociaux du Cœur d'Hérault). Ce Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) dirige un « ACI pré-qualifiant aux métiers de l'aide à la personne ». Depuis 2006, ils ont programmé 7

⁴² Humanitude : méthode de soin créée dans les années 80 par Yves Gineste et Rosette Marescotti. Elle repose sur un changement global de comportement des soignants, basée sur 4 piliers : le regard, la parole, le toucher, la verticalité. Son but n'est « pas seulement de traiter les personnes âgées avec humanité, mais de les réhabiliter dans ce qu'elles possèdent de typiquement humain ».

⁴³ Les personnes sur liste complémentaire peuvent accéder à la formation de l'établissement choisi en cas de désistement sur la liste principale des admis.

opérations de ce type (la plus récente lancée en mars 2015), avec des taux de réussite de 80 à 90 % (Cf. Annexe 5). A l'issue de l'ACI 2015, 60 % des salariés ont effectué une sortie positive : accès à une formation qualifiante ou à un CDD supérieur à 6 mois, pour certains dans l'un des établissements du Gecoh. Les autres ont effectué une sortie dynamique : ils ont avancé sur leur projet professionnel ou se sont tout simplement reconstruits, étape indispensable pour aller de nouveau vers l'emploi

Combiner l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et l'insertion dans l'emploi au sein d'une même structure est donc possible. Je trouve que c'est une piste intéressante à creuser pour l'EHPAD que je dirige car elle me semble adaptée au contexte de la Seine-Saint-Denis.

Assurer la qualité de vie des résidents est la finalité d'un EHPAD. La qualité de l'accompagnement en est un facteur décisif.

Comment faire face à l'évolution des besoins et de la dépendance pour garantir un accompagnement adapté des personnes âgées en EHPAD ? Comment favoriser l'adaptabilité de cet accompagnement et sa continuité, dans le temps ? Comment faire face aux difficultés de recrutement et de remplacement pour garantir un accompagnement adapté ?

Comment aller vers une amélioration continue de la qualité de l'accompagnement ?

L'accentuation des besoins en personnel qualifié dans les EHPAD de Seine-Saint-Denis ne peut qu'augmenter les difficultés déjà rencontrées pour leurs recrutements et leurs remplacements. Cela fait peser un risque supplémentaire d'altération de la qualité de l'accompagnement des résidents. Il m'apparaît donc nécessaire de préparer le renforcement des effectifs (en nombre et en qualification) et le renouvellement des compétences. Cela implique l'élaboration et la mise en place d'une **stratégie à long terme** pour adapter la qualité de l'accompagnement à l'évolution des besoins.

Il s'agira d'initier et garantir un processus d'amélioration continue dans l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD.

2 Articuler l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD et l'insertion dans l'emploi : une voie envisageable

2.1 Les Bluets : un EHPAD en Seine-Saint-Denis

2.1.1 Des spécificités liées à son implantation territoriale

A) L'association Charcot

L'association Charcot, association loi 1901⁴⁴, a été créée à Paris au sortir de la première guerre mondiale. La distribution d'une soupe populaire et la proposition de divers services aux plus pauvres (par exemple, des consultations médicales gratuites) en ont été les activités d'origine. Par la suite, les actions de l'association se sont adaptées à l'évolution des formes de précarité et d'exclusion, répondant ainsi à sa mission fondamentale de lutte contre toutes les formes d'exclusion. Ses actions sont au service de jeunes, d'adultes, de personnes handicapées et de personnes âgées en situation d'isolement, de dépendance, de précarité, de discrimination.

Ainsi, elle a développé trois types d'activité.

1/ L'inclusion sociale, avec le développement d'un véritable accompagnement social pour aller vers le logement et l'insertion socioprofessionnelle.

- L'accompagnement vers le logement s'appuie sur plusieurs types de structures qui permettent d'organiser un véritable parcours : 5 accueils d'urgence, 18 centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), 7 résidences sociales⁴⁵ et 9 pensions de famille⁴⁶.
- L'accompagnement vers l'emploi est réalisé au sein de structures d'insertion par l'activité économique (IAE). Un parcours s'appuie sur des dispositifs adaptés à chacun :
 - o Les ateliers d'adaptation à la vie active, affiliés à un CHRS, sont destinés aux personnes les plus éloignées de l'emploi. Ils leur permettent de reprendre une activité dont le rythme n'est pas encore celui du marché du travail.

⁴⁴ Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association.

⁴⁵ Circulaire n° 95-33 du 19 avril 1995, relative à la création des résidences sociales. Les résidences sociales ont pour objet d'offrir une solution de logement meublé temporaire à des ménages ayant des revenus limités ou rencontrant des difficultés d'accès au logement ordinaire, pour des raisons économiques mais aussi sociales, et pour lesquels un accompagnement social peut s'avérer nécessaire.

⁴⁶ Code de la construction et de l'habitation, article L633-1. La « pension de famille » est un établissement destiné à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire.

- Les ateliers et chantier d'insertion (ACI) offrent un environnement de travail adapté et sécurisant pour des personnes rencontrant des difficultés sociales. Au fil des années leurs activités se sont diversifiées (travail en ateliers, vente en magasins, déménagement...).
- Une association intermédiaire (AI) qui a pour objet de mettre à disposition, à titre onéreux mais à but non lucratif, des salariés en insertion auprès d'entreprises traditionnelles, de particuliers et de collectivités.

2/ L'accueil des personnes âgées démunies a évolué au fil des années vers une activité de maison de retraite puis, au début des années 2000, d'hébergement médicalisé pour personnes âgées dépendantes. L'association compte 5 EHPAD répartis sur la région parisienne et les Hauts-de-France (Oise).

3/ L'accueil d'adultes déficients intellectuels vieillissants est l'activité la plus récente. Les deux foyers d'accueil médicalisés ouverts en 1999 et 2010 s'inscrivent dans un projet global éducatif et de soin.

L'action réalisée par l'association Charcot est intrinsèquement partenariale : aucun établissement ne peut, avec ses seuls moyens et ses seules équipes, répondre globalement à la complexité et à la singularité de chaque situation de fragilité sociale.

Elle est d'ailleurs membre de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss), de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) et de la Fédération des Banques alimentaires.

L'association Charcot porte un objectif général d'innovation et de diversification des formes d'intervention pour répondre à des besoins sociaux en évolution. Elle affirme des valeurs humanistes, d'engagement, de bienveillance, et l'articulation de l'éthique de conviction avec les compétences et savoir-faire.

Elle compte environ 800 salariés. Le rapport d'activité 2014 note une forte hausse des recrutements par rapport à 2013 du fait d'un « *turnover plus élevé dans plusieurs EHPAD* ».

Le siège comporte 3 directions fonctionnelles : la direction administrative et financière, la direction des ressources humaines (créée fin 2013), la direction des projets et programmes immobiliers. Il comprend aussi 2 directions opérationnelles : la direction des programmes d'inclusion sociale et celle des programmes soin, handicap, dépendance.

Chaque directeur d'établissement est rattaché à la direction opérationnelle de son domaine d'activité. Une fois par mois, une réunion au sein de chaque direction opérationnelle rassemble tous les directeurs.

B) L'EHPAD Les Bluets

L'EHPAD Les Bluets est situé sur la commune de Saint-Ouen, dans le département de la Seine-Saint-Denis. Il est implanté dans le bassin gériatrique Nord-Ouest du département et dans la communauté d'agglomération de Plaine commune⁴⁷ (cf. Annexe 6). Originellement, l'établissement était tenu par les sœurs de Saint Vincent de Paul. D'hôpital, il a été transformé en service de soins de suite et de réadaptation (SSR)⁴⁸ dont l'activité s'est développée compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Donné en gestion à l'association Charcot en 1993, il a obtenu le statut d'EHPAD en 2008 avec une autorisation de 84 places. Aujourd'hui, il compte 75 places d'hébergement permanent, 9 places d'hébergement temporaire et 10 places d'accueil de jour.

La convention tripartite a été renouvelée en 2013 sur la base d'un projet d'établissement qui mettait notamment en avant :

- le projet individualisé comme véritable outil pour un accompagnement de qualité qui prend en compte les soins, l'animation et la vie au quotidien ;
- le développement de la capacité de l'établissement à s'adapter aux besoins des résidents confrontés de plus en plus à des problématiques spécifiques.

Ces objectifs demandaient des actions particulières en termes de gestion des ressources humaines (GRH), comme :

- développer l'esprit du travail en équipe ;
- viser le mieux-être au travail, ce qui implique compétences (évaluation des pratiques / formation), écoute et reconnaissance ;
- valoriser le recours aux stagiaires.

Au 31 décembre 2015, Les Bluets accueillait 70 femmes et 14 hommes. L'âge moyen des résidents était de 88 ans, 40 % d'entre eux ayant plus de 90 ans. L'âge moyen à l'entrée était de 85 ans et la durée moyenne de séjour, relativement longue, d'environ 4 ans. Le GMP était de 785 et le PMP de 215, soit un niveau global de dépendance et de besoins en soins particulièrement élevés (pour mémoire, les moyennes nationales en 2015 étaient respectivement de 723 et 208).

La majorité des résidents vient de Seine-Saint-Denis, particulièrement Saint-Ouen et les communes limitrophes. Une proportion significative vient aussi des arrondissements

⁴⁷ Plaine commune rassemble 9 communes : Aubervilliers, Épinay-sur-Seine, La Courneuve, L'Île-Saint-Denis, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Saint-Ouen, Stains, Villetaneuse.

⁴⁸ L'activité des SSR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

parisiens limitrophes (17^e, 18^e et 19^e). Un certain nombre viennent de province pour rapprochement familial. Plusieurs caractéristiques des résidents sont liées au territoire d'implantation de l'établissement. Parmi les résidents, plusieurs nationalités sont représentées, illustrant notamment les vagues d'immigration successives que la France a connues. Se côtoient donc des profils culturels très hétérogènes. De plus, le nombre de personnes en situation de précarité est particulièrement élevé : 70 % des résidents bénéficient de l'aide sociale. Enfin, le nombre de résidents isolés (sans famille et sans tutelle) est important, cet isolement se combinant souvent avec une précarité matérielle.

Au 31 décembre 2015, Les Bluets comptaient 55,47 emplois en équivalent temps plein (ETP) soit un taux d'encadrement de 66 %. Les effectifs sont très féminisés (85 % de femmes). Un tiers est constitué d'AS, d'AMP et d'AVS. 41 % sont des ASH. Près de 30 % des salariés (soit une quinzaine) ont plus de 20 ans d'ancienneté et sont là depuis l'ouverture de l'établissement en 1993 comme SSR. Cela va avec un âge moyen de près de 45 ans. A court terme, de nombreux départs à la retraite sont donc à prévoir. Dans l'immédiat, de nombreux arrêts longue maladie sont à déplorer du fait de l'épuisement physique des salariés concernés, parmi les plus âgés.

60 % des salariés habitent Saint-Ouen ou une commune limitrophe, particulièrement parmi les plus anciens. C'est un point commun et un lien important, un sujet de conversation avec une grande part des résidents.

Comme pour ces derniers, plusieurs caractéristiques des salariés sont liées au territoire d'implantation de l'établissement.

Quatorze nationalités différentes se côtoient (hors les doubles nationalités). Beaucoup ont une carte de séjour. Un tiers des salariés sont des femmes seules avec enfants. Un tiers font l'objet d'un avis à tiers détenteur (ATD)⁴⁹ ce qui leur occasionne des retraits mensuels sur salaire. Les problèmes de logement et de santé sont fréquents.

En effet, la Seine-Saint-Denis est un territoire particulièrement fragilisé⁵⁰. En 2013, 21,9 % des familles étaient monoparentales (contre 17,6 % en Ile-de-France) et 32,4 % des habitants étaient locataires en HLM⁵¹ (contre 22,1 % en Ile-de-France). De plus, en 2012, le taux de pauvreté⁵² dans ce département était le plus élevé de France, à 26,9 % (contre 15 % en Ile-de-France). Cela explique que la Seine-Saint-Denis compte actuellement 63

⁴⁹ L'avis à tiers détenteur (ATD) permet à l'administration fiscale de demander à un tiers (en l'occurrence, l'employeur) le paiement de la somme due aux impôts qui n'a pas été versée.

⁵⁰ Sources : Insee, RP2008 et RP2013 exploitations principales et Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal.

⁵¹ HLM : Habitation à Loyer Modéré.

⁵² Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année au seuil de pauvreté, soit 60 % du niveau de vie médian.

quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)⁵³, dont 22 sont situés sur le territoire de Plaine commune, où se trouve l'EHPAD Les Bluets.

2.1.2 Le maintien de la qualité de vie : points faibles et forts de l'établissement

Fin 2015, une enquête de satisfaction a été menée auprès des résidents. Quelques grands enseignements peuvent en être tirés s'agissant des différentes dimensions de l'accompagnement pour garantir la qualité de vie (cf. Synthèse des résultats, Annexe 7).

Les points forts relevés sont les relations avec le personnel, la vie sociale et le cadre de vie. Les résidents se sentent en sécurité, considèrent que leur liberté de circulation est respectée et apprécient le confort de leur chambre, « *adaptée à leurs besoins* ». Ils estiment très majoritairement que le personnel est « *attentif et observant, surtout en salle à manger* ». La qualité de prise en charge par le personnel soignant (AS, AMP, AVS) est la plus satisfaisante. Les résidents jugent favorablement les animations proposées et le fait de pouvoir participer à la vie civique.

Les points faibles soulignés par les résidents concernent la vie quotidienne et la santé. Ils sont peu satisfaits de l'aide qui leur est apportée dans la vie quotidienne. Ils trouvent que leurs besoins et leurs envies sont insuffisamment respectés. Ils mettent en avant la prise en compte insuffisante de la douleur.

L'analyse de ces points faibles permet de les mettre en relation avec des problématiques RH. Pour répondre aux besoins et envies des résidents, et leur apporter l'aide qu'ils demandent au quotidien, les personnels d'accompagnement doivent être disponibles. Disponibles de deux manières : avoir le temps suffisant pour le faire et donc, ne pas être accaparés par d'autres tâches et soins prioritaires ; avoir la disponibilité d'esprit suffisante pour être à l'écoute de ces demandes.

Avoir le temps suffisant implique une organisation du travail adaptée et une stabilité des équipes, avec des professionnels qui connaissent les résidents et leurs problématiques spécifiques. Avoir la disponibilité d'esprit induit de ne pas être utilisé professionnellement, d'être motivé pour sortir des actes techniques et s'impliquer dans la relation avec les résidents.

Cela pose la question de la définition de la prise en charge. Jusqu'où doit-elle aller ?

Par exemple, l'isolement de certains résidents rend les choses plus difficiles. En cas de besoin ou de perte d'objet, on ne peut se reposer sur la famille ou les proches. Cela demande donc au personnel de se substituer à ces relations manquantes. Qui voudra

⁵³ L'identification des nouveaux quartiers prioritaires (QPV) se base sur le critère unique de la pauvreté, c'est-à-dire la concentration des populations ayant des ressources inférieures à 60 % du revenu médian de référence soit le seuil de bas revenus. 1 300 QPV ont été identifiés en France métropolitaine.

bien aller chercher de la crème adhésive pour le dentier de Mme X ? Qui voudra bien rapporter des gâteaux à M. Y, dont on sait que ça lui fait plaisir ? Il s'agit là de faire appel à la bonne volonté des personnes, ce qui nécessite une implication réelle dans une prise en charge qui n'est pas seulement fonctionnelle.

De même, pour la prise en compte de la douleur, il faut un encadrement attentif et réceptif, formé, pour comprendre un signal pas toujours verbalisé.

Ces résultats font écho aux actions mises en œuvre en réponse à l'évaluation externe de 2014 et dans le cadre du projet d'établissement.

Pour maintenir la qualité de la prise en charge, la politique de formation continue déjà mise en œuvre a été développée et renforcée, avec le soutien de la direction des programmes soin, handicap, dépendance de l'association. Pour les AS, AMP, AVS, les principales thématiques concernées sont l'hygiène bucco-dentaire, les protections, l'évaluation de la douleur. Sont ouvertes à tous les salariés, les formations sur la gestion des troubles du comportement et les soins palliatifs. Compte tenu d'un turnover élevé, tout particulièrement chez les salariés les plus récemment arrivés, ces contenus de formation sont régulièrement reconduits. De plus, l'établissement soutient les salariés souhaitant s'engager dans des formations qualifiantes : une à deux par an depuis 2008, pour des diplômes d'AS ou d'AMP. Ces actions de formation sont des leviers de (re)motivation et participent à la lutte contre l'usure professionnelle.

Par ailleurs, l'évaluation externe avait souligné deux points qui rejoignent notre évaluation interne de 2013.

Tout d'abord, il s'agissait de mieux prendre en compte la forte ancienneté d'une partie des salariés dans la GRH, en valorisant mieux leurs compétences, leurs expériences et leur connaissance des spécificités de l'établissement. En effet, l'usure professionnelle induite par l'ancienneté est un facteur qui contribue fortement à l'absentéisme dans l'établissement. Celui-ci est particulièrement élevé et représente sur l'année entre 12 et 13 % des ETP : chaque jour, en moyenne, ce sont entre 6 et 7 salariés que l'on doit remplacer en urgence, majoritairement parmi les encadrants de proximité (AS, AMP, AVS). Les causes en sont principalement l'état de santé et les raisons familiales (notamment les problèmes de garde d'enfants pour les parents seuls).

Les deux principales solutions mises en place pour trouver des remplaçants sont un pool de vacataires, renouvelé régulièrement, et qui sert aussi de vivier de recrutements ; et le volontariat des salariés en CDI pour faire des heures complémentaires ou supplémentaires, ou bien un échange de service avec le salarié absent⁵⁴.

⁵⁴ L'échange de service est un accord entre deux salariés pour échanger un créneau dans leurs plannings de travail respectifs.

Autre point souligné dans les évaluations : la présence de plus en plus grande dans l'établissement de profils présentant des pathologies psychiatriques pour lesquels le personnel n'est pas formé. Cela nécessite de repositionner l'accompagnement et les recrutements. La création d'une unité spécialisée au sein de l'établissement est d'ailleurs un projet à moyen terme avec, en corollaire, des besoins supplémentaires de personnels qualifiés.

Les besoins en personnels qualifiés et le transfert des compétences sont donc des problématiques prégnantes pour la qualité de l'accompagnement dans l'EHPAD Les Bluets.

J'y ajouterai un autre axe de réflexion RH : le taux d'occupation de l'hébergement temporaire est constamment bien inférieur à 100 %. Le tarif proposé reste trop élevé pour le territoire. Transformer tout ou partie de ces places en hébergement pérenne est un objectif à court / moyen terme. Or les résidents accueillis de manière permanente ont un degré de dépendance plus élevé que ceux accueillis de manière temporaire. Cela impliquera donc des postes supplémentaires pour a minima maintenir un taux d'encadrement global adapté.

Ces forts besoins de recrutements à court, moyen et long terme s'inscrivent dans un contexte peu favorable de difficultés de recrutement et de fidélisation des profils adaptés. Dans le département, 23,5 % des personnes non scolarisées de 15 ans et plus ont un diplôme de l'enseignement supérieur contre près de 39 % en Ile-de-France⁵⁵. En outre, le territoire manque d'attractivité pour des professionnels diplômés qui peuvent facilement trouver d'autres postes une fois qu'ils ont une expérience à faire valoir.

Pour répondre à ces difficultés, monter un projet qui s'inscrive dans le long terme et s'appuie sur les ressources du territoire me semble nécessaire. Un dispositif d'ACI, permettant d'allier valorisation et transfert des compétences, formation adaptée et proximité, est une solution qu'il me semble intéressant d'explorer.

2.1.3 Les besoins en recrutements qualifiés : l'opportunité d'innover pour garantir la qualité de l'accompagnement

A) La question de la bientraitance

Ne pas traiter la question des besoins de recrutements à venir et les difficultés RH liées est un risque pour la qualité de l'accompagnement des résidents. En effet, ne plus être en

⁵⁵ Source : Insee, RP2013 exploitation principale : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe en 2013.

capacité de maintenir le taux d'encadrement nécessaire, notamment chez les accompagnants de proximité, aurait une incidence directe sur la vie quotidienne des résidents. Cela entraînerait par exemple la nécessité d'augmenter le « rendement » en actes de chaque professionnel pour assurer les soins prioritaires, au détriment des relations interpersonnelles avec les résidents. Cela empêcherait aussi de développer la capacité de l'établissement à s'adapter à leurs besoins, de manière qualitative et quantitative, et ainsi de répondre au projet d'établissement comme aux axes d'amélioration tirés de la dernière enquête de satisfaction menée auprès des résidents. Enfin, cela compromettrait le développement de nouvelles activités nécessaires (par exemple, la création d'une unité spécialisée...).

Dans ce cas de figure, comment envisager la fidélisation de personnels ayant la vocation, du moins une appétence pour un accompagnement plus impliqué dans la relation au résident ? Comment favoriser la dimension humaine de l'accompagnement, qui est une composante de la qualité de vie ? Et donc, comment mettre en œuvre la bientraitance ?

Le concept de bientraitance découle et complète d'autres notions fondamentales du champ médical et social comme la bienfaisance⁵⁶, la bienveillance⁵⁷, la sollicitude⁵⁸, le *care*⁵⁹ et la reconnaissance⁶⁰.

Pour l'Anesm⁶¹, la bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation qui doit prendre en compte les besoins de la personne, ses souhaits et ses attentes. Il s'agit donc d'une démarche continue d'adaptation de la part des professionnels, opposée à un accompagnement uniquement fonctionnel.

*« Le concept de bientraitance donne à penser qu'il fut développé et qu'il est utilisé pour faire contrepoids à la gestion du rendement, de l'efficience. Comme une réaction pour « réhumaniser » les institutions et les pratiques »*⁶². La bientraitance participe donc de la qualité de vie des usagers.

⁵⁶ « Ne faites pas de tort ; et maximisez les avantages et minimisez les dommages possibles » in Rapport Belmont, 1979.

⁵⁷ « Aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui ».

⁵⁸ « Au sein d'une relation dissymétrique, attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre ».

⁵⁹ « Accompagnement de proximité qui est une réponse contextualisée et personnalisée ».

⁶⁰ « Importance pour toute personne d'être regardée favorablement par ceux qui l'entourent pour développer une image positive d'elle-même et en conséquence, pour déployer ses capacités au mieux » in RAPOPORT Danielle, La bien-traitance envers l'enfant, Paris, Belin, 2006.

⁶¹ Anesm, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2008

⁶² PASCUAL B., 2013, *Lutter contre l'hémorragie du personnel : un défi pour la qualité de vie des résidents en EHPAD frontalier*, Mémoire pour le Cafdes : École des Hautes Études en Santé Publique, 136 p., p.45.

