Experts, acteurs, ensemble …

… pour une société qui change.

Annexes au rapport

Denis PIVETEAU
16 février 2022
(avec liste mise à jour des documents transmis)

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Lettre de mission p.5

Annexe 2 : Texte de l'appel à contributions p.9

Annexe 3 : Tableau de l'ensemble des contributions reçues p.13

Annexe 4 : Prises de position institutionnelles

Annexe 4-1 : AIRe p.19

Annexe 4-2 : ANDASS p.23

Annexe 4-3 : APAJH p.31

Annexe 4-4 : APF France Handicap p.35

Annexe 4-5 : Arche en France p.59

Annexe 4-6 : CFDT p.61

Annexe 4-7 : CFE-CGC p.95

Annexe 4-8 : Collectif DI p.97

Annexe 4-9 : Collège de médiation APF-FH p.101

Annexe 4-10 : FEHAP – NEXEM – Croix-Rouge p.103

Annexe 4-11 : FISAF p.139

Annexe 4-12 : Mutualité Française p.183

Annexe 4-13 : GPF p.195

Annexe 4-14 : M.Jaeger – président Unaforis p.203

Annexe 4-15 : Paralysie cérébrale France p.207

Annexe 4-16 : UNSA p.215

Annexe 1 : Lettre de mission

Le Premier Ministre

Paris, le 24 novembre 2021

Monsieur le conseiller d'Etat, Cher Denis,

Alors que les structures du handicap sont confrontées depuis plusieurs semaines à d'importantes difficultés de recrutement, j'ai voulu, avec la Secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, marquer l'action résolue du Gouvernement en direction des personnes en situation de handicap, des familles et des professionnels, en annonçant des mesures d'urgence pour garantir l'accompagnement dont les personnes handicapées ont besoin, et soutenir les professionnels qui ont déjà fait face avec courage et dignité à la crise sanitaire.

Ces mesures comportent notamment l'anticipation d'effet immédiat des revalorisations salariales des professionnels soignants, et leur extension à ces mêmes professionnels qui exercent dans des établissements financés par les départements, de façon à renforcer l'accord conclu en mai dernier entre l'État, les organisations professionnelles représentatives du secteur du handicap et les organisations syndicales dans le cadre de la mission confiée à Michel Laforcade.

Au-delà, et parce que je mesure que le projet de vie des personnes et des familles compte avec l'investissement des éducateurs et accompagnants, je me suis engagé à ce que se tienne, avant le 15 janvier prochain, la Conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social prévu dans l'accord dit « Laforcade ». Cette conférence devra permettre de fixer le cap et la méthode d'une réponse associant l'État, les départements et les partenaires sociaux, et permettant de concilier de premières avancées rapides avec l'engagement d'un travail au fond de refonte des grilles des métiers éducatifs et d'accompagnement.

Monsieur Denis PIVETEAU
Conseiller d'État
CONSEIL D'ÉTAT
1 Pl. du Palais Royal
75001 PARIS

Toutes ces mesures s'ajoutent aux diverses initiatives déjà prises dans le contexte de la crise sanitaire et dont il convient de déployer davantage les effets d'efficacité et d'innovation.

Mais chacun sait que les ressorts les plus profonds de l'engagement des professionnels – leur mobilisation dans la crise sanitaire l'a démontré – mettent aussi en jeu de puissantes ressources de sens. Aux difficultés du quotidien, la crise a pu ajouter des questionnements plus fondamentaux sur les aspirations professionnelles individuelles, et sur les évolutions qui traversent le secteur et leur impact dans l'exercice du métier.

Ces transformations sont de fait nombreuses. Elles découlent, pour une large part, des attentes qui sont aujourd'hui formulées par les personnes en situation de handicap et leurs proches. Ainsi, le droit fondamental de chaque personne à l'autodétermination, c'est-à-dire au libre choix de sa vie, et le droit à une plus grande participation sociale, s'expriment avec force. Ces aspirations rejoignent l'ambition que notre pays porte pour une pleine égalité des chances et participation sociale de nos concitoyens en situation de handicap, conforme à nos engagements internationaux.

Confrontés à ces attentes, les établissements et services médico-sociaux peuvent être bousculés dans leurs organisations : si les démarches innovantes se multiplient dans les territoires, elles sont souvent exigeantes et complexes. Les établissements et services sont amenés, plus qu'avant, à se positionner à l'interface du milieu dit « ordinaire », voire au sein même de ce milieu ordinaire. Des formes nouvelles d'accompagnement apparaissent, qui remettent en cause des modes de pensée qui ont structuré ce secteur pendant des décennies.

Ces transformations, et celles aussi qui découlent de l'exigence de plus grande modularité dans l'accompagnement des parcours de vie, peuvent ainsi créer de l'inquiétude. Alors, pourtant, que les perspectives nouvelles qui se tracent peuvent aussi se révéler porteuses de qualité de vie au travail et d'attractivité des missions pour les professionnels qui les accompagnent. De nombreuses initiatives en attestent, quel que soit le lieu de vie des personnes, qui méritent d'être données en exemple aux accompagnants de proximité, aux encadrants, aux gestionnaires, ainsi qu'à tous ceux qui sont tentés par un engagement professionnel dans le champ médico-social.

Aujourd'hui, si je souhaite faire appel à vous, en vos qualités, c'est que nous sommes certainement à un moment charnière dans la conception de nos politiques du handicap, et que nous avons collectivement besoin de remettre en perspective les défis qui sont devant nous. C'est notre devoir, celui des pouvoirs publics, non seulement de faire face à la crise, mais de déceler les enseignements plus profonds, plus structurels, plus sociétaux et d'en tirer toutes les conséquences.

À partir de vos constats, et en mettant en avant les bonnes pratiques, pour une meilleure organisation du travail, pour une plus forte conciliation vie professionnelle-vie familiale comme pour l'engagement des évolutions de ces métiers, votre mission consistera à identifier toute nouvelle mesure d'accompagnement permettant de valoriser et rendre attractives ces professions en partant des besoins et des aspirations des personnes, des expertises professionnelles et en lien avec les fédérations et les employeurs. Vous préciserez les conditions pour y parvenir et les éventuels obstacles ou freins à lever.

En complément des différentes mesures relatives aux salaires et aux progressions de carrières qui vont continuer de se déployer, l'objectif est, en somme, d'aider largement l'ensemble des acteurs concernés à se retrouver sur une plateforme partagée de mesures à prendre et de chantiers à conduire, par lesquels les attentes légitimes des personnes en situation de handicap et de leurs proches entreront en résonance positive avec des exercices professionnels rénovés, valorisés et attractifs.

Vos travaux pourront utilement faire l'objet d'échanges avec les acteurs du médico-social et social n'intervenant pas auprès des personnes handicapées, de façon à enrichir les réflexions en cours dans tous les champs.

Compte tenu du délai dans lequel, avec la Secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, j'attends le résultat de vos travaux, vous aurez la liberté d'en déterminer le processus. Vous bénéficierez de l'appui technique et logistique des administrations et établissements publics de l'État, et notamment de la Direction générale de la cohésion sociale.

Je souhaite que vos réflexions, pouvant comporter aussi bien des mesures concrètes que des axes de travail clairement définis dans leur calendrier et leur méthode, puissent nourrir la Conférence des métiers de janvier prochain.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Conseiller d'État, l'expression de mes sentiments les meilleurs. et de mon très amical souvenir. Avec tous mes très sincères remerciements.

Jean CASTEX

Annexe 2 : Appel à contributions

Mission sur l'attractivité des métiers du travail social en lien avec la « transformation inclusive ».

Denis PIVETEAU
Conseiller d'Etat

Appel à contributions (expériences probantes / pratiques modélisantes / freins identifiés / conditions de réussite)

Pour assurer la mission qui m'a été confiée par M. le Premier ministre (lettre ci-jointe), je souhaite, compte tenu du délai imparti, compléter par de libres contributions écrites les différents échanges qu'il m'est matériellement possible de conduire.

C'et l'objet du présent appel à contribution, assorti des précisions suivantes :

Ma lettre de mission ne porte pas sur l'ensemble des leviers d'attractivité des métiers du travail social, mais très spécifiquement sur ceux qui doivent découler du changement de paradigme qu'on observe actuellement dans le champ de l'accompagnement et qu'on peut qualifier de « transformation inclusive », tirant toutes les conséquences et tout le potentiel qui découle du « pouvoir d'agir » des personnes accompagnées.

C'est un axe précis et spécifique, qui vise à dégager un « cadre de sens » des leviers d'attractivité souvent évoqués[1].

C'est un axe fécond. L'action sociale « inclusive » offre un cadre de déploiement aux différents métiers de l'accompagnement qui ne supprime pas leurs dimensions de soin et de protection, mais y ajoute des dimensions nouvelles, en plus forte interaction avec des environnements sociaux « non spécialisés » (dans les domaines, bien sûr de l'éducation, du travail, de la vie sportive et associative mais, plus généralement, de toutes les formes de participation citoyenne).

Ces dimensions d'interaction avec la société « ordinaire », présentes depuis toujours dans l'accompagnement social et médico-social, y prennent désormais une place centrale. Or leur succès est inenvisageable en l'absence d'une évolution qui doit s'opérer dans la société toute entière.

C'est à cette évolution de société, condition nécessaire du succès de la « transformation inclusive » dans laquelle s'est engagé le milieu spécialisé, que ce même milieu spécialisé est appelé à apporter son expertise et son appui.

S'agissant des personnes en situation de handicap, on pourrait résumer cette ambition en disant que le travail social doit, non plus seulement se substituer à la société lorsqu'elle n'accueille pas, mais aussi contribuer, avec les personnes elles-mêmes, à ce que la société opère en son sein les transformations nécessaires pour qu'elles y aient toute leur place[2].

