

## Observatoire des métiers



Branche professionnelle  
de l'hospitalisation privée  
sanitaire et médico-sociale  
à statut commercial



*Danielle*  
KAISERGRUBER



**Observatoire prospectif des emplois,  
des métiers et des qualifications de la Branche de l'Hospitalisation  
privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial**

**LES MÉTIERS, COMPÉTENCES ET PARCOURS PROFESSIONNELS  
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE LA BRANCHE**

**Danielle Kaisergruber  
Grégoire Leclerc**

**Le 31 mai 2010**

# Sommaire

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>La demande, la méthodologie et les travaux effectués</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Les changements globaux qui affectent les métiers étudiés</b>   | <b>6</b>  |
| 2.1      | L'organisation des activités   | 6         |
| 2.2      | Les changements qui affectent les métiers du soin et de l'encadrement du soin                                | 11        |
| 2.2.1    | Secteur sanitaire  | 12        |
| 2.2.2    | Secteur médico-social  | 15        |
| 2.3      | Les changements qui affectent les métiers de l'accompagnement des personnes âgées                            | 17        |
| 2.4      | Les changements qui affectent les métiers administratifs et de l'encadrement des métiers administratifs      | 18        |
| 2.5      | La démographie des professions de santé a une influence sur les conditions d'exercice des différents métiers | 19        |
| <b>3</b> | <b>Les métiers en émergence</b>  | <b>21</b> |
| 3.1      | Nouvelles conditions d'exercice des métiers  | 21        |
| 3.2      | Besoins de nouvelles compétences et de nouveaux métiers  | 23        |
| <b>4</b> | <b>Les passerelles entre métiers et les parcours professionnels</b>  | <b>24</b> |
| 4.1      | Les parcours existants formalisés (concours ou VAE)  | 24        |
| 4.2      | Les autres parcours observés au sein de chaque famille de métiers  | 27        |
| 4.3      | Les compétences transférables et les parcours possibles entre familles de métiers                            | 29        |
| 4.4      | Les politiques de gestion des évolutions professionnelles dans les établissements et les groupes             | 30        |
| <b>5</b> | <b>Obstacles et facteurs favorables à la mobilité professionnelle : recommandations</b>                      | <b>36</b> |
| 5.1      | Obstacles à la mobilité  | 36        |
| 5.2      | Facteurs favorables à la mobilité  | 37        |
| 5.3      | Recommandations  | 38        |

# RAPPORT

## 1 La demande, la méthodologie et les travaux effectués

1-1 L'Observatoire de la branche de l'hospitalisation privée a réalisé en 2008 une « cartographie des métiers de la branche », qui a identifié quatre « familles de métier » :

- Les métiers des soins et des activités concourant aux soins.
- Les métiers de l'éducation, de l'accompagnement et de l'animation.
- Les métiers de l'hébergement et de la logistique.
- Les métiers de la gestion et de l'administration.

1-2 En 2009, l'Observatoire a souhaité compléter ces travaux en demandant une étude qualitative sur un certain nombre de métiers « prioritaires » : évolutions des métiers et description détaillée des compétences mises en œuvre dans l'exercice de ces métiers en vue d'un repérage des parcours professionnels possibles et des passerelles qui peuvent permettre des mobilités professionnelles. Il s'agit pour l'Observatoire, au-delà de la description détaillée de ces métiers de disposer d'une vision prospective et de « rendre le secteur attractif, sécuriser les parcours professionnels et favoriser la mobilité professionnelle des salariés ». (*Cahier des charges, Comité de Pilotage de l'Observatoire*).

1-3 Parallèlement à cette étude qualitative demandée à DKRC, une étude quantitative et prospective a été demandée au Cabinet ManExpert. Les deux études ont été conduites en collaboration, avec des échanges réguliers entre les deux équipes.

1-4 Les métiers prioritaires qui ont été retenus par le Comité de Pilotage de l'Observatoire et sur lesquels porte le présent rapport sont les suivants :

- Pour le secteur sanitaire :
  - Brancardier
  - Agent de stérilisation
  - Infirmier (IDE)
  - Aide-soignant (AS)
  - Agent de service hospitalier (ASH)
  - Cadre intermédiaire de santé et cadre intermédiaire administratif
  - Métiers de l'accueil
- Pour le secteur médico-social :
  - Aide-soignant (AS)
  - Aide médico-psychologique (AMP)
  - Métiers de l'accompagnement des personnes âgées
  - Infirmier-coordonnateur
  - Médecin-coordonnateur
  - Directeur (directrice) d'établissement

## 1-5 Méthodologie

Le travail a été mené au travers de trois démarches :

- Des entretiens de cadrage avec les principaux acteurs de la branche : organisations d'employeurs, organisations représentant les salariés et instances de formation (cf. Annexe 1 : liste des personnes rencontrées).
- Une analyse de la documentation existante (cf. Annexe 2 : bibliographie).
- Des enquêtes de terrain :
  - Une première série d'enquêtes approfondies dans 7 cliniques et 5 maisons de retraite sélectionnées par le Comité de Pilotage de l'Observatoire. Ces enquêtes, sur la base d'un protocole identique, comportaient des entretiens avec l'encadrement de l'établissement, les représentants des personnels, ainsi que des entretiens, individuels ou en groupe, avec des « personnes-ressources » représentant les différents métiers prioritaires. Ces entretiens ont été menés pour les premiers sur la base d'un guide d'entretien « encadrement » et pour les seconds à l'aide d'une grille d'analyse des compétences (cf. Annexe 3 qui reprend ces outils méthodologiques).
  - Une deuxième série d'enquêtes menées dans trois établissements ou groupes ayant mis en place des passerelles et parcours professionnels dans le cadre d'une politique anticipatrice de gestion des ressources humaines : entretiens avec le directeur et/ou le responsable RH d'une part, un représentant du personnel d'autre part.

Remarque de méthode : les établissements dans lesquels ont eu lieu les enquêtes de terrain ont été sélectionnés en sorte de représenter la diversité de la branche : ils se situent dans différentes régions françaises et sur des territoires de nature différente (urbain, rural), et ils appartiennent ou non à des groupes. Dans tous les cas, ils ont participé à l'enquête sur la base du volontariat. Ces établissements ont tous une politique dynamique de gestion des ressources humaines et des parcours professionnels et ils semblent présenter des taux de turn-over relativement faibles par rapport à ceux qui sont observés dans la branche (inférieurs à la moyenne des deux sous-secteurs telle qu'indiquée dans les deux rapports de branche récents : FHP 2008 et SYNERPA 2007). S'agit-il d'une exceptionnalité de ces établissements volontaires pour l'enquête donc peut-être plus avancés en matière de politique de GRH et de formation ou d'une tendance à la diminution du turn-over en période de crise économique ?

Les enquêtes de terrain ont été réalisées dans les établissements suivants :

| Etablissement                                     | Ville                             | Spécialité   | Groupe / indépendant                             | Taille   |                            |
|---|-----------------------------------|--|--|--|----------------------------|
|   |                                   |  |  | Lits/places  | Personnels en ETP          |
| <b>Secteur sanitaire</b>                          |                                   |  |  |  |                            |
| Clinique de l'Atlantique                          | La Rochelle                       | MCO  | Capio  | 68 lits  | 150                        |
| Clinique Les Sophoras                             | Nîmes                             | Psychiatrie  | Indépendante                                     | 80 lits et 12 places d'hôpital de jour   | 81                         |
| Clinique Saint-Charles                            | Poitiers                          | SSR (dans le cadre de la Polyclinique de Poitiers) / HAD | Vedici   | 36 lits de convalescence<br>35 lits de rééducation fonctionnelle<br>5 lits en rééducation ambulatoire                      | 60                         |
| Clinique Richelieu                                | Saintes                           | MCO  | Médi-partenaires                                 | 55   | 82                         |
| Centre de réadaptation fonctionnelle Paul Cézanne | Mimet (Aix-en-Provence)           | SSR  | Indépendante                                     | 110  | 135                        |
| Hôpital privé                                     | Antony                            | MCO  | Générale de Santé                                | 315 lits<br>55 places en chirurgie ambulatoire<br>5 places en hospitalisation partielle<br>18 places en chimio ambulatoire | 680                        |
| Clinique Paul Picquet                             | Sens                              | MCO  | Indépendante                                     | 119  | 150                        |
| <b>Secteur médico-social</b>                      |                                   |  |  |  |                            |
| Le Parc de l'Abbaye                               | Saint-Cyr l'Ecole                 |  | Séniors Santé                                    | 84   | 52                         |
| Maison de retraite Sainte-Victoire                | Aix-en-Provence                   |  | Indépendante                                     | 105 lits et accueil de jour Alzheimer  | 69                         |
| Les Aigueillères                                  | Montferrier-sur-Lez (Montpellier) |  | Indépendante (groupe de 3 établissements locaux) | 60   | 33                         |
| La Lande Saint-Martin                             | Haute-Goulaine (Nantes)           |  | Residalya  | 55 (projets d'extension)   | 29,5 (projets d'extension) |
| Les Cèdres  | Saint-Georges-sur-Cher            |  | Indépendante (groupe de 2 établissements locaux) | 40 lits et 2 places d'accueil de jour  | 25,4                       |

Les enquêtes portant sur les démarches d'anticipation, de GPEC et de gestion des parcours professionnels ont été conduites dans 3 établissements / groupes :

- Clinique Sainte-Marie, Osny (95).
- Groupe Korian secteur sanitaire.
- Groupe Korian secteur médico-social.

**Les résultats de nos travaux sont présentés en deux parties distinctes :**

- **Un rapport de synthèse**
- **Un dossier composé de fiches métier-compétences et d'exemples de parcours professionnels.**

## **2 Les changements globaux qui affectent les métiers étudiés**

### **2.1 L'organisation des activités**

Les « métiers » sont définis par la Convention collective mais nous décrivons ici la manière dont sont organisées les différentes activités, la manière de positionner les différents métiers au sein d'une organisation et la manière d'utiliser et développer les compétences.

- **Secteur sanitaire : encadrement des services de soins**

Les métiers de l'encadrement des soins sont globalement organisés de la même manière dans tous les établissements, quelles que soient leurs caractéristiques, notamment parce qu'ils sont parmi les plus réglementés.

Dans l'ordre de la coordination hiérarchique, les soins relèvent d'un (ou d'une) directeur (directrice) des services de soins (DSSI) qui en assure la responsabilité dans le cadre d'une collaboration étroite avec le directeur (directrice) de l'établissement. Le/la DSSI est secondé(e) par un relais opérationnel soignant (qui, statutairement, n'est pas nécessairement cadre mais plus souvent agent de maîtrise), dont les appellations sont variables selon la « culture » de l'établissement : « infirmière coordinatrice des soins », « surveillante des soins », « surveillante des services d'hospitalisation », « infirmière référente », « référente des services de soins », « responsable d'unité de soins »...

Dans les établissements de taille plus limitée, il peut ne pas exister de DSSI, l'encadrement des services de soins relevant de l'infirmière « surveillante / référente... », placée directement sous l'autorité du directeur d'établissement.

A ces postes s'ajoutent, dans le cas des cliniques MCO, l'encadrement du bloc opératoire (« chef de bloc » est l'expression la plus utilisée, mais on rencontre quelques fois « coordinatrice du bloc » ou « surveillante de bloc »), placé ou non sous l'autorité du DSSI (le rattachement du chef de bloc au DSSI – Directeur ou directrice des services de soins infirmiers - semble être le plus fréquent mais ils peuvent le cas échéant être au même niveau hiérarchique, sous l'autorité du directeur d'établissement). Dans certains établissements, le chef de bloc peut être lui-même secondé par un adjoint.