Ainsi, agir, de manière anticipée, sur les besoins en recrutements, quantitativement comme qualitativement, est indispensable à la garantie de la qualité de vie des résidents de l'EHPAD Les Bluets.

B) Ma vision stratégique

Ne pas traiter la question des besoins de recrutements à venir et les difficultés RH liées présente aussi des risques pour le personnel : usure professionnelle et absentéisme accrus, burnout⁶³, jusqu'à la maltraitance.

La définition de la maltraitance retenue par l'Anesm⁶⁴ est celle du Conseil de l'Europe de 1987 : une violence se caractérisant « *par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ».

Dans un contexte où l'ancienneté amène l'usure, où l'absentéisme et les difficultés de recrutement et de fidélisation mènent à l'instabilité des équipes, à un défaut de continuité dans l'accompagnement, les deux risques majeurs de maltraitance sont le délaissement des personnes et un accompagnement non adapté (contentions, médication comme seule réponse, par exemples). Par ricochet, cela entame le moral des équipes, entache les relations avec les familles et l'image d'un établissement.

Ne pas anticiper, c'est aussi mettre l'établissement dans une position vulnérable face à la concurrence. Pour rattraper son retard en équipement, le département de Seine-Saint-Denis va poursuivre sa politique de création d'établissements. En tant que directrice, je dois aussi prendre en compte cette dimension concurrentielle pour garantir la pérennité de l'établissement. A mon sens, cela doit passer par l'affirmation de l'identité de la structure. Cette identité doit être d'abord centrée sur la qualité de l'accompagnement comme vecteur de qualité de vie, et aussi sur des projets novateurs témoignant d'une structure dynamique et tournée vers l'avenir. Il s'agit de rendre l'établissement davantage attractif, tant pour les professionnels que pour les résidents.

Si l'on se place dans la perspective de mise en place d'un dispositif d'ACI pour répondre à ces enjeux, plusieurs facteurs doivent être pris en compte.

Tout d'abord, les résistances possibles à ce projet doivent être anticipées.

⁶³ « *Syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir* », définition du Larousse.

⁶⁴ Anesm, *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, décembre 2008

Accueillir un ACI et en encadrer les salariés n'a en effet, a priori, rien à voir avec le travail en EHPAD. Les personnels peuvent donc le percevoir comme une charge de travail supplémentaire voire une entrave possible à leur travail quotidien et à sa bonne marche. Remporter l'adhésion de mes collaborateurs à ce projet sera primordial. Je devrais leur démontrer qu'il peut être un plus dans leur activité et pour leurs pratiques. Sa réussite dépendra notamment de leur compréhension des enjeux liés et de l'importance de leur rôle dans ce projet, et donc de leur implication.

D'autres résistances pourront émaner des familles. Pour les mêmes raisons que les salariés de l'EHPAD, ils pourraient considérer que ce projet d'ACI viendrait prendre du temps d'accompagnement au détriment des résidents. De plus, la question de la sécurité des résidents en présence de salariés en formation sera certainement au centre de leurs préoccupations. Pour y répondre, je veillerai à la transparence et à la pédagogie sur le cadrage, les objectifs et le déroulement du projet. Mettre en avant les apports du projet pour les résidents permettra aussi de neutraliser leurs craintes éventuelles, avec pour autre objectif d'obtenir leur soutien au projet.

Veiller à un positionnement clair du projet par rapport aux financeurs de l'EHPAD permettra, à défaut d'obtenir leur soutien, du moins à ce qu'il n'y ait pas d'ambiguïté vis-à-vis d'eux et qu'ils ne soient pas un frein au projet. Cela participera aussi de sa légitimité vis-à-vis des salariés, des familles et de la gouvernance. Il s'agira de garantir que ce projet ne sera pas financé indirectement sur le budget habituel. Autrement dit, 100 % du temps de travail des salariés de l'EHPAD, y compris les collaborateurs des fonctions administratives et la direction, resteront consacrés aux seules missions dévolues à l'EHPAD.

Installer la légitimité du projet passe par la démonstration de son intérêt pour les résidents. Outre la réponse aux craintes et freins éventuellement exprimées à tous les niveaux (salariés, familles, direction fonctionnelle, gouvernance), il s'agira de montrer en quoi la présence des salariés d'un ACI peut être un apport positif aux résidents, à court, moyen et long terme et aussi de manière directe ou indirecte.

C) Les facteurs propices au montage d'un dispositif d'ACI

Tout d'abord, le **contexte territorial et politique** est favorable à l'articulation entre l'accompagnement des personnes âgées et l'insertion dans l'emploi.

Le 3^{ème} Schéma départemental de Seine-Saint-Denis en faveur des personnes âgées (2013-2017) prône l'articulation de l'offre d'accueil et d'accompagnement avec la politique d'insertion et d'emploi. Il met en avant que « [...] l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées en établissement est diversifiée et en progression. [...] Les enjeux

pour les années à venir concernent donc surtout la qualité et l'adaptation du contenu de l'offre au plus près des besoins des usagers [...] ». Le vieillissement de la population est aussi considéré comme « une opportunité pour soutenir l'emploi sur le département [...]. La mise en œuvre du Schéma sera articulée avec la politique du Conseil général en matière d'insertion et d'emploi, notamment pour travailler des parcours d'insertion des personnes éloignées de l'emploi dans ces métiers porteurs... ».

Ce contexte territorial et politique trouve écho dans le **contexte institutionnel**, lui aussi favorable à l'articulation entre une activité d'hébergement des personnes âgées dépendantes et une activité d'IAE. En effet, l'association Charcot porte ces deux activités. Il est donc envisageable de mutualiser les compétences et expertises internes à l'association sur ces deux champs pour monter un projet d'ACI spécifique. De plus, l'association possède sur le territoire d'Aubervilliers, voisin de Saint-Ouen où se situe l'EHPAD Les Bluets, un ACI centré sur une activité de ressourcerie⁶⁵. Dans ce lieu sont installés des locaux nécessaires aux regroupements et à l'accompagnement social.

En outre, l'association Charcot pourrait trouver un intérêt à un tel projet. En effet, aucune des associations de l'IAE implantées dans le département ne propose un ACI dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées (cf. Inser'eco 93, *Annuaire des structures d'insertion par l'activité économique de Seine-Saint-Denis 2015-2016, Le guide pour consommer responsable*). La possibilité d'en développer un est une opportunité. C'est l'opportunité de se démarquer par une démarche innovante et répondant à des besoins identifiés sur le territoire. C'est aussi la possibilité de mettre en œuvre très concrètement la convergence des politiques publiques prônée par le département.

D'autres leviers d'action existent au sein-même de l'EHPAD Les Bluets.

Premièrement, nous avons l'habitude de recevoir des stagiaires IDE, AS, AMP, AVS, pour des périodes plus ou moins longues. Nous sommes même sur-sollicités par les écoles de formation. En 2015, nous avons reçu une trentaine de stagiaires. Nous avons un système de « référents », installé et intégré par les salariés.

Le projet d'établissement nous demande d'ailleurs de développer et valoriser le recours aux stagiaires auprès des salariés. C'est en effet considéré comme un levier de motivation. Nous pouvons donc nous appuyer sur cette expérience.

Enfin, l'ancienneté et les compétences des salariés, leur connaissance des résidents et de leurs problématiques spécifiques, sont une matière riche à transmettre. C'est une matière première de qualité qui peut participer aux fondements d'un ACI.

⁶⁵ Les ressourceries, ou recycleries, sont des établissements ayant pour objectif principal de favoriser le réemploi ou la réutilisation de certains matériaux considérés comme des déchets.

Ne pas traiter la question des besoins à venir en recrutements présente des risques avérés pour la qualité de l'accompagnement et la qualité de vie des résidents. Mettre en place un dispositif d'ACI au sein de l'EHPAD Les Bluets serait une réponse innovante. Plusieurs facteurs lui sont de plus favorables. Mais dans quelles conditions la réalisation d'un tel projet est-elle possible ?

2.2 Un ACI au sein de l'EHPAD : utopie ou possibilité ?

2.2.1 Cadre législatif : définition, objectifs et financement⁶⁶

L'insertion par l'activité économique (IAE) a pour objet « *de permettre aux personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles de bénéficier de contrats de travail en vue de faciliter leur insertion sociale et professionnelle. Elle met en œuvre des modalités spécifiques d'accueil et d'accompagnement* ». Les structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) constituent donc des outils de lutte contre l'exclusion. Les personnes plus particulièrement concernées par ces dispositifs sont :

- les jeunes de moins de 26 ans en grande difficulté ;
- les bénéficiaires de minima sociaux ;
- les demandeurs d'emploi de longue durée ;
- les travailleurs handicapés.

Quatre principes cadrent ce domaine :

1/ Ces structures sont sous convention de l'État, avec la DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi).

Celle-ci veille au ciblage des dispositifs. L'instruction du 2 mars 2016⁶⁷ note que les efforts doivent être poursuivis afin de favoriser l'accès à ces dispositifs pour les habitants des QPV et de tendre vers la parité entre les femmes et les hommes.

2/ Le pilotage des activités est local, avec l'appui d'un conseil départemental de l'insertion par l'activité économique (CDIAE), placé au sein de la Commission départementale de l'emploi et de l'insertion.

⁶⁶ Sauf mention contraire, les informations notées dans cette partie sont issues de CAMBERLEIN P., 2011, *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*, 3^e édition, Paris : DUNOD, p.392 à 399

⁶⁷ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Instruction n°DGEFP/SDPAE/MIP/2016/62 du 2 mars 2016 portant notification des enveloppes financières régionales 2016 relatives à l'insertion par l'activité économique.

Le CDIAE élabore un plan d'action pour l'IAE. Il veille à sa cohérence avec les autres dispositifs concourant à l'insertion, notamment le Programme départemental d'insertion (PDI) et le cas échéant, les Plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi (PLIE)⁶⁸.

Le PDI est voté par le conseil départemental. Sa mise en œuvre est garantie par un pacte territorial pour l'insertion (PTI) qui réunit les partenaires de l'insertion.

Un PLIE est élaboré à l'initiative d'une commune ou d'un groupement de communes. Son objectif est de favoriser un parcours individualisé vers l'emploi des personnes les plus en difficulté.

3/ Chaque personne embauchée sur un poste faisant l'objet d'une aide de l'État doit être agréée par Pôle emploi (agrément valable 24 mois).

4/ Un contrat de travail spécifique régit ces postes : le contrat à durée déterminée d'insertion (CDDI).

La loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 2008 révisée par la loi du 1^{er} décembre 2008 a donné à ce champ un cadre juridique général commun à tous les dispositifs.

Les ACI s'inscrivent dans ce cadre. Ils ont été reconnus législativement par la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. L'article L. 322-4-16-8 du code du travail posent que les ACI « *organisent le suivi, l'accompagnement, l'encadrement technique et la formation de leurs salariés en vue de faciliter leur insertion sociale et de rechercher les conditions d'une insertion professionnelle durable* ». Seules les structures porteuses des ACI peuvent être conventionnées. Ils peuvent être organisés ponctuellement ou de manière permanente. Leurs activités peuvent s'exercer dans l'ensemble des secteurs d'activité dès lors que les avantages et aides octroyés par l'Etat ne créent pas de distorsion de concurrence et que les emplois ainsi créés ne se substituent pas à des emplois privés ou publics existants.

L'accroissement des moyens alloués à ces dispositifs va de pair avec des critères d'exigence renforcés dans l'attribution des crédits et l'évaluation des conventions conclues avec les structures porteuses d'ACI.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, toutes les structures de l'IAE sont financées via une aide au poste d'insertion versée par l'Etat. Cette aide au poste comprend un montant socle, revalorisé en fonction de l'évolution du SMIC, et un montant modulé. Pour 2016⁶⁹, le montant socle pour les ACI est fixé à 19 474 €, dont 985 € au titre des missions

⁶⁸ La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 confirme et renforce la légitimité des PLIE. L'instruction DGEFP n° 2009-22 du 8 juin 2009 définit leur activité comme « *outil de proximité au service des actifs durablement exclus du marché du travail [par] la mise en œuvre de parcours vers l'emploi adaptés à chaque situation individuelle. [...] les crédits du Fonds Social Européen (FSE) contribuent [...] à leur activité* ».

⁶⁹ Arrêté du 14 janvier 2016 fixant le montant de l'aide financière aux structures de l'insertion par l'activité économique.

d'accompagnement socioprofessionnel et d'encadrement technique. Le montant de la part modulée peut varier de 0 % à 10 % du montant socle en fonction des résultats atteints par la structure au regard des critères suivants : caractéristiques des personnes embauchées ; actions et moyens d'insertion mis en œuvre ; résultats constatés à la sortie de la structure.

En Seine-Saint-Denis, le PDI 2013-2015, adopté en janvier 2013, succède à celui de 2003-2005. Comme le précédent, il sera adapté chaque année, en intégrant les différentes évolutions législatives.

Il met en avant que le part de la population du département couverte par le revenu de solidarité active (RSA)⁷⁰ est de 12,3 %. Le territoire de Saint-Ouen, où se situe l'EHPAD Les Bluets, est dans la moyenne. Dans les territoires limitrophes, cette part se situe entre 13 et 21 % (cf. Annexe 8). Ce constat « *masque en réalité une forte hétérogénéité de profils. [...] Derrière le terme de public RSA se cachent ainsi des dynamiques complexes et des personnes volontaires, capables, ayant des projets à mener à bien, auxquels les politiques d'insertion apportent leur concours* ». Pour ce faire, le département souligne que l'un des leviers de sa politique d'insertion est l'action sociale : « *[...] très importante dans l'activité du Département, [elle] représente la première offre d'insertion en Seine-Saint-Denis* ».

L'accompagnement du public RSA est assuré en Seine-Saint-Denis par trois types de services référents :

- Pôle emploi, pour le parcours professionnel. L'essentiel de son action concerne les questions relatives à la qualification des personnes en insertion, à la construction d'un projet professionnel et à la recherche d'emploi.
- Le Service Social Départemental, qui représente le principal levier d'action départementale du volet action sociale du PDI.
- Les Projets de Ville RSA, qui proposent un troisième parcours, socioprofessionnel, aux côtés du parcours emploi et du parcours social.

Ces services travaillent en coordination avec les associations conventionnées, dont fait partie l'association Charcot.

Dans le cadre de ses axes stratégiques pour la mise en œuvre du PDI, le conseil départemental insiste sur le fait que l'offre d'insertion doit être territorialisée. De même, il souhaite renforcer l'accompagnement de l'IAE. Cela se traduit dans certaines des actions projetées comme :

⁷⁰ Le RSA a été instauré par la loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. Il « *a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des moyens convenables d'existence, afin de lutter contre la pauvreté, encourager l'exercice ou le retour à une activité professionnelle et aider à l'insertion sociale des bénéficiaires* ».

- assurer l'accès des bénéficiaires du RSA à la formation, qualifiante ou pré-qualifiante ;
- améliorer l'adaptation de l'offre du PDI en favorisant les initiatives locales ; cette offre d'insertion territorialisée aura notamment comme caractéristique d'être innovante dans son objet, dans ses modalités de mise en œuvre ou dans l'accompagnement qu'elle propose pour les allocataires du RSA.

Pour garantir la mise en œuvre de ce PDI, le PTI séquano-dionysien a été lancé en avril 2014. Son objectif affiché est le développement des parcours d'insertion et de formation tournés vers l'emploi. Il est élaboré à l'appui des conférences territorialisées d'insertion (CTI). Ce sont des espaces de co-construction avec les structures d'IAE, les organismes de formation, les villes, agglomérations et structures d'accompagnement du public. Le directeur des programmes d'inclusion sociale de l'association Charcot et la directrice de l'ACI d'Aubervilliers participent à la CTI de Plaine Commune.

Par ailleurs, l'association Plaine Commune, le PLIE a pour objectif de s'adapter aux difficultés récurrentes rencontrées par ses participants, en axant ses actions sur l'accompagnement renforcé, les formations qualifiantes et diplômantes, l'accompagnement vers et dans l'emploi ainsi que sur les offres d'insertion.

Dans sa programmation 2016, elle réaffirme sa volonté de partenariat avec les structures de l'insertion, notamment dans le cadre du Programme Opérationnel FSE⁷¹ 2014-2020, « Investissement pour la croissance et l'emploi ». Ainsi, elle propose un accompagnement technique aux opérateurs qui répondraient à son appel à projets. Elle gère les activités de gestion et de contrôle de la subvention globale et des opérations qui en relèvent.

Les publics concernés sont les mêmes que ceux ciblés par l'IAE, avec en plus les personnes de plus de 45 ans, et plus généralement toute personne connaissant des problématiques d'insertion professionnelle, habitant l'une des 9 communes de la Communauté d'Agglomération Plaine Commune. En outre, l'égalité femme/homme est une priorité transversale obligatoire de toutes les opérations financées par le FSE.

Parmi les thèmes stratégiques retenus par le PLIE, l'axe « *Offre d'insertion : les chantiers d'insertion* » veut favoriser tous les nouveaux projets visant à diversifier cette offre (Cf. Annexe 9). Compte tenu des orientations globales du département et de la programmation 2016 de Plaine Commune, le PLIE, je pense probable la reconduction de cet axe pour son appel à projets 2017.

⁷¹ Créé en 1957 par le traité de Rome, le Fonds social européen (FSE) est le principal levier financier de l'Union européenne pour la promotion de l'emploi. La région Ile-de-France est l'autorité de gestion du FSE pour la région et pour la période 2014-2020 (près de 6 milliards d'euros).

Tous ces éléments stratégiques et politiques me confortent dans l'idée que mettre en place un dispositif d'ACI adapté aux problématiques de l'EHPAD Les Bluets, et proposant une pré-qualification aux métiers du grand âge en institution, serait une innovation allant dans le sens des politiques publiques et territoriales.

Pour déterminer les hypothèses de travail et le cahier des charges pour le montage d'un ACI au sein de l'EHPAD Les Bluets, je me baserai sur les expériences de la MBB et du Gecoh (cf. 1.3.4 F). J'ai mené des entretiens auprès de la cheffe de projet insertion de la MBB, responsable des ACI qui y sont montés ; et auprès du directeur de la Résidence La Rouvière (EHPAD membre du Gecoh) et pilote du projet ACI.

2.2.2 L'articulation entre l'EHPAD Les Bluets et l'activité IAE de l'association Charcot

Un atout indéniable pour ce projet est de pouvoir s'appuyer sur la cohabitation, au sein de l'association Charcot, d'activités pour l'inclusion sociale et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. La réussite du projet va dépendre de l'articulation entre ces deux activités et leurs acteurs. L'une des difficultés majeures est de trouver comment, en tant que directrice de l'EHPAD Les Bluets et porteuse du projet, me positionner par rapport à mes collègues de l'IAE.

Dans tous les cas de figure, je dois obtenir au préalable le soutien de la direction des programmes soin, handicap, dépendance, dont je dépends. Cet appui sera incontournable pour négocier une collaboration avec nos collègues de la direction des programmes d'inclusion sociale.

La première question est de déterminer qui aura la responsabilité de l'ACI.

En effet, la personne responsable de l'ACI est responsable hiérarchique des salariés en CDDI. Or ces salariés vont travailler pour une grande part de leur contrat au sein de l'EHPAD Les Bluets. Qui doit alors mener le recrutement de ces salariés ? Qui doit les évaluer ? Qui doit détenir le pouvoir de sanction ?

La première option s'inspire de l'exemple de l'ACI porté par le Gecoh. Ce GCSMS est la structure conventionnée pour porter l'ACI. Par conséquent, les EHPAD qui le constituent sont les employeurs des salariés de l'ACI. Plus précisément, le directeur de l'EHPAD La Rouvière, qui est le pilote de ce projet pour le Gecoh, est aussi le directeur de l'ACI. Il en organise l'activité et les séquences. Il mène les appels à projets pour l'accompagnement social et le volet formation. Il décide des recrutements après en avoir travaillé les critères avec l'équipe de direction et un membre du PLIE partenaire. Il mène cette activité de

direction d'ACI de manière entièrement bénévole, en plus de ses missions de direction d'EHPAD. Un poste d'assistante dédiée a pu être créé grâce au financement de l'ACI ce qui le soulage d'une partie de la charge de travail. Cela a favorisé le fait qu'il continue à prendre en charge cette mission qui devenait beaucoup trop lourde. Pour lui, il est nécessaire de bien financer le poste de gestionnaire du chantier pour éviter les interférences entre les missions de l'ACI et de l'EHPAD.

Être à la fois directrice de l'EHPAD Les Bluets et responsable de l'ACI me paraît donc une option à la fois peu raisonnable et peu adaptée au contexte associatif dans lequel je me situe.

La seconde option se base sur l'exemple de l'ACI porté par la MBB. Ce centre socioculturel est la structure conventionnée pour porter l'ACI. Ainsi il est l'employeur des salariés en CDDI. C'est la directrice de la MBB qui signe les contrats de travail. La cheffe de projet insertion est la gestionnaire du chantier. Elle coordonne le travail avec les partenaires externes pour la formation et les stages ; avec la plateforme insertion de l'association à laquelle appartient la MBB, partenaire interne pour l'accompagnement social. Dans ce cas de figure, les EHPAD qui reçoivent les salariés de l'ACI en stage sont de « simples » lieux de stage. Ils doivent se conformer à un cadre très formalisé et suivi, s'agissant particulièrement du tutorat des stagiaires. Responsables entièrement de la sélection des tuteurs, à laquelle la MBB ne participe aucunement, ils ne peuvent pas choisir leurs stagiaires. S'ils reconnaissent bien la cheffe de projet insertion comme leur interlocutrice pour l'ACI, les partenaires pour la formation ont plutôt tendance à s'adresser à la direction de la MBB voire à celle de l'association, ce qui complique la gestion du chantier.

Pour le projet que je propose, l'EHPAD Les Bluets ne peut pas être considéré comme un lieu de stage comme un autre. C'est le lieu qui héberge l'ACI puisqu'il en recevra tous les salariés-stagiaires (contrairement aux partenaires de la MBB qui en reçoivent en général un ou deux chacun). Je souhaite aussi participer à la sélection des salariés de l'ACI puisque les objectifs de ce dernier doivent converger avec les besoins et la politique de recrutements de l'EHPAD que je dirige. Cela implique de participer aussi à la sélection des prestataires pour la formation. J'utilise le mot « prestataires » à dessein puisqu'ils seront rémunérés sur le budget de l'ACI. Ils devront, en outre, se conformer à notre cahier des charges.

Une troisième option se dégage des deux pistes précédentes, celle d'un partenariat interne entre l'EHPAD Les Bluets et l'une des structures d'IAE de la direction des programmes d'inclusion sociale.