Sachant que la même perspective peut et doit se décliner dans les autres champs des métiers de l'accompagnement social et médico-social, en respectant évidemment les spécificités de leurs exercices.

[1] On pense ici aux leviers bien répertoriés que sont les rémunérations, la revalorisation des carrières, la promotion d'une image positive dans le grand public, la mobilité professionnelle, les conditions de travail et la conciliation vie privée/professionnelle, etc.

[2] Ce point peut paraître inadapté aux situations les plus lourdes de personnes dont les capacités de faire, de comprendre, d'interagir, sont extrêmement limitées. Il ne faut pas nier l'existence de ces situations, qui exigeront toujours une part importante d'environnement « spécialisé ». Sauf que, même dans ces situations, il existe une problématique de présence au monde ordinaire. C'est peut-être même ces personnes, plus que toutes autres encore, dont on doit vouloir que la société cesse de faire comme si elles n'existaient pas …

Cette transversalité est, pour beaucoup de raisons, une condition du succès de la transformation sociale attendue.

De ce mouvement profond doit découler, pour les professionnels, un sens et une reconnaissance renouvelés de leur rôle, de leurs compétences et expertises, et aussi de leur utilité individuelle, collective et sociale. Facilitateurs de l'accomplissement des choix de vie des personnes accompagnées, ils sont appelés à être les architectes d'un changement de posture de la société tout entière.

Ce qui fait naturellement émerger, pour le professionnel et l'équipe au sein de laquelle il s'insère, quatre niveaux d'intervention emboîtés. Ils sont ainsi appelés :

1°) à faire évoluer la relation directe à la personne accompagnée afin que s'y exprime l'objectif consistant à renforcer son pouvoir d'agir *(c'est la dimension la plus immédiate de la transformation des pratiques professionnelles, seul et en équipe)*.

2°) à projeter sa compétence et son expertise au contact, voire au sein d'environnements dits « ordinaires » *(le professionnel ou l'équipe professionnelle s'insèrent ainsi, en expert/e, dans un cercle d'accompagnement élargi à des personnes « non spécialistes »)*

3°) à étayer, au-delà de l'accompagnement d'une personne particulière, les acteurs et dispositifs de droit commun en les aidant à monter en compétence dans leurs démarches, volontaires ou promues par les pouvoirs publics, d'ouverture aux personnes vulnérables *(le professionnel ou l'équipe professionnelle deviennent ainsi interlocuteur expert de ces institutions, entreprises ou structures de droit commun, pour les aider à évoluer).*

4°) enfin, même si ce point est encore trop peu illustré, à jouer un rôle de « prescripteur » des évolutions attendues de la part des acteurs et dispositifs de droit commun. *(le professionnel et/ou l'équipe professionnelle sont alors interlocuteurs de ceux qui – pouvoirs publics, équipes dirigeantes d'entreprises ou d'associations – ont le pouvoir d'exercer une influence transformatrice sur les environnements de droit commun).*

Ce sont ces nouveaux horizons que, dans une perspective d'attractivité des métiers du champ social et médico-social, il faut être collectivement capables de mettre en valeur, en repérant les conditions de succès et les freins de toute nature (juridique, financière, technique) qu'il faut lever.

- Vous reconnaissez vous dans cet objectif général et dans sa description en quatre « niveaux » potentiels d'intervention professionnelle ?
- Avez-vous des expériences probantes, ou des échecs instructifs, ou des pratiques modélisantes, à partager sur l'un de ces quatre niveaux ?
- Quelles sont les difficultés (ou les conditions de réussite) que, dans ces pratiques, vous avez rencontrées ou identifiées ?

Par avance, j'adresse de très vifs remerciements à tous les répondants.

- ***Pour d'évidentes raisons d'exploitation, il est demandé que ces contributions soient brèves (de l'ordre d'une ou deux pages, le cas échéant avec des documents techniques annexés).***
- ***Elles sont à envoyer,dès que possible et en tout état de cause avant le 3 janvier 2022, à l'adresse fonctionnelle suivante : dgcs-mission-piveteau@social.gouv.fr***
- ***Merci de ne pas oublier d'indiquer l'organisme ou les noms et qualités des auteurs.***

Annexe 3 : Contributions reçues

Tableaux des contributions reçues

Organisation	Transmetteur	Date
ADAPT Normandie	Jacky BLOT Directeur Régional	23/12
ADMR de l'Albanais Savoyard	Dominique Clément	24/12
ALPC	Hélène Taguet, Directrice, pour l'ALPC	20/12
ALEFPA	C. de Singly	15/12
ANCREAI	Antoine FRAYSSE, Délégué général	03/01
Association nationale des assistants de service social (ANAS)	Céline LEMBERT Administratrice de l'ANAS	23/01
Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé (ANDASS)	Anne Troadec, présidente	10/02
ANECAMSP	Geneviève Laurent, Présidente	28/12
Association APATE,	Marjolaine VIALA, Directrice Générale	20/12
APF de l'Ain	Christine Galle	30/12
APF France Handicap	PY Lenen	24/12
Autisme France	Danièle Langloys, présidente	29/12
Centre hospitalier Georges Mazurelle	Patricia Goupil, directrice adjointe (FHF)	
Monsieur Matthieu CHATELIN		02/01
CoHabilis	Joachim Pasquet Directeur Cohabilis	3/01
Collège médiation de l'APF	PY Lenen	22/12
Collectif Handicaps	Stéphane Lenoir	22/12
Conseil départemental de l'Essonne – direction de l'autonomie	Nathalie Richard, cheffe de service SAAD	
EPISSOS – EPSoMS (via la FHF)	Eric JULLIAN, Directeur	20/12
FFDYS	Nathalie Groh, Présidente	30/12
FNASEPH	Nicolas Eglin Président	31/12
Fondation ARHM, ESAT	Denis Cordonnier, Luc DENIMAL Directeur Pôle	28/12
GRATH	Ahmed Zouad	21/12
Handi Espoir	Christian Bretin, Président – Emmanuel Bonneau, Directeur général	23/12
Inter-fédération de la protection juridique des majeurs (IFPJM)	FNAT – UNAF – Unapei	21/12

La Ligue de l'Enseignement de Normandie	Patrick ALLIZARD, Directeur du Dispositif d'Accompagnemen de Ressources médico-social André Bodereau (anciennement & SESSAD) Responsable du Pôle « Actions socialeet médico-sociales » de	
La Main de Jeanne	Matthieu Charnelet, Fondateur et Gérant	
Melioris les genets	Hocine TELALI	27/12
Fondation Normandie générations	Didier Chesnais – Directeur général, élégué FEHAP	
ORSAC ATRIR (ESAT les Airiannes – Foyer d'hébergement – Foyer appartement)	B Vandermersch : Adjoint de direction	
Les Papillons blancs du Nord (Udapei)	Claude HOCQUET, Président Christian HILAIRE, Directeur général	10/01
Réseau Groupement pour l'insertion des personnes handicapées (GIHP)	Jean-Luc Charlot Coordinateur national	
Association Réso Occitanie	T LALLART, DRH ASSOCIATION Réso	
T CAP Association	30 associations représentées	
TouPI	Marion Aubry Vice-Présidente de TouPI	29/12
UNA	Marie-Reine TILLON, présidente	02/01
Union nationale des centres communaux d'action sociale	Joëlle Martinaux, vice-présidente	27/01
Madame Christine VANDERLIEB, formatrice		03/01
Vivre Devenir (FEHAP)	Christophe Douesneau Directeur général	21/12
YMCA de Colomiers	Nathalie Gauzin, directrice	04/01

Annexe 4 : Positions institutionnelles

Le dispositif ITEP :
une institution inclusive et un cadre moderne d'intervention

Le concept de dispositif ITEP s'est élaboré autour de la nécessité de penser une réponse institutionnelle suffisamment souple et évolutive pour chaque enfant, de construire un projet personnalisé d'accompagnement pour chacun, en dehors des réponses pré construites, des cadres administratifs formalisés, en ayant recours à des actions personnalisées, conjuguées, nécessairement interdisciplinaires, au plus près de l'environnement de l'enfant.

Ces principes remettent en question les cadres habituels de l'intervention institutionnelle et de l'organisation traditionnelle des établissements en « silos ». Ils contraignent les Institutions à une organisation flexible, à introduire de l'interinstitutionnalité, à penser les complémentarités, à rompre avec la notion de place dédiée, à renoncer à la conception d'une « intervention spécialisée » conçue et pensée exclusivement dans les murs de l'établissement, isolée du reste du monde. Il fallait pour cela adapter les dispositions administratives, législatives, règlementaires, rénover le cadre de la tarification. Il a fallu également faire évoluer les référentiels de pratiques professionnelles, dans la perspective d'un accompagnement à visée plus inclusive. De même, l'émergence de la logique de parcours a transformé les pratiques vers une dynamique plus partenariale.

Le cadre réglementaire des ITEP posé par le Décret de 2005 et la Circulaire de 2007 était suffisamment clair et précis pour constituer une feuille de route pour les politiques, les gestionnaires, les administrations et partenaires. Pour autant, des obstacles d'ordres réglementaires, administratifs, financiers, culturels subsistaient. C'est pourquoi l'AIRe a impulsé, avec le soutien des directions nationales (CNSA, DGCS, DGESCO, CNAM), une expérimentation dont l'objet était de souligner les freins et les leviers d'un fonctionnement en dispositif des ITEP, d'aménager les conditions de réalisation des conditions de fonctionnement prévues par le décret ITEP de 2005. Le terme de dispositif sera alors utilisé comme argument pédagogique pour illustrer ou modéliser le fonctionnement d'un ITEP.

Les gains seront suffisamment importants pour engager le législateur à inscrire le fonctionnement en dispositif dans la loi, avant même la fin de l'expérimentation. Celui-ci est consacré par l'article 91 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et le décret de 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré.