Ces différents postes peuvent être occupés par des « cadres de santé » mais ce n'est pas toujours le cas car les promotions se font de manière plus informelle dans le secteur que dans le secteur public, (ce sont souvent des IDE « sorties du rang », qui ont généralement bénéficié de formations complémentaires « au fil de l'eau », notamment en management infirmier). En particulier, la fonction d'encadrement du bloc est en principe occupée par une personne détentrice du diplôme d'IBODE, sans que cela soit encore systématique pour les personnes en poste depuis plusieurs années.

Selon les cas, peuvent s'ajouter à ces postes un poste « d'assistant(e) qualité », voire parfois des postes techniques : ingénieur en charge du matériel biomédical par exemple.

- **Secteur sanitaire : métiers de l'encadrement administratif et métiers rattachés**

Le domaine des activités administratives et de gestion – facturation, comptabilité, gestion du PMSI, gestion des ressources humaines et des activités d'accueil (accueil physique et téléphonique, gestion des pré-admissions, des entrées-sorties) – relève d'une organisation beaucoup moins uniforme, qui varie notamment fortement selon la taille des établissements.

Le champ « administratif » stricto sensu peut ainsi relever du directeur (directrice) de l'établissement lui-même ou être placé en tout ou partie sous l'autorité d'un(e) « directeur (trice) / responsable des services administratifs » (parfois dénommé(e) « coordonnateur (trice) administratif (tive) », « responsable des services accueil-facturation » ou « attaché(e)/assistant(e) de direction »). Le cas échéant, d'autres « encadrants » (souvent agents de maîtrise) peuvent les seconder sur une partie plus restreinte du champ (par exemple un responsable accueil sous l'autorité d'un responsable accueil-facturation...).

En règle générale, les activités de gestion du personnel et des ressources humaines sont mieux identifiées, exercées par un DRH ou RRH (dans les

groupes, on peut trouver un RRH qui travaille pour plusieurs établissements géographiquement proches). Dans les établissements de taille importante un responsable ou correspondant « formation » a en charge la conception et l'organisation de l'ensemble des activités de formation. A l'inverse, comme pour les autres activités d'administration et de gestion, il peut arriver dans des établissements de taille limitée que le chef d'établissement exerce lui-même la fonction de RRH, le cas échéant secondé par un(e) « assistant(e)/attaché(e) de direction ».

Cette variété de dénominations n'est pas neutre : elle reflète une variété de formes d'organisation et de « découpage » des activités qui se traduit dans une certaine mobilité et polyvalence des salariés au sein de cette « famille professionnelle » : les parcours possibles nous montreront que l'on peut occuper différents postes à l'intérieur de ce domaine d'activité qui est aussi une « aire de mobilité ».

- **Secteur sanitaire : les métiers et l'encadrement des activités supports**

Il s'agit là du domaine d'activité du bio-nettoyage, de la restauration, de l'hôtellerie et des travaux divers. Ces activités sont réalisées par les ASH (Agents des services hospitaliers) parfois dénommé(e)s ESH (Employé(e)s des services Hospitaliers ou Hôteliers).

Ces activités sont fréquemment externalisées, dans une logique de concentration des ressources sur le cœur de métier de l'établissement. Lorsque c'est le cas, l'encadrement en est confié à un(e) manager ou « responsable hôtellerie ».

Lorsque ces activités sont effectuées par des personnels de l'établissement, une « gouvernante » est parfois identifiée pour encadrer les équipes d'ASH au quotidien, le cas échéant, dans les établissements les plus importants, sous l'autorité d'un « responsable ou directeur des services généraux ».

- **Secteur sanitaire : les métiers du bloc**

Sous l'autorité et la coordination du chef de bloc, on trouve :

- des infirmiers (infirmières) de bloc (ayant de plus en plus, mais pas encore systématiquement, le titre d'IBODE, acquis précédemment ou après la prise de fonction) occupant 3 « postes » (instrumentistes,panseuses, aides opératoires ou « circulantes »), souvent occupés alternativement (certains établissements « limitent » cependant aux IBODE les postes d'instrumentistes etpanseuses).
- des aides-soignants(es),
- des brancardiers (« intérieur » et « extérieur »),
- et, dans la proximité immédiate du bloc opératoire, des « agents de stérilisation » (principalement aides-soignants ou ASH) qui effectuent l'ensemble des tâches de nettoyage et stérilisation de tout ce qui est utilisé pour le fonctionnement du bloc.

- **Secteur sanitaire : les métiers des services de soins**

Sous l'autorité et la coordination du / de la surveillante des services de soins (ou autres dénominations), on trouve des infirmières (IDE) et des aides -soignant(e)s. Ces personnels travaillent en parallèle et en coordination avec les ASH ou ESH sous l'autorité de leur responsable.

A proximité, et selon les établissements, leur taille et leurs choix, on peut trouver des diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues... ou des « assistantes-qualité ». Dans les établissements de SSR d'autres professions paramédicales sont représentées, par exemple les ergothérapeutes.

- **Secteur médico-social : les métiers des soins**

Leur encadrement est assuré par un(e) infirmier (infirmière) coordonnateur (coordonnatrice) ou IDEC, dans le cadre d'une collaboration étroite avec le directeur (directrice) de l'établissement et le médecin-coordonnateur qui est le garant du « projet de soins » de l'établissement.

En comparaison du secteur sanitaire, les infirmières (IDE) sont en nombre relativement restreint tandis que les aides-soignants (aides-soignantes) et AMP (aides médico-psychologiques) représentent l'essentiel de l'activité de soins aux personnes âgées.

- **Secteur médico-social : les métiers de l'accompagnement**

Les enquêtes dans les établissements montrent que la notion d'accompagnement des personnes âgées en EHPAD recouvre un ensemble multiforme de métiers, certains « classiques », d'autres en développement, avec des contours et frontières parfois mal définies :

- Au sens large, les AS voire les ASH participent à l'accompagnement des résidents de par les composantes relationnelles et d'aide aux actes de la vie quotidienne que comporte leur métier.
- En principe, ce sont surtout les AMP qui devraient, de par leur formation et leur référentiel métier, être les principaux dépositaires de l'accompagnement global des résidents (mobilisation / stimulation). Néanmoins, l'équivalence entre AS et AMP posée dans les conventions avec les EHPAD conduit très souvent les AMP à effectuer le même travail que les AS.
- Les animateurs ont par contre un rôle bien distinct (tourné vers la dynamique collective, quand les AMP sont – en principe – dans l'accompagnement individuel), même s'ils sont parfois issus des rangs des AMP (voire des agents de service) et que les AMP (voire les AS et ASH) participent parfois aux animations proposées. A noter que les animateurs ne sont pas toujours à plein temps dans les petits établissements.
- D'autres dénominations de fonctions liées à l'accompagnement des personnes âgées existent, telles que les « auxiliaires de vie » (diplôme d'Etat) ou bien encore les « agents d'accompagnement » (titre homologué au RNCP). Néanmoins, aucun des établissements enquêtés ne disposait de personnels exerçant ces fonctions.
- L'accompagnement s'appuie également sur des personnels proprement médicaux ou paramédicaux, le plus souvent à temps partiel dans l'établissement, tels que des psychologues, des ergothérapeutes, les orthophonistes, etc... ; et sur des intervenants extérieurs coordonnés par l'animateur.

- **Secteur médico-social : les métiers de la famille « hôtellerie »**

Il s'agit principalement des agents de service, ASH (ou ESH) qui interviennent sur les fonctions de nettoyage, de blanchisserie, de cuisine.... La dénomination d'ASH est parfois réservée aux agents qui effectuent les activités de nettoyage, (avec parfois une distinction entre les parties communes et les chambres).

Une « gouvernante » ou « responsable de l'hôtellerie » en assure parfois l'encadrement, à défaut ces agents relèvent directement de l'autorité du chef d'établissement. Comme dans le secteur sanitaire ils peuvent être externalisés

auprès d'une société prestataire qui a son propre « manager ». Dans quelques cas, les personnes continuent d'appartenir à l'établissement mais sont managés par un responsable appartenant à un prestataire.

## **2.2 Les changements qui affectent les métiers du soin et de l'encadrement du soin**

Les facteurs qui influent le plus sur le contenu et le contour de ces métiers sont les suivants (cités ici en guise de synthèse, développés ci-après) :

- Les évolutions techniques et technologiques (nouveaux matériels, nouveaux protocoles...).
- Une « pression accrue sur le temps », notamment dans le sanitaire (séjours moins longs), en lien avec les progrès médicaux et techniques mais aussi dans une certaine mesure avec l'accroissement de la « pression économique », qu'elle vienne des exigences des groupes et entreprises ou de l'impact des réformes du financement des établissements par l'Assurance Maladie ou les collectivités locales.
- La tendance à la concentration du secteur (passage d'établissements indépendants et de petite taille à des fonctionnements de groupes).
- L'accroissement des exigences de sécurité, traçabilité et qualité, qui confère une place importante aux tâches « administratives » sécurisant la prise en charge médicale.
- Les nouvelles exigences des patients et résidents, et de leurs entourage (besoins d'information accrus voire dans certains cas « juridicisation » des relations avec l'établissement).
- Le développement des réseaux informatiques et d'information, on pense notamment à la mise en place du dossier médical informatisé.
- Le vieillissement de la population (et partant des patients du secteur sanitaire comme des résidents en EHPAD), l'accroissement du degré de dépendance des personnes âgées et le développement des pathologies de type Alzheimer, qui confrontent les établissements médico-sociaux mais aussi sanitaires à de nouveaux besoins de prise en charge. En effet, l'impact du vieillissement de la population est également sensible dans le secteur sanitaire au point que l'on parle parfois « de géiatriisation des structures hospitalières quelles qu'elles soient » (Etude des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière », ENSP, 2007). Ainsi les établissements SSR du secteur sanitaire sont parfois amenés à séparer les patients en deux catégories : un secteur lourd pour patients âgés dépendants et un secteur léger pour patients autonomes.

**Par ailleurs, la démographie des professions de santé elles-mêmes apporte des modifications importantes dans la répartition des différents métiers.**

## 2.2.1 Secteur sanitaire

De nombreux interlocuteurs, en particulier dans les entretiens de cadrage, ont fait observer que les métiers eux-mêmes changent peu, contrairement à ce que l'on entend dire, mais que ce sont les conditions d'exercice des métiers qui changent (rythme de travail, environnement NTIC, « comportement » des patients...) ainsi qu'un certain nombre d'outils (techniques, technologies, produits ou protocoles).

- *Pour le métier d'infirmière (soins généraux)* : des changements jugés positifs par certains, plus problématiques par d'autres (nous retenons ceux qui ont des conséquences sur les compétences mises en œuvre et les possibilités de passerelles entre les différents métiers) :
  - Le développement de l'informatique, avec en particulier **le dossier médical informatisé**, qui améliore et facilite l'exercice du métier mais nécessite une phase d'apprentissage des outils.
  - Plus largement, la place prise par les activités de mise en forme de l'information (renseignement, outre le dossier médical, de très nombreux questionnaires de suivi et de traçabilité), de « reporting » et de gestion administrative : **les entretiens tendent à montrer que ces « écritures professionnelles » peuvent occuper jusqu'à 30% du temps de travail des infirmières.**
  - Les exigences nouvelles des patients (et parfois de leur entourage) et le développement des droits à l'information médicale (lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie). Les textes affirment le droit à une information de qualité, c'est-à-dire claire, adaptée, pertinente et compréhensible. Ce qui peut aller, dans certains cas, jusqu'à une « juridicisation » des relations avec certains patients. Cette tendance nécessite une coordination d'autant plus forte entre les personnels de soin. Par ailleurs, les exigences des patients s'accroissent également sur la qualité des aspects hôteliers. L'un des établissements de l'enquête accorde une grande importance aux services hôteliers, au point de créer une classe particulière de chambres « prestige » : soins particuliers apportés à la décoration, à l'ameublement et restauration plus sophistiquée.
  - Les possibilités nouvelles de traitement de la douleur : ces changements sont jugés à l'unanimité comme extrêmement positifs aussi bien par les infirmières que par les aides-soignantes.
  - Le développement d'activités transversales à l'exercice quotidien du métier : participation à des « clubs » et groupes de travail et de réflexion, spécialisation sur certaines techniques ou disciplines... Ces nouvelles activités sont exigeantes en temps, parfois en formations

complémentaires, **mais sont enrichissantes pour l'exercice du métier**. Globalement, on tend de plus en plus vers un fonctionnement en réseau associant des professionnels de santé de différents niveaux ou cadres d'exercice.