Le partenariat⁷² est le format qui me semble le mieux convenir à la collaboration nécessaire à instaurer, une collaboration étant un « *travail en commun pour réaliser une action, un projet, une œuvre* ». Ce partenariat devra être formalisé au sein d'une convention qui précisera « *de manière opérationnelle les modalités de coopération ou de mutualisation, la coordination que chaque structure s'engage à mettre en œuvre* ». Elle se basera sur un socle solide de valeurs partagées, celles de l'association Charcot. Le partenariat rend stable les modalités d'action entre les structures concernées. En cas de changement d'acteurs, les modalités qu'elle formalise continuent de s'appliquer.

A mon sens, cette convention devrait être signée entre les directions des programmes d'inclusion sociale et des programmes soin, handicap, dépendance. Cela donnerait davantage de poids et de légitimité au projet de création d'un ACI au sein de l'EHPAD Les Bluets, premier projet issu de ce partenariat. Dans ce cadre, il pourrait être considéré comme une expérimentation dont l'issue déciderait du développement éventuel d'autres ACI de ce type. Les motifs de rupture de la convention devront être précisés.

Cette convention resituera le projet dans son contexte législatif s'agissant notamment du financement des postes nécessaires à la gestion de l'ACI et à l'accompagnement des salariés en CDDI. Le poste de responsable de l'ACI est un poste capital qui ne peut pas être occupé bénévolement. Il doit donc pouvoir être financé sur le budget de l'ACI.

A mon sens, il doit être confié à une personne expérimentée dans le domaine. Si je me base sur l'exemple de la MBB, le poste de cheffe de projet insertion a pu être financé en CDI à temps plein avec la création d'un second ACI. Pour le projet que je propose, le responsable de l'ACI pourrait donc être le ou la responsable d'un ACI déjà en place au sein de l'association Charcot et sur le même territoire que Les Bluets.

Par exemple, la directrice de la ressourcerie d'Aubervilliers pourrait être une candidate pertinente. Mutualiser un poste de conseiller(ère) en insertion professionnelle (CIP) est aussi une voie à étudier. Ces options sont à examiner avec les personnes concernées et leur direction opérationnelle.

Il me semble aussi nécessaire qu'il y ait une coordination entre l'équipe de professionnels de l'ACI et les professionnels de l'EHPAD Les Bluets qui interviendront auprès des salariés en CDDI (les tuteurs en particulier).

La constitution d'un comité de direction (Codir) de l'ACI serait d'une part, cohérent avec le positionnement que je souhaite avoir dans le projet pour l'EHPAD Les Bluets et son équipe et, d'autre part, faciliterait l'instauration de la coordination nécessaire entre les

⁷² Ce paragraphe s'appuie sur Régis Dumont, *Travailler en réseau ou en partenariat*, intervention à l'IRTS Paris, avril 2016.

professionnels de l'ACI et les professionnels de l'EHPAD. Le ou la responsable de l'ACI et moi-même, comme directrice des Bluets, constituerions ce Codir. C'est ce Codir qui sélectionnerait le ou les prestataires pour la formation, qui déciderait du recrutement des salariés de l'ACI et de sanctions éventuelles, qui validerait leur évaluation finale.

Pour l'élaboration du cahier des charges de ce projet d'ACI, je préconise une co-construction entre les collaborateurs de l'EHPAD Les Bluets et ceux de l'IAE désignés pour mener l'ACI. Il s'agira de mutualiser des compétences tant sur le champ de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, et avec les spécificités liées aux Bluets et au territoire, que sur le champ de l'accompagnement social.

2.2.3 Pour le cahier des charges, des expériences à transposer et adapter

A) Quels objectifs et contenu pour l'ACI ?

La priorité d'un ACI doit être l'accompagnement des personnes très éloignées de l'emploi qui rencontrent des difficultés sociales pour aller vers l'emploi. Pour le projet que je souhaite monter, l'ACI doit aussi tenir compte des besoins des résidents de l'EHPAD Les Bluets et de son contexte particulier. Il faut donc qu'il y ait convergence d'intérêts pour ces deux publics au travers de l'ACI. Ses objectifs doivent répondre à leurs besoins respectifs.

Pour assurer la qualité de l'accompagnement aux Bluets, et donc la qualité de vie de ses résidents, l'un des besoins identifiés est l'anticipation de recrutements de profils qualifiés et adaptés à l'évolution des problématiques rencontrées et, au-delà, de personnes ayant une vocation pour le travail avec les personnes âgées. La vocation est aussi ce qui permet de dépasser une pratique seulement fonctionnelle. Une vocation peut être suscitée. Cela demande d'avoir connaissance de la réalité des métiers concernés.

Un ACI n'est pas destiné à délivrer de diplôme. Par contre, comme ceux portés par la MBB ou le Gecoh, il peut proposer une pré-qualification et une préparation à une formation diplômante. Pour la session 2016-2017, l'objectif de l'ACI de la MBB a même été recentré sur la « préparation au concours d'AS ». Cette option me semble adaptée pour le projet que je propose. J'ajouterai qu'ouvrir les perspectives à l'admission à la formation d'accompagnant éducatif et social (DEAES) doit être envisagé. Ce diplôme remplace en effet désormais ceux d'AVS et d'AMP.

En outre, cette préparation doit comporter un préalable de sensibilisation aux besoins des personnes âgées et aux répercussions du vieillissement sur leur vie.

A la formation théorique, s'ajoute une longue période de stage pratique. En l'occurrence, l'EHPAD Les Bluets sera le lieu de stage des salariés en CDDI.

Par ailleurs, comme l'illustrent les expériences que je prends en exemples, il n'est pas réaliste d'avoir pour objectif que 100 % des salariés intégrant l'ACI soient admis dans une formation diplômante. La réussite de l'ACI est aussi dans le fait de permettre à certains de valider ou revoir un projet professionnel. Le cas d'une personne qui, confrontée à la réalité du travail quotidien auprès des personnes âgées, renonce à cette orientation, n'est pas un échec. Cette expérience lui permet d'avancer dans son projet professionnel en lui évitant une erreur d'orientation. C'est aussi positif pour l'EHPAD d'éviter le recrutement futur d'une personne qui n'est pas motivée par ce domaine d'activités.

Le volet formation de l'ACI doit aussi permettre aux personnes une entrée directe dans l'emploi, sur des postes d'ASH en particulier. Dans le cas où l'EHPAD Les Bluets serait recruteur, l'ACI aurait une double plus-value : la connaissance des problématiques du très grand âge et des Bluets, avec toutes ses spécificités. Sur des postes qui ne sont pas en proximité forte avec les résidents mais qui sont néanmoins décisifs pour leur qualité de vie (qualité de l'environnement matériel et social, humain), cette plus-value pourrait faire une différence notable au profit des résidents.

De plus, comme le font la MBB et le Gecoh, je trouve indispensable de proposer dans le contenu une formation aux premiers secours.

S'agissant du volet accompagnement social, le contenu est davantage standard par rapport à d'autres ACI. Il sera centré sur la reprise de confiance en soi, le savoir-être au travail, la recherche d'emploi et ses outils.

B) Quelles dimensions temporelle et salariale ?

L'ACI de « préparation au concours d'AS » proposé par la MBB se déroule sur 9 mois. Les 5 premiers sont majoritairement consacrés à la formation et à la préparation au concours, avec 4 jours par mois passés en stage. Les 4 mois suivants, les salariés sont la majorité de leur temps en stage. Des regroupements ont lieu une fois par semaine pour le suivi et l'accompagnement social. Le CDDI est de 26 heures par semaine.

L'ACI de « pré-qualification aux métiers de services à la personne et aux collectivités » porté par le Gecoh se déroule sur 10 mois. Le CDDI est de 24 heures par semaine. 17 heures sont passées en stage et une journée de 7 heures est consacrée à la formation.

Pour des personnes très éloignées de l'emploi, et avec des problématiques sociales complexes, il est en effet difficile d'emblée de travailler 35 heures par semaine.

Je trouve intéressant de proposer d'abord un premier socle de formation avant d'arriver sur le terrain. Cela permet aussi aux salariés de l'ACI de s'habituer à un rythme d'horaires constants. Avoir des moments de regroupement réguliers est aussi important pour assurer le suivi des salariés accompagnés et entretenir la dynamique de groupe.

Cette dynamique dépend en partie du nombre de salariés recrutés pour l'ACI.

Pour la cheffe de projet insertion de la MBB, la taille minimale d'un ACI est de 13 personnes. C'est d'abord une question de viabilité financière, le financement principal provenant de l'aide au poste versée pour chaque salarié en CDDI. En effet, chaque année, 2 ou 3 personnes abandonnent l'ACI de la MBB. Par ailleurs, si l'on descend à 7 ou 8 salariés, il n'y a pas véritablement de dynamique de groupe. Or c'est une des conditions de réussite de l'ACI et des projets des personnes accompagnées.

A l'origine, et pendant 5 ans, l'ACI du Gecoh a été mené sur le seul EHPAD de La Rouvière, avec 10 salariés en CDDI. Le nombre de salariés recrutés a pu augmenter jusqu'à 24, à la faveur du regroupement progressif de plusieurs EHPAD pour porter cet ACI. Les 8 EHPAD du Gecoh reçoivent donc chacun 3 salariés en stage. Cet ACI n'enregistre qu'un seul abandon chaque année. Au-delà du financement, c'est la question de l'encadrement des salariés en CDDI sur leur lieu de stage qui est posée.

L'EHPAD Les Bluets compte un nombre de salariés similaire à celui de La Rouvière. Notre ACI pourrait donc être dimensionné de manière similaire. Néanmoins, il est situé sur un territoire proche de celui de la MBB. Les problématiques rencontrées par les populations y sont comparables. Le risque d'abandon de l'ACI peut être du même niveau et ne doit donc pas être négligé. Un ACI de 10 à 13 salariés me semble ainsi une dimension raisonnable.

C) Quel mode de recrutement des salariés de l'ACI ?

Pour limiter le risque d'abandon et favoriser au mieux la dynamique de groupe, la manière de recruter les salariés de l'ACI a son rôle à jouer. Les critères de recrutement doivent être adaptés aux objectifs poursuivis et aux contraintes spécifiques imposées par l'environnement de l'EHPAD qui recevra ces salariés-stagiaires.

Pour le directeur de La Rouvière, « *il ne faut pas prendre des personnes trop en difficulté* ». Il faut plutôt cibler des personnes qui ont besoin d'un coup de pouce ou d'un accompagnement vers l'emploi renforcé. Pour lui, les 3 critères majeurs sont la stabilité de la situation personnelle, l'envie et la motivation.

L'ACI porté par la MBB a un objectif plus cadré. Ses critères de recrutement sont donc plus contraignants, notamment : une qualification au minimum de niveau V (BEP, CAP obtenu) ; une maîtrise de la compréhension et de l'expression écrite en français suffisante pour préparer le diplôme.

Ces deux voies me semblent intéressantes à mixer pour s'adapter au projet que je porte. Comme chacun de ces ACI, il faudra cibler majoritairement les personnes bénéficiaires du RSA et inscrites à Pôle emploi. En tout état de cause, le volet accompagnement social

doit permettre une meilleure accession aux droits et favoriser l'inscription au RSA et à Pôle emploi des personnes qui ne le seraient pas.

La procédure de sélection est également déterminante. C'est une phase qui prend du temps et qui demande de s'appuyer sur les partenaires de l'insertion du territoire. Que ce soient la MBB ou le Gecoh, ils commencent par organiser plusieurs séances d'information sur leur ACI de 1 à 3 mois avant le démarrage du Chantier. Plus de 150 personnes doivent être reçues lors de ces séances pour pouvoir recruter au final entre 15 et 24 personnes. Ce sont les référents du Pôle emploi, des missions locales, des PLIE qui y envoient les personnes qui leur semblent correspondre au projet. Pour le directeur de La Rouvière, lors de ces séances d'information, il faut être d'emblée explicite sur ce que sont les métiers du grand âge, sur ce qu'implique de travailler avec des personnes très âgées, sur les contraintes inhérentes au travail en institution.

Une présélection est effectuée à partir des CV déposés lors de ces séances. Pour le recrutement, le directeur de La Rouvière, pilote du projet ACI du Gecoh, fait passer des entretiens d'embauche avec un membre du PLIE. Il y a donc les deux regards, professionnel du domaine des personnes âgées et professionnel de l'accompagnement social. A la MBB, compte tenu de l'objectif d'accès à la formation d'AS, les candidats passent d'abord 2 tests écrits, en mathématiques et français. Les personnes qui réussissent ces tests sont convoquées à un entretien avec la cheffe de projet insertion et la CIP.

Le Gecoh a expérimenté un temps les jeux de rôles dans son recrutement. Ils ont abandonné cette pratique car cela alourdissait la procédure et mettait inutilement les personnes en difficulté.

La passation de tests me semble adaptée au projet que je porte. Pour la phase d'entretiens, une collaboration avec mes collègues de l'inclusion sociale me paraît indispensable.

D) Quels locaux pour accueillir l'ACI ?

Pour l'ACI porté par le Gecoh, toutes les activités de formation et d'accompagnement social se tiennent dans les EHPAD du Gecoh qui sont aussi lieux de stage. Pour l'ACI porté par la MBB, la configuration est différente. Les regroupements et l'accompagnement social ont lieu dans les locaux de la MBB. La formation a cours dans les locaux de l'organisme de formation prestataire.

Pour le projet que je porte, il me semble pertinent de nous appuyer sur les possibilités existantes au sein de l'association. En effet, l'EHPAD Les Bluets n'est pas en capacité de recevoir les regroupements. Les locaux de la ressourcerie d'Aubervilliers sont géographiquement proches. Leur utilisation éviterait des frais supplémentaires de

location. Mais ne pas être tout le temps au cœur de l'EHPAD n'est-il pas un obstacle à une bonne acculturation ? Si je me base sur l'exemple de la MBB, bien séparer les temps et les lieux de formation, de stage/d'apprentissage et d'accompagnement social est plutôt favorable au bon équilibre entre les différents volets de l'accompagnement en ACI. Cela permet aussi que la situation soit très claire vis-à-vis des financeurs de l'EHPAD comme de l'IAE.

E) Quel financement ?

Pour exemple, je vais me baser sur le budget de l'ACI porté par la MBB, dont la dimension est similaire au projet que je propose. Ce budget s'élève à plus de 580 000 €. 62 % sont apportés par l'aide au poste. 23 % par le département de Paris au travers du Fonds Local Emploi Solidarité (FLES) et de la Direction du développement économique, de l'emploi et de l'enseignement supérieur (DDEES). 12 % sont apportés par l'OPCA Uniformation (organisme paritaire collecteur agréé)⁷³. 3 % viennent du Conseil régional mais cette aide est supprimée pour la session 2016-2017. 1 % vient de fondations privées.

Pour permettre à l'ACI de percevoir l'aide au poste (cf. 2.2.1), principale source de financement, le salarié en CDDI doit bénéficier d'un agrément de Pôle emploi. Cet agrément est accordé pour 24 mois, après réalisation d'un diagnostic individuel, social et professionnel. Cela nous renvoie à l'importance des critères de recrutement et de la collaboration avec les partenaires de l'insertion.

Le Conseil départemental peut participer au financement des aides attribuées pour le recrutement des bénéficiaires du RSA. Les ACI peuvent notamment solliciter le Fonds Départemental d'Insertion (FDI) à toutes les étapes du développement de la structure. Nous pourrions solliciter le FDI en mettant en avant l'aspect novateur du projet et sa cohérence avec les politiques départementales pour l'insertion et les personnes âgées.

Par ailleurs, le FSE est une importante source de financement de l'ACI porté par le Gecoh. Nous pourrions y avoir recours via Plaine Commune, le PLIE, en répondant à son appel à projet 2017.

2.2.4 L'organisation du tutorat

Le tutorat est la mission qui illustre pleinement, et va rendre concrète, la convergence d'intérêts des salariés de l'ACI et de l'EHPAD Les Bluets et ses collaborateurs.

⁷³ Les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) sont des structures assurant la gestion du financement de la formation professionnelle continue dans le secteur privé. Uniformation couvre le champ de l'économie sociale, de l'habitat et de la protection sociale. A ce titre, il accompagne les Ateliers et Chantiers d'Insertion.

Les plus-values à en tirer concernent en effet tous les acteurs. En cela, c'est une mission stratégique pour la réussite du projet.

Un tuteur est « *une personne (ou une chose) qui sert d'appui, de soutien, de protection* » (définition Larousse). Il doit donc s'agir d'une personne d'expérience et de confiance, motivée par la mission de tutorat.

Pour définir cette mission dans le cadre de l'ACI que je propose, je m'appuierai sur la définition proposée par la MBB : « *créer les conditions favorables à l'apprentissage et à l'acquisition de compétences minimales pour être capable d'agir en situation de travail auprès des personnes* ». La fonction de tuteur n'est en effet pas définie dans les textes relatifs aux ACI. Néanmoins, leurs missions sont clairement établies dans le cadre d'un contrat de professionnalisation. Sur cette base, les missions de tuteur auprès des salariés en ACI peuvent être précisées :

- accueillir, aider, informer et guider les salariés-stagiaires pendant la durée de leur parcours de formation ;
- organiser l'activité des salariés concernés sur leur lieu de stage et contribuer à l'acquisition des savoir-faire professionnels ; comme le souligne la MBB, cela implique aussi d'aider la personne à faire le lien entre les savoirs abordés en formation et les situations de travail ;
- participer à l'évaluation du suivi de la formation.

La MBB met aussi en avant deux autres aspects de la mission du tuteur qui me semblent aussi intéressants et valorisants pour le salarié-stagiaire que le tuteur lui-même :

- accompagner le stagiaire dans la construction de son identité professionnelle en adoptant la posture professionnelle attendue ;
- accompagner le stagiaire à développer ses capacités d'apprentissage et d'autonomie dans l'organisation et la réalisation des activités professionnelles ;
- identifier les difficultés éventuelles et déterminer les moyens adéquats à leur résolution.

Les missions du tuteur sont donc complexes et dépassent le seul transfert de savoir-faire. Elles devront donc être clairement définies et explicitées auprès des salariés des Bluets qui souhaiteront prendre en charge cette mission. Leur sélection sur la base du volontariat me semble ainsi une évidence. Comme le font la MBB et le Gecoh, une formation spécifique (de 2 à 3,5 jours) auprès des tuteurs volontaires sera indispensable et obligatoire avant l'entrée en mission. Cette formation, outre le rôle et les missions du tuteur, devra aborder le fonctionnement et les objectifs de l'ACI.

Que ce soit à la MBB ou au Gecoh, il n'y a pas de formalisation de l'engagement des tuteurs. Il n'y a d'ailleurs pas d'obligation légale de le faire dans le cadre d'un ACI.

Pour le directeur de La Rouvière, pilote de l'ACI du Gecoh, ce n'est pas utile car il n'a eu que très peu de demandes pour quitter le tutorat. De plus, cela risquerait de figer la relation entre un tuteur et un salarié-stagiaire, alors que ce dernier est censé travailler aussi en équipe.

Je comprends ces réserves mais je pense qu'une formalisation permet aussi de valoriser la mission tout en la sécurisant pour tous les acteurs, y compris les résidents. Il ne s'agit pas de dresser un avenant au contrat de travail ou une nouvelle fiche de poste. Je pense plutôt à une lettre de mission ou une convention. Il s'agit d'une mission limitée dans le temps, qui doit aussi tenir compte des contraintes du travail quotidien. Cela doit être explicite pour le tuteur comme pour le salarié-stagiaire. L'organisation du tutorat en fonction du planning des tuteurs sera un point important à travailler. Que faire en cas d'absence du tuteur ? Faut-il envisager un relais ?

Les tuteurs qui travaillent avec les ACI de la MBB et du Gecoh ne perçoivent aucune prime. Le Gecoh essaie néanmoins d'obtenir le financement d'une prime symbolique par le FSE, qui a jusqu'à présent refusé. Je trouve cela finalement sain : ce n'est pas une mission qu'il faut mener pour l'argent.

Pour favoriser le volontariat pour la mission de tutorat, plusieurs facteurs devront être réunis. Tout d'abord, je réduirai les réponses positives aux sollicitations habituelles pour des stages au sein de l'EHPAD Les Bluets. Cela permettra de dégager de la disponibilité dans le vivier de tuteurs potentiels. Une phase de pédagogie auprès des salariés des Bluets sur le projet d'ACI et le rôle des tuteurs sera un préalable indispensable à leur recrutement. Le planning des tuteurs sélectionnés devra être adapté, avec leur responsable hiérarchique, pour leur laisser le temps suffisant aux évaluations et points de rencontre sur le suivi des salariés-stagiaires.

J'identifie deux points de vigilance à prendre en compte dans la mise en place du tutorat. D'abord, le fait que les salariés des Bluets eux-mêmes rencontrent pour beaucoup des difficultés socio-économiques, qu'ils ramènent à un moment ou un autre dans l'établissement. A priori ils n'ont pas à être confrontés directement aux difficultés sociales et économiques des salariés en ACI. Toutefois, il me semble nécessaire de prévenir les phénomènes de projection et d'identification des tuteurs vis-à-vis des tutorés et inversement. La sélection des tuteurs, le cadrage clair de leurs missions et leur formation devront prendre en compte ce point.

D'autre part, compte-tenu d'un contexte général qui considère de plus en plus l'aide et l'action sociales comme de l'assistantat, j'anticipe un risque de stigmatisation des salariés en ACI. Il faut éviter aussi qu'ils soient regardés comme des « *larbins* » (directeur de La Rouvière). Ces salariés doivent être considérés comme des stagiaires, des salariés en

apprentissage, des apprenants. Outre la nécessaire pédagogie à mener auprès de mes collaborateurs, j'introduirai officiellement ce vocabulaire (salariés-apprenants) dans les conventions de tutorat et tous les documents ayant trait à l'ACI.

De plus, en tant qu'apprenants, ils ne pourront pas être considérés comme des salariés supplémentaires de l'EHPAD. Leur intervention sera très cadrée et limitée, et pourra évoluer en fonction de leurs évaluations. Les premiers temps seront de toute façon une période d'observation. Dans l'ACI du Gecoh, l'immersion dans les EHPAD permet à certains salariés-apprenants d'être rapidement opérationnels et de pouvoir faire des remplacements (en plus de leur contrat ACI), notamment sur des postes d'ASH.

Les plus-values de cette mission de tutorat concerneront aussi les tuteurs et l'EHPAD Les Bluets dans son ensemble. On pourrait les définir ainsi : « *[c'est] une mission valorisante qui vous permet de transmettre votre savoir-faire, de varier vos activités, de développer vos compétences relationnelles et, à la clé, de contribuer à la qualité des actions mises en place et à la réussite du salarié accompagné* »⁷⁴.