Ainsi, il est important de souligner que la création des ITEP et le fonctionnement en dispositif résultent d'une approche par la clinique, alors que l'apport de la société inclusive relève d'une revendication d'accès aux droits humains.

Le dispositif, en tant qu'argument pédagogique destiné à rendre compte des exigences du fonctionnement et de l'organisation des DITEP, n'a pas été conçu originellement pour satisfaire aux obligations d'une société inclusive.
Pour autant les phénomènes, bien que distincts, sont concomitants et compatibles. Par bien des aspects, ils se complètent, se confondent parfois, et poursuivent les mêmes objectifs.
D'une certaine façon, la « transition inclusive » engagée en 2018 confirme et conforte les principes d'un fonctionnement en dispositif. Dispositif ITEP et société inclusive sont désormais, et à bien des égards,

indissociables.

L'accompagnement vers l'autonomie doit permettre à l'enfant, à l'adolescent ou jeune adulte, d'expérimenter le quotidien et les relations humaines pour évoluer au sein des dispositifs d'éducation, de scolarisation, de formation professionnelle et de socialisation.

En cela, le DITEP porte en lui les germes, les prémisses, d'une société inclusive et rompt par définition avec la conception des institutions considérées comme privatives de droits, conçues comme des mondes à part.

Rappelons également que les DITEP ont été conçus pour répondre aux problématiques d'enfants qui peuvent refuser avec force tout ce dont ils ont le plus besoin du fait de leur souffrance psychique, qui échappent aux réponses pré établies, organisées par filières. Dans cette situation, la proposition de plateforme, malgré ses avantages, contient le risque de réponses préformatées et non coordonnées. Dans ce contexte, une ambiguïté persiste à penser les réponses en termes de prestations, de liberté de choix, ou de capacité de choix, là où justement le marqueur est dans le refus et l'opposition des enfants qui échappent aux propositions.

Le dispositif a été pensé comme concept d'intervention pour illustrer un fonctionnement institutionnel, interdisciplinaire et interinstitutionnel, qui prend en compte dans une dynamique créative la spécificité du public accueilli. Par sa capacité à produire des réponses atypiques et singulières, à déborder des propositions formatées, le dispositif se réfère à une organisation toujours renouvelée qui, peut-être, se distingue des concepts de plateforme, de services ou de prestations, par sa capacité créative et innovante, d'organiser des parcours au-delà des limites d'une plateforme et des prestations pré formées, quand bien même elles seraient diverses.

Ainsi, au-delà des débats et de la sémantique, il semble que la question centrale introduite par la société inclusive reste celle de l'autodétermination de la personne. La question ne réside plus dans l'offre de prestations, dans des choix pré établis, mais dans la co-construction de la réponse avec l'usager, en l'occurrence et principalement pour les DITEP, les parents ou responsables légaux et l'enfant, considérés non plus comme des acteurs, mais bien plus comme des auteurs des accompagnements.

Cette perspective vient bousculer les institutions et sans doute davantage les DITEP. L'enjeu est aujourd'hui de faire de nos institutions, des institutions inclusives. Des institutions qui ne se définissent plus par leur centralité, mais par leurs marges, par leurs porosités et leurs capacités à nouer des coopérations sur leurs territoires.

Une institution inclusive au plus proche de son environnement, au service de la participation sociale et de l'accès à la citoyenneté, basée sur le respect des droits humains.

Pour l'AIRe, il s'agit de contribuer à penser l'institution inclusive à l'aune de l'autodétermination, de l'empowerment, de la pair-émulation. De poser les principes d'une institution soignante qu'on ne peut résumer à ses murs, de concilier un projet basé sur la clinique et l'intérêt du public avec les principes d'une société inclusive. Mais également de faire face à un empilement de réglementations parfois contradictoires, qui affectent la dimension institutionnelle des organisations, la cohérence des interventions, le sentiment d'appartenance et de cohésion des équipes et qui introduisent le risque d'une dilution des professions et des spécialités.

Le fonctionnement en dispositif est en mesure de répondre à ces enjeux puisqu'il propose un panel important de réponses et une diversité des cadres d'intervention, tant dans les murs qu'en dehors des murs.

A noter, que dans un contexte de crise sanitaire inédit, les DITEP ont démontré leur capacité à s'adapter, à innover et à proposer d'autres variantes de l'accompagnement afin d'assurer leurs missions auprès des

adolescents et jeunes adultes. Ce continuum a été possible par l'engagement d'hommes et de femmes œuvrant dans les structures et l'agilité des institutions pour faire évoluer les réponses apportées.

Le public ITEP, défini pour la première fois en 2005, est singulier et a des besoins spécifiques. Ces situations souvent complexes, au carrefour de la Protection de l'Enfance et de la Psychiatrie, nécessitent une expertise professionnelle qui s'appuie sur une qualification, des compétences et de l'expérience.

L'accompagnement de ces jeunes très perturbés nécessite une continuité des liens et, donc, une stabilité des équipes.

Les gestionnaires ont dû adapter leurs modes de management aux évolutions des politiques publiques, des contraintes financières, tout en préservant un cadre bienveillant et formateur pour les professionnels.

En raison de la diversité des missions et des cadres d'intervention, les professionnels ont dû faire évoluer leurs pratiques et renforcer leurs compétences sans que cela soit reconnu et rémunéré.

La reconnaissance du travail de ces professionnels, ainsi que de leurs qualités et compétences, est essentielle au bon fonctionnement de notre société. Il est indispensable de mettre en œuvre une revalorisation financière permettant un rattrapage des écarts financiers qui se sont construits au fil des années.

La stigmatisation des institutions sur fond de « désinstitutionalisation », les injonctions paradoxales et la baisse conséquente de pouvoir d'achat des professionnels du secteur entrainent une perte de sens mais également une démobilisation rendant les recrutements et remplacements difficiles, voire impossibles, avec un recours à des personnels non qualifiés et, dans le pire de cas, des réductions de la capacité d'accueil.

Cette situation s'est dégradée ces dernières années.

Une enquête menée auprès des adhérents de l'AIRe fait état de 7 % de postes vacants fin 2021 et d'un turnover conséquent dans les structures alors même que la problématique de ce public nécessite une stabilité des équipes, et d'offrir un contenant garantissant la permanence du lien.

Face au risque de déqualification, liée à ces tensions RH, les dispositifs ITEP doivent avoir les moyens de pouvoir recruter des professionnels qualifiés et en nombre suffisant, qui pourront s'impliquer dans la durée auprès de ce public qui cumule souvent des vulnérabilités multiples.

Les DITEP se revendiquent comme des lieux de formation initiale et continue mais aussi comme des organisations qualifiantes. Ce sont des lieux repérant, de soutien et d'étayage pour les équipes. Le travail interdisciplinaire et partenarial induit une évolution des formations initiales en parallèle de l'évolution de nos organisations et de la Société. Dans ce cadre, il pourrait être opportun de repenser l'orientation vers ce type de métiers et de mieux accompagner les étudiants et jeunes professionnels, et de proposer des modules complémentaires de spécialisation qui seraient valorisés.

Pour ces raisons, le Dispositif ITEP constitue un cadre institutionnel moderne d'intervention conceptualisé par l'AIRe, afin d'apporter des réponses construites, coordonnées et élaborées aux besoins des enfants, des adolescents et jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques.

Dans une dynamique réflexive permanente visant à faire évoluer les pratiques professionnelles, l'AIRe constitue un lieu de ressources et d'élaboration. L'AIRe propose notamment des formations aux professionnels amenés à être en relation avec ce public et des accompagnements aux DITEP.

Notre association est prête à s'engager aux côtés des partenaires et des pouvoirs publics dans une réflexion large et constructive autour de l'évolution des métiers de l'accompagnement.

https://www.aire-asso.fr/

16/02/22

CONTRIBUTION ANDASS 2022 SUR L'ATTRACTIVITE, LES METIERS, ET LES FORMATIONS DU TRAVAIL SOCIAL

Résumé : En lien avec la préparation du Livre Vert du HCTS, et en prévision de la conférence des métiers du social et du médico-social annoncé par le gouvernement pour le 18 février 2022, cette contribution part des constats dressés par les professionnels comme par les employeurs de la perte d'attractivité du travail social dans un contexte marqué par une évolution de la précarité et par une perte de sens pour beaucoup d'acteurs.

En référence aux travaux déjà menés par l'ANDASS notamment dans le cadre des Etats généraux du travail social en 2015, les propositions soumises au débat portent sur une réinvention des modèles et pratiques d'intervention, en lien avec la ré interrogation des formations et le rôle du travailleur social auprès des personnes accompagnées dès lors que ces dernières sont promotrices de leurs projets.

Les « oubliés du Ségur », les « laissés pour compte de la seconde ligne »… les qualificatifs n'ont pas manqué pour décrire le sort des travailleurs sociaux relégués au second rôle du combat contre la pandémie.

Un combat dont les fronts ouverts depuis bientôt 2 ans ne sont plus seulement sanitaires, mais se jouent aussi sur le plan de la cohésion sociale, et de la société toute entière.

« *On n'est pas seulement malade, ou pauvre, ou en situation de handicap. Les besoins des personnes sont divers et hybrides, et appellent donc des mobilisations multiformes. Cette question de l'approche globale n'est certes pas nouvelle, mais elle est maintenant réactualisée. Car cette crise sanitaire a imposé une synergie des compétences* » explique Marcel JAEGER.

Les réponses ne peuvent donc être strictement sectorielles, tant la crise a profondément rebattu les cartes, atténuant les frontières entre le social et le sanitaire, faisant basculer dans la précarité de nouveaux publics qui sollicitent désormais les services sociaux. Les autoentrepreneurs et travailleurs indépendants, les travailleurs précaires et les étudiants sont le plus souvent évoqués, comme le souligne le rapport du comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, présidé par Louis Schweitzer, publié en octobre 2020[3].