- Les exigences en matière de qualité des soins et des services rendus ainsi qu'une prise en compte plus globale des patients : **l'exercice du métier dans le secteur privé**, par différence avec le secteur public très hiérarchisé (pas moins de quatre ou cinq niveaux à l'hôpital public : le service ; le pôle de gestion ; l'hôpital ; le groupe hospitalier ; et dans certain cas l'AP-HP ou les HCL...) **permet cette prise en charge globale et ceci est très apprécié des personnels**.
- L'augmentation de la charge de travail due à la diminution des effectifs (pression économique) et globalement à la pression du temps : les malades restent de moins en moins longtemps en clinique, tous les gestes professionnels doivent être effectués dans des délais très restreints et le temps qui peut être consacré à la communication avec les patients diminue alors même que les exigences d'information s'accroissent.
- Les contraintes qui pèsent sur le temps sont d'autant plus ressenties qu'il s'agit pour l'essentiel de métiers qui s'exercent de manière continue (24H sur 24 et 365 jours sur 365, y compris dimanche et jours fériés). Les plannings et organisations des emplois du temps, dans le cadre des 35 heures et avec une importante proportion de salariées à temps partiel sont donc déterminants.

Conséquences : un certain nombre de ces changements dans le métier donnent lieu à des possibilités de formations complémentaires, par exemple sous forme de « DU » (diplômes universitaires) qui apportent une compétence supplémentaire et positionnent leurs détenteurs sur un rôle de « référent thématique » auprès de leurs collègues. Ces évolutions sont vécues comme des possibilités de « parcours » même si cela n'implique pas une mobilité professionnelle (cf. partie 4). Il s'agit plutôt d'un développement du « portefeuille de compétences » des infirmières qui peut aussi être une garantie pour des changements à venir.

Ces spécialisations sont par exemple :

- Infirmières hygiénistes
- Référentes « qualité »
- Hémovigilance
- Prises en charge de la douleur
- Soins palliatifs
- Conduites addictives
- Education à la santé (...)

- *Pour le métier de chef de bloc :*
  - Développement de l'aspect « management » du métier : il faut savoir développer la confiance au sein de l'équipe du bloc opératoire et gérer les relations avec les chirurgiens, les anesthésistes, la salle de réveil...
  - Dans le même temps, la composante gestionnaire du métier s'accroît avec le développement des contraintes économiques au sein même de l'activité du bloc (par exemple, dans l'une des cliniques de l'enquête, passage de 20 interventions quotidiennes à 60, avec intégration des commandes de matériels, des facturations de prothèse...). La prise en compte des aspects économiques du soin devient très présente dans la gestion quotidienne : gestion d'un matériel de plus en plus sophistiqué et onéreux, des consommables...
  - Les technologies de l'information et de la communication et le développement de l'internet ont beaucoup modifié l'exercice du métier (possibilité de contrôle à distance, du domicile même parfois) : toute la gestion concrète du bloc passe par l'ordinateur et le réseau informatique.
  - Développement de la place prise par les procédures et protocoles dus à l'accréditation, à la certification, aux exigences « qualité » et à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Conséquence : le métier de chef de bloc a toujours été exigeant mais il devient encore plus complet, avec une grande maîtrise informatique et un aspect plus gestionnaire (au sens économique du terme). En conséquence, il devient nécessaire de mettre en place systématiquement une remplaçante/adjointe (IBODE de très bon niveau, ayant des qualités managériales et le goût du commandement) en sorte que la responsabilité du bloc ne repose pas sur une seule personne.

- *Pour le métier de « surveillante des services de soins »*
  - La composante principale en est la gestion et le management (gestion des lits, gestion des convalescences et plus globalement de l'aval de l'urgence ou des opérations, gestion des personnels depuis la participation aux recrutements jusqu'au entretiens annuels et à la réflexion sur les parcours).
  - La charge de gestion devient également plus exigeante, dans le cadre d'une rotation plus rapide des lits. On peut d'ailleurs noter que dans le cas d'établissements de grande taille, la « régulation des lits » peut devenir un métier en tant que tel, de même que la gestion des plannings du personnel.

- Le métier contient de plus en plus de travail administratif et procédural. Les « écritures professionnelles » qui assurent la traçabilité de tout ce qui est fait ont pris une place très importante, encore davantage dans celui de surveillant des soins qui a en charge la qualité des services de soin.
  - **De plus en plus de travail en réseau** (avec le bloc, avec les centres de convalescence, avec les clubs transversaux type CLIN...).
- *Pour le métier de DSSI – Directeur ou directrice des services de soins infirmiers -*
    - Il s'agit d'un métier d'organisation au quotidien, de management et de gestion, en lien fort avec la stratégie de l'établissement. Comme pour le chef de bloc et pour les mêmes raisons, la dimension gestionnaire du métier tend à s'accroître.
    - Le couple « directeur - DSSI » a un rôle structurant dans un établissement : avec la place croissante des groupes économiques, les directeurs ont de plus en plus souvent un profil gestionnaire et financier, il est donc indispensable que le (la) DSSI joue pleinement son rôle de « patron » des soins. C'est là une complémentarité indispensable.

### 2.2.2 Secteur médico-social

Une grande partie des changements qui concernent le secteur sanitaire se retrouve également dans le secteur médico-social mais certains prennent une importance particulière :

- Les changements démographiques (vieillesse de la population), avec un degré de dépendance plus élevé des résidents et des pathologies plus lourdes à l'entrée en EHPAD.
- Les nouvelles règles du jeu en voie de mise en place par l'Assurance-maladie et les Conseils Généraux : développement du forfait médicaments, puis du forfait global pour les soins à partir de 2011-2012, à terme, salarisation éventuelle des médecins exerçant en EHPAD...

Il est prévisible que ces évolutions impactent fortement la fonction de médecin-coordonnateur, qui sera davantage impliqué dans la maîtrise des coûts sur l'ensemble de la chaîne de prise en charge, en interne et dans les relations avec les praticiens extérieurs (par exemple liste des médicaments et bonnes pratiques, conventions renforcées avec les kinés et autres intervenants paramédicaux...). De même, l'infirmière-coordonnatrice aura certainement un rôle davantage gestionnaire.

- Le développement de la certification et des démarches qualité, qui induit, comme dans le sanitaire, une place croissante des « écritures professionnelles » à fin de traçabilité.
- La nécessaire prise en compte des exigences et demandes d'information accrues des familles.
- La pression sur le temps observée dans le secteur sanitaire induit un retour plus rapide qu'auparavant des résidents devant faire un séjour en clinique ou hôpital.
- Comme dans le secteur sanitaire, l'organisation des équipes et des emplois du temps pour des métiers qui s'exercent 24h sur 24 et toute l'année ( y compris dimanche et jours fériés) doit répondre à des contraintes de plus en plus serrées.

Ce dernier point a dès maintenant, et aura encore plus dans les années à venir, des conséquences particulièrement fortes pour les **EHPAD, qui évoluent vers un modèle de « cliniques gériatriques » de plus en plus médicalisées, donc avec un accroissement de l'encadrement infirmier** (par exemple l'un des établissements de l'enquête envisage de recruter un « cadre de santé ») **et une composante « technique » des métiers du soin qui se réévalue progressivement.**

Les conséquences de ces observations en matière de besoins de formation sont évidemment importantes.

On peut donc observer que les problématiques des différents établissements (cliniques MCO, établissements SSR, et EHPAD) se rapprochent du fait de ces différents changements qui les affectent en chaine : les cliniques et établissements SSR sont également concernées par le vieillissement de la population et accueillent de plus en plus de patients âgés, dont ceux atteints de démences séniles, mais pour de courts séjours. De leur côté, les EHPAD accueillent de plus en plus de personnes relevant d'une prise en charge médicalisée relativement lourde... La mise en place des ARS (Agences régionales de Santé) devrait contribuer à une vision globale du secteur et prendre en compte les besoins d'encadrement et de présence médicale dans les établissements du secteur médico-social.

Un des changements les plus importants concernant les EHPAD réside dans l'évolution des populations accueillies : en effet les résidents sont de plus en plus âgés au moment de leur entrée en établissement, de ce fait de plus en plus dépendants. Ils sont aussi de plus en plus atteints de pathologies sévères et surtout présentent un état « polypathologique » qui exige une prise en charge plus lourde. « La clientèle des EHPA est de plus en plus dépendante : 84% des résidents sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4) et la moitié comme très

dépendants (GIR 1 et 2) ». (*DREES, Etudes et résultats, n°699, août 2009, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 »*).

S'y ajoute l'augmentation du nombre de personnes atteintes de « démences séniles » dont la maladie d'Alzheimer qui a donné lieu à un plan gouvernemental particulier (dont les conséquences sur les métiers et les parcours professionnels sont examinées infra).

Cette mutation n'a pas pour conséquence de faire évoluer le contenu même des métiers du soin dans le médico-social (les EHPAD se sont adaptés à ce type de prise en charge depuis plusieurs années, au moins depuis les conventions tripartites qui ont organisé leur médicalisation) mais d'accroître la charge et le rythme de travail des personnels.

En revanche, deux tendances plus récentes voire à venir pourraient modifier plus en profondeur le contenu des métiers du soin dans le médico-social :

- Le développement de **l'accueil temporaire** qui renforce les exigences de réactivité et d'adaptabilité de la prise en charge, mais aussi celles de technicité (les personnes concernées souffrant souvent d'Alzheimer ou de polyopathologies).
- L'accueil de personnes handicapées de plus de 60 ans, actuellement peu développé, pourrait s'amplifier dans les années à venir (en fonction des financements des Conseils Généraux) sans que les établissements ne disposent encore de structures adaptées et de personnels formés à leur prise en charge.

Globalement, les coefficients de prise en charge des établissements ne cessent donc d'augmenter sans que les ressources en personnels de soin ne suivent toujours. Ces changements font peser des exigences nouvelles sur les métiers du soin en EHPAD et devraient rendre nécessaire leur réévaluation.

### **2.3 Les changements qui affectent les métiers de l'accompagnement des personnes âgées**

Ils sont eux aussi amenés à évoluer en fonction du vieillissement de la population et de son état pathologique. Par ailleurs, le développement des pathologies de démence sénile requiert des compléments de formation (pour les métiers existants) voire des spécialisations professionnelles (nouveaux métiers) : cf. notamment, dans le cadre du plan Alzheimer, les mesures relatives à l'évolution du référentiel de formation des psychomotriciens et ergothérapeutes, au plan de formation de l'ensemble du personnel intervenant dans les unités

adaptées des EHPAD – AMP voire AS, et au nouveau métier « d’assistant de soin en gérontologie » (développements en partie 3).