La Seine-Saint-Denis, où se situe l'EHPAD Les Bluets, est le département le plus jeune de France. Le vieillissement de la population va donc y être plus rapide qu'ailleurs dans les années à venir. Les problématiques liées à ce vieillissement vont donc se multiplier de manière forte. Par ailleurs, l'insertion dans l'emploi dans ce département est la plus difficile de France, avec un potentiel humain néanmoins très important. Pour les Bluets, je le traduis dans un axe stratégique qui est d'anticiper des besoins croissants en recrutements qualifiés et adaptés aux problématiques des résidents de l'établissement.

Cette dimension RH de l'accompagnement est nécessaire pour en garantir la qualité, contributeur indispensable à la qualité de vie des résidents.

Le contexte territorial et politique, favorable à l'articulation entre l'accompagnement des personnes âgées et l'insertion dans l'emploi, trouve écho dans le contexte institutionnel, avec une association porteuse de ces deux activités.

L'exemple de deux expériences réussies d'ACI orientés vers les métiers d'aide à la personne âgée en institution s'ajoute à ces éléments de contexte favorable à la mise en place d'un ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes.

Ce projet s'inscrit bien dans une stratégie de long terme pour garantir la qualité de l'accompagnement.

⁷⁴ Source : <http://www.opcalia.com/dispositifs-de-formation/salaries/tutorat/> , Opcalia est un Opcia interprofessionnel.

3 L'ACI : un dispositif pour contribuer à la qualité de l'accompagnement des résidents

Ce projet d'un « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution », monté au sein de l'EHPAD Les Bluets, est un projet complexe.

Mon premier défi sera d'y susciter l'adhésion des collaborateurs de l'EHPAD, des résidents et leurs familles, de ma direction opérationnelle et de la gouvernance de l'association Charcot, en mettant en avant les bénéfices attendus pour la qualité de l'accompagnement.

Ma principale difficulté sera de conserver un positionnement clair dans ce projet : en être pilote sans que cela empiète sur mes missions de directrice de l'EHPAD Les Bluets.

3.1 Le projet

3.1.1 Des objectifs à plusieurs niveaux

La complexité du projet vient particulièrement de ce qu'il concerne deux populations : les personnes âgées dépendantes résidant dans l'EHPAD Les Bluets et les personnes très éloignées de l'emploi du territoire.

En tant que directrice des Bluets, ma priorité doit être la réponse aux besoins de ses résidents.

Néanmoins, en tant qu'initiatrice du projet d'ACI, je dois aussi tenir compte des besoins de ses futurs salariés.

Les objectifs du projet sont donc multiples et, loin d'être incompatibles, sont même connexes.

Autre facteur de complexité : le caractère novateur du projet fait que ses objectifs sont à regarder à plusieurs niveaux de temporalité, court, moyen et long terme. Ils dépendent du fait que l'ACI soit renouvelé ou non. Le bilan de la première session sera donc décisif.

Tous ces objectifs contribuent à garantir l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents et donc l'amélioration de leur qualité de vie, à court, moyen et long terme.

A) Constituer un vivier de recrutements qualifiés

Pour les salariés de l'ACI, l'objectif est d'abord de reprendre contact avec le monde du travail. Cet ACI très ciblé doit permettre aussi de valider ou revoir un projet professionnel et, ce faisant, de révéler des « vocations ». Une personne qui aura pensé pouvoir travailler en EHPAD et qui, une fois confrontée à la réalité du terrain comprendra que cela

ne lui convient pas, pourra explorer d'autres voies professionnelles. Ainsi, c'est aussi une possible erreur de recrutement futur qui sera évitée.

Révéler des vocations, c'est aussi s'assurer que les personnes qui vont s'engager dans cette voie sont réellement motivées par le travail auprès des personnes âgées dépendantes, malgré ses difficultés.

Un autre objectif est la préparation aux formations diplômantes d'AS et d'AES, et l'admission des salariés de l'ACI à ces formations. A cette qualification s'ajoutera la connaissance de l'EHPAD Les Bluets, de ses résidents et de leurs problématiques spécifiques.

A court, moyen et surtout long terme, la constitution d'un vivier de candidats qualifiés, expérimentés sur l'établissement et motivés par le travail en EHPAD, sera favorisée.

B) Redynamiser les équipes de l'EHPAD Les Bluets et lutter contre l'usure professionnelle

L'instauration d'un système de tutorat permettra de valoriser le travail des personnels porteurs de cette mission, leurs compétences, connaissances et expériences ; et au-delà, ceux de l'ensemble des collaborateurs de l'EHPAD. Le croisement des regards entre les salariés-apprenants et leurs tuteurs, et aussi les équipes dans lesquelles ils travailleront, permettra d'avoir un éclairage nouveau sur les pratiques, une prise de recul qui favorisera la réflexion sur des évolutions à apporter.

Par ailleurs, être tuteur peut offrir des perspectives nouvelles aux salariés concernés, leur faire prendre conscience aussi de leurs capacités à évoluer. Fidèle à la politique de formation de l'établissement, je soutiendrai les projets d'évolution professionnelle qui pourraient naître à cette occasion.

Globalement, favoriser la transmission des savoirs, c'est aussi revaloriser l'image que les professionnels ont d'eux-mêmes et de leur métier.

Cette dynamique positive devrait être enclenchée à court terme, dès la première session de l'ACI. Pour qu'elle s'étende à davantage de collaborateurs et qu'elle s'entretienne sur le long terme, l'ACI devra être renouvelé et pérennisé. Cela participerait alors à la fidélisation et donc à la stabilisation des équipes auprès des résidents, s'agissant notamment des professionnels les plus récents dans la structure.

A long terme d'ailleurs, l'ACI pourrait devenir un dispositif dynamique de formation permanente permettant non seulement une meilleure adaptation de l'accompagnement aux besoins, aux attentes et à leur évolution, mais aussi une réflexion continue sur les pratiques.

C) Favoriser la qualité des relations avec les résidents

Recevoir plusieurs salariés-apprenants en stage dans l'établissement, pendant plusieurs mois, c'est augmenter la présence humaine auprès des résidents. Cette présence sera qui plus est encadrée et installée. Elle aura, par exemple, davantage de régularité et de stabilité que celle des vacataires qui viennent pour des remplacements ponctuels. Cela favorisera les relations et les interactions avec les résidents.

De plus, les nouveaux regards portés sur eux par les salariés-apprenants permettront de renouveler voire de réactiver l'attention prêtée à leurs besoins et leurs attentes pour leur meilleure prise en compte. Cela pourra être observé à court terme, dès la première session de l'ACI.

Cette ouverture de l'EHPAD à l'extérieur est aussi un facteur favorisant le lien social.

En définitive, ce dispositif doit permettre aux personnels de retrouver, sinon de ne pas perdre, le sens de leur travail et de leurs missions, en les aidant à dépasser le lien fonctionnel pour aller vers davantage de lien humain et d'interactions. C'est une dynamique à entretenir sur le long terme.

D) Faire évoluer l'image de l'EHPAD Les Bluets et sa place sur le territoire

Cet objectif ne s'entend que sur le long terme.

En tant qu'établissement pilote du projet d'ACI et établissement d'accueil de ses salariés-apprenants, l'EHPAD Les Bluets se positionnera comme lieu ressource pour son territoire. Cette ouverture sur l'extérieur en fera un acteur unique de la politique sociale du territoire. Par ailleurs, tous les éléments précités contribueront à la création d'une identité propre à souder les équipes et les résidents, et participeront à la construction d'une culture d'entreprise.

Au final, l'attractivité des Bluets vis-à-vis de candidats potentiels, de futurs résidents et de leurs familles, sera favorisée. Il pourrait aussi devenir une structure motrice dans le département, en déployant par exemple le dispositif d'ACI. Ainsi, sa place sur le territoire sera renforcée, et son développement favorisé.

3.1.2 Obtenir l'adhésion au projet

A) Les soutiens en interne

En premier lieu, je me suis adressée de manière informelle à ma collègue directrice de la ressource d'Aubervilliers. Je souhaitais lui exposer les grandes lignes de mon projet, tester sa faisabilité théorique auprès d'une professionnelle de l'IAE et recueillir ses conseils sur le montage. Je voulais aussi connaître sa motivation et sa disponibilité

possibles pour un tel projet. Elle s'est rapidement ralliée à ma proposition et a accepté de s'y associer en m'aidant à rédiger un pré-projet.

En parallèle, j'ai tenu informés de mes démarches mes collaborateurs de l'équipe de direction de l'EHPAD Les Bluets (cadre de santé, responsable de l'hôtellerie, responsable technique et médecin coordinateur). Je leur ai présenté le pré-projet, en mettant aussi en avant les expériences réussies du Gecoh et de la MBB comme exemples pouvant être transposés et adaptés à notre établissement. J'ai obtenu leur appui pour la mise en œuvre du projet.

Ces soutiens seront des arguments en faveur du projet lors de mes démarches auprès des directions opérationnelles et de la gouvernance de l'association.

B) Les directions opérationnelles de l'association et la gouvernance

Courant septembre 2016, je présenterai le pré-projet d'abord à la direction des programmes soin, handicap, dépendance, à laquelle je suis rattachée, pour obtenir son accord sur la démarche.

C'est avec son soutien que je présenterai ensuite ce pré-projet, avec la directrice de la ressource, auprès de la direction des programmes d'inclusion sociale. Notre objectif sera alors d'obtenir leur accord pour un co-pilotage du projet et une mise à disposition de leur part des compétences en IAE nécessaires.

Il s'agira précisément de mutualiser, entre la ressource et l'ACI de l'EHPAD Les Bluets, les postes de responsable d'ACI, de CIP et d'assistante administrative.

Avant la formalisation de cet accord, je préconise que moi et la directrice de la ressource présentions ce projet à la direction générale (DG) de l'association. Je trouve en effet important que, dans le cadre d'une innovation et d'un projet à caractère un peu expérimental, nous ayons l'accord de principe et le soutien de la DG. Elle pourra ainsi exposer ce projet à la gouvernance, lors d'un prochain conseil d'administration (CA).

C) Les instances représentatives du personnel (IRP) et les salariés

Une fois l'accord des deux directions opérationnelles obtenu, je présenterai le pré-projet aux IRP de l'EHPAD Les Bluets. J'expliquerai d'abord les objectifs du projet en mettant en avant ses bénéfices possibles pour les salariés et la politique de GRH. Je veillerai à être très pédagogique et claire sur la place et le statut des salariés de l'ACI en CDDI comme sur le rôle des tuteurs.

Je ferai de même dans la présentation du pré-projet à mes collaborateurs. L'idéal est de faire cette présentation lors d'une réunion plénière. Afin de pouvoir informer tous les salariés, il me semble nécessaire d'en organiser plusieurs (il est quasiment impossible de réunir tous les salariés en même temps). Le message pourra être relayé par les cadres

lors de leurs réunions d'équipe. Comme porteuse du projet, et pour asseoir sa légitimité, je souhaite néanmoins autant que faire ce peut prendre en charge moi-même cette présentation.

D) Les résidents et le conseil de la vie sociale (CVS)

Sur le même modèle très pédagogique, je présenterai le pré-projet au CVS de décembre. Je soulignerai particulièrement les bénéfices attendus pour la qualité de l'accompagnement des résidents.

J'informerai ces derniers lors de l'une des prochaines réunions mensuelles d'information et d'échanges que je tiens avec la psychologue.

3.2 La mise en œuvre du projet

3.2.1 Un partenariat interne

Le pilotage du projet de création d'un ACI pré-qualifiant sera un copilotage entre la direction de l'EHPAD Les Bluets (moi-même) et la direction de la ressource.

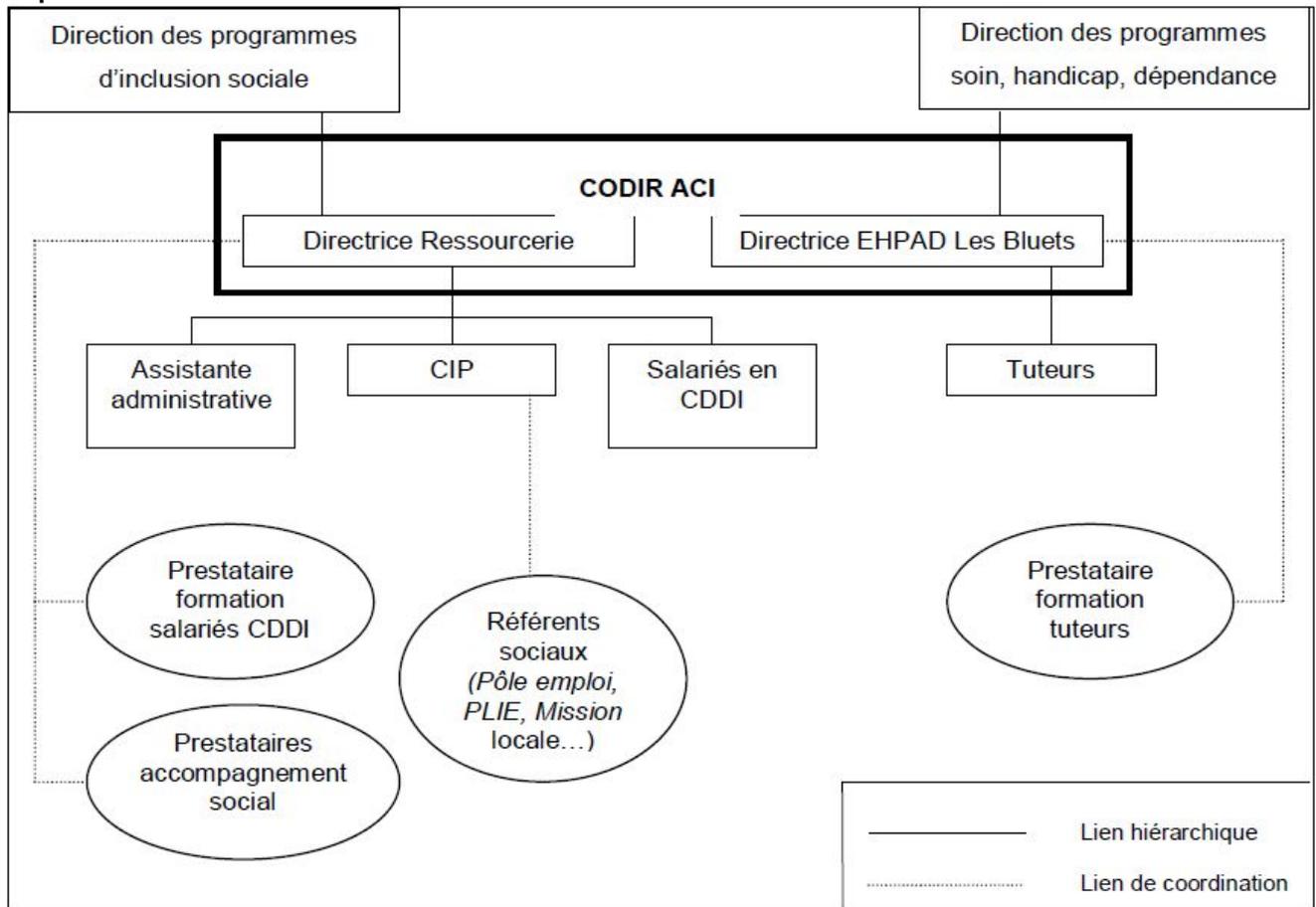
La direction hiérarchique de cet ACI et son organigramme posent d'autres questions. Compte tenu de la législation dans laquelle s'inscrivent les ACI, et que l'EHPAD Les Bluets n'est pas conventionné pour en porter, donc n'est pas financé pour ce type de mission, je ne peux être responsable de cet ACI.

Une codirection me semble l'organisation la plus adaptée aux exigences réglementaires et aux objectifs du projet. Il s'agit de mutualiser des moyens et des compétences au service des résidents de l'EHPAD et des salariés de l'ACI à créer. De plus, je dois avoir dans ce projet une position qui me permette d'être garante de l'apport d'une réponse aux besoins des résidents.

L'établissement et la signature d'une convention de partenariat entre la direction des programmes soin, handicap, dépendance et la direction des programmes d'inclusion sociale cadrera notamment nos rôles et responsabilités respectifs ainsi que la fonction du comité de direction (Codir) que nous constituerons.

Tout ce qui ressort du champ d'action de l'IAE et de son financement sera sous la responsabilité directe de la directrice de la ressource (salariés en CDDI, équipe IAE, coordination des relations avec les prestataires). Je sélectionnerai et dirigerai l'équipe des tuteurs. Nous déciderons ensemble le recrutement des salariés en CDDI, de la validation de leur évaluation, du choix des prestataires.

Schéma d'organisation de l' « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution »



3.2.2 Le comité de pilotage

Cette instance sera décisionnaire à chaque grande étape de la construction du projet et en assurera le suivi. Il validera :

- la composition des groupes de travail sur les contenus (formation des salariés en CDDI, formation des tuteurs, accompagnement social) ;
- le cahier des charges final du projet ;
- le cahier des charges de l'appel d'offres auprès des prestataires éventuels ;
- le calendrier de l'ACI ;
- le bilan de la première session avant qu'il soit présenté aux directions opérationnelles concernées.

Outre le Codir de l'ACI, seront conviés à participer à ce Copil : la CIP, et pour l'EHPAD Les Bluets, la cadre de santé, la responsable de l'hôtellerie, un représentant du CVS, un représentant des résidents, un représentant des salariés de chaque métier concerné (AS, AMP, AVS, ASH).

3.2.3 Les partenaires de l'accompagnement et du suivi social

Le réseau local de partenaires de l'insertion est indispensable au fonctionnement d'un ACI et tout particulièrement lors d'une phase de création. Ces partenaires sont acteurs de la mise en relation entre les besoins de personnes très éloignées de l'emploi et les besoins d'un ACI qui recherchent des profils adaptés à son projet. Dans leurs équipes, des référents sociaux accompagnent les personnes dans leur parcours d'insertion socio-professionnelle.

En l'occurrence, nous nous appuyerons sur et développerons les relations déjà tissées par l'équipe de la ressourcerie. Les partenaires ciblés sont Pôle emploi, Plaine Commune, le PLIE, la Mission intercommunale insertion jeunes à Epinay-sur-Seine (mission locale)⁷⁵ et, plus spécifiquement pour le public RSA, le Service Social Départemental et Les Projets de Ville RSA. Pour ces derniers, si l'équipe de la ressourcerie connaît le responsable du projet de ville RSA d'Aubervilliers, il faudra nouer contact avec ceux de Saint-Ouen et des communes limitrophes.

Nous commencerons les démarches auprès de ces partenaires dès le pré-projet validé par nos directions opérationnelles. La première action à mener avec eux sera la co-organisation des réunions d'information auprès de candidats potentiels à notre ACI.

Par la suite, la CIP assurera la coordination des référents sociaux des salariés recrutés en CDDI pour leur accompagnement socio-professionnel. La principale difficulté à prévoir sera de parvenir à réunir régulièrement tous ces référents pour des points de suivi, mensuels dans l'idéal. Pour y pallier, les réunions pourront se tenir à distance, par téléphone, et un système d'échanges par e-mail devra être instauré. A minima, je pense nécessaire que se tiennent 3 réunions en présentiel : une au moment du lancement du chantier, une à mi-parcours et une au moment de l'évaluation finale des salariés en CDDI.

3.2.4 Les groupes de travail sur les contenus

Trois groupes de travail seront montés pour déterminer les thématiques et les axes de travail sur lesquels les prestataires des formations et de l'accompagnement social devront bâtir leurs propositions. Ce travail sera intégré aux cahiers des charges diffusés lors des appels d'offres. Je préconise de nous inspirer des contenus des ACI de la MBB et du Gecoh. Je pourrai même solliciter la contribution et les conseils de mes contacts dans ces structures. Ainsi je participerai à tous les groupes de travail, marquant aussi de cette manière mon implication dans le projet.

⁷⁵ « Dans le cadre de leur mission de service public pour l'emploi, [les missions locales] ont pour objet d'aider les jeunes de 16 à 25 ans révolus à résoudre l'ensemble des problèmes que pose leur insertion professionnelle et sociale en assurant des fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement », Code du travail, art. L.311-10-2.

A) La formation des salariés en CDDI

Je propose que la directrice de la ressource humaine pilote ce groupe auquel la CIP participera ainsi que 2 ou 3 salariés de l'EHPAD Les Bluets qui ont déjà été référents de stagiaires en formation. Leur expérience sera utile pour déterminer les fondamentaux incontournables à aborder. La sensibilisation aux besoins des personnes âgées et aux répercussions du vieillissement sur leur vie (notamment ce qui a trait à la dépendance, à l'hygiène, à l'alimentation) en fait partie. Aborder les troubles du comportement et la manière d'avoir une approche interculturelle des pratiques me semble aussi nécessaire comme le sujet de la bientraitance, des valeurs, du questionnement éthique. Ce groupe travaillera aussi sur la grille d'évaluation des salariés-apprenants.

B) La formation des tuteurs

La composition du groupe de travail sera la même, piloté cette fois par moi-même. Le contenu de la formation devra aborder les missions et le rôle du tuteur dans le contexte particulier de l'ACI. Je tiens aussi à ce que le travail en équipe projet soit traité. Car à mon sens, le tutorat, dans le cadre de notre ACI, devra être aussi un travail d'équipe. Ce groupe élaborera également une Charte du tuteur et contribuera à la construction de la grille d'évaluation des salariés-apprenants (aller-retour entre les deux groupes de travail concernés).

C) L'accompagnement social des salariés en CDDI

Ce groupe sera constitué de la CIP, qui le pilotera, de la directrice de la ressource humaine et moi-même. Leur expérience de l'IAE et de ses usagers, sur le territoire, permettra de cerner plus finement les thématiques à aborder. Il y aura deux volets à cet accompagnement : un volet sur la recherche d'emploi et les usages du marché du travail ; un volet centré sur l'image de soi et l'acquisition de la confiance en ses capacités.

3.2.5 Le suivi et l'évaluation des salariés-apprenants

A) Le suivi socio-professionnel

Il sera assuré par la CIP. Sa mission⁷⁶ est de favoriser l'insertion sociale et professionnelle des salariés en CDDI par des réponses individualisées et en prenant en compte les dimensions multiples de l'insertion : emploi, formation, logement, santé,

⁷⁶ Source : Le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP), code RNCP : 403.

mobilité, accès aux droits. Son action vise à les aider à construire et à s'approprier un parcours d'accès à l'emploi. Il s'agit d'appréhender la personne dans sa globalité, d'analyser ses besoins, d'identifier ses difficultés, ses potentialités, ses compétences et ses motivations, pour établir avec elle un diagnostic partagé de sa situation.

Ce suivi sera donc individualisé et sera combiné avec des actions collectives pour favoriser une dynamique de groupe. Les interventions de la CIP seront hebdomadaires et pendant toute la durée de l'ACI. Elle les mènera en coordination avec les référents sociaux des salariés en CDDI (cf. 3.2.3).