Si le taux de pauvreté a peu évolué, loin des prophéties annonçant un million de nouveaux pauvres, comme le souligne l'étude de l'INSEE paru en novembre 2021[4], c'est à une intensification de la pauvreté que sont et seront confrontés les travailleurs sociaux. « *Les personnes peu touchées par les mesures prises depuis le premier confinement du fait de leurs conditions d'attribution (demandeurs d'asile, étrangers résidant régulièrement depuis moins de cinq ans par exemple), ont vu leur situation se dégrader* ». Pour le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), c'est aussi le cas des publics « invisibles » (sortant de prison, prostituées, sorties « sèches » de l'ASE, toxicomanes, etc.).

Ce n'est pas tant l'identité du travail social qui se trouve réinterrogée par l'émergence de ces « nouveaux publics », que les pratiques professionnelles et le nécessaire décloisonnement des réponses qui ne sont pas

[3] La lutte contre la Pauvreté au temps du coronavirus : constats sur les effets de la crise sur la pauvreté et points de vigilance du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté https://www.strategie.gouv.fr/publications/lutte-contre-pauvrete-temps-coronavirus-constats-effets-de-crise-pauvrete-points-de

[4] Estimation avancée du taux de pauvreté monétaire et des indicateurs d'inégalités, INSEE, 3 novembre 2021, https://www.insee.fr/fr/statistiques/5762455

l'apanage exclusif de tel ou tel corps de métier, ou de tel ou tel dispositif, cela concerne autant le secteur public que le secteur privé, autant les dirigeants que les professionnels en charge de la mise en œuvre des politiques sociales.

Dans ce contexte qui peut parfois bousculer les savoirs établis et les méthodes de travail, les travailleurs sociaux sont confrontés à des injonctions contradictoires : être agile tout en respectant les cadres normatifs des dispositifs, « aller vers », tout en se conformant à des référentiels comportant une série de procédures à suivre, aussi scrupuleusement qu'un manuel pour bricoleurs expérimentés.

Ces exigences imposées aux professionnels ne se traduisent pas toujours dans les organisations qui les emploient : celles-ci restent caractérisées par l'empilement de dispositifs ou d'instances de coordination, sans compter la multiplicité des acteurs intervenants parfois sur un même champ.

Un récent rapport du Conseil d'Etat consacré à l'accès aux prestations sociales et publié en novembre 2021[5] vient confirmer le foisonnement et la complexité des règles d'attribution de la trentaine d'allocations nationales recensées, auxquelles s'ajoutent celles des collectivités locales.

Ce sont ainsi une douzaine de modes d'appréciation des ressources avec lesquels doivent jongler les professionnels du secteur social, aussi bien dans les collectivités qu'au sein des organismes de protection sociale.

La sobriété tel que le définit le Manifeste de l'ANDASS[6], « Pour une action publique sobre et de qualité », ne s'est pas encore imposée comme le mode régissant notre système d'action sociale et médico-sociale. Comme si cette simplification a du mal à se concrétiser dans le travail social.

Dans un tel maquis de dispositifs et de compétences enchevêtrées entre les collectivités et l'Etat, où l'usager se perd lui-même, tantôt objet du référent de parcours, tantôt sujet des facilitateurs et autre coordinateurs, les leviers de transformation sont moins d'ordre financier que de l'ordre du pilotage et de la simplification.

Or ces leviers, plus difficile à actionner que le simple fait d'injecter de l'argent public venant de l'Etat, sont de la responsabilité des employeurs-eux-mêmes, qu'ils soient publics ou associatifs.

Une responsabilité qui suppose de relever des défis d'ordre organisationnels et managériaux.

Notre contribution s'inscrit dans la suite des travaux déjà menés par l'ANDASS en particulier sur la comparaison des modèles d'organisation et d'intervention sociale, par exemple dans le cadre de la référence de parcours. Elle concerne avant tout les métiers, les missions des professionnels et la formation initiale et continue et vient enrichir les travaux de l'ANDASS en particulier dans le cadre des Etats généraux du travail social en 2015[7].

- **DES SAVOIRS FAIRE A REVALORISER, DES MODALITES D'INTERVENTION SOCIALE A MODERNISER**

Les constats autour d'une perte d'attractivité sont connus. Selon FEHAP et NEXEM, acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social dans leur baromètre des tensions de recrutement publié le 19 janvier dernier, près de 30 000 postes (soignants, travailleurs sociaux), soit 5% de l'effectif global, serait vacants dans le secteur. Ce constat rejoint celui de nombreux dirigeants publics et privés qui témoignent des

[5] https://www.conseil-etat.fr/ressources/etudes-publications/rapports-etudes/etudes/conditions-de-ressources-dans-les-politiques-sociales-15-propositions-pour-simplifier-et-harmoniser-leur-prise-en-compte
[6] https://www.andass.fr/manifeste-pour-une-action-publique-sobre-et-de-qualite/

[7] Dans la perspective des Etats généraux du travail social, cinq élèves administrateurs territoriaux de la promotion Simone de Beauvoir de l'Institut national des études territoriales (INET) ont ainsi été sollicités pour réaliser une étude contribuant à la réflexion relative à l'évolution du travail social et à la production d'un référentiel du travail social dans les collectivités territoriales. Cette étude est le résultat d'une commande associant le CNFPT, l'INSET, l'ANDASS, l'ADGGC et l'ANCCAS.

difficultés de recrutement, mais aussi de départs volontaires ainsi que l'émergence de nouvelles pratiques telles que le choix de l'intérim ou du libéral donnant plus de liberté et de choix.

L'attractivité repose tout d'abord sur une valorisation de ces métiers de l'engagement. Au-delà des campagnes de communication que de nombreuses collectivités ou employeurs associatifs ont d'ailleurs mises en place à travers une stratégie de marque employeur, c'est la visibilité même de ces métiers du lien et de l'accompagnement qui doit être renforcée.

Dans d'autres pays européens ou anglo-saxons, le travail social est un marqueur d'un parcours professionnel valorisant dans une trajectoire, partant parfois d'une conception plus communautaire du travail social.

C'est une véritable promotion des métiers des services à la personne qu'il faut bâtir. Or dans ce domaine ou celui de l'accompagnement social, ce sont parfois davantage les mutuelles ou les compagnies d'assurance qui tentent de saturer l'espace médiatique.

Le chantier de l'attractivité et du renouvellement des pratiques a aussi des dimensions managériales, l'enjeu étant de dépasser les approches par catégories de métiers ou de cadre d'emploi au profit d'une démarche par missions.

Cette démarche permettrait de sortir d'identités professionnelles cloisonnées, et de valoriser davantage au niveau salarial le traitement de base[8], très faible lorsqu'on compare au niveau européen. Dans le secteur social, 95 % des professionnelles sont des femmes et commencent en début de carrière à peine à hauteur du SMIC.

Il convient également de trouver les moyens de valoriser les fonctions de coordination, ou de développement de projets etc… mises en œuvre de manière individuelle ou collective par certains professionnels.

Ce sont bien ces compétences individuelles au-delà de la seule maîtrise des cadres d'intervention techniques qui constituent le socle de l'intervention auprès des personnes.

Dans le champ de la protection de l'enfance, comme le relève le rapport de Gautier Arnaud-Melchiorre « *A hauteur d'enfant* », remis au Secrétaire d'Etat Adrien Taquet en décembre 2021, la sécurisation du parcours de l'enfant ne dépend pas uniquement du travailleur social, qui serait l'unique détenteur de ce lien en raison de sa qualification ou d'une quelconque expertise qui lui serait propre.

« (…l'une des compétences fondamentales des professionnels de la protection de l'enfance est d'évaluer les lieux et capacités d'attachement de l'enfant, de s'assurer qu'il puisse en bénéficier, de sa capacité à pouvoir s'inscrire dans des relations, qu'il accepte d'être aimé, de s'autoriser à ressentir, à éprouver et à témoigner de l'affection envers ses camarades de classe, ses amis et plus tard dans sa vie d'adulte »[9].

---

[8] A titre d'illustration, l'échelle des rémunérations dans la fonction publique est la suivante :
- un assistant socio-éducatif (assistant social, éducateur spécialisé, CESF) commence sa carrière avec un salaire brut de 1875€, soit un salaire net de **1476€.** Quand il arrive au dernier échelon de cette catégorie, il perçoit 2774€ brut, soit un salaire net de **2241,54€.** Ceci hors prime, NBI ou autre. Les salaires de la fonction publique sont globalement les plus bas, les rémunérations sont légèrement (ou très) supérieures dans les associations et structures privées. Il faut alors prendre en compte les différents accords et conventions collectives
- un conseiller socio-éducatif hors classe (soit le plus haut niveau dans la filière médico-sociale) perçoit 2825€ brut au 1° échelon, soit **2283€ net**, et au dernier échelon, il percevra 3580€ brut, **soit 2892€ net.** (Hors primes, NBI et autres)
Dans la convention de 1966, un éducateur en débit de carrière commence avec un salaire brut quasi équivalent au SMIC.

[9] Rapport de la Mission La parole aux enfants, « À hauteur d'enfants », Gautier Arnaud-Melchiorre, décembre 2021.

C'est en repartant des missions et non plus seulement des métiers et statuts que l'on arrive à redonner du sens et à renouveler les pratiques de telle sorte que la réflexion sur l'attractivité du travail social ne peut se limiter à identifier une seule catégorie de professionnel. Force est de constater que d'autres professionnels font « travail social » dans de nombreux services et institutions, qu'il s'agisse des professionnels administratifs et des cadres par exemple

La transformation de l'offre a aussi un impact sur les organisations et les modalités d'intervention des professionnels du champ social et médico-social.