Dans la mesure où les prévisions démographiques montrent que l’on se trouvera avec 10 millions de personnes âgées de plus de 75 ans 2040, c’est l’ensemble des métiers de l’accompagnement des personnes âgées qui devrait faire l’objet d’une réflexion globale. En effet les modes d’hébergement et d’accompagnement se diversifient (HAD, accueil temporaire, accueil de jour). Ainsi des travaux récents et plus fins sur les personnes bénéficiaires de l’APA montrent d’une part une forte augmentation du nombre de bénéficiaires, d’autre part qu’un sur deux a plus de 85 ans, que 60% vivent à domicile et qu’un bénéficiaire sur deux a des ressources faibles. Or les métiers de l’accompagnement demeurent très segmentés selon le mode d’exercice du métier. On n’observe en effet pas de liens entre les métiers de l’aide à domicile et les métiers de l’accueil en institutions, ni en termes de coordination fonctionnelle sur une base territoriale, ni en termes de mobilité professionnelle. (Source : DREES, « Dépendance : de nouvelles données pour mieux anticiper les besoins », avril 2010).

## **2.4 Les changements qui affectent les métiers administratifs et de l’encadrement des métiers administratifs**

Les facteurs qui modifient l’exercice de ces métiers et les compétences nécessaires pour les exercer concernent surtout la réglementation et l’environnement informatique :

- Les métiers de la facturation (souvent dénommés « tiers payant ») doivent en permanence être actualisés en fonction des évolutions réglementaires, en particulier s’agissant de l’Assurance-maladie et des dispositions des mutuelles complémentaires de santé.
- Ils s’exercent dans un environnement de réseau informatique (télétransmission) et doivent tenir compte de l’ensemble des nouveaux logiciels et outils informatiques.
- Les activités de gestion du PMSI exercés par les TIM (Techniciens de l’Information médicale) sont particulièrement concernées par ces évolutions.
- Les métiers de l’accueil sont comme d’autres soumis aux procédures de certification et de qualité qui tendent à accroître les exigences de professionnalisation de leur exercice (passant souvent par des formations complémentaires).

De même, les métiers de gestion du personnel et des ressources humaines se professionnalisent et les personnes qui les occupent bénéficient de formations

importantes dans les domaines de la gestion de la formation, de la GPEC, de la prévoyance pour les salariés, de l'amélioration des conditions de travail et des RPS (Risques Psycho-Sociaux).

La professionnalisation des responsables de formation ou correspondants formation a fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'OPCA FORMAHP (cf. *FORMAHP Actualités n°13, novembre 2008*).

## **2.5 La démographie des professions de santé a une influence sur les conditions d'exercice des différents métiers**

Bien que dans les établissements de l'enquête, la population de salariés dans les métiers du soin soit en général relativement jeune et qu'il n'apparaisse pas de grosses difficultés de recrutements à court terme (à l'exception des établissements situés en région parisienne), les données statistiques globales montrent que les besoins seront importants dans la branche dans les années qui viennent, alors mêmes que ces métiers (infirmiers dans les deux secteurs, **AS dans le médico-social**) sont déjà fortement en tension.

A ce sujet, la branche de l'hospitalisation privée souffre de la meilleure attractivité du secteur public, en particulier pour l'ensemble des métiers d'infirmier (infirmière) et pour le métier d'aide-soignante. A ce déficit d'attractivité de la branche (lors des entretiens de cadrage, plusieurs responsables ont indiqué un différentiel de l'ordre de 30% entre le secteur privé et le secteur public, en faveur de ce dernier), s'ajoute celui du secteur médico-social en tant que tel, comme le soulignait déjà le CEP – Contrat d'études prospectives – de 2004 : « la confrontation avec le grand âge n'est pas attractive ». Notamment, le métier d'infirmier (infirmière) y apparaît comme moins technique, moins exigeant en termes de compétences médicales et par conséquent y est relativement dévalorisé en comparaison du secteur sanitaire. **Globalement, le secteur médico-social souffre de difficultés de recrutements fortes.**

De plus dans les années qui viennent, le secteur de l'hospitalisation publique (FPH, Fonction Publique Hospitalière) devrait être fortement recruteur. Cependant, les récentes dispositions sur l'âge de départ en retraite des infirmiers (infirmières) rend la prospective plus difficile : selon leurs souhaits, les personnels infirmiers de l'hôpital pourront soit opter pour un départ en retraite à 55 ans sans changement de salaire, soit opter pour un départ à 60 ans avec une revalorisation de salaire annuel.

## *Infirmiers et infirmières*

Quel sera l'impact de la double tension à laquelle est soumis le métier d'infirmière :

- d'une part il devient de plus en plus technique, avec une élévation du niveau de formation initiale (cf. l'intégration de la formation d'infirmier au système LMD) ;
- d'autre part il y aura besoin de moins d'infirmières si elles ont de plus en plus comme fonction d'encadrer des AS.

Qu'advient-il alors du nécessaire développement de la fonction d'information des patients, de suivi individuel global, des exigences de qualité.... ?

De plus, le nombre d'infirmières en EHPAD devrait augmenter en fonction de la médicalisation de plus en plus grande du secteur (cf. ci-dessus). En effet la médicalisation des maisons de retraite sous l'influence du vieillissement de la population accueillie et du développement des poly-pathologies, ainsi que des politiques des groupes qui y trouvent une source de rentabilité financière plus importante, devrait contribuer à « re-techniciser » le métier d'infirmière en maison de retraite et lui redonner une certaine attractivité.

## *Aides soignantes et aides soignants*

On en comptait 242 000 en 2005, secteurs public et privé confondus et les travaux prospectifs cités ci-dessus en prévoient 603 000 en 2015. Il y aura donc dans les années à venir d'importants recrutements d'AS dans le secteur sanitaire qui les attire au premier chef, et notamment dans le secteur public, plus attractif. Et ce malgré le fait que les postes d'AS soient en réduction dans certains établissements sanitaires (développement des services ambulatoires, remplacement progressif de postes d'AS par des IDE dans le secteur psychiatrique).

Dans ce contexte, il paraît donc particulièrement nécessaire que les établissements du secteur médico-social, secteur où le métier d'AS est d'ores-et-déjà fortement en tension, développent des politiques d'attractivité pour ce métier. A moins qu'ils ne continuent à embaucher massivement des AMP dont le débouché aurait dû être le secteur du handicap mais qui sont de plus en plus nombreux dans les maisons de retraite, sur des emplois d'AS, sachant que les niveaux de rémunération sont les mêmes. Néanmoins, le secteur médico-social aurait intérêt, pour éviter un fort turnover des AMP, à faire plus fortement

converger le contenu des activités exercées au quotidien par les AMP et les spécificités de ce métier par rapport à celui d'AS.

Par ailleurs, la formation des aides soignantes devrait évoluer pour se rapprocher de celle des infirmières afin de permettre, en cours de vie professionnelle, un accès facilité au métier d'infirmière. Par ailleurs elle devrait intégrer davantage les techniques d'informations à destination des patients. (cf. ci-dessous).

### 3 Les métiers en émergence

Il faut tout d'abord noter que le développement de nouvelles activités prises en charge par les personnels en place dans le cadre de leur métier (tel que défini par les conventions collectives, la réglementation en vigueur et l'organisation de l'établissement) ne suffit pas à définir un « nouveau métier ». Il faut une longue observation et une « formalisation » par les accords sociaux, les répertoires officiels, les diplômes et référentiels de formation... pour qu'il y ait réellement un nouveau métier.

#### 3.1 Nouvelles conditions d'exercice des métiers

**C'est l'un des très grand attraits du secteur que de permettre – notamment pour les médecins, les infirmières, dans une moindre mesure les aides-soignants (aides-soignantes), l'exercice du métier dans des cadres différents :** en établissement sanitaire ou EHPAD dans le secteur de l'hospitalisation privée, en établissement sanitaire ou EHPAD dans le secteur public (voire associatif), en cabinet individuel ou de groupe, en établissement pour personnes handicapées, en établissement pour enfants présentant des problèmes, dans le cadre de l'intérim, dans les établissements scolaires... Le numéro hors-série de *FORMAHP Actualités* (décembre 2009) montre par exemple quelles proportions d'infirmiers (infirmières) travaillent dans les différents cadres.

Les cadres d'exercice possibles sont d'ailleurs de plus en plus diversifiés avec le **développement de nouveaux modes d'accueil et de prise en charge :**

- Par exemple, la mise en place de fonctionnements en **HAD** (Hospitalisation à domicile) rapproche l'activité des soignants salariés de cliniques de l'exercice libéral de la profession puisqu'il s'agit de se rendre au domicile des patients, il augmente la nécessité de contacts très serrés avec les familles (avec lesquelles il faut contractualiser l'environnement médical et les soins) ; l'HAD exige également un renforcement des méthodes et des compétences de coordination.

- **L'accueil de jour** dans les cliniques, avec le développement de la chirurgie ambulatoire, et dans les EHPAD, par exemple avec l'accueil de jour des patients atteints de maladie d'Alzheimer, change les conditions d'exercice des métiers d'infirmier (infirmière), de brancardier, d'AS et d'AMP, notamment en renforçant les exigences de réactivité, d'adaptabilité, le rythme de travail...  
En particulier, le développement des **services ambulatoires** dans le sanitaire induit des conditions d'exercice du métier d'IDE assez différentes, avec un rythme très irrégulier et des besoins de compétences particulières : capacité à gérer l'urgence, sens de l'organisation en lien avec l'équipe de bloc et le service en charge des sorties (en revanche, technicité moindre).
- Idem pour le développement de **l'accueil temporaire** dans les EHPAD.

**Le plan Alzheimer 2008-2012 va d'ailleurs amplifier ce mouvement de diversification des métiers « traditionnels »** (infirmières, AS, AMP, psychomotriciens, ergothérapeutes...) en proposant des **modes d'accueil spécifiques** (en plus de prévoir de nouveaux métiers, cf. ci-dessous) :

- Le plan envisage une expérimentation de « plateformes de répit et d'accompagnement » offrant sur un même territoire toute une gamme de formules (accueil de jour, répit à domicile, ateliers de réhabilitation, rencontres d'aidants...).
- Il prévoit de créer, pour les patients souffrant de troubles du comportement et en fonction du niveau de ces troubles, deux types d'unités spécifiques, au sein des EHPAD :
  - Des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) proposant, pendant la journée, aux résidents ayant des troubles du comportement modérés, des activités sociales et thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé et bénéficiant d'un environnement rassurant et permettant la déambulation.
  - Des unités d'hébergement renforcées (UHR) pour les résidents ayant des troubles sévères du comportement, sous forme de petites unités accueillant nuit et jour, qui soient à la fois lieu d'hébergement et lieu d'activités.

A ce titre, certains interlocuteurs ont souligné que le besoin d'adaptation de la prise en charge des résidents des EHPAD atteints par la maladie d'Alzheimer pourrait notamment être un **levier puissant de « re-différenciation » du métier d'AMP, complémentaire et non plus seulement substituable à celui d'AS**. Ce constat est étayé par le fait que certains des établissements rencontrés ont mis en place un « secteur fermé Alzheimer » sur lequel ont été positionnés les AMP et considèrent ce choix comme concluant.

Par ailleurs, l'évolution du cadre réglementaire et du mode de financement des EHPAD pourrait également conduire au **développement de postes salariés** (dans un souci de maîtrise des coûts de la chaîne de prise en charge, le cas échéant en temps partiel sur plusieurs établissements) **pour des professions médicales et paramédicales** : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciens...

### 3.2 Besoins de nouvelles compétences et de nouveaux métiers

La technicisation du métier d'infirmier (infirmière) conduit à des besoins de compétences plus poussées que celles données par la formation initiale : le développement très important des DU obtenus en formations « complémentaires » le traduit et débouche sur des **fonctions d'infirmier (infirmière) référent** pour l'établissement et ses collègues : hygiène, traitement de la douleur, soins palliatifs, gestion des risques, hémovigilance, qualité... Le plus souvent, la spécialisation reste partielle (quelques heures identifiées) et faiblement valorisée, il ne s'agit pas d'un nouveau métier mais plutôt d'un enrichissement du poste. Néanmoins, une mutualisation de ces nouvelles compétences entre plusieurs établissements (sur une base locale ou dans le cadre d'un groupe) pourrait permettre une spécialisation plus poussée et conduire à définir un métier à part entière.