B) L'évaluation des salariés-apprenants

Cette évaluation comportera 3 volets :

- Un volet terrain, mené par chaque tuteur, à l'appui de la grille d'évaluation à remplir avec le salarié-apprenant au fur et à mesure de son parcours.

Ce suivi individuel sera complété par un éclairage collectif apporté lors des réunions de coordination des tuteurs que je conduirai. Leur fréquence sera mensuelle, complétée d'une réunion au lancement de l'ACI et d'une avant l'évaluation globale finale.

- Un volet formation, mené par l'équipe pédagogique du prestataire choisi. Les modalités de cette évaluation seront déterminées ensemble par le Codir de l'ACI et le prestataire.
- Un volet global, à la fin de l'ACI, mené par le Codir, la CIP et les référents sociaux des salariés-apprenants. L'objectif sera de statuer sur les orientations possibles et les suites à donner au suivi de chacun, notamment : quels sont ceux en mesure de se présenter à l'admission aux formations diplômantes visées ? Quels sont ceux qui pourraient être embauchés directement dans l'EHPAD Les Bluets comme ASH ?

3.2.6 Les points de vigilance de l'organisation du projet

A) La coordination des plannings

La mutualisation des postes de responsable d'ACI et de CIP avec la ressource va demander aux collègues concernées de bien articuler leurs plannings entre les 2 ACI sur lesquelles elles travaillent. Un calage du calendrier de l'ACI pré-qualifiant sur celui de la ressource pourra même être étudié. Il faudra pour le moins en tenir compte pour organiser l'occupation des locaux de la ressource pour les regroupements nécessaires au suivi social des salariés de l'ACI pré-qualifiant.

Dans l'EHPAD Les Bluets, la difficulté sera d'intégrer aux plannings des tuteurs et participants aux groupes de travail le temps nécessaire à ces missions. S'ajoutera à cela la nécessité d'avoir la meilleure coordination possible entre les temps de présence des salariés-apprenants et ceux de leurs tuteurs. J'étudierai ces points avec la cadre de santé et la responsable de l'hôtellerie.

B) La coordination entre les différents volets de l'ACI

Favoriser la circulation et le partage d'informations entre les volets formation, terrain-professionnalisation et suivi social sera primordial pour assurer la qualité du suivi des salariés-apprenants. Le rôle du Codir sera fondamental, et la bonne collaboration entre la directrice de la ressource et moi-même sera décisive en la matière.

Tous ces points sont essentiels pour permettre le déroulement du projet dans de bonnes conditions. Il s'agit d'entretenir l'adhésion au projet et particulièrement la motivation des tuteurs, et de garantir la qualité de l'accompagnement des salariés-apprenants afin que cela se traduise positivement sur le terrain, auprès des équipes et des résidents.

Il s'agit aussi bien sûr de garantir la continuité et la qualité de l'accompagnement des résidents des Bluets pendant la durée du chantier. L'ACI doit être un plus, et non venir empiéter sur leur qualité de vie.

3.3 Les principales étapes du projet

3.3.1 La préparation du cahier des charges

Le Codir de l' « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution » pilotera l'élaboration du cahier des charges du projet et en validera les différentes déclinaisons. La production des groupes de travail sur les contenus constituera une grande part dans sa réalisation.

A) Objectifs du cahier des charges

Basé sur le pré-projet présenté aux directions opérationnelles de l'association, le cahier des charges du projet d'ACI sera décliné en 5 versions :

- les cahiers des charges diffusés lors des appels d'offres pour la formation des salariés-apprenants, leur accompagnement social, et la formation des tuteurs ; ils viendront alimenter
- l'appel à projets de Plaine Commune, le PLIE dans le cadre de sa programmation 2017, pour obtenir un financement FSE ; cette version complètera

- le dossier pour la présentation du projet au CDIAE afin qu'il soit validé et que l' « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution » soit conventionné, et donc financé.

B) Les dimensions de l'ACI

Les propositions que je formule se basent sur les exemples de la MBB et du Gecoh. Elles pourront bien sûr être affinées.

Je préconise de dimensionner l'ACI à 10 salariés en CDDI. Il s'agit d'une première session, d'un ACI-test en quelque sorte. Sa dimension doit donc être maîtrisable dans le cadre du fonctionnement quotidien de l'EHPAD Les Bluets. Cette dimension permet un niveau de financement correct et la création d'une dynamique de groupe. Pour les maintenir, nous veillerons particulièrement à l'assiduité des personnes et à limiter les risques d'abandon.

Un CDDI de 26 heures hebdomadaires me semble adapté à un accompagnement profitable. Cela rentre également dans le cadre de la législation qui pose la durée minimale de travail en ACI à 20 heures⁷⁷.

De même, je propose qu'il se déroule sur 10 mois. Si l'on enlève les périodes de congés et les éventuels ponts de mai, cela représente entre 39 et 40 semaines, soit de 1 014 à 1 040 heures. Partons sur une base de 1 030 heures, avec 390 heures de formation (15 semaines) et 640 heures de stage dans l'EHPAD Les Bluets (donc 640 heures de tutorat). Compte tenu du temps nécessaire à la création et à la mise en place de cet ACI, je propose un lancement en septembre 2017 pour s'achever en juin 2018.

Le travail sur le cahier des charges se fera sur octobre et novembre 2016. Ses différentes déclinaisons tiendront compte des échéances du PLIE et du CDIAE.

3.3.2 La validation et le financement de l'ACI

Cette phase stratégique est rendue complexe par le nombre de strates budgétaires et le nombre et la nature des financeurs concernés. Une attention particulière devra être portée au respect des diverses échéances liées et à leur articulation dans le cadre du calendrier global du projet.

⁷⁷ Décret n° 2015-1435 du 5 novembre 2015 relatif à la durée minimale de travail en atelier et chantier d'insertion et portant diverses mesures relatives à l'insertion par l'activité économique.

A) Financement PLIE / FSE

Dans le cadre de sa programmation annuelle, Plaine Commune, le PLIE lance un appel à projets pour obtenir des financements du FSE. En supposant que le calendrier 2017, non encore disponible, sera calqué sur celui de 2016, nous devons déposer notre dossier entre fin janvier et début mars 2017. La notification aux bénéficiaires sera faite en juin, la signature de la convention de financement FSE ayant lieu en septembre.

Dans notre dossier, nous veillerons à répondre à tous les critères de sélection édictés par le PLIE (dont je tiens compte dans la présentation du projet que je propose dans ces lignes) : plus-value de l'opération par rapport aux interventions de droit commun du territoire, son organisation générale, son contenu, les méthodes et outils employés, les moyens matériels et humains, les modalités d'évaluation de la progression des participants, tout cela adapté à l'objectif et au public ciblé.

Le coût de l'opération aura aussi son importance. Et, comme dans sa programmation 2016, le PLIE devrait privilégier les opérations dont les bénéficiaires seront en mesure d'apporter des contreparties publiques ou privées. Effectivement, nous n'envisageons pas de financement 100 % FSE.

« Le cofinancement du PLIE permettra aux structures de mettre en place l'encadrement technique nécessaire à l'accomplissement des missions professionnelles confiées aux salariés en insertion, la réalisation de formation et la mise en place d'opérations d'accompagnement en relation avec les référents ».

B) Le CDIAE

Le CDIAE est l'instance qui décide du conventionnement des structures d'IAE au titre du FDI. Nous n'avons pas encore connaissance du calendrier 2017 des sessions du CDIAE de la Seine-Saint-Denis qui se réunit régulièrement. En me basant sur l'expérience de la MBB, et compte tenu que je propose pour notre ACI un calendrier similaire, je préconise de déposer notre dossier en mars 2017. Ainsi, nous devrions avoir leur réponse mi-avril. En cas d'accord, nous devons mener, dès fin avril, le dialogue de gestion avec le CDIAE pour finaliser le financement. Les discussions devraient notamment porter sur les profils à recruter en CDDI. Nous pouvons anticiper cela, ce qui serait aussi un point positif pour notre dossier. En effet, le département cible particulièrement l'insertion des personnes bénéficiaires du RSA et des habitants des QPV.

C) Les OPCA

La prise en charge des frais pédagogiques de la formation des salariés en CDDI pourra être demandée à l'OPCA Uniformation. Le volet formation dans le cadre d'un ACI est alors considéré comme une période de professionnalisation. Nous devons déposer un dossier de demande de prise en charge, accompagné d'un devis fourni par le prestataire

de formation choisi. Je préconise de faire cette démarche en janvier 2017 de manière à pouvoir en intégrer le résultat aux dossiers pour le FSE et le CDIAE.

Je propose de mener une démarche similaire pour le financement de la formation des tuteurs auprès de l'Unifaf (Fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale).

D) Budget prévisionnel

La simulation budgétaire que je propose est une estimation faite sur la base du budget 2016 de l'ACI « préparation au diplôme d'Etat d'AS » de la MBB.

Mon estimation se porte à près de 388 400 € pour un ACI de 10 salariés en CDDI.

Pour l'aide au poste, la révision de l'estimation dépendra du montant socle arrêté pour 2017 et du bilan de l'ACI sur les critères imposés par le CDIAE. En effet, j'ai retenu pour cette simulation un montant modulé égal à 10 % du montant socle. C'est la fourchette haute de l'estimation possible.

Notre projet se basant sur la création d'un ACI, nous devrions négocier un financement spécifique supplémentaire auprès du CDIAE.

Pour une nouvelle structure, le conventionnement est annuel. Une fois la stabilité financière et les résultats en emploi démontrés, un conventionnement pluriannuel pourra être négocié de manière à sécuriser le dispositif.

ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution Simulation budgétaire pour 10 salariés en CDDI

			Part dans le budget
	Budget total estimé <i>(estimation au pro rata du budget MBB)</i>	388 368,79 €	
Rémunération des salariés en CDDI (95 %) + accompagnement socio-professionnel et encadrement technique (5 %)	Aide au poste socle <i>(montant 2016 : 19 474 x 10)</i>	194 740,00 €	50 %
	Aide au poste modulée <i>(si 10 % montant socle)</i>	19 474,00 €	5 %
Formation des salariés en CDDI + financement des actions et accompagnement socio-professionnel, encadrement technique	FDI <i>(si 23 % du budget comme la contribution du département de Paris à l'ACI MBB)</i>	89 324,82 €	23 %
Formation des salariés en CDDI + formation des tuteurs	OPCA Uniformation et Unifaf <i>(si même part que dans le budget MBB)</i>	45 783,75 €	12 %
Financement des actions et accompagnement socio-professionnel, encadrement technique	FSE <i>(estimation par rapport aux autres postes budgétaires)</i>	39 046,22 €	10 %

3.3.3 Les appels d'offres pour les formations et l'accompagnement social

Les cahiers des charges des prestataires seront finalisés à partir du cahier des charges du projet et des productions des groupes de travail sur les contenus.

La diffusion de l'appel d'offres et la sélection des prestataires se feront entre mi-novembre et mi-décembre, de manière à les articuler avec les demandes de financement auprès des OPCA concernés. L'assistante administrative de l'ACI se chargera de la gestion de l'envoi et de la réception des dossiers.

Le Codir de l'ACI établira la liste des organismes auprès desquels diffuser les cahiers des charges à l'appui de l'expérience des équipes de la direction des programmes d'inclusion sociale de l'association Charcot.

Il déterminera également les critères de sélection des prestataires. Plusieurs axes me semblent incontournables :

- la facilité d'accès pour les participants afin de favoriser leur assiduité ;
- la qualité des contenus et leur bonne adéquation avec les profils des participants ;
- les modes d'évaluation proposés ;
- leurs propositions s'agissant de la grille d'évaluation utilisée par les tuteurs ;
- pour la formation des tuteurs, une durée de 3 à 4 jours et une organisation qui prendra en compte leurs contraintes de travail.

Leur rôle est primordial dans le dispositif, cette formation doit donc leur donner tous les outils pour le tenir sans qu'ils se sentent en difficulté.

La signature des contrats sera conditionnée par l'obtention du conventionnement par le CDIAE. Ainsi, le travail avec les prestataires pourrait démarrer en mai 2017.

3.3.4 Le recrutement des salariés de l'ACI

A) Information et présélection (juin 2017)

Sur la base des exemples de la MBB et du Gecoh, nous savons qu'il faudra envisager la venue de 150 à 160 personnes pour avoir un nombre de candidatures suffisant. Ainsi nous co-organiserons de 4 à 5 sessions d'information sur notre ACI avec nos partenaires de l'accompagnement et du suivi social. Je co-animerai ces réunions d'1 à 2 heures avec la directrice de la ressource. A l'issue de chaque session, nous recueillerons les CV des personnes intéressées à participer à la présélection.

Sur la base de l'exemple de la MBB, cette présélection consistera en deux tests, de mathématiques, et de niveau de compréhension et de rédaction en français. Ils seront élaborés avec la CIP et le prestataire de la formation des futurs salariés en CDDI. Ces devront mesurer les pré-requis indispensables pour suivre la formation.

En cas de tests non validés, la directrice de la ressource et la CIP feront faire le point avec les référents sociaux des personnes concernées pour leur proposer des solutions

(par exemple, des cours de mise à niveau en français ou la participation à la ressourcerie) pour poursuivre leur parcours. Cela ne doit pas être vécu comme un échec ni une sanction.

B) Sélection et recrutement (juin / juillet 2017)

La CIP, avec l'appui du prestataire de la formation des futurs salariés en CDDI, validera les tests. Elle fera aussi ses propositions à partir des CV déposés.

Les personnes ayant réussi les tests passeront un entretien de recrutement avec les deux membres du Codir de l'ACI, qui prendront la décision finale. Nous préparerons ces entretiens avec la psychologue de l'EHPAD Les Bluets pour avoir son éclairage sur les profils adaptés au dispositif.

Pour déterminer les critères de sélection, nous nous baserons sur les éléments imposés par la réglementation des ACI et leurs financeurs : privilégier les bénéficiaires du RSA, les habitants des QPV, les plus de 45 ans, les moins de 26 ans, et autant que possible des hommes (pour éviter un groupe exclusivement féminin et aller dans le sens de la parité).

La facilité d'accès à l'EHPAD Les Bluets et aux locaux de la ressourcerie pour les regroupements me semble un critère à prendre en compte pour favoriser l'assiduité dans le dispositif.

Nous signerons une promesse d'embauche avec les personnes recrutées pour une entrée en poste en septembre. Cette formalisation (avec l'appui de la DRH de l'association Charcot) doit marquer qu'il s'agit bien d'un entretien d'embauche, que ce n'est pas une formalité, pour éviter par ailleurs les abandons précoces. Nous constituerons aussi une liste de personnes admissibles pour pallier d'éventuels désistements en septembre.

C) Entrée en poste (septembre 2017)

Le premier jour de l'ACI, les personnes recrutées signeront un CDDI avec la directrice de la ressourcerie, en tant que responsable de l'ACI à laquelle elles seront hiérarchiquement rattachées.

Par ailleurs, ces salariés en CDDI signeront une convention de partenariat avec les deux membres du Codir de l'ACI : la directrice de la ressourcerie en tant que responsable de l'ACI et moi-même, comme directrice de l'EHPAD Les Bluets accueillant les salariés-apprenants en stage. Comme pour le CDDI, nous déterminerons le contenu de cette convention avec l'appui de la DRH. Il devra être explicité sur le cadrage des conditions du stage (contexte de l'ACI, statut du salarié, règlement intérieur, motifs de rupture de la convention,...).

Enfin, un Livret du salarié-apprenant sera remis à chacun. Il sera un document pédagogique et de suivi (cf. 3.4 A) pour le contenu).

3.3.5 La sélection des tuteurs

Elle se déroulera en juin 2017, suite aux informations communiquées aux équipes sur le projet d'ACI et à la tenue des groupes de travail sur les contenus (qui peuvent faire office de présélection). Je m'occuperai de cette sélection, avec l'appui de la cadre de santé, car cette mission ciblera les AS, AMP et AVS.

Elle se fera uniquement sur la base du volontariat car, comme je l'ai montré, cette mission demande motivation et implication.

Les 10 tuteurs sélectionnés (1 tuteur référent pour chaque salarié-apprenant) signeront une lettre de mission que je cosignerai en tant que membre du Codir de l'ACI et directrice de l'EHPAD Les Bluets, leur responsable hiérarchique. Elle les engagera à suivre l'entièreté de la formation au tutorat et à mener leur tutorat jusqu'à la fin de l'ACI. Des clauses de rupture seront prévues. J'élaborerai ce document avec l'appui de la DRH de l'association.

De plus, chacun signera la Charte du tuteur pour marquer son adhésion aux valeurs et à l'éthique que revêt cette mission.

La formation au tutorat sera ensuite organisée sur juin, juillet et août 2017 pour que les tuteurs soient prêts au lancement de l'ACI, en septembre.

A la fin de cette formation, un Livret du tuteur leur sera délivré, aide-mémoire de leur mission élaboré avec le prestataire de la formation.

Je m'attacherai à gérer au mieux les absences imprévues des tuteurs. Elles ne devront pas empêcher le salarié-apprenant de venir en stage. Avec l'appui de la cadre de santé, j'organiserai un relai avec les collaborateurs présents. Cela peut favoriser aussi l'apprentissage du travail en équipe.

3.3.6 Le bilan de la première session de l'ACI

A) Objectif et contenu

L'objectif de ce bilan sera double. Il devra permettre de statuer sur la reconduction et la pérennisation de l'« ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution », d'abord au sein de l'association Charcot, ensuite auprès des financeurs.

Il sera rédigé par le Codir de l'ACI sur le modèle d'un rapport d'activité et sur la base des éléments et indicateurs de suivi et d'évaluation.

Ce bilan sera quantitatif, qualitatif et financier. Il analysera les écarts entre le cahier des charges initial et le déroulement réalisé.

Il portera d'une part, sur les salariés en CDDI et l'évolution de leur parcours d'insertion et, d'autre part, sur la plus-value de l'ACI pour l'EHPAD Les Bluets, ses salariés (les tuteurs en premier lieu) et ses résidents.

Cette plus-value sera mesurée notamment au travers d'enquêtes de satisfaction : l'une auprès des résidents (leur perception des salariés-apprenants, des changements éventuellement apportés dans leur environnement quotidien pendant et après les 10 mois de présence des salariés-apprenants...); l'autre auprès des tuteurs (impact de leur mission sur la manière de considérer leur métier, leurs pratiques, changements éventuels qu'ils auraient apportés dans leurs pratiques, dans le regard porté sur les résidents...). L'équipe de direction des Bluets pourra aussi s'appuyer sur les entretiens annuels pour mesurer la perception de la valeur ajoutée de ce dispositif parmi les collaborateurs.

B) Calendrier prévisionnel

En interne, après validation par le Copil, nous présenterons ce bilan d'abord, aux directions opérationnelles concernées, à la DG et au CA, pour acter la possibilité de renouveler et développer le partenariat mis en place ; ensuite, au CVS et aux salariés de l'EHPAD Les Bluets.

Pour organiser la présentation aux financeurs, deux options doivent être étudiées :

1/ Tabler sur le renouvellement du dispositif et de ses financements et préparer un nouvel ACI pour un démarrage en septembre 2018. Cela implique de faire un bilan à mi-parcours (janvier-février 2018) pour obtenir le soutien technique et financier de l'association, avant de présenter au CDIAE ce bilan provisoire et un projet mis à jour en mars 2018.

2/ Attendre l'avis des financeurs sur le bilan définitif pour lancer un nouvel ACI en janvier 2019. Cela implique de mener ce bilan sur juillet-août 2018 pour un dépôt du dossier au CDIAE en septembre 2018.

3.4 Les outils à élaborer

A) Livret du salarié-apprenant

Document pédagogique et de suivi remis à chaque salarié-apprenant au démarrage de l'ACI, il sera élaboré par le Codir de l'ACI et la CIP. Je propose comme base de travail la trame suivante :

- Mot de bienvenue
- Présentation de l'association Charcot (les valeurs, ...) et de l'EHPAD Les Bluets (règlement intérieur, ...)
- Présentation de l'« ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution »
 - o L'organisation
 - o Les règles de fonctionnement (horaires, retards et absences, sanctions disciplinaires, la paie, ...)

- La formation au sein du dispositif
 - o La formation théorique (contenu détaillé, pédagogie, règles de vie en formation, ...)
 - o Le tutorat
 - o L'évaluation (théorique et pratique)
 - o Les perspectives d'emploi
- Les outils
 - o Les référentiels d'activités et de compétences des métiers visés
 - o Le calendrier (périodes de formation, de stage et d'accompagnement social)
 - o La grille d'évaluation des salariés-apprenants pour le tutorat

B) Charte et Livret du tuteur

Comme évoqué précédemment, ces documents seront élaborés dans le cadre du groupe de travail sur la formation des tuteurs et à l'appui des propositions du prestataire de cette formation.

La Charte établira les valeurs et l'éthique de la mission de tuteur.

Pour le Livret du tuteur, je préconise la trame suivante :

- Qu'est-ce qu'un ACI ?
- Qu'est-ce que le tutorat ?
- Qu'est-ce que le tutorat dans l'« ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution »
- Grille d'évaluation des salariés-apprenants pour le tutorat

C) Grille d'évaluation des salariés-apprenants pour le tutorat

Cette grille sera élaborée dans les groupes de travail sur les contenus de formation et avec le prestataire de la formation auprès des salariés-apprenants.

Elle sera remplie par chaque tuteur avec le salarié-apprenant au fur et à mesure de l'avancement de la formation et du stage.

L'évaluation portera sur deux grands axes :

- le comportement professionnel (capacité à adopter une attitude professionnelle, capacité à se situer dans une équipe de travail) ;
- les pratiques professionnelles (hygiène des locaux, initiation à l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, initiation à l'appréciation de l'état d'une personne âgée, initiation à la réalisation de soins, communication avec les résidents et l'entourage, la transmission d'informations, l'organisation du travail en équipe).

Dans cette grille, le tuteur comme le salarié-apprenant pourront noter les progrès observés, les réussites, les difficultés rencontrées et solutions apportées, les questions posées et leurs réponses (cf. exemple de trame en annexe 10).

3.5 Le plan de communication

Comme je l'ai exposé dans les pages précédentes, la communication sur le projet de création d'un « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution » sera stratégique à toutes les phases de sa mise en place : pour l'adhésion au projet en interne, le développement du réseau local des partenaires de l'insertion, auprès des financeurs, pour le recrutement des salariés en CDDI et la sélection des tuteurs.

Afin d'entretenir une circulation fluide de l'information tout au long du projet, le Codir de l'ACI assurera le bon fonctionnement de la coordination avec les partenaires de l'insertion et les prestataires ; et, comme directrice de l'EHPAD Les Bluets, je serai garante de la bonne coordination de l'équipe des tuteurs.

Nous ferons aussi des points d'avancement auprès de nos directions opérationnelles respectives, lors des réunions mensuelles des directeurs d'établissements.