Ainsi l'exemple des « communautés 360 » dans le champ du handicap montre que la réponse ne dépend pas d'un seul intervenant mais nécessite de construire un réseau de professionnels partenaires appartement à différents « corps de métiers », différents axes d'intervention.

Cette approche par mission permet aussi de recentrer le travail social sur ce qui doit être sa visée, à savoir l'autonomie de la personne.

Recentrer le travail social, cela suppose de repositionner la question de l'accès aux droits qui ne doit pas être l'apanage exclusif des travailleurs sociaux, mais peut relever d'une montée en compétence de professionnels administratifs dont l'action est complémentaire, permettant aux travailleurs sociaux de se concentrer sur leurs missions d'accompagnement et sur les relations avec les autres intervenants du parcours.

De même le débat autour de la polyvalence de secteur[10] doit être tranchée à partir d'un benchmark des pratiques dans les institutions, ce qui ouvre la question de la désectorisation des interventions, qui peut d'autant plus s'envisager dans des territoires où les caractéristiques sociales et sociologiques sont proches. Il ne s'agit pas de privilégier un modèle à un autre, mais de distinguer dans les pratiques trois principaux niveaux interventions :

- ✓ ce qui relève d'un accueil inconditionnel et de l'accès aux droits qui peut être assuré par des professionnels non issues de la filière sociale ou médico-sociale, mais de la filière administrative (un peu comme les techniciens conseils au sein des CAF, etc…)

- ✓ ce qui relève de l'évaluation globale qui doit mobiliser des référentiels et outils partagés entre professionnels. En ce sens la mise en place de systèmes d'informations partagés est une condition incontournable, comme le déploient certains éditeurs autour du dossier numérique de l'usager ;

- ✓ ce qui relève de l'accompagnement qui nécessite une coordination d'intervenants spécialisés et mobilise des compétences en termes de supervision et éventuellement de contrôle de délégation à d'autres acteurs (associatif ou institutionnels dans le cadre de la référence de parcours par exemple). Dans ce cadre, l'intervention sociale s'apparenterait davantage à celle de « *care manager* » pour le champ de la perte d'autonomie.

Ce sont de nouvelles compétences pas simplement celles liées aux sciences sociales qui doivent être mobilisées et de nouvelles pratiques à engager.

- **DES PRATIQUES A RENOVER PAR LE DEVELOPPEMENT DE NOUVELLES COMPETENCES FACE A DE NOUVELLES PROBLEMATIQUES SOCIALES.**

L'apport théorique du travail social ne doit pas se limiter aux théories psychologiques des relations intrafamiliales – au demeurant mal étayées scientifiquement - mais embrasser l'ensemble du champ des sciences sociales, notamment la sociologie, l'anthropologie des catégories populaires, les sciences

[10] « Polyvalence de secteur : un modèle qui perdure en s'adaptant ? », Lucienne Chibrac, GREHSS, Marie Paule Cols, ANDASS, décembre 2018

cognitives, les sciences comportementales, les neurosciences, ainsi que les apports de l'analyse des données. D'une manière générale, il s'agit de promouvoir une approche scientifique de l'action sociale venant compléter les approches empiriques actuelles ».

Le travail social n'est pas seulement confronté à de nouveaux enjeux, il agit également auprès de nouveaux publics exposés à des parcours complexes, comme c'est le cas avec la prévention de la radicalisation, ou à des situations de crise intrafamiliale entrainant des violences.

L'émergence de ces nouveaux publics se situent également dans un contexte européen, comme le souligne un article de Julien DAMON, publié en mai 2021[11] à l'occasion du sommet social de Porto et qui démontre que la prise en charge des sans-abri dans de nombreuses métropoles est un sujet à replacer dans le cadre des migrations européennes. « *La gestion européenne de l'immigration et de l'asile contribue à précariser une partie des migrants extra-européens, en particulier ceux qui sont en attente de statut* ».

Mais les savoirs qui peuvent être mobilisés pour enrichir les pratiques ne sont pas seulement des savoirs techniques, il s'agit aussi de savoirs ou compétences dites transférables, de tel sorte que les travailleurs sociaux sont des professionnels du lien social et de la relation aux autres, et cela doit être reconnu.

Une étude réalisée par Pôle Emploi et France stratégie publiée en mai 2021[12] vient précisément souligner que les compétences les plus demandées dans un contexte de transformation accélérée concernent « les situations imposant un contact avec le public, le travail en équipe, ou une « charge émotionnelle ».

Ce sont de nouveaux savoirs aujourd'hui nécessaires pour travailler en réseau et en lien avec d'autres professionnels et secteurs qui sont de plus en plus imbriqués dans la prise en charge des personnes (c'est le cas notamment des situations dites complexes relevant des champs du social, du médico-social et du sanitaire).

Ces prises en charge nécessitent une compréhension systémique des acteurs et financements, qui passent par des formations communes aux différentes écoles et instituts (par exemple au niveau des cadres et managers entre le réseau des INSET et l'EHESP-Ecole des hautes études en santé publique- ou l'EN3S-Ecole nationale de Sécurité sociale).

En s'inspirant des travaux menés dans le cadre des métiers de la branche autonomie, la refonte des catégories d'emplois vers une seule filière du travail social serait un premier pas vers cette nécessaire convergence des métiers du lien social.

La constitution d'un socle commun posé par le décret n° 2018-734 du 22 août 2018 relatif aux formations et diplômes du travail social va dans le sens de cette évolution plus structurelle des cadres d'emplois et spécialisations professionnelles.

- **UNE FORMATION INITIALE ET CONTINUE QUI DOIT INTEGRER L'ACCOMPAGNEMENT A LA TRANSFORMATION DES MISSIONS ET METIERS**

Le diplôme de travail social défini par le ministère en charge des affaires sociales recouvre au total 13 types de qualifications en travail social qui s'étalent sur une large palette.

[11] https://www.telos-eu.com/fr/societe/europe-sociale-et-si-on-soccupait-des-sans-abri.html
[12] https://www.strategie.gouv.fr/publications/cartographie-competences-metiers

Dans d'autres pays notamment anglo-saxons, la formation d'éducateurs spécialisés se fait à l'université. Il semble qu'il y ait une spécificité française sur la formation qui se fait en institut de formation de statut associatif avec une multitude de diplômes.

La formation initiale est confrontée à l'émergence des bachelors universitaires de technologie (BUT) développés par les IUT. Ces « bachelors » dispensés par les universités de technologie se préparent en général pendant 3 ans. Ce modèle se rapprochant du modèle prévalent dans les autres pays européens, vient percuter celui des écoles/instituts de formation.

Un état des lieux avec une véritable cartographie des différentes formations existantes semble indispensable pour pouvoir évaluer les apports de ces différents cursus, en particulier concernant les formations d'encadrement. A ce sujet, s'agissant du secteur public, on peut interroger la plus-value de certaines formations dispensées par des instituts privés comme le CAFERUIS et des formations au contenu plus transverse dispensées par le réseau des écoles et instituts publics du CNFPT.

La complexité du paysage et des cadres relatifs à l'action sociale nécessite un niveau d'expertise qui peut parfois enfermer dans la connaissance d'un seul domaine alors que ce sont les compétences dites transférables partagées entre différents métiers, qui sont souvent la clé de réussite des transitions digitales, sociales et écologiques auxquelles sont confrontés les organisations.

Ouvrir le chantier des formations, suppose également d'encourager les voies d'accès en cours de formation professionnelle ou par le biais des dispositifs de VAE (valorisation des acquis de l'expérience) à encourager.

Le développement des actions de formation continue suppose également que les employeurs mettent à disposition de véritable espace ou lieu pour soutenir l'analyse des pratiques, la supervision afin de donner un espace d'expression aux professionnels, qui font face à des situations complexes pour clarifier, construire, et assurer leurs positions professionnelles.

Les dispositifs d'apprentissage doivent également être davantage soutenus. Ainsi en 2021 l'IRTS de Montrouge-Neuilly-sur-Marne a mis en place une promotion d'apprentis s'orientant vers le diplôme d'éducateur spécialisé et ayant des parcours très divers, certains ayant déjà eu une expérience professionnelle (dans les métiers de l'enseignement par exemple) ou ayant souhaité se réorienter en cours d'étude.

Au sein des formations initiales et continues, la maitrise du numérique et des systèmes d'informations est essentielle et doit être intégrée dès la formation initiale avec le recours à des partenariats, avec certaines agences de l'Etat (programmes de formation de l'Agence du Numérique en Santé, ou avec l'ANAP par exemple).

- **DES CHANTIERS QUI SUPPOSENT AUSSI D'INTERROGER CEUX QUI SONT LES PREMIERS CONCERNES, A SAVOIR LES PUBLICS EUX-MEMES.**

Pourquoi ne pas interroger les premiers concernés ? Les personnes accompagnées sont avant tout des personnes qui ont un ou des projets de vie à réaliser. Elles peuvent dire si l'accompagnement à la réalisation de celui-ci a été opérant ou non, de leur point de vue. A-t-on un jour fait une vaste enquête auprès des personnes pour savoir ce qu'elles attendent / souhaitent / espèrent d'un travailleur social ? Les comités locaux de travail social œuvrent d'une certaine mesure en ce sens et pourraient être associés à ces travaux.

Il ne s'agit pas de questionnaire de satisfactions, mais de réaliser une enquête incluant aussi bien les publics, que les partenaires du quotidien (les autres institutions et acteurs publics et privés intervenant dans le champ social), les élus de proximité, pour appréhender les attentes vis-à-vis des travailleurs sociaux.[13].

[13] Les travaux menés par le Département du Gers en 2019 et intitulés « *Etre au RSA dans le Gers* » de François-Xavier Merrien fournissent à ce titre une illustration de cette approche visant à se mettre à la place des bénéficiaires et des publics accompagnés

Pour mener de tels chantiers, l'implication et la participation des professionnels est indispensable. « Vivre est prendre des risques ». Il convient dès lors que le partage de la prise de risque soit interrogé. Quels niveaux de risques chacune des parties prenantes accepte de prendre : les financeurs, les gestionnaires (délégataires), les professionnels et la personne concernée. L'objectif et les risques à prendre doivent être partagées et consentis.