L'évolution des technologies médicales conduit également à dessiner de nouveaux métiers ou de nouvelles spécialisations, qu'il s'agisse du développement de l'informatique bio-médicale, de l'imagerie médicale, de l'explosion des dispositifs médicaux implantables, voire de la télé-médecine.

Dans les établissements de plus grande taille, où ces spécialisations peuvent être plus poussées, on peut voir apparaître :

- Des techniciens et ingénieurs biomédicaux, ayant en charge la commande et la maintenance d'un matériel médical de plus en plus sophistiqué.
- Des ingénieurs-méthode spécialisés en gestion des flux.
- Des directeurs de la qualité.
- Des directeurs de la gestion des risques (ces deux derniers métiers étant occupés par des personnes de formation médicale).
- Des métiers de la pharmacie plus spécialisés :
  - Secrétaires pharmacie-implants ayant en charge la facturation différentielle des médicaments et dispositifs médicaux.
  - Préparateurs en pharmacie.
  - Pharmaciens-coordonnateurs.
- De nouveaux métiers du bloc opératoire :

- Assistantes administratives de bloc.
- Responsables de la logistique de bloc (gestion des stocks de matériels, produits et dispositifs médicaux).
- Dans les plus grands établissements, de nouveaux métiers à l'interface de la gestion et du médical, liés à la gestion des admissions, des achats, à la gestion des stocks de matériels et consommables, à la tarification...

Le **plan Alzheimer** prévoit par ailleurs l'apparition de **nouveaux métiers** qui peuvent constituer de **nouvelles possibilités d'évolution professionnelle** :

- **L'assistant de soins en gérontologie**, fonction accessible aux AS et AMP par la formation continue, qui consiste en une assistance dans les actes de la vie quotidienne des personnes fragilisées par la maladie d'Alzheimer et de leur entourage, en visant la stimulation sociale et cognitive des capacités restantes. Cette fonction peut être exercée au sein de SSIAD et d'unités spécialisées des EHPAD et des services de SSR.
- **Le coordonnateur** (ou « gestionnaire de cas ») au sein des « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer », professionnel chargé de coordonner les interventions médicales et sociales et responsable du suivi à long terme pour les personnes atteintes de la maladie et dont le cas est complexe. Ce métier pourrait certainement être une perspective d'évolution pour, notamment, les infirmières-coordonnatrices d'EHPAD (il fait actuellement l'objet d'expérimentations, le référentiel de compétences, d'activité et de formation n'étant donc pas encore stabilisé).

## **4 Les passerelles entre métiers et les parcours professionnels**

**Les passerelles entre métiers sont nombreuses et très empruntées, de nombreuses possibilités de parcours existent pour tous les métiers, bien sûr dans une proportion moindre pour les métiers les moins qualifiés (ASH ou ESH, brancardier...).**

### **4.1 Les parcours existants formalisés (concours ou VAE)**

Le fait que plusieurs métiers du sanitaire et du médico-social soient des professions réglementées implique une formalisation forte des différents parcours professionnels :

- **Passer du métier d'ASH à celui d'AS** suppose une formation de 11 mois suite au passage d'un concours, financée par FORMAHP dans le cadre de la

« démarche de professionnalisation », le même passage peut s'effectuer dans le cadre de la VAE (Validation des acquis de l'expérience). Encore faut-il pour cela que les règles d'application de ratios public/privé aient ouvert des places : lors des entretiens de cadrage, plusieurs représentants des salariés ont souligné le fait qu'il n'y avait pas suffisamment de places en formation d'AS ouvertes pour les salariés du secteur privé (« *l'accès à la formation est faussé entre le public et le privé* » - entretien de cadrage, CGT).

Le passage ASH / AS est donc également possible par le biais de la VAE. Des études montrent que **le secteur sanitaire et social est l'un de ceux qui utilisent le plus la VAE** (cf. CEREQ, *Bref n°263 d'avril 2009*) : le secteur sanitaire et social, hors FPH, « fournit » 59% des candidats à une certification de niveau V par la VAE, soit une très forte surreprésentation par rapport à son poids dans l'emploi national ; à lui seul, le privé lucratif en représente 14%, d'ailleurs **très majoritairement – à 62% – vers le DE d'aide-soignant**. [NB : les éléments issus de l'étude du Cereq portent sur les candidats à la VAE jugés recevables à un titre ou diplôme de niveau V au premier semestre 2005, ils sont donc à interpréter avec prudence].

Ces chiffres tendent à montrer que le secteur sanitaire et social est l'un des rares secteurs d'activité où l'accès à une certification de niveau V en cours de vie active permette effectivement une évolution de carrière (changement de métier – par exemple ASH / AS, ou « reconnaissance » d'un métier déjà exercé, assortie d'une meilleure qualité de l'emploi : rémunération, temps plein...).

Pour autant, il semblerait pour les établissements de l'enquête que l'accès au métier d'AS soit plus facile par le biais du concours que par la VAE, ce qui est paradoxal au vu du déficit de places en formation rappelé ci-dessus, mais pourrait s'expliquer par une certaine complexité des règles liées à la VAE, qui n'est pas toujours compensée par l'accompagnement des candidats (l'étude du CEREQ mentionnée ci-dessus montre que parmi les candidats salariés du sanitaire et social à statut privé lucratif, 43% bénéficient d'un accompagnement – contre par exemple 53% pour ceux relevant du statut privé associatif).

- En maisons de retraite, **passer du métier d'ASH à celui d'AMP** est réputé plus facile que l'évolution vers le métier d'AS. En effet la formation d'AMP se déroule sur 18 mois en alternance (notamment dans le cadre d'un **contrat de professionnalisation**) et est par ailleurs moins chère, ces éléments rendant les établissements et les personnels plus volontaires. Le passage ASH – AMP peut lui aussi être effectué via la VAE.

- **Passer du métier d'AS (ou AMP) à infirmière** suppose une formation longue de trois ans accessible sur concours, avec les mêmes conditions de ratios que citées précédemment. Ce passage n'est pas possible par le biais de la VAE. En revanche, une disposition récente (arrêté du 31 juillet 2009 relatif au DE d'infirmier) a mis en place une dispense partielle de scolarité dès 3 années d'exercice du métier d'AS, sous réserve de la réussite d'un examen d'admission (le nombre d'AS admis à l'IFSI par cette voie ne pouvant excéder 20% du quota de l'institut), ce qui réduit le temps de formation nécessaire.

Comme souvent en matière de parcours professionnels nécessitant des formations qualifiantes, le montage des financements est complexe, faisant intervenir le FORMAHP, l'établissement, le Conseil Régional parfois, voire le salarié lui-même. De fait, on observe des cas d'autofinancement des formations : « *beaucoup de salariés se retrouvent à financer eux-mêmes leur formation* » (entretien de cadrage, CFDT). Dans le cas du passage d'AS à infirmière, la première année est par exemple prise en charge par l'établissement, la seconde par l'OPCA et la troisième l'est (parfois) par le Conseil Régional. Les formations d'AS et d'AMP semblent en revanche quasi-intégralement prises en charge par le FORMAHP. Des conventions ont également été signées entre certains Conseils Régionaux, FORMAHP et le FONGECIF dans 14 régions pour créer des parcours sécurisés et rémunérés. Ce partenariat original entre un OPCA et le FONGECIF permet de sécuriser les parcours et de prendre en charge un plus grand nombre de demandes tout en diminuant le financement par les établissements. Dans ce cadre, pour les passages d'AS à infirmière, la première année est financée par le FONGECIF, un forfait est par la suite attribué par FORMAHP pour les deuxième et troisième années.

Pour les établissements, ces questions de financement peuvent être une limite forte à « l'investissement formation » dans la mesure où il n'est pas toujours possible d'imposer une « clause de dédit-formation » à une personne nouvellement formée (lui imposant de rester un certain temps dans l'établissement qui a contribué, avec l'OPCA, au financement de sa formation). Des exemples d'AS devenues infirmières et partant exercer à l'hôpital public très peu de temps après l'obtention de leur diplôme ont été cités dans plusieurs établissements.

Malgré tout, les établissements se montrent ouverts au fait d'encourager chaque année quelques parcours qualifiants, de l'ordre de deux à trois en moyenne par an pour un effectif d'une centaine de personnes. **Les personnels** (AS, AMP, ASH) connaissent dans l'ensemble ces possibilités, et **ont le sentiment que si**

**elles souhaitent entreprendre un parcours d'évolution professionnelle, l'établissement les y aidera.** Les salariés rencontrés ont donc plutôt le sentiment qu'il est possible de progresser, qu'il y a des ouvertures.

Cependant, parmi les personnes rencontrées, tous ne sont pas « candidats » (a fortiori pour le passage vers le métier d'infirmier). En effet, il s'agit à chaque fois d'études difficiles, longues, coûteuses en temps, en énergie voire financièrement, donc qui ne peuvent être suivies que par des personnes particulièrement motivées. D'autant plus que les conséquences sur la vie personnelle sont importantes, s'agissant souvent de jeunes femmes avec des enfants en bas âge.

De leur côté, les représentants des salariés ont insisté sur la nécessité pour les établissements de s'impliquer davantage dans le financement de formations d'évolution professionnelle et de ne pas en rester à quelques « success stories » chaque année.

#### **4.2 Les autres parcours observés au sein de chaque famille de métiers**

- Les ASH (ESH) peuvent évoluer vers des fonctions de « gouvernante », i.e. d'encadrement opérationnel des équipes. Plusieurs établissements ont par ailleurs développé la possibilité de passer dans les services d'accueil, de gestion des entrées et sorties...
- Les brancardiers et agents de stérilisation ont la possibilité de devenir aide soignant ou aide-soignante par la formation ou la VAE, passage qui se rapproche du parcours d'ASH à AS. La VAE d'AS pour un brancardier est cependant vue comme très difficile par la plupart des interlocuteurs (sauf, par exemple, si le brancardier est titulaire d'un CCA d'ambulancier qui lui permet de valider d'office certains modules d'AS). Certains brancardiers peuvent également évoluer vers des fonctions de maintenance, de dépannage informatique ou de répartiteurs dans les services de pharmacie.
- La fonction d'agent de stérilisation peut être une évolution possible pour un(e) AS souhaitant « faire autre chose », généralement avec des formations ponctuelles après la prise de fonction (conduite d'autoclave, bonnes pratiques de stérilisation). Par la suite, ces agents de stérilisation issus du métier d'AS peuvent envisager d'évoluer vers le métier d'infirmier (notamment de bloc), cas particulier du parcours « classique » AS / infirmier.

- **Les possibilités d'évolution professionnelle pour les infirmières** de service ou de bloc concernent principalement :
  - Les métiers de l'encadrement infirmier (surveillante voire DSSI dans le sanitaire, coordinatrice en EHPAD), éventuellement via le diplôme de cadre de santé, mais le plus souvent sur la simple base de compléments de formation (DU notamment) en management infirmier, après la prise de poste dans de nombreux cas.
  - Les spécialisations « formelles », à partir de 2 années d'exercice minimal, via un supplément de qualification : IBODE (18 mois de formation, ce qui peut expliquer que certaines infirmières de bloc ne soient pas IBODE) puis chef de bloc, IADE.
  - Néanmoins, peu d'infirmières semblent attirées par ce type d'évolutions « verticales », notamment vers les métiers du management infirmier, très différents dans leur nature (organisation, gestion et management) du « métier de base » et les privant en grande partie du contact avec les patients. De même, la fonction d'infirmière de bloc (IBODE ou non) n'est pas prisée par tous, notamment parce qu'elle privilégie très fortement la technicité « pure » sur l'aspect relationnel qui est souvent le principal facteur de choix du métier d'IDE.