De même, comme cela est prévu dans les statuts de Plaine Commune, Le PLIE, nous adresserons à son Comité des financeurs un bilan financier intermédiaire sur l'utilisation des fonds FSE.

Par ailleurs, si les financeurs de l'EHPAD Les Bluets ne sont pas directement concernés, je veillerai à les informer du projet et de son évolution afin d'abord, de les assurer que cela n'empiète pas sur le budget et les missions de l'établissement et, ensuite, d'en valoriser auprès d'eux les apports pour les collaborateurs et les résidents.

Plus précisément, j'identifie quatre moments-clés pour cette démarche : la validation du projet en interne, la validation du projet par les financeurs, le lancement de l'ACI, la présentation de son bilan.

Enfin, je serai attentive à informer régulièrement mes collaborateurs, les résidents et leurs familles de manière à conforter l'adhésion au projet. J'intégrerai un point d'information spécifique dans la lettre mensuelle diffusée aux résidents et à leurs familles ; je ferai de même à l'ordre du jour des réunions de l'équipe de direction de l'EHPAD, pour retransmission aux collaborateurs. J'aborderai le sujet lors de chaque CVS (4 par an), et lors des rencontres avec les IRP.

3.6 Les indicateurs de suivi et d'évaluation

Les indicateurs de suivi et d'évaluation de l' « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution » doivent s'entendre à plusieurs niveaux.

Il y a d'un côté, ceux qui concernent directement le fonctionnement de l'ACI et les salariés en CDDI ; et de l'autre, ceux qui concernent l'EHPAD Les Bluets, ses résidents et ses collaborateurs.

Par ailleurs, certains indicateurs seront suivis tout au long du chantier et auront du sens à court terme. D'autres s'analyseront à court / moyen terme et alimenteront le bilan final du chantier. Enfin, si l'ACI est renouvelé et mené chaque année, des indicateurs supplémentaires de moyen / long terme pourront être mis en place.

La liste que je propose se base sur les critères d'évaluation donnés par les financeurs et les exemples de la MBB et du Gecoh. Elle n'est pas exhaustive et pourra être complétée à la faveur des échanges au sein de l'équipe de l'ACI et avec les partenaires.

A) Indicateurs de court terme, à suivre tout au long du chantier

a) *Pour l'ACI*

- Mesure de la légitimation du projet par les financeurs :
 - o Le niveau de financement obtenu
- Mesure de l'adéquation du contenu de l'ACI aux profils des participants, de la qualité de son suivi, de son efficacité :
 - o Le nombre de participants aux réunions d'information.
 - o L'assiduité des salariés-apprenants dans la formation et dans leur stage (taux de présence).
 - o L'évolution des salariés-apprenants sur le plan des pratiques professionnelles (niveau d'acquisition des fondamentaux, degré d'autonomie, ...).
 - o L'évolution des salariés-apprenants dans leur projet professionnel (confirmation, révision,...).

b) *Pour l'EHPAD Les Bluets*

- Mesure de la dynamique positive de l'ACI pour l'EHPAD et ses collaborateurs
 - o Les remontées et suggestions des tuteurs sur l'évolution des pratiques (recueillies notamment lors des réunions de coordination des tuteurs).
 - o La qualité de détection, de compréhension et de prise en compte des besoins des résidents (identifiée lors des réunions de transmission notamment).

Ces éléments auront des répercussions sur la qualité de l'accompagnement et notamment l'enrichissement des projets personnalisés.

- Mesure de la qualité de l'accompagnement et de la qualité de vie des résidents :
 - o Le niveau de participation des résidents à la vie sociale de l'établissement (le temps de présence dans les espaces collectifs, les discussions lors des repas, la participation aux activités proposées, ...).
 - o Le nombre de plaintes ou de signalement de dysfonctionnement de la part des familles.
 - o Le niveau de prise de médicaments à la demande (antalgiques) ou de « si besoin » (insomnie, angoisse, agitation, refus...).

B) Indicateurs de court / moyen terme

a) *Pour l'ACI*

- Mesure de l'adéquation du contenu de l'ACI aux profils des participants, de la qualité de son suivi, de son efficacité :
 - o Le nombre de personnes passant la sélection aux formations d'AS et d'AES.
 - o Le nombre de personnes admises aux formations d'AS et d'AES.
 - o Le nombre de personnes intégrant un emploi après l'ACI.
 - o Le nombre de personnes ayant revu leur projet professionnel.
 - o Le nombre d'abandons.

b) *Pour l'EHPAD Les Bluets*

- Mesure de la dynamique positive de l'ACI pour l'EHPAD et ses collaborateurs, et donc pour l'accompagnement (effets sur la GRH, le niveau de motivation et le moral des salariés, ...) :
 - o Le nombre de tuteurs souhaitant se repositionner sur une mission de tutorat.
 - o Le nombre de collaborateurs souhaitant se positionner sur une mission de tutorat.
 - o Le nombre et la nature des sollicitations pour travailler sur un projet d'évolution professionnelle (à identifier lors des entretiens annuels).
 - o Le nombre et la nature des sollicitations pour des formations sur des sujets spécifiques tels la bientraitance, la prise en charge non médicamenteuse, la communication avec des résidents qui ne sont plus en mesure de s'exprimer, ...

- Mesure de la qualité de vie des résidents :
 - La perception qu'ont les résidents du temps passé avec eux, à discuter par exemple.
 - La perception qu'ont les résidents de la prise en compte de leurs besoins et de leurs attentes.
 - Le niveau de satisfaction des résidents quant à l'aide qu'il leur est apportée dans leur vie quotidienne.
 - La perception qu'ont les résidents de la prise en compte de la douleur.

C) Indicateurs de moyen / long terme

a) *Pour l'ACI*

- Mesure de l'efficacité, de la qualité du suivi et de la légitimité de l'ACI :
 - Le nombre de salariés-apprenants de l'ACI intégrant un emploi après avoir achevé leur formation diplômante.
 - Le renouvellement de l'ACI et l'évolution du niveau de son financement.
 - L'évolution du nombre de candidatures à l'ACI.

b) *Pour l'EHPAD Les Bluets*

- Mesure de l'amélioration continue de l'accompagnement :
 - Des projets personnalisés enrichis et mieux adaptés aux besoins.
 - Le nombre de salariés-apprenants de l'ACI recrutés dans l'EHPAD Les Bluets, directement après la fin de l'ACI ou après avoir achevé leur formation diplômante.
 - Mesure de l'usure professionnelle et son évolution :
 - L'évolution du taux d'absentéisme.
 - L'évolution du turnover.
- Mesure de l'évolution de l'image de l'EHPAD Les Bluets et de son niveau d'attractivité :
 - Evolution du nombre de dossiers de demande d'admission.
 - Evolution du taux d'occupation.
 - Evolution du nombre de candidatures spontanées ou sur offre d'emploi.

3.7 Le calendrier

Le calendrier ci-contre porte sur l'élaboration du projet et le déroulement de la première session de l' « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution ».

Calendrier du projet d' « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution »

sept-16	<ul style="list-style-type: none"> * Présentation du pré-projet au sein de l'association Charcot : <ul style="list-style-type: none"> - directions opérationnelles - DG - IRP - collaborateurs de l'EHPAD Les Bluets - CVS et résidents <p>* Signature de la convention de partenariat entre la direction des programmes d'inclusion sociale et la direction des programmes soin, handicap, dépendance.</p>
oct-16	<ul style="list-style-type: none"> * 1er Copil * Démarrage du travail sur le cahier des charges du projet. * Lancement des groupes de travail sur les contenus. * Prise de contact avec les partenaires de l'insertion (référénts sociaux).
nov-16	<ul style="list-style-type: none"> * Validation des cahiers des charges pour les appels d'offres (formation salariés-apprenants, formation tuteurs, accompagnement social). * Lancement des appels d'offres.
déc-16	<ul style="list-style-type: none"> * Présentation du projet au CVS. * Sélection des prestataires.
janv-17	<ul style="list-style-type: none"> * Validation du dossier pour l'appel à projets PLIE / FSE. * Dépôt des dossiers de demande de financement des formations auprès des OPCA.
févr-17	<ul style="list-style-type: none"> * Dépôt du dossier de réponse à l'appel à projets PLIE / FSE. * Validation du dossier pour le CDIAE.
mars-17	<ul style="list-style-type: none"> * Dépôt du dossier CDIAE (début mars).
avr-17	<ul style="list-style-type: none"> * Réponse du CDIAE (mi-avril).
mai-17	<ul style="list-style-type: none"> * Dialogue de gestion avec le CDIAE pour caler le financement. * Lancement de la communication sur les réunions d'information pour le recrutement des salariés en CDDI.
juin-17	<ul style="list-style-type: none"> * Notification aux bénéficiaires des fonds PLIE / FSE. * Réunions d'information pour le recrutement des salariés en CDDI. * Sélection des tuteurs. * Formation des tuteurs (démarrage).
juil-17	<ul style="list-style-type: none"> * Tests de sélection et recrutement des salariés en CDDI. * Formation des tuteurs.
août-17	<ul style="list-style-type: none"> * Formation des tuteurs.
sept-17	<ul style="list-style-type: none"> * Signature de la convention de financement FSE avec le PLIE. * Lancement de l'ACI.
oct-17	Déroulement de l'ACI : formation / stage dans l'EHPAD Les Bluets / accompagnement social
nov-17	
déc-17	
janv-18	
févr-18	
mars-18	
avr-18	
mai-18	
juin-18	<ul style="list-style-type: none"> * Clôture de l'ACI.
juil-18	Elaboration du bilan final.
août-18	
sept-18	

Conclusion

La situation de l'EHPAD Les Bluets est symptomatique de la situation de la plupart des EHPAD en France. Les difficultés rencontrées au quotidien pour maintenir un encadrement adapté auprès des résidents menacent la qualité de l'accompagnement et donc leur qualité de vie.

Dans un contexte de complexification des profils accueillis, ces difficultés s'accroissent et pèsent de plus en plus sur les professionnels.

Pour l'institution, l'enjeu est donc de maintenir la continuité de l'accompagnement et de favoriser sa capacité à s'adapter à l'évolution des besoins, tant quantitativement (hausse du nombre de professionnels) que qualitativement (hausse de leur qualification).

Pour l'EHPAD Les Bluets, implanté en Seine-Saint-Denis, les besoins en recrutements qualifiés sont une opportunité d'innover pour garantir la qualité de l'accompagnement. Le département prône en effet l'articulation entre les politiques d'accompagnement des personnes âgées et d'insertion dans l'emploi. Et l'association Charcot est porteuse de ces deux activités.

Le dispositif d' « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution » que je propose de créer au sein de l'EHPAD Les Bluets est avant tout un dispositif pour contribuer à la qualité de l'accompagnement de ses résidents.

S'il aura des effets mesurables à court terme, ce dispositif prendra tout son sens en étant pérennisé. Après sa mise en œuvre, mon objectif sera d'en obtenir la reconduction.

La plus-value première est l'instauration d'une nouvelle dynamique au sein de l'équipe de l'EHPAD Les Bluets à l'appui du tutorat, mission centrale du dispositif.

En permettant aux tuteurs de retrouver des sources de motivation, des perspectives et du sens à leur travail, l'ACI peut contribuer à réduire le risque de routine et d'usure professionnelle.

En permettant une prise de recul sur les pratiques et en créant les conditions d'un nouveau regard porté sur les résidents, c'est la relation résidents/professionnelles qui est revisitée, pour une meilleure adaptation de l'accompagnement aux besoins.

Par l'instauration d'un cercle vertueux de transmission, de réflexion sur les pratiques, l'ACI est un moyen au service de la bienveillance.

Il peut aussi être un élément de la GPEC, par la création à long terme d'un vivier de recrutements de personnes qualifiées et connaissant l'établissement, ses spécificités et celles de ses résidents.

Enfin, créer un ACI au sein d'un EHPAD, c'est donner une nouvelle image de ces établissements, d'en valoriser le rôle social et sociétal sur le territoire. Par ricochet, c'est aussi valoriser leurs personnels et changer la perception que l'on a de leurs résidents. Inscrire l'EHPAD davantage dans la vie de la cité, c'est mieux l'inscrire dans le territoire et en faire une structure attractive, tant pour de futurs salariés que pour de futurs résidents.

En interne aux Bluets, le dispositif d'ACI pré-qualifiant, s'il est reconduit, pourra servir de socle à la mise en place d'une démarche qualité et en devenir l'un des éléments. Cette démarche doit en effet être inscrite dans la durée, suivie et entretenue.

La dynamique de transmission et de réflexion sur les pratiques induite par l'ACI peut contribuer à éviter la perte de mémoire et de savoir-faire et à développer une réflexion éthique. Ces apports et leviers de la démarche qualité favorisent la construction d'une culture et d'une identité professionnelles. Cela passe par la création et l'entretien de liens d'appartenance, par le développement de compétences, autant de facteurs que l'ACI pré-qualifiant peut faciliter.

L'implication des personnels est un vecteur de réussite commun à ces deux types de dispositifs. Travailler sur ce point dans le cadre de l'ACI sera une expérience extrapolable à la démarche qualité.

Par ailleurs, outre sa reconduction et sa pérennisation au sein de l'EHPAD Les Bluets, plusieurs pistes de développement peuvent être envisagées pour le dispositif d' « ACI pré-qualifiant au travail auprès de personnes âgées dépendantes en institution ».

Il pourrait d'abord être déployé en interne à l'association Charcot, à l'appui de son réseau de structures d'IAE. Il pourrait être transposé à ses quatre autres EHPAD mais aussi adapté à ses deux FAM. Ces établissements emploient également des AS, AMP et AVS. Et la problématique du vieillissement des personnes en situation de handicap à laquelle ils sont confrontés revêt des enjeux similaires aux EHPAD de besoins en personnels qualifiés.

D'autre part, nouer des partenariats avec d'autres EHPAD du territoire permettrait d'augmenter la capacité d'accueil de l'ACI. Cela rendrait possible les échanges de pratiques entre établissements différents et la création de passerelles de mobilité. Ainsi cela enrichirait le vivier de recrutements des EHPAD sur le territoire. Et cela positionnerait Les Bluets et l'association Charcot comme structures de référence dans le département.

Ce dispositif d'ACI pré-qualifiant en EHPAD est finalement un moyen de réaliser la convergence des politiques publiques en faveur des personnes accompagnées.

Bibliographie

Textes législatifs, circulaires, schémas, plans, chartes

- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, INSTRUCTION N° DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux. Validée par le CNP du 20 décembre 2013 - Visa CNP 2013-250
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. [visité le 03.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux [en ligne]. Journal officiel du 16 mai 2007 [visité le 12.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822015&dateTexte=&categorieLien=id>
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel du 3 janvier 2002. [visité le 03.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&dateTexte=20160803>
- MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR ET DES CULTES, Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, [en ligne], [visité le 14.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069570&dateTexte=20090506>

Personnes âgées

- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Journal officiel, n°0301 du 29 décembre 2015. [visité le 02.08.2016], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E8B93D1671FABD3767BDC2BB C5F65C1F.tpdila10v_2?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id

- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES. Circulaire DGCS/SD5C/DSS/CNSA no 2015-137 du 23 avril 2015 relative aux orientations de l'exercice 2015 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Déposée sur le site : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/04/cir_39547.pdf
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, LOI n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie [en ligne]. Journal officiel, n°167 du 21 juillet 2001. [visité le 03.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000406361&categorieLien=id>
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, 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 [en ligne]. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999. [visité le 03.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id>
- MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, LOI no 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 [en ligne]. Journal officiel, n°21 du 25 janvier 1997. [visité le 03.08.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703&categorieLien=id>
- Recommandation CM/Rec(2014)2 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la promotion des droits de l'homme des personnes âgées (adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 19 février 2014, lors de la 1192e réunion des Délégués des Ministres)
- Charte européenne « des droits et des responsabilités des personnes âgées ayant besoin d'assistance et de soins de longue durée », juin 2010, projet EUSTACEA (projet européen sur la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées, 2008-2010, relayé par le projet WeDO (For the Wellbeing and Dignity of Older people).
- 3^{ème} Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2013-2017, Seine-Saint-Denis.
- Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) d'Ile-de-France

Insertion par l'activité économique (IAE)

- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Instruction n°DGEFP/SDPAE/MIP/2016/62 du 2 mars 2016 portant notification des enveloppes financières régionales 2016 relatives à l'insertion par l'activité économique.

- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Arrêté du 14 janvier 2016 fixant le montant de l'aide financière aux structures de l'insertion par l'activité économique [en ligne]. Journal officiel, n°0019 du 23 janvier 2016. [visité le 08.09.2016], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031889907&dateTexte=&categorieLien=id>

- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Décret n° 2015-1435 du 5 novembre 2015 relatif à la durée minimale de travail en atelier et chantier d'insertion et portant diverses mesures relatives à l'insertion par l'activité économique [en ligne]. Journal officiel, n°0259 du 7 novembre 2015. [visité le 08.09.2016], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/11/5/ETSD1515174D/jo>

- MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DU REDRESSEMENT PRODUCTIF ET DU NUMÉRIQUE. LOI n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire [en ligne]. Journal officiel, n°0176 du 1 août 2014. [visité le 08.09.2016], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029313296&categorieLien=id>

- HAUT-COMMISSARIAT AUX SOLIDARITÉS ACTIVES CONTRE LA PAUVRETÉ. LOI n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion [en ligne]. Journal officiel, n°0281 du 3 décembre 2008. [visité le 08.09.2016], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019860428&categorieLien=id>

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Loi n° 98-657 du 29 juillet 2008 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions révisée par la loi du 1^{er} décembre 2008 [en ligne]. Journal officiel, n°175 du 31 juillet 1998. [visité le 08.09.2016], disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894&categorieLien=id>

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Circulaire DGEFP no 2005-41 du 28 novembre 2005 relative aux ateliers et chantiers d'insertion. Bulletin officiel du ministère chargé du travail n° 2006/1.

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT. LOI n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale [en ligne]. Journal officiel, n°15 du 19 janvier 2005. [visité le 08.09.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000806166&categorieLien=id>
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions [en ligne]. Journal officiel, n°175 du 31 juillet 1998. [visité le 08.09.2016], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894&categorieLien=id>

Ouvrages

- BARREYRE J.-Y. et BOUQUET B. (sous la direction de), *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, mise à jour 2006, Paris, Editions Bayard- Travail social, 640 p.
- CAMBERLEIN P., 2011, *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France, 3e édition*, Paris : DUNOD, 498 p.
- HUGONOT Robert, 2003, *La vieillesse maltraitée, 2^e édition*, collection « Action sociale », Paris : DUNOD

Mémoires

- PASCUAL B., 2013, *Lutter contre l'hémorragie du personnel : un défi pour la qualité de vie des résidents en EHPAD frontalier*, Mémoire pour le Cafdes : École des Hautes Études en Santé Publique, 136 p.
- DUPRÉ A., Promotion 2000/2003, *Mal Agir Le savoir et Trouver une Raison. Âgés, ils sont, en Institution, ils vivent. Tous sont uniques. Avons-nous compris ? Nous, soignants, nous Croyons les connaître, Est-ce suffisant ?*, Travail de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'état Infirmier : I.F.S.I. Blois

Documents institutionnels

Anesm, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, mars 2014
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, septembre 2011
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement*, décembre 2010

- *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, octobre 2010
- *Qualité de vie en Ehpad – Eléments de cadrage*, mars 2010
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, décembre 2008
- *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*, décembre 2008
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, juillet 2008
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*, juillet 2008

Articles et revues

- BALARD F., 2010, « Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ? », *Gérontologie et société*, 2010/1 (n° 132), p.177-186.
- BOUISSON J., 2007, « Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation. », *Retraite et société*, 3/2007 (n°52), p. 107-128.
- BOUISSON J., 1995, « Le syndrome de vulnérabilité », *Nervure* n° 3, Maxmed, Paris, p. 17-27.
- DAÏEFF S. et BABADJIAN P., 2008, « Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique », *Gérontologie et société*, n°126 – Les innovations, p. 105 à 111.
- DESCAMPS A., 2015, « Dossier - Insertion par l'activité économique : Un secteur qui se réinvente », *DIRECTIONS - MENSUEL DES DIRECTEURS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL*, n° 131, 2015/05/01, pages 22-29.
- FERREIRA É. et ZAWIEJA P., 2012, « Un « chez-soi » en EHPAD ? », *Cliniques*, 2012/2 (N° 4), p.164 à 179.
- GUILLEBAUD C., mai/juin 2013, « Phénomènes institutionnels et qualité de vie – Le cas des EHPAD », *Les Cahiers de l'Actif*, n°444-445, p. 195 à 199.
- JOSSE F., août- septembre 2012, « Recrutement en Ehpad : Y'a quelqu'un ? », *Mensuel des Maisons de Retraite- MMR*, n°153, p.15-20.
- LAGA L., juillet 2016, « Le point sur la médicalisation des EHPAD », *actualités sociales hebdomadaires*, n°2969, p.8. D'après le bilan 2015 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur la tarification et de la médication des EHPAD.
- LOUBAT J.-R., septembre 2004, « L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux », *Lien Social*, n°719.
- « Cahier juridique sur l'Insertion par l'Activité Economique », *ASH*, n°2914, 12 juin 2015.

Etudes

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) fait partie du service statistique public. Sa vocation est de fournir aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

Etudes proposant les données les plus récentes sur l'accueil en Ehpad :

- *693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, Études et résultats n° 899, décembre 2014
- *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*, Études et résultats n° 877, février 2014
- *Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000*, Dossiers Solidarité et Santé n° 47, octobre 2013
- *Les personnes âgées en institution*, Dossiers solidarité & santé, n°22 - 2011
- *La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches*, Dossiers solidarité et santé n°18 - 2011

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee)

- *Dépendance des personnes âgées en Ile-de-France : un tiers d'emplois supplémentaires d'ici 2020*, à la page, n°393, juillet 2012
- *Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Ile-de-France*, à la page, n°377, décembre 2011
- *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*, Insee Première, n°1089, juillet 2006
- *Population de 15 à 64 ans par type d'activité en Seine-Saint-Denis*, RP2008 et RP2013 exploitations principales. Disponible sur internet :
http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=DEP-93

CAP RETRAITE / Observatoire : service de conseil et d'orientation en maison de retraite, Cap Retraite conseille les familles et les professionnels qui les accompagnent dans la recherche d'une place disponible dans un établissement d'hébergement adapté à leur proche en perte d'autonomie.

- *OBSERVATOIRE CAP RETRAITE 2014, La France face à la pénurie de maisons de retraite - Situation actuelle et à venir*, Statistiques du département SEINE-SAINT-DENIS (93)

UDAF Calvados : Observatoire départemental de la famille

- *« Aide familiale et personne en perte d'autonomie » dans le Calvados – Éléments de réflexion et résultats*, décembre 2007

Alma Consulting Group

Baromètre mené avec l'institut CSA auprès des DRH de plus de 300 entreprises représentant plus de 315 000 salariés.