******

L'ANDASS (Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé) est une association professionnelle. Son conseil d'administration représente plus d'un tiers des départements. L'ANDASS porte l'ambition du développement social, du travail collectif, de l'accompagnement global des personnes dans leur parcours vers l'autonomie. L'ANDASS favorise les partenariats d'action et les coopérations. Pour l'ANDASS, les dépenses sociales ne constituent pas un simple coût mais un investissement dans le développement humain. L'ANDASS appelle à un choc de simplification afin de libérer le pouvoir d'agir des élus, des citoyens, des professionnels, des bénévoles et des organisations afin de s'orienter vers une société plus inclusive et citoyenne. Estimant que les politiques de solidarités doivent irriguer et se nourrir de l'ensemble des politiques, l'ANDASS participe, par ses analyses et ses propositions concrètes issues de la diversité des territoires, à la modernisation d'un service public de la vie quotidienne, de proximité et de qualité.

Contact
presidence@andass.fr
https://www.andass.fr

Fédération APAJH

Attractivité des métiers / Revalorisation des salaires du médico-social

Dès le début de la crise sanitaire, début 2020, il faudra attendre des semaines pour que les pouvoirs publics, les médias, prennent conscience qu'au-delà du formidable engagement des soignants et des personnels du secteur sanitaire, d'autres personnels étaient tout aussi engagés et tout aussi nécessaires pour accompagner les personnes vulnérables, fragiles, isolées : nous parlons là des professionnels œuvrant dans le secteur des personnes âgées, dans le secteur de l'aide à domicile, dans le secteur de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Après de nombreuses réactions et interpellations des organismes gestionnaires et de leurs fédérations, des associations représentant les personnes en situation de handicap, nous avons enfin parlé de nos secteurs et de nos professionnels.

Malheureusement, quand l'Etat a décidé, à juste titre, de construire le plan Ségur pour revaloriser les salaires, pour favoriser l'attractivité des métiers, pour offrir une meilleure qualité de vie au travail, à nouveau les discussions, les négociations ont oublié tout simplement le secteur des personnes âgées, du domicile, du handicap.

Les accords Ségur ont été bâtis à la hâte, uniquement pour répondre à l'urgence de l'hôpital mais en n'anticipant aucune des conséquences et répercussions sur les autres secteurs.

Dès lors, les semaines et mois qui ont suivi ont été une succession de mesures de rattrapage, de fuites en avant qui ont totalement désorganisé toutes nos organisations et en ne faisant finalement que toujours plus de mécontentements : on a rattrapé les EHPAD avec le Ségur 2 puis l'Aide à domicile, puis le Laforcade 1 pour une liste très réduite de personnels.

Certes le gouvernement a décidé des mesures financières non négligeables mais leur mise en œuvre au 1er janvier 2022 conduit à un climat social délétère à un écrasement des grilles de rémunérations (*les AES et AMP vont avoir des salaires supérieurs aux moniteurs-éducateurs ou équivalents aux éducateurs spécialisés)*, à une incapacité de trouver des candidats pour certains métiers,..

Cette situation est d'autant plus intolérable que s'agissant du secteur du handicap, beaucoup d'organisations comme l'APAJH ont engagé un important travail de transformation de l'offre, d'adaptation et d'évolution des pratiques professionnelles et des conditions d'exercice professionnel.

Ce travail essentiel, générateur d'inquiétude, d'angoisse pour les professionnels nécessite pour les managers de rassurer les équipes, de les accompagner en termes de réflexion et de formation, de valoriser et de reconnaître ces engagements renouvelés.

Bon nombre de professionnels s'y engagent malgré tout mais la réussite passe également par une pluridisciplinarité renforcée où chacun joue une partition repérée et justement reconnue.

La revalorisation salariale de quelques-uns et l'absence de revalorisation pour le plus grand nombre est donc totalement contre-productive pour asseoir cette dynamique.

L'APAJH, comme d'autres, est favorable à ce travail de mise à plat des métiers pour accompagner la transformation du secteur, garantir la possibilité de recruter des professionnels bien formés, permettre une stabilisation des équipes grâce à des perspectives de déroulement de carrière et des conditions de travail améliorées.

Mais ce travail ne pourra s'engager que si l'Etat, à l'instar des décisions prises début décembre, accorde une revalorisation salariale pour tous les professionnels de nos filières.

▶Et après ? Quels métiers ? Quelle formation ? Quelle évolution professionnelle ? Quelles conditions d'exercice ?

L'accompagnement des personnes en situation de handicap ne peut plus se penser en opposant les réponses mais dans une approche fondée sur la notion de choix de la personne, de personnalisation des réponses d'accompagnement, d'évolutivité des parcours.

Nous avons besoin des professionnels agiles, capables de s'adapter rapidement aux environnements d'intervention et aux modalités d'accompagnement.

Ces professionnels devront être particulièrement :

- formés à l'écoute, au recueil des souhaits et attentes de la personne en situation de handicap ;
- capables de coopérer avec des pair-aidants et des aidants naturels ;
- imaginatifs pour proposer et inventer des réponses ;
- connaisseurs de l'éco-système de proximité car le bassin de vie reste l'unité territoriale de référence.

Forts de ces évolutions et des transformations que nous avons déjà conduites, nous plaidons pour une réorganisation en 4 grandes filières de métiers :

- **Les métiers de l'entretien et de la logistique**
  (essentiellement pour les structures d'hébergement).
- **Les accompagnants de la vie quotidienne :**
  AMP, AES, AVS, Maîtresses de maison, Aide-soignants, surveillants de nuit.
- **Les facilitateurs de l'autonomie** :
  Accompagnants de la personne, accompagnants de l'environnement, accompagnants des aidants, …
- **Les coordonnateurs de parcours :** arrangeurs de solutions, garants de l'effectivité des solutions et de leur qualité,…

Certaines de ces filières s'appuient sur des métiers bien repérés, dont les référentiels de formation et d'emploi ont fait l'objet d'évolutions au fil du temps (*c'est le cas des 2 premières filières).*

En revanche, pour les 2 dernières filières les référentiels sont totalement à reconsidérer tant dans la définition des missions attendues auprès des personnes accompagnées que des compétences recherchées et à développer chez ces professionnels.

Le formations doivent se généraliser sur le mode de l'alternance s'agissant de la formation initiale.

Par ailleurs, les formations continues doivent permettre l'acquisition de compétences reconnues, donc certifiées.

Ainsi, les certifications acquises permettront aux professionnels de construire un parcours qui progressivement débouchera sur l'acquisition de modules qui eux-mêmes permettront une

reconnaissance d'acquis, à la fois nés de l'expérience professionnelle mais aussi enrichis de ces certificats de qualification acquis progressivement.

Ainsi, le déroulement de carrière, et donc les progressions de rémunérations, ne seront plus seulement la résultante de l'ancienneté acquise par le professionnel mais pourront s'accélérer, par l'investissement personnel dans l'acquisition de nouvelles compétences.

Enfin, les conditions d'exercice professionnel doivent également faire l'objet d'une réflexion pour une meilleure prise en compte dans la valorisation salariale.

En effet, la personnalisation du parcours d'accompagnement nécessite, pour les salariés, une agilité en termes d'emploi du temps, une souplesse dans le rythme journalier ou hebdomadaire afin de respecter les choix de vie et les souhaits et attentes des personnes en situation de handicap.

Ces formes d'arythmie doivent être reconnues et valorisées soit sous forme d'indemnités soit sous forme de jours de congés annuels supplémentaires.

Ces primes, comme ces jours de congés supplémentaires pourraient aussi être déposés, selon le choix du salarié, sur un compte épargne temps. Celui-ci devra alors être généralisé chez tous les employeurs afin de permettre aux salariés de disposer d'options supplémentaires dans l'amélioration de ses conditions d'exercice professionnel.

Mission Piveteau

APF France handicap : retour d'expérience d'une association gestionnaire d'ESMS et propositions pour relancer l'attractivité des métiers de la filière socio-éducative

Reconnue d'utilité publique, APF France handicap est une association nationale de défense et de représentation des personnes atteintes de déficiences motrices ou polyhandicapées et de leur famille qui rassemble 26 000 adhérents, 30 000 usagers, 25 000 bénévoles et près de 15 000 salariés (*512 M€ de masse salariale*).

Dans le cadre de ses missions, APF France handicap assure une fonction gestionnaire sur une offre de service étendue couvrant l'ensemble des types d'établissements et de services mis en place par le code de l'action sociale et des familles (CASF) pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Historiquement acteur du handicap moteur, APF France handicap accueille aujourd'hui tous types de handicap (avec ou sans troubles associés) : handicap moteur, polyhandicap, autisme, handicap mental et trisomie 21, handicap psychique.

De cette position, l'association a été un témoin privilégié des premiers effets du Ségur de la santé. Il n'est bien entendu pas ici question de revenir sur les tensions RH de ces derniers mois, celles-ci ont déjà été très documentées : fuite des personnels soignants, pénurie des personnels de remplacement, climat social dégradés, mise en tension des ESMS en termes de qualité/sécurité/continuité des soins (les plans de continuité d'activité sont même parfois rendus impossibles…), etc.

Si les récentes annonces du premier ministre, en venant transposer les principales mesures du Ségur à l'ensemble du secteur médico-sociales – sans considération de financeurs – vont dans le bon sens, toutes ces difficultés ne sont pas pour autant résolues :

- D'abord parce les effets précités vont mettre longtemps à se résorber
- Ensuite parce qu'à la scission exogène « sanitaire/médico-social » vient se substituer une scission endogène « filière soignante/filière socio-éducative ».