Dès lors, **l'essentiel de la mobilité professionnelle des infirmières passe :**

  - Par des spécialisations plus « informelles » (fonction de référent interne) et souvent très partielles évoquées précédemment, avec des compléments de formation (DU) sur l'hygiène, la prise en charge de la douleur, la qualité, la gestion des risques... Le cas échéant, ces « élargissements de compétences » peuvent ouvrir une reconnaissance – limitée – pécuniaire et statutaire (passage agent de maîtrise).
  - **Surtout, par une mobilité « horizontale » :** exercer dans les différents cadres et environnements possibles (changements de services, passage dans un service ambulatoire, entre MCO, SSR voire psychiatrie, passage vers l'hôpital, le libéral, le médico-social, les SSIAD...), quasiment chaque poste présentant un « équilibre » différent entre les différentes facettes du métier (composantes techniques, relationnelles, administratives / organisationnelles / gestionnaires...).
- Les métiers administratifs se caractérisent par une mobilité possible au sein de la filière, par « rotation » sur les différentes activités (passages de l'accueil, souvent « métier d'entrée dans le secteur », vers les métiers de la facturation- comptabilité, parfois en maintenant une certaine polyvalence...) et « promotion » sur des postes d'encadrement intermédiaire au fur et à mesure qu'ils se libèrent. Pour les cadres eux-mêmes, il peut exister des

possibilités de parcours dans le cadre des groupes, entre établissements du groupe ou vers des services administratifs mutualisés au niveau du siège.

#### **4.3 Les compétences transférables et les parcours possibles entre familles de métiers**

- *Le passage des métiers administratifs vers les métiers du soin* : les compétences des métiers administratifs ne préparent pas les personnes à des activités de soins. Les exemples possibles ne peuvent donc tenir que de cas individuels « isolés » de reconversion professionnelle (avec un investissement personnel particulièrement fort).
- *Le passage des métiers du soin vers les métiers administratifs* : du point de vue des compétences, ce passage est possible sous réserve de ne pas envisager des métiers à contenu technique tels que la comptabilité ou la facturation tiers payant et moyennant des formations ponctuelles. Ils sont surtout envisagés lorsqu'il y a une inaptitude physique car ils ne sont pas forcément souhaités par les personnels. Le passage du métier d'infirmière vers le métier de TIM est possible sous réserve de la motivation des personnes. De plus il n'y a pas un très grand nombre de postes administratifs et c'est un domaine dans lequel le turnover est très faible. **C'est l'une des raisons pour lesquelles les mobilités de ce type ont besoin d'être fortement anticipées.**

Un autre cas, par définition assez marginal, concerne le passage des métiers de l'encadrement des soins (DSSI, chef de bloc) vers la direction d'établissement (ce qui n'est guère possible que dans des établissements indépendants, les directeurs d'établissements appartenant à des groupes étant très généralement de profil gestionnaire).

- *Le passage des métiers du soin vers les métiers de l'accompagnement* : ce passage est surtout pratiqué dans le médico-social, les compétences spécifiques aux AMP (observation des personnes, stimulation des capacités cognitives...) leur permettant d'évoluer relativement aisément vers des fonctions d'animateur, généralement (mais pas systématiquement) avec une formation spécifique à l'animation (BEATEP, BPJEPS...). Dans certains cas, la fonction d'animateur peut aussi être occupée par un ancien ASH.

#### 4.4 Les politiques de gestion des évolutions professionnelles dans les établissements et les groupes

Les politiques de formation des établissements dépendent de la taille de l'établissement, de l'investissement du groupe dans les questions de formation lorsqu'il y a appartenance à un groupe. Elles comprennent majoritairement des formations d'adaptation (aux matériels, à de nouvelles techniques, à de nouveaux protocoles, à la qualité, aux exigences d'hygiène...) mais aussi des formations plus approfondies sur le traitement de la douleur, les caractéristiques de la psychologie des personnes âgées...

Exemple : un plan de formation (extraits)

##### 1- Adaptation au poste de travail

- Maintien ou évolution dans l'emploi
  - Gestion de l'agressivité et de la violence
  - Prévention des chutes et des escarres
  - Accompagnement du patient en fin de vie
  - Formations accueil
  - Formation secrétaires médicales
  - Abords vasculaires en dialyse(IDE)
  - La douleur physique de l'insuffisant rénal(IDE)
  - La relation de l'agent dans l'équipe (ASH)
  - La préparation des médicaments anticancéreux (pharmaciens)
  - Maintenance et contrôle des dispositifs médicaux

##### 2- DIF – Développement des compétences

- Formation IDE (3 ans)
- Formation secrétaire administrative/accueil
- DU réanimation
- DU Pédiatrie

3- Formations internes (destinées à une grande partie du personnel) : douleur, hémovigilance, signalement des événements indésirables, ventilation mécanique, cicatrifications et plaies, bien-être, gestion documentaire...

De manière classique, les plans de formation des établissements sont élaborés à partir des axes de développement stratégiques des établissements et/ou des groupes et le recueil des demandes de formation formulées par les salariés dans le cadre des entretiens annuels, sachant que ces derniers sont inégalement réalisés dans la pratique.

Certains établissements ont des politiques d'anticipation plus élaborées, avec par exemple un « accord seniors » pour augmenter le nombre de salariés de plus de 55 ans (de +8% dans une clinique du groupe Générale de Santé) et mieux anticiper les départs en retraite.

**Parmi les exemples de politiques « dynamiques » de gestion des emplois et compétences et de construction de parcours professionnels, nous présentons ici 3 cas étudiés au cours de l'enquête.**

- **La clinique Sainte-Marie d'Osny (95).**

La direction de l'établissement et les représentants des salariés s'efforcent conjointement de soutenir autant que possible les perspectives d'évolution professionnelle des salariés de la clinique :

- Les besoins de compétences et de formations sont systématiquement abordés lors des entretiens annuels.
- Des bilans de compétence sont souvent proposés pour « élargir » les réflexions personnelles au-delà des parcours « classiques » du secteur.
- Le budget consacré à la formation s'élève à environ 3 fois l'obligation légale.

Dans ce contexte, les exemples de parcours professionnels en interne sont nombreux et riches et le turnover est particulièrement faible :

- Les ASH « faisant fonction » d'AS ont été soutenues dans l'obtention du diplôme d'AS, certaines par la VAE (avec le financement d'un module de formation de 70 heures), d'autres par le concours et la formation dans le cadre du plan de formation et de la démarche de professionnalisation financée par FORMAHP (avec une formation de mise à niveau / préparation au concours).
- Il en a été de même pour une ASH qui était agent de stérilisation et qui a validé son diplôme d'AS par la VAE.
- Un autre agent de stérilisation a été positionné sur une fonction de chef d'équipe des agents de stérilisation (agent de maîtrise).
- Constatant les phénomènes d'usure professionnelle parmi les brancardiers, l'établissement a favorisé leur évolution vers le diplôme d'AS par le concours et la formation (avec la même formation de

préparation que les ASH). L'un d'entre eux étant titulaire du CCA d'ambulancier a d'ailleurs bénéficié de dispenses partielles de formation (4 modules sur 8 étant validés d'office).

- L'établissement encourage les infirmières à acquérir la spécialisation d'IBODE (environ une personne en formation chaque année) ou à prendre des fonctions de « référent » moyennant des formations de perfectionnement (par exemple DU hygiène, douleur, soins palliatifs, gestes d'urgence...).
- L'encadrement soignant est issu du métier infirmier, avec le diplôme de cadre de santé.
- L'établissement s'efforce de favoriser la mobilité entre les métiers administratifs (de l'accueil-standard à la facturation ou aux archives, de la facturation au RH...).
- L'encadrement administratif est d'ailleurs composé de personnes « issues du rang » (la RRH était à la comptabilité, l'assistante de direction encadrant l'accueil, le PMSI, la gestion des rendez-vous... était facturière).
- Des passages entre filières, relevant d'initiatives personnelles, ont été favorisés :
  - Des ASH et AS sont devenues secrétaires administratives, notamment en charge de la gestion des rendez-vous des praticiens (en restant salarié de l'établissement, ce qui est une de ses spécificités).
  - Une AS est passée sur un poste d'agent administratif en charge de la planification (gestion des entrées/sorties et de l'hébergement), cette expérience confirmant l'intérêt de positionner une personne issue du soin sur ce type de fonction à l'interface entre le soin et l'administratif.
  - Un brancardier a intégré le service technique avec un CAP d'électricien.

Le passage d'AS à IDE est en revanche perçu comme difficile, pour des raisons tenant aux personnes (il demande un investissement personnel très important, d'autant plus difficile pour des personnes en poste depuis quelques années) et aux possibilités de financement de la formation.

- **Le groupe Korian**

Le groupe Korian, qui couvre le volet sanitaire et le volet médico-social, a structuré des outils et dispositifs favorisant la construction de parcours professionnels pour ses salariés (au sein de leur établissement ou au sein du groupe) :

- L'anticipation et l'accompagnement des parcours professionnels sont facilités par la mise en place de « **comités carrières** » **annuels**. Initialement limité au siège pour la gestion RH des cadres supérieurs des établissements, ces comités se tiennent depuis peu au niveau de chaque établissement, réunissant après les entretiens annuels le directeur d'établissement, le directeur régional et le responsable RH régional. Leur objectif est de faire le point sur la situation de l'équipe et les besoins en compétences par rapport au projet d'établissement, favoriser les mobilités et parcours professionnels, identifier les personnes à accompagner...
- Le groupe a structuré la notion de « **grappes d'établissements** » (établissements présents sur un même bassin d'emploi) pour mutualiser les formations. Il est important de noter que ce mode de fonctionnement **accroît notablement les chances d'évolution professionnelles** :
  - Il est plus facile de prendre des fonctions d'encadrement (par exemple passage d'infirmière à surveillante) ou de direction (pour un cadre soignant ou administratif) dans un établissement différent de celui où la personne a déjà exercé.
  - Les fonctions de « référent thématique » (hygiène, qualité, douleur, soins palliatifs...), qui constituent l'une des principales possibilités d'évolution professionnelle des infirmiers, peuvent être mutualisées entre les établissements de la « grappe ». De fait, le groupe finance beaucoup de formations de spécialisation de ce type.
- Il existe un programme de « training directeur », qui consiste à proposer à environ 5 personnes par an (cadres soignants ou administratifs des établissements) un parcours de formation et de tutorat d'une durée comprise entre 6 et 18 mois visant à les amener à la fonction de directeur d'établissement.
- Le groupe dispose d'un centre de formation interne (Formadep), avec une quinzaine de formateurs (infirmiers, kinés, psychologues...), qui intervient surtout sur les formations courtes liées aux soins (bien-être, hygiène, soins palliatifs...).

En outre, le simple fait que Korian soit un groupe facilite les mobilités professionnelles (en moyenne une centaine de mobilités internes par an) :

- Les cadres administratifs peuvent évoluer entre les établissements et le siège (d'ailleurs dans les 2 sens).
- Pour les métiers du soin (surtout infirmiers ou cadres soignants) et les métiers administratifs, il existe des passerelles entre le sanitaire et le médico-social (ou inversement).

Il est également à noter que le groupe consacre à la formation de ses salariés 3% de sa masse salariale. Cet effort allant bien au-delà de l'obligation légale répond principalement aux objectifs suivants :

- **Assurer la professionnalisation, l'adaptation et le développement des compétences des salariés du groupe.** Cf. notamment les éléments cités ci-dessus sur les formations de « spécialisation » donnant des possibilités d'évolution professionnelle aux infirmiers. Le groupe s'efforce également de financer la formation d'infirmiers aux fonctions tutorales, qui constituent également une évolution professionnelle possible (objectif d'avoir une ou deux personnes formées par établissement).