- 7^{ème} baromètre de l'absentéisme, 2015

Documents disponibles sur Internet

- Uni Santé - Docteur Vincent Bonniol, Les EHPAD : un secteur en profonde mutation, article mis à jour le 5 Juillet 2015

<http://www.travailleursante.fr/Secteurs-d-activite/Les-thematiques/les-ehpad-un-secteur-en-profonde-mutation.html>

- Uni Santé - Docteur Vincent Bonniol, Absentéisme des salariés en EHPAD, turn-over, etc. : Pourquoi mettre en place une démarche de prévention santé dans les EHPAD ?, article mis à jour le 5 Juillet 2015

<http://www.travailleursante.fr/Secteurs-d-activite/Les-thematiques/pourquoi-mettre-en-place-une-demarche-de-prevention-sante-dans-les-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes.html>

- EHPAD - Gérer l'absentéisme, un défi pour les RH, 7/05/2015 - La boîte à outils des RH pour la prévention des RPS

<http://www.santereclut.com/articles/gerer-labsenteisme-un-defi-pour-les-rh>

- Mintzberg Henry, Du management dans l'univers hospitalier, Radio Canada, transcription de l'émission "Par 4 chemins" du mardi 14 avril 1998

<http://ampr-idf.pagesperso-orange.fr/mintzberghospitalradiocanada.htm>

<http://ampr-idf.pagesperso-orange.fr/mgtorghop.htm>

- Points clés – Organisation des parcours, Fiche « Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires », date de validation avril 2015, disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

Sites internet

- Adaptation de la société au vieillissement :

<http://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement>

- Portail d'informations pour les personnes âgées

<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

- Plan solidarité grand âge

<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-solidarite-grand-age>

- Département de Seine-Saint-Denis

Séniors : Le Département s'attache au développement d'une offre diversifiée de services pour favoriser le maintien à domicile, tout en contribuant au développement de l'offre d'hébergement et d'accompagnement des personnes âgées.

<http://www.seine-saint-denis.fr/-Seniors-.html>

Insertion : La priorité du Département est d'améliorer le suivi et l'accompagnement des personnes dans leurs démarches pour le retour à l'emploi.

<http://www.seine-saint-denis.fr/-Insertion-.html>

- "Vieillesse, vieillissement et parcours de vie" : le réseau Thématique (RT7) de l'Association Française de Sociologie (AFS) vise à réunir des sociologues travaillant sur la structuration des âges et les processus de vieillissement.

<http://perso.numericable.fr/~sitedurtf7/index.htm>

- apaho, le guide des formations professionnelles en santé, social et animation :

<http://www.apaho.fr/>

- Syndicat National des Employeurs pour les Ateliers et Chantiers d'Insertion :

<http://www.synesi.fr/>

- Portail de l'insertion par l'activité économique (en refonte) : <http://portail-iae.org/>

- Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social – page sur l'insertion par l'activité économique :

<http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/inserer-dans-l-emploi/insertion-par-l-activite-economique/>

- Portail des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi : <http://www.direccte.gouv.fr/>

Liste des annexes

Annexe 1 - Souffrance d'un responsable d'EHPAD. Lettre ouverte.

Annexe 2 - Augmentation des salaires et revalorisation des conditions de travail. Pétition mise en ligne le 7 juin 2016

Annexe 3 – Fiches métiers des personnels d'accompagnement de proximité en EHPAD – Source : Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

Annexe 4 – Estimation des besoins d'accueil en EHPAD en Seine-Saint-Denis à horizon 2040

Annexe 5 – Soubès : nouveau chantier d'insertion dans les maisons de retraite, Midi Libre, 14 mars 2015

Annexe 6 – Carte des bassins gérontologiques et filières gériatriques en Seine-Saint-Denis

Annexe 7 - EHPAD Les Bluets – Enquête de satisfaction 2015, synthèse

Annexe 8 - La population bénéficiaire du RSA en Seine-Saint-Denis

Annexe 9 - Programmation 2016 de Plaine Commune, le PLIE

Annexe 10 - Grille d'évaluation du salarié-apprenant pour le tutorat – Exemple de trame – Source : La Maison du Bas Belleville

Annexe 1

Souffrance d'un responsable d'EHPAD. Lettre ouverte.

Comment ne pas jeter un Cri ?

Un Cri d'étonnement.

Etonnement de l'absurdité d'une situation Kafkaïenne où l'on se débat, au risque de se noyer, dans des occurrences injustes et qui tournent indéfiniment en rond comme sans issue.

Ce Cri est un Cri transmis.

Un Cri de familles en souffrance elles aussi. Cri qui agresse, qui revendique, qui se cristallise sur des inquiétudes, qui cherche des explications, un coupable aussi :

- « Ma mère avait une prescription pour un drainage lymphatique et toujours pas de kiné.. »
- « Je suis restée le soir avec mon mari et à 20 heures et pendant quelque temps 1 seul soignant s'occupait des 35 personnes présentes.... »
- « Vous croyez que c'est gage de qualité d'avoir des infirmières intérimaires.... »
- « Voilà plusieurs semaines que vous savez que l'infirmière coordinatrice a une maladie grave et vous ne l'avez toujours pas remplacée, comment fonctionner sans cadre infirmier »

Le responsable comprend, c'est vrai, il le sait, baisse la tête, encaisse et essaie de répondre comme il peut.

Et pour autant le responsable a une compétence, il est de bonne volonté et somme toutes les bonnes pratiques qu'il impulse dans un volontarisme quotidien, portent ses fruits ; la sérénité de ses résidents, tous atteints de la maladie d'Alzheimer, est bien réelle.

Il s'inscrit dans une démarche de recherche permanente de la Qualité. Il croit fortement à sa démarche.

C'était hier à la réunion des familles. Réunion qu'il organise tous les 2 mois :

Le Cri lui est arrivé en pleine face. Il l'a reçu comme une violence car les manquements réels qu'il pointait, ne dépendent pas de lui, et de surcroît, lui ont semblé occulter la valeur toute aussi réelle de son labeur :

- Oui le nombre de soignants notamment de nuit est trop insuffisant, il a beau remodeler, retourner, triturer le planning,
- Oui il peine à recruter des infirmières et à les garder,
- Oui pour les absences non prévues il n'arrive pas à remplacer au pied levé les aides soignants,
- Oui avec un budget pour un salaire brut annuel de 7 843 € il n'arrive pas à salarier un kiné, même à mi temps, et les libéraux sont indisponibles,
- Oui il a mis plusieurs mois avant de réussir, malgré des multiples annonces, à recruter un gériatre coordonnateur.

Il sait que les gouvernements successifs depuis 2002, ont amélioré les moyens des établissements dédiés aux Personnes Agées handicapées.

Il sait pour les connaître en Ile de France, que la grande majorité, mais pas toute !, des DDASS se positionnent en partenaires soucieux de comprendre les particularités et de s'y adapter.

Mais il sait aussi que les résidents qu'il reçoit sont de plus en plus lourdement handicapés et requièrent de plus en plus de soins et de médico vigilance. Il le sait d'autant plus que tous ses résidents sont atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère.

Et il sait que les effectifs de soignants, dans ce contexte sont insuffisants.
Il sait aussi qu'il a de moins en moins d'infirmière, de moins en moins de kiné,
d'orthophoniste, de psychomotricien acceptant de venir travailler en gériatrie
Il sait qu'il a très peu de gériatre et même de moins en moins.
Il sait qu'il y a peu d'aides soignantes et encore trop peu d'aides médico psychologiques.

Il comprend bien ce qu'on lui explique : la pénurie d'argent publique, de professionnel de santé qui va s'empirant.

Mais aujourd'hui il adresse son Cri :

- **Aux Elus** pour qu'ils anticipent et prennent des décisions courageuses et hardies en terme de financement de la médicalisation des établissements et de politique de formation du personnel soignant.
- **A certaine DDASS** pour leur demander de distraire leur regard obstinément fixé sur les textes afin de l'ouvrir à la vraie Vie dans les établissements.
- **Aux familles** pour qu'elles ne se trompent pas, parfois, d'interlocuteur et afin qu'elles s'unissent dans les associations représentatives et s'expriment fortement face au pouvoir public comme les familles d'Handicapés ont su si bien le faire.

Le 18 juillet 2008 à Eragny sur Oise dans le Val d'Oise,
Louis NOUVEL, directeur de la résidence Solemnes d'Eragny sur Oise et JP et C.GIRE, dirigeants du groupe [Solemnes](#).
jean-paul.gire@solemnes.com - Tel. 01 34 61 90 37

Louis NOUVEL / JP et C.GIRE

mis à jour le 28/07/2008

<http://www.agevillagepro.com/actualite-2065-1-souffrance-d-un-responsable-d-ehpad-lettre-ouverte.html>

Annexe 2

Augmentation des salaires et revalorisation des conditions de travail

Pétition mise en ligne le 7 juin 2016

Madame la ministre des affaires sociales et de la santé,

Monsieur le Président de la FEHAP,

Mesdames les Directrices, messieurs les Directeurs généraux des ARS,

Mesdames les Directrices, messieurs les Directeurs des Ets privés et associatifs à but non lucratif,

Messieurs les présidents et secrétaires généraux des syndicats français,

Nous, soignants des EHPAD du secteur privé et associatif à but non lucratif, exerçons notre droit d'alerte sur la précarisation et la dégradation de nos conditions de travail.

Nous faisons face depuis trop longtemps, à de nombreux arrêts et accidents de travail qui sont la conséquence **d'une souffrance au travail** de plus en plus forte et alarmante. Nous devons former, assister ou suppléer des remplaçants parfois non qualifiés et surtout non préparés aux habitudes des résidents, augmentant ainsi la pénibilité au travail. Nous voyons nos directions avoir des difficultés à recruter tant **la pénurie de soignants** se fait sentir même au niveau de l'intérim: nous avons dû à plusieurs reprises nous adapter, nous réorganiser avec un poste en moins (rappel de soignants titulaires pour quelques heures et/ou augmentation du temps de travail, décalage du repos hebdomadaire, ou/et changements de poste dans le planning, demandes aux soignants de nuit de venir plus tôt), au détriment de la qualité de nos services auprès des résidents (déshabillage et coucher exceptionnels avant le repas, précipitation ou augmentation de notre temps de travail, moins de relationnel...). **Une fatigue générale se fait sentir, un désinvestissement**, d'autant que nous voyons combien ces problèmes deviennent récurrents.

Il y a un réel problème de fond : Quand, dans notre société dite moderne et civilisée, aurons-nous les moyens nécessaires et la reconnaissance suffisante et indispensable pour que nous puissions exercer sereinement, sans parler de souffrance au travail ?

Nous, aides-soignants, avons été formés pour que l'aspect humain soit une de nos priorités dans nos actes de soins. On nous enseigne la bienveillance, on nous parle d' « humanité ».

Qu'en est-il lorsque nous passons seulement 15mn lors des soins d'hygiène le matin, et 10mn lors du coucher pour chaque résident ?

Qu'en est-il lorsque les derniers levers dans la plupart des établissements d'hébergement pour les personnes âgées se font à plus de 11H30 avec toutes les conséquences que ça a sur la santé ?

Qui sont les responsables ? Dans notre société, on se préoccupe plus de voitures que des êtres humains... Vous oubliez que demain, vous passerez peut-être entre nos mains...

Les lieux d'hébergement pour les personnes âgées, plutôt que d'être des lieux rassurants, sereins, reposants, sont vus par nombre d'entre eux comme une forme de punition... C'est un comble !... Nous ne voulons plus de cette image qui est déjà bien ancrée dans l'esprit de beaucoup de nos résidents et génératrice de beaucoup d'angoisse lors de leur admission dans nos établissements. **La qualité des soins y est fortement dépendante des conditions de travail des personnels soignants. Cela doit être un principe fondamental.**

ET nous, dans ce contexte de travail difficile, qu'avons-nous en contrepartie?

Les aides-soignants, en grande majorité à Bac+1, sont considérés comme des petits esprits relégués « aux tâches d'hygiène les plus ingrates », devant se soumettre aux règles professionnelles des infirmiers. Or l'exercice des uns et des autres a évolué fortement : les actes de soins de chacun sont devenus différents et les interventions bien spécifiques.

On nous refuse le droit d'exercer en libéral. On nous bride, comme si on voulait limiter notre liberté de choix et de décisions. **Il est temps d'attribuer aux aides-soignants et aux infirmiers un « rôle propre » à chacun.**

Nous exerçons notre droit d'alerte sur la dégradation de notre rémunération

C'est par une revalorisation de nos salaires que nos métiers seront plus attractifs auprès des jeunes, que les démissions au sein de nos établissements verront leur nombre décroître.

- **Aucune augmentation du point depuis 2010.** Est-ce normal, alors que le coût de la vie pèse de plus en plus sur les familles ? Pour rappel, un AS débutant, travaillant 1 WE sur deux et les jours fériés touche environ 1 200 € Net alors que le smic est à environ 1 150 €.

- **Est-ce légal qu'un agent** dans les mêmes conditions que le personnel soignant diplômé ait son salaire brut de base en dessous du SMIC ? les primes ajoutées sont-elles une reconnaissance ou un calcul pour atteindre le minimum légal ?

- Devons-nous nous satisfaire **d'une prime décentralisée qui n'est même pas un 13e mois ?**

- **L'ancienneté n'est pas reconnue** : Selon les dispositions du dernier avenant de la Convention collective 51, les employeurs sont autorisés à ne reprendre qu'à partir de 30% de l'ancienneté à l'embauche. Et pour quelles raisons ? Les différents postes occupés antérieurement depuis l'obtention du diplôme ou depuis la première activité ne tiennent-ils pas lieu d'expériences professionnelles ? Pourtant, on nous demande d'être opérationnels **... de suite, et sans être en doublure parfois.** Heureusement que certains directeurs d'établissements sont compréhensifs et rehaussent ce taux. Cela a-t-il un sens ? **Les avenants à notre convention n'ont pas plus à être appliqués selon le bon vouloir des uns ou des autres.**

Pour le bénéfice de qui cette convention collective a-t-elle donc été rédigée ? Est-ce pour satisfaire les politiques et les syndicats patronaux sans assurer la pleine défense des droits des salariés ?

- **Aucun parcours professionnel adapté** : Est-il acceptable qu'un aide-soignant avec 13 ans d'ancienneté ne gagne que 1 380 € net/mois ?

- **Et que dire de la non reconnaissance financière du travail de nuit** : La prime de nuit avoisine les 12 € environ pour 7 heures de travail, soit environ 180 € /mois, soit pour des nuits de 10 heures une prime à 1,80 € brut de l'heure... N'est-ce pas dérisoire alors que la pénibilité du travail de nuit est avérée et reconnue ?

Nous voulons bien avoir des responsabilités, être référents, participer à des réunions pour améliorer l'organisation ...mais qu'on nous le rende en retour...

Puisque le discours de nos directeurs d'établissements respectifs est de nous faire comprendre que les augmentations de salaires ne dépendent pas d'eux mais de Négociations Annuelles Obligatoires entre la FEHAP et les syndicats,

nous, soignants des Ehpad du secteur privé et associatif à but non lucratif, et leurs représentants syndiqués et non syndiqués, nous vous adressons nos revendications.

Nous souhaitons fortement que l'humain soit au centre de vos préoccupations et non la protection d'un système où trop souvent les résultats financiers passent avant toute autre considération.

Nous souhaitons que les syndicats représentatifs des salariés ne baissent pas les bras, viennent à notre rencontre, défendent nos intérêts sans compromission.

[...]

Cette pétition sera remise à:

- **Président de la FEHAP**
Monsieur Antoine DUBOUT
- **Directeur Général de la FEHAP**
Monsieur Jean-Yves DUPUIS

<https://www.change.org/p/monsieur-antoine-dubout-pr%C3%A9sident-de-la-fehap-augmentation-des-salaires-et-revalorisation-des-conditions-de-travail>

Annexe 3 – Fiches métiers des personnels d'accompagnement de proximité en EHPAD – Source : Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière



Aide-soignant(e)

Famille : SOINS
Sous-famille : Assistance aux soins
Code métier : 05R10

▶ Information générale

Définition :

Dispenser, en collaboration avec l'infirmier, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.

Spécificités :

Assistant(e) de soins en gérontologie (ASG)
Aide-soignant(e) polyhandicap
Agent(e) de service mortuaire

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Diplôme d'état d'aide-soignant

▶ Activités

- Accompagnement du patient et/ou du résident et/ou de son entourage (séjour, retour au domicile, placement, etc)
- Accueil des personnes (patients, usagers, familles, etc.)
- Accueil, information et formation des nouveaux personnels, des stagiaires et des professionnels de santé
- Aide l'infirmier à la réalisation de soins
- Entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits
- Entretien, nettoyage et rangement des matériels spécifiques à son domaine d'activité
- Observation de l'état de santé et le comportement relationnel et social d'une personne
- Observation du bon fonctionnement des appareillages et dispositifs médicaux
- Observation et mesure des paramètres vitaux
- Réalisation de soins de confort et de bien-être
- Transmission de ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins

▶ Savoir-Faire

- Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes
- Analyser / évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, relative à son domaine de compétence
- Créer et développer une relation de confiance et d'aide avec le patient et/ou la personne accueillie et / ou son entourage
- Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage
- Évaluer le degré d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes
- Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle
- Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne
- Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins
- Restaurer / maintenir l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne
- Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et



médico-sociaux

- Utiliser les techniques gestes et postures/ manutention

► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Bio-nettoyage et hygiène des locaux	Connaissances générales
Communication et relation d'aide	Connaissances opérationnelles
Gestes et postures- manutention	Connaissances opérationnelles
Hygiène hospitalière	Connaissances opérationnelles
Hygiène, confort et réponse aux besoins de la personne	Connaissances approfondies
Médicales générales et/ ou scientifiques	Connaissances générales
Premiers secours	Connaissances générales
Soins	Connaissances générales
Stérilisation	Connaissances générales

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales.

Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Les infirmiers pour le travail en collaboration

Les cadres de santé pour l'organisation des activités

Les médecins pour transmission des informations concernant l'état de santé des patients

Les paramédicaux des métiers de rééducation pour une prise en charge globale de la personne soignée

Les services logistiques pour les prestations hôtelières

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Diplôme d'état d'aide-soignant (Formation de 41 semaines, modulaire)

Validation des acquis de l'expérience

Correspondances statutaires éventuelles :

Aide-soignant

Passerelles :

Auxiliaire de puériculture

Aide médico-psychologique

Agent de stérilisation

Ambulancier



infirmier en soins généraux



Aide médico-psychologique (AMP)

Famille : SOCIAL, EDUCATIF, PSYCHOLOGIE ET CULTUREL
Sous-famille : Assistance à la mise en œuvre des projets socio-éducatifs
Code métier : 10110

▶ Information générale

Définition :

Aider le résidant, la personne handicapée ou âgée dépendante, dans les actes de la vie quotidienne afin que cette personne maintienne et développe son autonomie et son bien-être.

Mettre en œuvre des activités d'animation, individuelles ou collectives.

Autres appellations :

Auxiliaire éducatif (ve)
Aide-médico-éducatif(ve)

▶ Activités

- Accueil et prise en charge des personnes (agents, patients, usagers, etc.), dans son domaine
- Assistance aux personnes, aux patients pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (repas, toilette, etc.)
- Organisation, animation et suivi d'activités spécifiques au domaine d'activité
- Réception et distribution de produits (médicaments, repas, matériels...)
- Recueil / collecte de données ou informations spécifiques à son domaine d'activité
- Rédaction de comptes-rendus relatifs aux observations / aux interventions, dans son domaine d'activité

▶ Savoir-Faire

- Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes
- Adapter son comportement, sa pratique professionnelle à des situations critiques / particulières, dans son domaine de compétence
- Choisir et mettre en œuvre les techniques et pratiques adaptées au patient, au regard de son métier / sa spécialité
- Évaluer le degré d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes
- Organiser / animer des activités spécifiques à son domaine de compétence pour des patients, des personnels/des groupes
- Rédiger et mettre en forme des notes, documents et /ou rapports, relatifs à son domaine de compétence
- Renseigner des personnes au regard de son métier

▶ Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Animation de groupe	Connaissances générales
Bio-nettoyage et hygiène des locaux	Connaissances générales
Communication et relation d'aide	Connaissances opérationnelles
Diététique	Connaissances générales
Gestion du stress	Connaissances opérationnelles



Organisation et fonctionnement des structures sociales et médico-sociales	Connaissances générales
Pédagogie	Connaissances générales
Premiers secours	Connaissances générales

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Équipes médicales, paramédicales, éducatives et psychologiques pour l'assistance dans les actes de la vie quotidienne et travail en équipe pluridisciplinaire,

Famille et environnement de la personne pour partage d'informations,

Autres professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social pour la mise en oeuvre des projets individualisés et des échanges d'expérience et de pratiques

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

diplôme d'état d'aide médico-psychologique

Correspondances statutaires éventuelles :

Aide-soignant

Passerelles :

Moniteur-éducateur

Éducateur spécialisé

Aide-soignant

Infirmier en soins généraux



Auxiliaire de vie sociale

Famille : SOCIAL, EDUCATIF, PSYCHOLOGIE ET CULTUREL
Sous-famille : Assistance à la mise en œuvre des projets socio-éducatifs
Code métier : 10160

▶ Information générale

Définition :

Assister les personnes fragiles, dépendantes ou en difficulté sociale en leur apportant une aide dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie quotidienne, y compris les loisirs, en fournissant un soutien psychologique et social

Autres appellations :

Auxiliaire de vie

Spécificités :

Personnes âgées
Handicapées
Enfants

▶ Activités

- Accompagnement du patient et des aidants tout au long de son parcours de santé
- Accueil et installation du patient, aménagement de l'environnement (confort et sécurité)
- Assistance aux personnes, aux patients pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (repas, toilette, etc.)
- Rédaction et mise à jour du dossier patient
- Tenue d'entretiens avec des personnes (patients, familles,...)