De facto, la filière socio-éducative fait bien partie, à ce stade, des oubliés du Ségur.

Il est à ce stade essentiel de rappeler que – s'agissant des ESMS – cette filière a également été largement mobilisée (et l'est toujours) pour soutenir les personnes accompagnées tant au sein des ESMS qu'au domicile des familles (maintien du lien notamment, soutien psychologique). La non revalorisation de ces métiers dans un contexte où l'ensemble des soignants l'ont été est par conséquent particulièrement mal perçu. C'est d'autant plus « sensible » que ces métiers sont confrontés aujourd'hui à de nombreux changement du fait d'un profond mouvement de transformation de l'offre de service. Au-delà, cette revalorisation sectorielle apparaît totalement « à rebours » des attentes des pouvoirs publics d'un accompagnement de plus en plus global : Dans une approche de la Santé correspondant à la définition posée par la loi HPST de 2009, qui a institué les ARS mais qui a aussi défini la santé la santé en allant au-delà de la seule notion de soins (conformément à la définition de l'OMS), le social ne peut être séparé du soin !

La lettre de mission du 24 novembre repose donc sur un juste diagnostic : **repenser l'attractivité de ces métiers au regard de ce contexte de transformation du secteur et dans une perspective globale**, en termes de formation initiale et continu, d'évolution des contenus, des conditions de travail, etc.

Afin de contribuer à cette mission de préparation de la conférence des métiers du 15 janvier prochains, la présente note est complétée de 4 fiches précisant notre vision et nos actions d'employeurs qui peuvent apporter un éclairage utile au diagnostic de la situation actuelle de la filière socio-éducative :

1- Fiche 1 : Entériner l'évolution du secteur et des métiers de la filière socio-éducative
2- Fiche 2 : Faire connaître nos métiers, porteurs de sens et d'utilité sociale
3- Fiche 3 : Fidéliser les salariés, proposer des parcours professionnels
4- Fiche 4 : Proposer des passerelles pour attirer des salariés venant d'autres secteurs d'activités
5- Fiche 5 : L'exemple de l'emploi : les CDD tremplins

Pour autant, si les constats et propositions liés aux métiers eux-mêmes et à l'évolution de notre secteur constituent un cadre bien entendu structurant pour de futurs arbitrages, il doit être rappelé que **la relance de l'attractivité des métiers est également un sujet budgétaire** : il se pose bien entendu en termes de revalorisation mais aussi en termes d'étagement avec les salaires désormais possibles au niveau de la fonction soins, c'est-à-dire à la fois en valeur absolu et en valeur relative.

De manière très concrète, les postes d'éducateurs au sein de nos structures sont incontournables et essentiels et leur rôle va bien au-delà de la continuité des soins.

Au-delà de cette considération « de fond », il sera essentiel de ne pas renouveler la méthode qui a échoué pour la transposition du Ségur : **les revalorisations qui seront arbitrées – quel que soit leur niveau – doivent l'être tout champs confondus et dans la même temporalité** : Depuis plusieurs années, la progression des salaires faisait l'objet d'une progression quasi symétrique entre le secteur OGD et le secteur ONDAM/ODAM/OQN et étaient transposées tout champs (CD) via la conférence salariale et les avis de la commission nationale d'agrément (art L314-6 CASF). Les progressions salariales avançaient ainsi au même rythme sans considération de statut de l'organisme gestionnaire (FPH/FPT ; PNL ;

commercial)[14]. Le nombre d'unités pouvaient varier (ex : plus d'infirmiers dans le secteur sanitaire, plus de socio-éducatifs dans le secteur MS) mais les salaires évoluaient d'une manière rationnelle sur l'ensemble du champ.

Cette harmonisation des carrières permettait des possibilités de parcours professionnels plus diversifiés où le choix d'un lieu d'exercice répondait d'abord à une aspiration individuelle du salarié. Cette mesure recherchait une fluidité du marché du travail et une plasticité des parcours entre l'ensemble des secteurs d'exercice des professionnels du soin et de l'accompagnement social. Le Ségur a cassé cette fluidité et l'accord Laforcade n'a permis de la retrouver qu'avec l'engagement de l'Etat de compenser la charge des départements pour les ESMS qu'ils financent intégralement.

En d'autres termes, ne serait-ce qu'au regard des obligations des employeurs, **il est indispensable que le principe de l'unité de traitement entre les salariés relevant du même employeu**r (« à travail égal, salaire égal ») **soit préservé** pour les futures revalorisations même si cela induit (et ce sera possiblement le cas) d'étaler leur charge pour les finances publiques sur plus d'un exercice.

[14] Ces évolutions pouvaient nécessiter un arrêté ministériel pour la fonction publique, après un examen par la commission nationale d'agrément pour le secteur privé non lucratif (dispositif de l'art L314-6 CASF), voir rien du tout pour le secteur commercial. Mais au global, le taux d'évolution des salaires retenu lors de la fixation de l'ONDAM était bien appliqué de manière homogène.

Fiche 1 – tensions et évolutions du secteur et des métiers de la filière socio-éducative

Le secteur médico-social, particulièrement dans le handicap, est traversé par un profond mouvement de transformation. Les réponses attendues par les personnes en situation de handicap conduisent les établissements et services médico-sociaux (ESMS) à évoluer vers des modalités d'accompagnement davantage tournées vers l'extérieur, en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés par une réponse globale à ces besoins (ville, hôpital, autres ESMS, etc.).

Cette transition inclusive, la réponse accompagnée pour tous et les réponses plus personnalisées qu'elles induisent challengent nos organisations, et les pratiques des professionnelles alors que dans le même temps le secteur du handicap et au-delà, tout le secteur de la santé et de l'accompagnement, sont confrontés à d'importantes difficultés de recrutement et de fidélisation des salariés.

Concernant la filière socio-éducative, cette tension est toutefois moins quantitative que qualitative, liée à l'évolution des attendus des métiers.

1. Une filière socio-éducative quantitativement moins en tension que la filière soignante

Sur le plan quantitatif, le recrutement de professionnels de la filière socio-éducative ne se pose pas dans les mêmes termes que la filière soignante : cette filière - au 31 décembre 2020 –représente ainsi environ 10% des postes non pourvus.

Total 173 ETP NON pourvus par métiers	27,6			77,6					43,8						7,5			8,2				9,1			
	MEDICAL			REEDUCATION					SOINS ET AIDE A LA PERSONNE						EDUCATION			INSERTION SOCIAL ET PROF.				GESTION ET SUPPORT			
Total 173 ETP non pourvus par fonctions	Médecin	Médecin spécialiste	Médecin coordonnateur	Kinésithérapeute	Ergothérapeute	Orthophoniste	Psychomotricien	Neuropsychologue	Infirmier	Infirmier coordonnateur	Aide-soignant	AMP/AES	Agent de soins	Psychologue	Educateur spécialisé	Moniteur éducateur	Educateur jeunes enfants	Assistant social	Chargé d'insertion professionnelle	Conseiller en économie sociale	Moniteur d'atelier	Agent administratif	Assistant / secrétaire	Secrétaire médical	Comptable
	8,5	13	6,2	37	4,8	22	6,5	6,9	5,4	2	12	17	4	3	4,5	1	2	2,7	2,5	2	1	2,2	1,5	1,5	3,9
	16%			45%					25%						4%			5%				5%			

Source : sondage vacance de postes déc 2020

Ceci est d'autant plus vrai dans le contexte d'une offre de service APF :

- Où la part des ESMS tournée vers la scolarisation s'établit à 25%
- Où la part des services (hors ESAT) représente près de la moitié de l'offre (47%)
- Où la part des ESMS cofinancés, ou intégralement financée par les CD, s'établit à 58%.

Ces proportions peuvent toutefois varier en fonction des contextes locaux.
Par ailleurs, il convient d'en mesurer la portée « interne APF » : l'enquête interfédérale conduite en IDF par Nexem-FEHAP-URIOPSS fait ainsi un constat très différent en soulignant que les éducateurs spécialisés constituent le 2ème poste de métier en tension derrière les IDE.

2. Une filière socio-éducative particulièrement impactée par l'évolution de l'offre de service

La transition inclusive de l'offre de service vient particulièrement impacter le contenu des métiers de l'accompagnement et du social.

Plusieurs évolutions majeures sont aujourd'hui à l'œuvre qui génèrent une forte évolution de ces métiers :

- Un cadre d'exercice en établissement de plus en plus réinterrogé : **avec la transition inclusive, l'accent est mis sur le parcours des personnes en situation de handicap**. Ce parcours est plus dynamique, moins limité à un établissement ou service mais au contraire ouvert à d'autres acteurs de l'accompagnement, voir à des acteurs du milieu ordinaire. Il en découle un besoin de coordination accrue qui se concrétise dans cette nouvelle fonction de « coordination de parcours », fonction qui se structure au sein des organismes gestionnaires (cf. fiche…) mais qui ne fait pas à proprement parler des contenus de formation initiale.

- Une évolution vers des modalités plus ouvertes, différentes des classiques ESMS : dispositif d'habitat inclusif, dispositifs emploi accompagné. Ces nouveaux leviers au service du parcours des personnes en situation de handicap reposent sur un accompagnement principalement social. Les **modalités de réponses moins institutionnels** tels les tiers lieux, ou les GEM, participent également de cette ouverture.

- Un cadre d'exercice qui voit la **montée en puissance de thématiques sociétales qui viennent renforcer les droits des personnes accompagnées** mais qui constituent également des champs en devenir pour le travail social : le développement d'une reconnaissance du droit à une vie intime, affective et sexuel (VIAS) en constitue ainsi une parfaite illustration. Cet exemple vient souligner l'évolution d'un travail social qui évolue d'une vision socio-éducative vers un objectif d'accompagnement à l'autodétermination pour les personnes accompagnées.