- **Favoriser, par l'accès à la qualification, « l'ascension professionnelle » des personnes faiblement qualifiées.** Cet objectif recouvre notamment l'enjeu, particulièrement fort en EHPAD, de porter vers le diplôme d'AS le plus possible de salariés peu qualifiés, notamment d'ASH. Le groupe soutient ainsi les démarches visant l'accès au diplôme d'AS par la VAE ou dans le cadre de la démarche de professionnalisation mise en place et financée par la branche (ce qui peut passer en préalable par des formations de remise à niveau voire d'alphabétisation).

De même, le groupe aide des auxiliaires de vie exerçant en EHPAD à accéder le diplôme d'AS (ou d'AMP) par la VAE (Formadep assure la préparation des candidats aux épreuves et l'acquisition des modules complémentaires si besoin).

Par ailleurs, une expérimentation est en cours avec l'ARS Ile-de-France pour un certificat (CQP) reconnaissant les compétences spécifiques liées à la prise en charge des personnes âgées désorientées (à l'attention notamment des auxiliaires de vie).

Dans ce contexte, les principales difficultés de gestion RH évoquées par le groupe sont :

- De faire évoluer les AS vers le métier d'infirmier, faute d'un instrument de branche suffisamment développé et alors même que les demandes sont nombreuses. Le fait que ce passage soit plus facile dans la FPH (grâce à l'outil de « promotion professionnelle ») constituerait d'ailleurs l'un des facteurs importants d'attractivité de cette dernière.

La question de la mobilité professionnelle des AS constitue donc un « point de fragilité ». A ce titre, le nouveau métier d'assistant de soins en gérontologie mis en place dans le cadre du plan Alzheimer pourra devenir un débouché intéressant pour des AS expérimentés butant sur la difficulté à devenir IDE.

Ce type de fonction, qui placera les AS dans une posture de responsabilité transversale, rejoint d'ailleurs une expérimentation du groupe sur certaines unités de vie en EPHAD, avec des AS placés en responsabilité du fonctionnement de l'unité (14 lits) avec un rôle de coordination (fonction de « maîtresses de maison »).

- De former les cadres des établissements (à la maîtrise des outils de gestion, aux compétences managériales...). A ce sujet, le groupe « bute » notamment sur le fait que l'OPCA n'autorise pas la mutualisation des crédits de la formation entre établissements du groupe.

- **La démarche GPEC en Languedoc-Roussillon.**

Portée depuis novembre 2008 par les représentations régionales de la FHP et du SYNERPA, avec le soutien de FORMAHP (ainsi que de l'Etat et de fonds européens), cette démarche réunit 27 EHPAD et 92 cliniques autour d'échanges de pratiques et de méthodes de GPEC. L'objectif est notamment d'aider chaque établissement, sur la base d'une méthodologie commune, à définir les compétences nécessaires à l'exercice de ses métiers et à organiser le développement des compétences de ses personnels. La consolidation de ce travail à l'échelle régionale vise à recenser les difficultés de recrutement, les besoins d'évolution des référentiels de formation, des places de formation ouvertes, des passerelles nécessaires... en vue d'engager et objectiver le dialogue avec les institutions publiques concernées (notamment le Conseil régional, qui a réuni un groupe de travail partenarial relatif à son schéma des formations sanitaires et sociales, auquel participent la FHP, le SYNERPA et le FORMAHP) et les organismes de formation.

Une démarche analogue a été mise en place en région Midi-Pyrénées (mais aucun établissement de l'enquête n'y était situé).

Les interlocuteurs rencontrés reconnaissent dans l'ensemble que la branche a le souci de mettre à disposition des outils de formation, appuyée sur un OPCA qui réalise un très gros travail et alimente « *une offre de formation variée et fournie* ». Mais les établissements ne suivent pas toujours et on observe qu'un certain nombre de places de formation ne sont pas remplies faute de mobilisation d'établissements qui restent frileux.

## 5 Obstacles et facteurs favorables à la mobilité professionnelle : recommandations

### 5.1 Obstacles à la mobilité

- Les règles et le formalisme des parcours obligés, les politiques publiques quant au nombre de places en IFSI et Ecoles d'aides soignantes constituent des restrictions importantes au développement des passerelles professionnelles. Lorsque des qualifications sont accessibles par la VAE, la longueur et la complexité de la démarche, malgré le soutien apporté par FORMAHP, découragent certains des candidats potentiels.
- Les caractéristiques réelles et symboliques des activités fonctionnent parfois comme un obstacle. Par exemple les établissements sanitaires éprouvent de la difficulté à faire venir des infirmières au bloc, car elles recherchent davantage le relationnel et craignent le stress. Les agents de stérilisation – bien que leur métier représente une forte pénibilité et des risques réels d'usure – ne veulent pas « redevenir » ASH après avoir exercé ce métier: dès lors, lorsque des problèmes de santé au travail surviennent, il est très difficile de leur trouver un métier de reconversion.
- Les caractéristiques des activités en termes d'organisation du temps de travail dans des univers de travail très féminisés : les horaires du bloc ne sont pas les horaires des services, donc on passe difficilement de l'un à l'autre...**Et il arrive que l'on choisisse les postes en fonction de leurs horaires.**
- Comme dans de nombreux autres secteurs, le management ne souhaite pas toujours voir partir les personnes avec lesquels il est habitué à travailler : ceci se vérifie dans les cliniques ou les chirurgiens (qui ne sont pas en position de management) sont réticents à laisser partir des infirmières avec lesquelles des habitudes de travail se sont installées.
- L'externalisation des activités d'hôtellerie et restauration, ainsi que de bio-nettoyage, aussi bien dans le secteur médico-social que dans le secteur sanitaire, introduit une barrière qui rend plus difficile le passage des agents concernés au niveau aide-soignant puisqu'ils n'auraient pas le même employeur.

- Dans certains établissements, on peut noter (cf. les entretiens de cadrage) des réticences caractéristiques de petites entreprises face au développement d'une politique vigoureuse de formation et d'évolution professionnelle, sans doute renforcée par le fait que certains salariés pour lesquels un investissement de formation a été fait quittent ensuite l'établissement.

## 5.2 Facteurs favorables à la mobilité

Bien que la branche soit pour partie composée de PME et d'établissements de petite taille, même s'ils appartiennent à des groupes, **la formation sous toutes ses facettes y joue un rôle très important. Ceci sous plusieurs aspects :**

- Dans l'ensemble des services de soins, on accueille des stagiaires des écoles d'aides-soignants (aides-soignantes) et des écoles d'infirmiers (infirmières) : le tutorat, l'apprentissage avec des pairs font partie intégrante des métiers du soin et donne à chacun l'expérience de la transmission et de la pédagogie. La formation en alternance (ou a minima de nombreux stages) est la règle pour un grand nombre des métiers de la branche.
- Les métiers exercés dans la branche sont des métiers de service à la personne, à l'autre, dans un domaine d'activité sensible : la santé. Aussi les personnes, qui sont très attachées à leur métier, tiennent à le faire évoluer. Là encore il faut nuancer le propos lorsque l'on parle des personnels les moins qualifiés, qui sont aussi ceux pour lesquels on observe les plus forts taux d'absentéisme ou de problèmes de management.
- Ce sont des métiers dans lesquels on « apprend tous les jours », avec des relations permanentes avec des professionnels de santé (médecins, psychologues et intervenants paramédicaux dans un EHPAD...) : **l'ambiance y est donc plus « formative » que dans beaucoup de secteurs de la vie économique et sociale.** De plus, de nombreuses formations sont faites en interne : dans les EHPAD par exemple les médecins-coordonnateurs font régulièrement des formations en direction des personnels soignants.
- Les évolutions vers le management, que ce soit pour les métiers du soin ou pour les métiers administratifs, sont plus faciles et plus souples dans le secteur privé qu'elles ne le sont dans le public, où les choses sont beaucoup plus formelles et rigides.

### 5.3 Recommandations

- *Pour les partenaires sociaux de la branche :*

- Il peut être important de porter davantage d'attention aux métiers autres que ceux du soin : en effet comme ces derniers sont des métiers réglementés, ce sont les métiers qui font l'objet du plus d'attentions. A contrario, les métiers administratifs et de gestion, certains métiers techniques en développement (ingénieurs, maintenance...) et les métiers d'encadrement, sont moins mis en avant et moins travaillés sous l'angle des formations et diplômes, des passerelles et des parcours.
- Deux métiers souffrent particulièrement d'un déficit de reconnaissance : il s'agit du métier **d'AS en établissement médico-social** et du métier **d'agent de stérilisation**. Pour le métier d'AS en EHPAD, il s'agit, par des formations appropriées, de le tirer vers le haut. Pour le métier d'agent de stérilisation, une proposition de création d'un CQP pourrait être envisagée.
- L'assouplissement de certaines règles d'accès aux métiers peut permettre le développement de davantage de passerelles : un tronc commun dans les formations d'AS et d'IDE pourrait par exemple permettre de passer de l'un à l'autre avec une formation moins longue. Les dispositions récentes vont en ce sens. Ira-t-on, à terme, vers l'ouverture de l'accès au métier d'IDE par le biais de la VAE ?
- Développer les occasions d'échange entre DRH ou RRH du secteur (cf. par exemple les réunions de DRH organisées par l'ARS sur la région Ile de France ou les démarches de GPEC en région Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées pilotées par FORMAHP et impulsées par des diagnostics collectifs GPEC sur les différents réseaux emploi-formation). Des échanges organisés régulièrement pourraient également permettre de développer la mobilité entre les établissements du secteur sanitaire et ceux du secteur médico-social.

- *Pour les établissements et les responsables de formation*

- Plusieurs interlocuteurs ont souligné la nécessité de contenus de formation relatifs aux aspects psychologiques, aux aspects « communication » et « comportement » des différents métiers. Les changements dans la composition de la population des patients et résidents impliquent des efforts en ce sens mais également des formations nouvelles, telle que les langues, rendues nécessaires par la présence de nombreux habitants anglais par

exemple dans certaines régions. De manière générale des actions de formation aux spécificités de la santé, des pathologies et du comportement des personnes âgées sont souhaitables quels que soient les établissements, car le vieillissement des patients et des résidents concerne tout le secteur.

- Dans le cadre des politiques de GPEC et de formation, il peut être nécessaire de mettre l'accent sur les personnels à faible niveau de qualification en sorte de faire de la possibilité de parcours d'évolution professionnelle un facteur de motivation, d'attachement à l'établissement et d'attractivité de la branche. Ceci peut être parallèle aux choix de FORMAHP en direction des moins qualifiés (cf. la démarche de professionnalisation d'abord conçue pour les établissements du secteur médico-social puis élargie au secteur sanitaire qui permet l'accompagnement des salariés peu qualifiés d'un bout à l'autre de leur parcours). Dans la mesure où il s'agit de ne pas enfermer les personnes dans un poste, des « stages de découverte » des autres métiers de la branche peuvent également être envisagés.
- S'agissant des EHPAD, mettre en valeur les spécificités du métier d'AMP et sa complémentarité (plus que sa substituabilité) avec celui d'AS, pour préserver l'identité professionnelle – et la motivation – des AMP et éviter les départs (notamment vers le secteur du handicap). A cet égard, les adaptations liées au plan Alzheimer pourraient être un levier possible (néanmoins, le nouveau métier d'assistant de soins en gérontologie, accessible à la fois aux AS et aux AMP, pourrait à nouveau « rebattre les cartes » et « réaligner » encore plus fortement les AS et AMP exerçant hors des unités spécialisées Alzheimer).
- **Anticiper sur les problèmes de santé au travail** (TMS en particulier dans le cadre de certains métiers – brancardier, agent de stérilisation par exemple) en sorte de prévoir des « reconversions » vers d'autres métiers, par exemple les métiers plus administratifs. La même démarche peut être suivie pour permettre le maintien dans l'emploi de salariés seniors en leur permettant d'occuper des postes plus adaptés à leur condition physique.
- Dans le cadre du dialogue social dans les établissements, il peut être important de développer une connaissance partagée des questions d'évolutions des métiers et de formation, y compris en s'appuyant sur les travaux de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications.
- Donner aux salariés la connaissance et la visualisation des différents métiers et des passerelles par lesquelles ils peuvent y accéder s'ils en ont le désir et la volonté.