▶ Savoir-Faire

- Accompagner une personne dans la réalisation de ses activités quotidiennes
- Adapter son comportement, sa pratique professionnelle à des situations critiques / particulières, dans son domaine de compétence
- Créer et développer une relation de confiance et d'aide avec le patient et/ou la personne accueillie et / ou son entourage
- Restaurer / maintenir l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne
- Stimuler les capacités affectives, intellectuelles, psychomotrices et sociales d'une personne
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau

▶ Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Communication et relation d'aide	Connaissances opérationnelles
Droit des usagers du système de santé	Connaissances générales
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances générales
Organisation et fonctionnement interne de l'établissement	Connaissances générales



LE RÉPERTOIRE DES MÉTIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



Premiers secours	Connaissances opérationnelles
Psychologie des âges de la vie	Connaissances générales
Vocabulaire médical	Connaissances générales

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Équipes médicales, paramédicales, éducatives et psychologiques pour l'assistance dans les actes de la vie quotidienne et travail en équipe pluridisciplinaire,
Famille et environnement de la personne pour partage d'informations,
Autres professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social pour la mise en oeuvre des projets individualisés et des échanges d'expérience et de pratiques

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

Correspondances statutaires éventuelles :

Corps des Agents des services hospitaliers qualifiés

Passerelles :

Aide Médico Psychologique
Aide-soignant



Agent(e) de restauration et / ou d'hôtellerie

Famille : ACHAT-LOGISTIQUE
Sous-famille : RESTAURATION - HÔTELLERIE
Code métier : 25R30

▶ Information générale

Définition :

Réaliser, en restauration collective, les opérations d'assemblage, de composition et de distribution des repas.
Entretien des locaux et les équipements, en cuisine
Réaliser des prestations hôtelières (accueil, repas, collations, lingerie, entretien des locaux) auprès des patients et des résidents
en lien avec les équipes soignante et éducative

Autres appellations :

Employé(e) polyvalent de restauration

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :

Détention du diplôme,
Expérience en milieu restauration collective ou hébergement social

▶ Activités

- Accueil des personnes (patients, usagers, familles, etc.)
- Approvisionnement en produits, en matériels, dans son domaine
- Contrôle de la conformité des produits relatifs à son domaine
- Contrôle et suivi de la propreté des locaux, dans son domaine d'activité
- Contrôle et suivi de la qualité des prestations, dans son domaine d'activité
- Contrôle et suivi de la qualité des produits
- Déconditionnement, déboitage, désensachage des matières premières
- Préparation et réalisation des prestations de restauration et d'hôtellerie
- Réalisation du service en salle

▶ Savoir-Faire

- Adapter son comportement, sa pratique professionnelle à des situations critiques / particulières, dans son domaine de compétence
- Apprécier un niveau de cuisson
- Choisir et mettre en oeuvre les techniques et pratiques adaptées au patient, au regard de son métier / sa spécialité
- Choisir et utiliser des matériels, des outils de travail ou / et de contrôle, afférents à son métier
- Discerner les saveurs, les arômes
- Évaluer l'état de propreté des surfaces et définir les travaux à réaliser
- Rédiger des informations relatives à son domaine d'intervention pour assurer un suivi et une traçabilité.
- Renseigner des personnes au regard de son métier
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau
- Utiliser les techniques gestes et postures/ manutention



▶ Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Bio-nettoyage et hygiène des locaux	Connaissances opérationnelles
Diététique	Connaissances générales
Gestes et postures- manutention	Connaissances générales
Hôtellerie	Connaissances opérationnelles
Hygiène et sécurité	Connaissances générales
Hygiène générale	Connaissances générales
Logiciel dédié à l'hôtellerie/ restauration	Connaissances opérationnelles
Techniques culinaires	Connaissances générales

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances générales :

Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

▶ Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

- Encadrement de la production culinaire pour l'information sur les commandes, les conditions de livraison et la satisfaction des patients
- service diététique pour l'adaptation des menus en fonction de l'attente des patients
- cuisinier pour l'élaboration des préparations culinaires
- clients du restaurant du personnel pour le service du déjeuner
- service lingerie pour la gestion et la distribution du linge
- conseiller hôtelier

Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

- Formation hôtellerie/restauration
- CAP ou BEP du domaine hôtellerie restauration

Correspondances statutaires éventuelles :

- Corps des personnels ouvriers

Passerelles :

- Agent de bio-nettoyage
- Cuisinier
- Maître / Maîtresse de maison
- Encadrant production culinaire / alimentaire

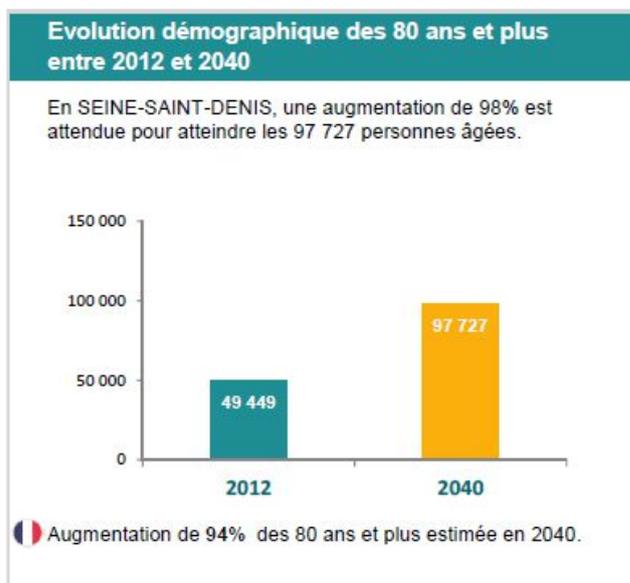
Annexe 4 – Estimation des besoins d'accueil en EHPAD en Seine-Saint-Denis à horizon 2040



CAP RETRAITE

SERVICE GRATUIT statistiques du département SEINE-SAINT-DENIS (93)

OBSERVATOIRE CAP RETRAITE 2014
La France face à la pénurie de maisons de retraite
Situation actuelle et à venir



Annexe 5 – Soubès : nouveau chantier d’insertion dans les maisons de retraite, Midi Libre, 14 mars 2015

Soubès : nouveau chantier d’insertion dans les maisons de retraite

il y a 302 jours 0 MIDI LIBRE



Les vingt-quatre participants bénéficient d’un contrat offrant théorie et pratique.
DR

[Twitter](#)

Vingt-quatre chômeurs vont bénéficier de cette mesure avec une formation pré-qualifiante aux métiers de la personne.

Le lancement, lundi 9 mars, à la mairie de Soubès, du chantier d’insertion pré-qualifiant aux métiers de la personne, programmé dans les maisons de retraite du Cœur d’Hérault, a été accompagné par un aréopage de personnalités. L’implication des élus illustre la problématique de l’emploi, toujours prégnante dans ce territoire et pleine d’enjeux.

Le maire, José Pozo, a accueilli les nombreux partenaires de l’opération, dont Frédéric Roig, député de l’Hérault, Marie-Christine Bousquet, conseillère générale et présidente de la communauté de communes du Lodévois & Larzac, Daniel Guibal, président de la Maison de l’emploi du Pays Cœur d’Hérault, Daniel Bosc, président du groupement gérontologique 2GCH, etc.

Une formation de dix mois au sein de huit Ehpad

De quoi impressionner les 24 demandeurs d’emploi et candidats à la formation, plutôt seuls d’ordinaire dans une vie sans travail. Un chantier d’insertion opportun donc, financé par l’État, le conseil général ou encore le Fonds social européen (FSE), qui va s’étaler sur dix mois au sein de huit établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) du Cœur d’Hérault.

"Il s’agit d’un contrat de travail de 24 h par semaine, réparties en 17 h d’activité pratique, en binôme avec un professionnel, et de 7 h de formation théorique dispensée par le Greta du Salagou", explique Didier Lucas, directeur de la Rouvière. L’objectif étant de sensibiliser les stagiaires aux techniques professionnelles des métiers d’aide à la personne et, si possible, de susciter des vocations parmi les postes d’auxiliaire de soins, agent social ou animateur pour personnes âgées...

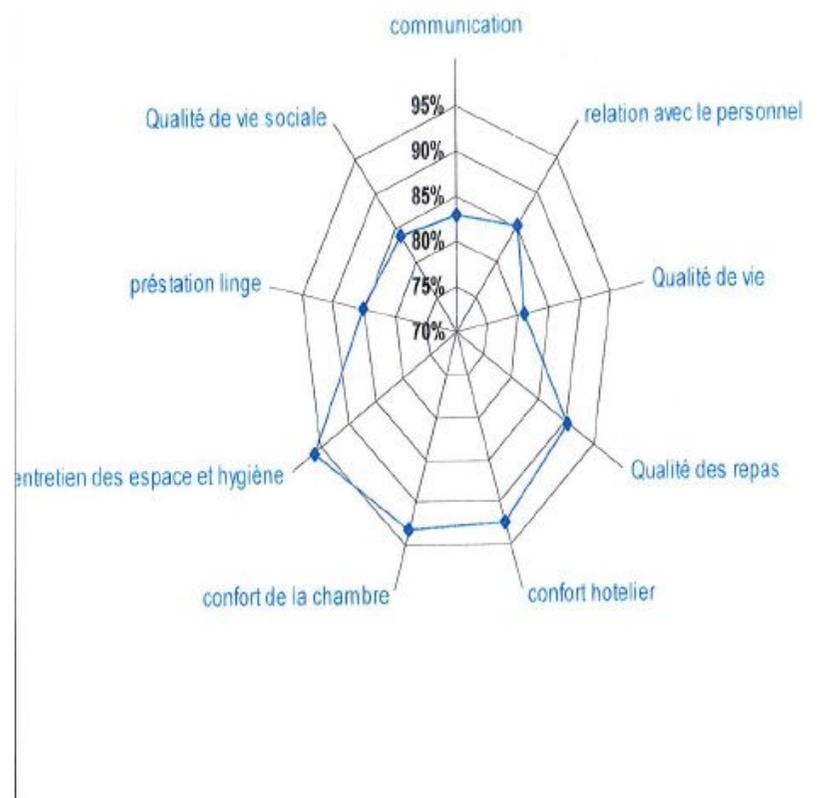
Un taux de réussite de 80 à 90 %

Ce programme d’insertion médico-social au nombre record de participants est le septième du genre depuis celui initié, en 2006, par la résidence la Rouvière qui le portait seule. Une formule qui, depuis, a fait ses preuves avec un taux de réussite de 80 à 90 %. Dans leurs discours, les élus ont insisté sur l’opportunité de cette formation concrète et valorisante dans un territoire peu industriel, où la part du tertiaire, insuffisamment reconnue, s’avère toujours plus importante.

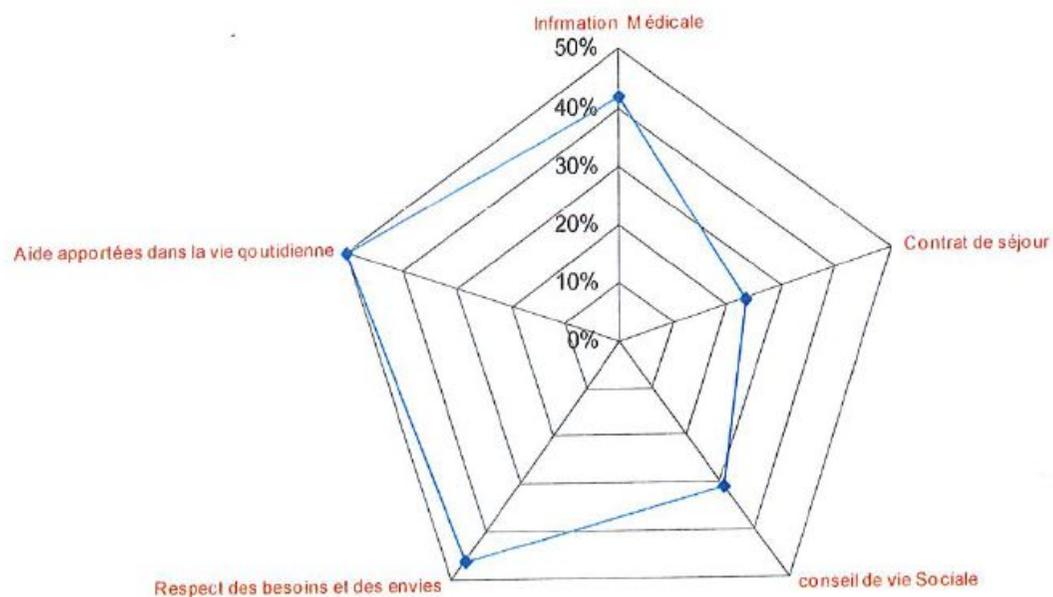
"C’est un accès direct à l’emploi car il y aura des départs en retraite du personnel des Ehpad", précisait de son côté Daniel Bosc. Sans nier la difficulté de ces métiers, les intervenants ont souligné la mission sociale du personnel face au repli sur soi des pensionnaires les plus fragiles, et en faveur du vivre ensemble. "Sachez offrir un sourire et il vous sera rendu au centuple", rappelait Marie-Christine Bousquet, ancienne directrice de la Rouvière.

Annexe 7 – EHPAD Les Bluets – Enquête de satisfaction 2015, synthèse

Satisfaction



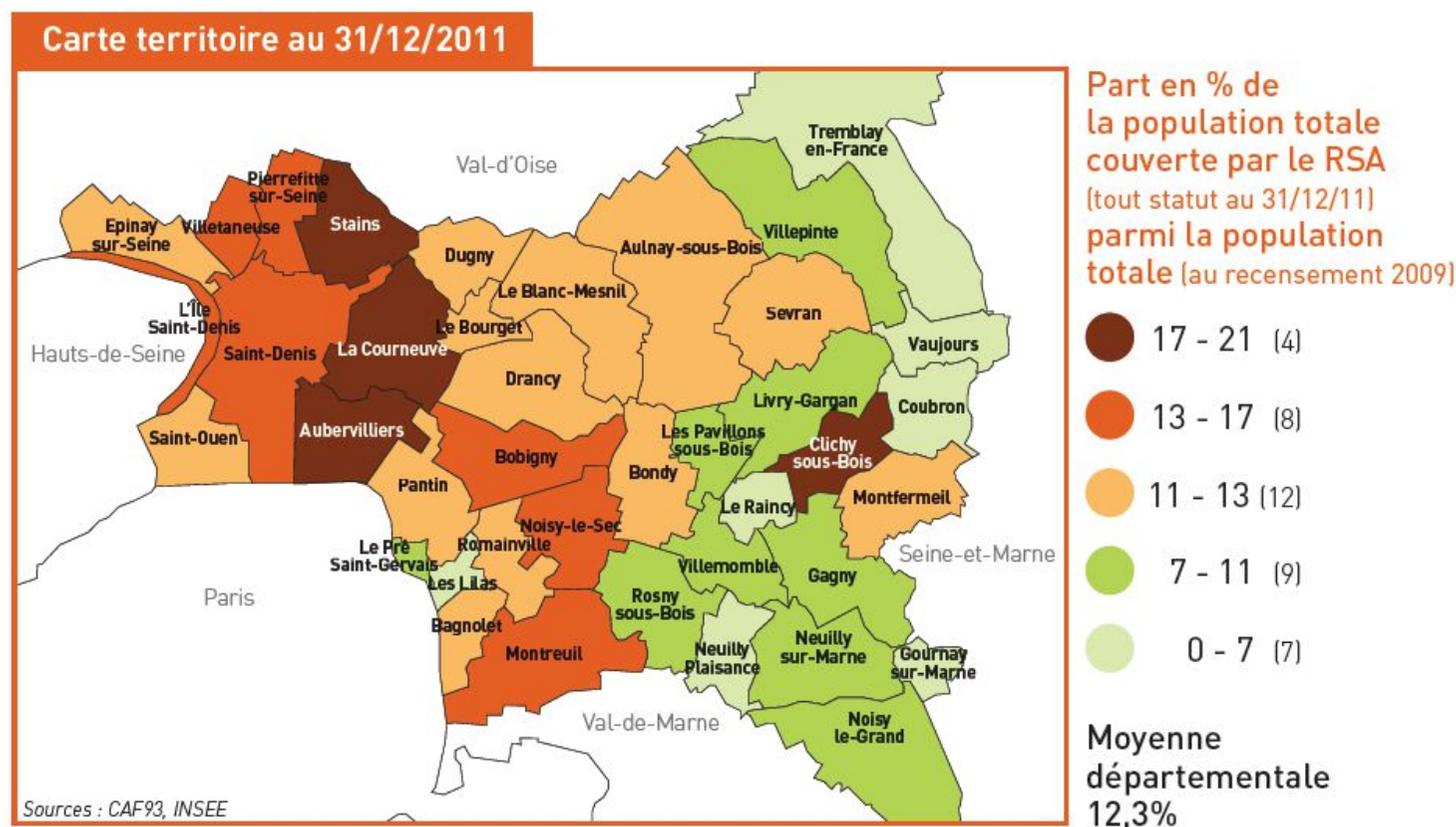
Insatisfaits



Annexe 8 – La population bénéficiaire du RSA en Seine-Saint-Denis

● De grandes disparités au sein même du territoire

Il existe de fortes disparités entre l'Est et l'Ouest du département. En effet, les foyers bénéficiaires du RSA représentent une part importante de la population sur toute la partie ouest du territoire, tandis qu'ils sont significativement moins nombreux sur la partie Est. Les villes de Saint-Denis, Aubervilliers et Montreuil comptent le nombre le plus élevé d'allocataires.



Source : Seine-Saint-Denis le département, Programme départemental d'insertion 2013-2015

Annexe 9 – Programmation 2016 de Plaine Commune, le PLIE

Appel à projets 2016 : ouverture le 27 janvier 2016, clôture le 7 mars 2016

② Offre d'insertion : Les Chantiers d'Insertion

Cet axe regroupe l'intervention des Structures d'Insertion par l'Activité Économique (SIAE) sur le territoire. Nous favoriserons tous les nouveaux projets visant à diversifier cette offre, en particulier ceux qui ciblent l'émergence et le développement de nouvelles filières (éco construction, commerce équitable, développement durable, services de proximité...) en lien avec les besoins des participants et les filières d'activité prioritaires.

Le cofinancement du PLIE permettra aux structures de mettre en place l'encadrement technique nécessaire à l'accomplissement des missions professionnelles confiées aux salariés en insertion, la réalisation de formation et la mise en place d'opérations d'accompagnement en relation avec les référents.

Les personnes accompagnées dans le cadre du PLIE cumulent souvent divers types de difficultés. Ces difficultés que l'on nomme « freins périphériques à l'emploi », sont d'ordre social, économique, familial, culturel, physique, psychique, ... Ce cumul de problématiques contribue à rendre les personnes plus vulnérables et leur insertion plus difficile. Il justifie la mobilisation de l'offre de service du PLIE.

Les objectifs visés sont les suivants :

- Maîtriser de nouvelles compétences professionnelles ou mobiliser des compétences acquises dans une démarche de progression professionnelle
- Se ré-entraîner aux rythmes de travail et à l'apprentissage des codes et usages de l'entreprise
- Se préparer à la sortie des postes d'insertion (favoriser une intégration rapide du salarié dans un emploi classique).
- Former un public de demandeurs d'emploi sans qualification (niveau V et VI) pour lui donner accès à une formation qualifiante, à l'emploi ou à l'alternance.

Public ciblé : participants du PLIE

- Participant du PLIE ayant besoin de passer par l'étape Chantier d'insertion avant d'accéder au secteur marchand
- Participant ayant un objectif professionnel à valider et/ou à concrétiser

Plus-Value recherchée :

- Proposer aux participants du PLIE un contrat de travail ou une formation qualifiante permettant d'envisager un retour durable à l'emploi
- Construire avec les employeurs des parcours allant de l'immersion en entreprise (stages) à l'emploi (clauses d'insertion avec l'accompagnement du PLIE)
- Augmenter le recours aux contrats en alternance afin de renforcer les chances d'intégration professionnelle des participants.

Indicateurs d'évaluation et de résultat :

Quantitatifs

- Nombre de personnes orientées vers le Chantier d'insertion
- Nombre de personnes suivies dans le Chantier d'insertion
- Taux d'accès à l'emploi ou à une formation qualifiante

Qualitatifs

- Bilan mensuel avec les référents de parcours
- Individualisation du suivi et des formations proposées
- Autonomie dans les situations quotidiennes et professionnelles
- Qualité du réseau entrepreneurial territorial du chantier
- Suivi mis en place à la sortie du chantier

Annexe 10 – Grille d'évaluation du salarié-apprenant pour le tutorat – Exemple de trame

Capacité à adopter une attitude professionnelle

	PERIODE 1 Du jj/mm au jj/mm				PERIODE 2 Du jj/mm au jj/mm				PERIODE 3 Du jj/mm au jj/mm				PERIODE 4 Du jj/mm au jj/mm				PERIODE 5 Du jj/mm au jj/mm			
	Niveau d'acquisition				Niveau d'acquisition				Niveau d'acquisition				Niveau d'acquisition				Niveau d'acquisition			
	Pas du tout	Un peu	En cours d'acquisition	Totalement	Pas du tout	Un peu	En cours d'acquisition	Totalement	Pas du tout	Un peu	En cours d'acquisition	Totalement	Pas du tout	Un peu	En cours d'acquisition	Totalement	Pas du tout	Un peu	En cours d'acquisition	Totalement
Au niveau comportemental																				
Ponctualité																				
Assiduité																				
Tenue adaptée aux codes professionnels																				
Langage professionnel																				
Critères cognitifs																				
Comprendre une consigne																				
Respecter une consigne																				
Demander si incompréhension ou pour précision																				
Au niveau relationnel																				
Maîtrise de soi – Gestion de ses émotions																				
Discrétion																				
Écoute																				
Disponibilité																				
Dynamisme																				
Se concentrer																				
Lier pratique et théorie																				

Commentaires

Période 1	
Période 2	
Etc.	

Source : La Maison du Bas Belleville, Livret du salarié en insertion - ACI Préparation au concours d'Aide-soignant - Agent hospitalier auprès de personnes âgées, 2015-2016

BAZIN

Valérie

Novembre 2016

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Parmentier - Paris Ile-de-France

**INITIER ET GARANTIR UN PROCESSUS D'AMÉLIORATION CONTINUE DANS
L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD**

Résumé :

Assurer la qualité de vie des résidents en EHPAD est un défi perpétuel pour l'institution. Cela passe essentiellement par la garantie et l'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Or la complexification grandissante des profils accueillis et les difficultés rencontrées quotidiennement pour maintenir un encadrement adapté s'ajoutent à un exercice professionnel déjà très difficile.

Pour les EHPAD de Seine-Saint-Denis, où le vieillissement de la population va s'accélérer, relever ce défi va impliquer d'augmenter le nombre de places. Derrière les besoins en personnels qualifiés induits se trouvent des enjeux de formation et d'emploi.

Le département prône d'ailleurs l'articulation entre l'accompagnement des personnes âgées et l'insertion dans l'emploi.

Pour l'EHPAD Les Bluets, monter un atelier et chantier d'insertion pré-qualifiant est une stratégie de long terme pour répondre aux besoins en recrutements qualifiés par la création d'un vivier de recrutements.

A court terme, il s'agit d'initier une nouvelle dynamique au sein des équipes à l'appui d'une mission de tutorat.

Mots clés :

EHPAD – ACI - tutorat – qualité de vie – accompagnement – recrutement – qualification - formation - GRH – innovation - anticipation

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.