## **Annexes**

### **Annexe 1 : liste des personnes rencontrées en entretien de cadrage**

FHP : M. Durousset, président de la FHP et de la commission des affaires sociales ; Mme Corbineau, directrice des affaires sociales.

SYNERPA : M. Margarit, président ; Mme Falguières, directrice des affaires sociales.

CGT : M. Chaniat, membre (suppléant) de la CPNE et du CA de FORMAHP ; Mme Bruno, membre de la CPNE et du CA de FORMAHP.

CFDT : Mme Perdriau, secrétaire fédérale santé-social, membre de la CPNE.

CGC : M. Ajenjo, président de FORMAHP; M. Turpin, membre de la CPNE.

CFTC : M. Chouan, membre de la CPNE.

FORMAHP : M. Lamur, directeur, Mme ROCHARD, coordonnatrice Poitou-Charentes, secrétaire du Comité de Pilotage de l'Observatoire.

## **Annexe 2 : principales sources documentaires**

- FHP, rapport d'activité 2007.
- FHP, rapport d'activité 2008.
- SYNERPA, rapport d'activité 2007.
- SYNERPA, rapport d'activité 2008
- FORMAHP, rapport d'activité 2008.
- Observatoire des métiers, de l'emploi et des qualifications de la branche de l'hospitalisation privée, Cartographie des métiers, octobre 2008.
- Observatoire des métiers, de l'emploi et des qualifications de la branche de l'hospitalisation privée / Ministère du travail et des affaires sociales / GESTE, Contrat d'études prospectives, Cliniques et maisons de retraite lucratives, 2004.
- CEREQ Bref N° 263, avril 2009, « La VAE dans le secteur sanitaire et social »
- DREES, Etudes et Résultats, n° 691, mai 2009, L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation.
- DREES, Etudes et Résultats, n°699, août 2009, Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007.
- DREES, Etudes et Résultats, n° 716, février 2010, L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète ou partielle.
- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, ENSP, 2007.

## • **Annexe 3 : trames des entretiens réalisés**

### **Entretiens de cadrage (FHP, SYNERPA et organisations représentatives des salariés).**

#### 1 – Identification de la personne interviewée

- Organisation
- Fonction
- Métier exercé (actuellement ou précédemment dans le secteur)

#### 2 – Caractérisation du cadre général de l'étude

- Les deux secteurs, l'hospitalisation privée d'un côté, le sanitaire et social de l'autre, sont-ils vraiment comparables et très proches l'un de l'autre? en quoi ?
- S'il y a des différences entre les deux secteurs, quelles sont-elles ?
- Les métiers y sont-ils vraiment les mêmes ?
- Quels sont les liens institutionnels et de travail entre le SYNERPA et la FHP ?
- Quelles sont les conventions collectives existantes ?
- Les organisations syndicales sont-elles communes ?

#### 3 – La création de l'Observatoire de l'emploi, des qualifications et des métiers

- A quel besoin a correspondu la création de l'Observatoire ? S'agissait-il de respecter la loi de 2005, ou bien y avait-il des besoins bien identifiés dans les deux secteurs ?
- Quels sont les liens entre l'Observatoire et les entreprises et établissements ?
- Comment fonctionne le paritarisme dans les deux secteurs ?
- Quel est le poids des différentes organisations syndicales dans les deux secteurs ?
- Comment se situe la représentation syndicale par rapport aux différents métiers (y-a-t il des métiers mieux représentés que d'autres ? pour quelles raisons historiques ?)

#### 4 – Comment caractérisez-vous les principales évolutions des deux secteurs ?

- Evolutions économiques globales (croissance d'activités, changement de conditions d'exercice de l'activité, montée d'une logique budgétaire....)
- Evolutions dans la structure et l'organisation des deux secteurs : y-a-t-il concentration au profit de grands groupes ? regroupement de petites unités ? comment évoluent les petites unités ?
- Evolutions technologiques déterminantes (dans les technologies proprement médicales mais aussi NTIC, progiciels de gestion...)

- Evolutions dans les demandes des usagers/clients/patients
- Quel est le poids des questions de sécurité sanitaire ?
- Quelles vous paraissent être les principales nouveautés ?
- Quelles sont les évolutions à venir ?

#### 5 – Evolutions de l’emploi et des métiers

- Croissance ou non
- Evolutions dans les types de recrutements
- Quel est votre avis sur l’attractivité du secteur ?
- Avez-vous une connaissance détaillée des phénomènes de turn-over ?
- Quels sont les travaux existants sur la démographie du secteur ?
- Quels sont les métiers en tension ?

#### 6 – Besoins en compétences et gestion des ressources humaines

- Que savez-vous de la gestion des ressources humaines dans les entreprises et établissements ?
- Distinction activités et tâches d’une part et compétences mises en œuvre d’autre part
- Y-a-t-il des entreprises qui ont déjà travaillé sur ces sujets ?
- Quel est le développement de la VAE dans les deux secteurs ?

#### 7 – Le système de formation initiale et continue

- Globalement répond-il aux besoins ? En formation initiale ? En formation continue (précisions selon les filières : le médical, le paramédical, la gestion, l’accueil....)
- Comment se fait l’orientation vers les filières de formation en sanitaire et social ?
- Les schémas régionaux de formation sanitaire et sociale sont-ils satisfaisants ?
- Est-ce que la régionalisation a apporté plus de réponses aux besoins du secteur ?
- Que financent les Régions ? Que finance l’OPCA ?

#### 8 – Des idées pour l’enquête de terrain.

## **Entretiens dans les établissements avec les directeurs (directrices), les responsables des ressources humaines et les représentants des salariés.**

### 1 – Identification de la personne interviewée

- Nom
- Fonction
- Parcours (formation, postes précédents)

### 2 – Eléments de cadrage sur l'établissement

- Secteur
- Spécialité
- Taille
- Appartenance à un groupe ou non
- Organigramme de l'établissement
- Autres éléments notables sur l'activité ou l'organisation, impactant l'exercice des métiers : décrivez la « chaîne de prise en charge des patients et/ou résidents

### 3 – Situation de l'emploi et des métiers dans l'établissement

- Quelle est la dynamique globale de l'emploi dans l'établissement sur les dernières années et en prospectif à court-moyen terme ?
- Quels sont les métiers les plus en tension ? Quels sont les facteurs explicatifs (déficit d'attractivité de la branche, numerus clausus des formations...) ?
- Quels sont les métiers les plus concernés par les phénomènes de turnover ?
- Quels sont les métiers émergents ?
- Ceux qui sont en mutation ? Quelles conséquences en termes de compétences mises en œuvre par les personnels ?
- Quelles sont les principales mutations économiques, technologiques, réglementaires qui affectent le contenu des métiers ?
- Est-ce que l'appartenance à un groupe modifie les conditions d'exercice de certains métiers ? Lesquels ?
- Comment définissez-vous les métiers de l'encadrement opérationnel ?
- Les médecins exercent-ils en libéral ou sont-ils salariés ?
- Pour les IDE référentes : font-elles également des soins ou non ? Ont-elles le statut de cadres ?
- Quelles sont les évolutions principales des métiers prioritaires sélectionnés par le COPIL de l'Observatoire ? (les lister)

#### 4 – Pratiques de gestion des parcours professionnels

- Quels grands types de parcours professionnels proposez-vous à vos personnels ? Quelles en sont les étapes ?
- Quels sont les métiers qui permettent le plus de mobilité professionnelle ? le moins ?
- Le passage d'un métier à un autre se fait-il par les concours, par la formation permanente, par la validation de l'expérience ? Quelle est la part de l'initiative individuelle dans les changements de métiers ? Est-ce une politique du groupe, de l'établissement ?
- Pour les AS : comment se joue la complémentarité AS/AMP (question pour les maisons de retraite)
- A quels objectifs répond votre politique de RH (adaptation aux postes, prévention du turnover...) ?
- Quel usage faites-vous des outils à votre disposition pour construire ces parcours (formation, VAE...) ?
- Quels obstacles ou difficultés rencontrez-vous ?
- Pratiques en matière de formation professionnelle : comment est élaboré votre plan de formation ? Quelle place fait-il aux formations d'évolution professionnelle ?
- Comment travaillez-vous avec l'OPCA FORMAHP ? ou un autre OPCA ?
- Avec quels organismes de formation travaillez-vous de manière prioritaire ?
- Est-il important que les organismes de formation se situent à proximité de votre établissement ?
- Qui recrutez-vous en priorité ?
- Est-il exact que les établissements du secteur privé recrutent des retraités du secteur public ?

## **Entretiens dans les établissements avec les personnes exerçant l'un des métiers « prioritaires » de l'enquête**

### 1 – Identification de la personne interviewée

- Nom
- Fonction exercée
- Service
- Organisation du temps de travail (3X8, équipes chevauchantes, journée...)

### 2 – Description du parcours professionnel

- Etudes
- Diplômes
- Postes précédents
- Formations permanentes suivies
- VAE

### 3 – Grille de compétences

- Votre expertise : les savoirs de base qui sont vos ressources
  - o Niveau de qualification exigé par le poste
  - o Formations initiales suivies et compétences acquises
  - o Formations suivies en cours de parcours et compétences acquises
  - o Disciplines bien maîtrisées
- Vos savoir-faire techniques
  - o Gestes techniques habituels propres au métier
  - o Gestes techniques effectués occasionnellement
  - o Procédures normales
  - o Procédures en mode dégradé
  - o Suivi (carnet de consignes, dossiers médicaux, dossiers administratifs, contrôle de gestion...)
  - o Quelles sont les évolutions récentes ?
- Les savoirs et savoir-faire d'organisation + NTIC
  - o Maîtrise de l'organisation du service
  - o Maîtrise de l'organisation de l'établissement
  - o Maîtrise d'une organisation en réseau avec plusieurs établissements
  - o Maîtrise des règles juridiques
  - o Système informatique
  - o Intranet
  - o Internet
  - o Quelles sont les évolutions récentes ?

- Vos savoir-faire relationnels
  - o Communication avec les patients/résidents (à quels moments ? sur quels points ?)
  - o Information des patients/de leur entourage : est-ce prévu dans votre fonction, quelles sont les compétences pour le faire bien ? les avez-vous ?
  - o Connaissez-vous les attentes des patients/résidents ?
  - o Compréhension et éléments de psychologie
  - o Communication à l'intérieur du service (avec les collègues, les coordinateurs, la hiérarchie...)
  - o Communication à l'intérieur de l'établissement (avec les autres services, la direction de l'établissement...)
  - o Communication externe à l'établissement
  - o Animation d'une équipe
  - o Quelles sont les évolutions récentes ?
  
- Vos compétences de comportement
  - o Rigueur
  - o Méthode
  - o Maîtrise de soi
  - o Gestion du stress
  - o Réactivité
  - o Prise d'initiative
  - o Sens de la responsabilité
  - o Esprit d'équipe
  - o Autonomie

#### 4 – En résumé :

- Quelles sont les principales compétences sur lesquelles vous avez envie de mettre l'accent ?
  - o Sont-elles individuelles ou collectives, ou les deux ?
  - o Les avez-vous acquises par l'expérience, par la mobilité, par la formation ?
- Quelles sont les compétences que vous aimeriez avoir ?
- En perspective : comment envisagez-vous la suite de votre parcours professionnel ?