- Une vision du **métier qui, comme dans d'autres champs du sanitaire et social, se reconstruit autour de logiques plus partenariales** : bien entendu, le développement et la promotion accrue de la pluridisciplinarité participe de ce constat. Toutefois, au-delà de cette ouverture de métier à métier (pas forcément nouvelle bien que davantage encouragée), cette promotion d'approche moins sectorielle se manifeste également dans la prise en compte des savoirs expérientielles des PSH (approche encore récente en France, au contraire du Québec). La question de l'évaluation de la qualité de l'évaluation est à cet égard un exemple concret pour placer la personne comme « co-acteur » de la qualité des accompagnements[15].

Transversalement à l'ensemble de ces évolutions, se retrouve **l'absolue nécessité pour les professionnels de repenser leur activité dans un cadre ouvert** : entre ESMS, entre professionnels de différentes compétences et cultures, avec l'extérieur (et notamment avec les dispositifs de droit commun, qu'il s'agisse du libéral, de l'ambulatoire ou tout simplement de l'associatif, de la ville, des acteurs su social,

[15] Dans la lignée des logiques de « patient traceur » en usage à l'hôpital, APF France handicap lance actuellement une expérimentation autour de la « qualité de vie ressentie » dans laquelle les personnes accompagnées seront évaluatrices de l'activité du service/établissement non pas pour dire si elle est bien organisée mais pour dire si elle leur apporte de la satisfaction au quotidien. Cette expérimentation a été présentée dans sa logique à la HAS.

du culturel, du sport, etc.). Analysé en ces termes, on mesure bien à quel point le sujet de la coordination est devenu un élément central de la structuration des métiers du secteur. Il serait toutefois illusoire de penser que chaque professionnel fera de la coordination… L'essentiel n'est pas là : il réside dans le pivot d'une culture professionnel qui – au nom de l'autodétermination des personnes – doit désormais reposer sur la notion de « lien » entre la personne et son environnement entendu au sens large (pas seulement ESMS mais aussi milieu ordinaire de scolarisation, de travail, de culture et de loisir, etc.)

Au-delà, il importe de ne pas limiter la question de l'évolution des métiers ou de l'apparition de nouveaux métiers à la seule coordination de parcours (aussi symbolique et représentative soit elle) : les travaux autour de l'autodétermination, autour de l'accès aux droits des personnes (droits à une vie intime, affective et sexuelle par exemple, mais aussi accompagnement à la parentalité[16]) vont continuer à transformer les métiers de cette branche socio-éducative qui est aujourd'hui à la croisée des chemins, davantage encore que la filière soins.

Ces évolutions illustrent bien à quel point la filière socio-éducative est indissociable d'une offre de service efficiente et globale et profondément impactée par l'évolution actuelle des politiques publiques : il est dans un tel contexte incohérent de revaloriser les seuls métiers du soin « somatique » car l'accompagnement dans le secteur médico-social est global. L'accompagnement éducatif constitue une part du soin, tout comme celui d'une assistante sociale. En d'autres termes, il ne suffit pas qu'une personne soit en bonne santé et « réparé » physiquement. Si les autres dimensions de son accompagnement – logement, emploi, vie sociale, etc. – ne sont pas également structurées, la pérennité de ce parcours peut rapidement être mise en défaut.

Les pratiques inspirantes figurant infra – issues du réseau APF France handicap – viennent illustrer les éléments précités de manière concrète :

- **BFC : l'expérience des partenaires expert**
- **BFC : la coordination de parcours au DIEM de Belfort**
- **AURA : le SESVAD, pôle d'appui à la vie à domicile**

[16] Ex Centre Val de Loire : https://www.apf-francehandicap.org/actualite/un-centre-ressource-parentalite-dans-la-region-centre-val-de-loire-47246

PARTENAIRE EXPERT : levier de la transition inclusive dans le médico social

Le partage de vécu de la maladie, du handicap, du parcours de vie constitue le principe fondamental de cette démarche. On parle alors de partage des savoirs expérientiels.

Le poste de partenaire-expert

Ce poste a été créé en 2021. Il est actuellement affecté à une ancienne usagère du SESSAD diplômée AES.

Le partenaire expert peut accompagner les enfants et leurs familles quand l'équipe a identifié un besoin dans lequel le partage des savoirs expérientiels pourrait apporter une réponse.

Il peut intervenir dans le domaine médical (partage du vécu autour des rééducations, des injections de toxines, de projets d'interventions chirurgicales, de soins post opératoires…) et dans le domaine social (sensibilisation au handicap en milieu scolaire, accompagnement aux réflexions en lien avec les projets professionnels et de vie adulte…)

Le groupe de partage des savoirs expérientiels en Bourgogne Franche Comté

Le SESSAD, conjointement à d'autres établissements APF Bourgogne-France-Comté s'est inscrit dans une démarche de type recherche action avec l'université de Montréal (Canada) pour la promotion de l'intégration des savoirs expérientiels.

Depuis septembre 2021, un groupe de partage des savoirs expérientiel se réunit chaque mois pour échanger sur les expériences menées au niveau régional.

TEMOIGNAGE (verbatims) DE CHLOE, partenaire expert au SESSD APF France handicap de Besançon

Qu'es ce que c'est ?

La pair-aidance repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique. Le partage du vécu de la maladie et du parcours de soins constitue les principes fondamentaux de la pair-aidance qui peut prendre plusieurs formes :

- *Participation à des groupes de parole au sein d'association d'usagers*
- *Rencontre dans des groupes d'entraide mutuelle (GEM)*
- *Ou encore l'intégration de pairs-aidants bénévoles ou professionnels dans les établissements de santé*

Le partage d'expériences et l'entraide induisent des effets positifs dans la vie des personnes notamment en permettant de rompre l'isolement et d'apprendre à vivre avec la maladie. La pair-aidance a une vocation de réhabilitation psychosociale et vise à permettre à l'individu de sortir du statut « patient » pour devenir acteur de son rétablissement.

Quel est le but ?

- *Intervenir auprès d'enfants avec différentes pathologies*
- *Rassurer les enfants vis-à-vis de leur craintes « les toxines, opérations, séances de kinés.*
- *Leur expliquer comment cela s'est passé pour moi*
- *Les craintes que j'ai pu avoir, les douleurs, etc, …*
- *Rassurer aussi les parents tout en leur expliquant*

Comment cela se déroule ?

Dans un premier temps, j'ai eu l'occasion d'échanger sur ce projet avec les différents membres de l'équipe « Kiné, Educ, Assistante Sociale… » et qui ont pu me dire pour quels enfants ils pensaient que cela pourrait être intéressant/bénéfique.

Ensuite j'ai pu étudier les différents dossiers des enfants pour mieux comprendre leur parcours de vie ainsi que leurs pathologies pour pouvoir les accompagner au mieux par la suite.

Si j'ai l'accord des parents, je commence à en parler aux enfants concernés, en leurs expliquant ce que je compte faire avec eux, tout en adaptant ma façon d'aborder les choses en fonction de l'âge et de la compréhension.

Si je vois que l'enfant est réceptif et semble d'accord, à ce moment-là je fixe des petits temps avec chaque enfant concerné suivant leurs disponibilités pour pouvoir les accompagner au mieux dans ses moments difficiles pour eux.

Je met en place un avant et un après :

- *Je vois l'enfant avant l'intervention pour pouvoir le rassurer vis-à-vis de ses craintes et répondre à d'éventuelles questions avec la parole pour les grands et pour les plus petits j'utilise une peluche ainsi que la parole.*
- *Ensuite un après pour voir comment l'enfants à vécu l'intervention, s'il est moins angoissé, si ce que je lui ai dit avant l'intervention a pu le rassurer ? Qu'est-ce qu'il a pensé de ce que j'avais pu lui dire durant l'intervention. Voir s'il y a possibilité que je puisse assister à une consultation.*

COORDINATION DE PROJET : accélérateur de la transition inclusive

La région BFC compte aujourd'hui une douzaine de coordinateur de projets personnalisés en structure. Ils sont d'origines professionnelles diverses (soignant, éducatif, social, enseignement, insertion professionnelle, …)

Ils ont suivi des formations complémentaires en prenant ces postes, certaines dispensées par APF formation d'ailleurs. Ils disposent d'un statut cadre.

1/ Leur mission repose sur 3 exigences :

- L'articulation avec le droit commun est une exigence pour tous les usagers dans une approche inclusive,
- La question de la légitimité à coordonner l'externe,
- La notion d'indépendance (dépend directement de la Direction et non d'un cadre intermédiaire, gage pour faire bouger l'interne).

2/ Coordinateur de Projets personnalisés et transformation de l'offre

Si nous sommes en phase avec le fait que chaque professionnel doit travailler en équipe (c'est pour nous un élément socle), nous ne superposons pas le fait que ce travail d'équipe garantisse la coordination du projet.

Par qui est-elle alors réalisée institutionnellement dans l'organisation ? Concrètement : qui élabore le PP, qui le négocie, qui anime les réunions de projet, qui est l'interlocuteur de l'usager pour le PP, un référent, l'encadrement hiérarchique ? Se pose alors la question de comment la question du temps dédié à cela, de la compétence et de comment l'intérêt des usagers est garanti.

Cette question s'est posée dans le cadre des travaux SERAFIN pour la rédaction de la nomenclature. Initialement, les groupes ont retenu la même analyse (c'est de la responsabilité de chaque professionnel de se coordonner avec les autres) mais une nouvelle prestation a ensuite été inscrite sous l'appellation de coordination renforcée :« La prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours vise à prendre en compte des situations complexes pour lesquelles de nombreux professionnels, souvent issus de champs d'intervention différents, doivent articuler leur action et nécessitent ainsi des espaces d'échanges et de coordinations spécifiques »

- Le lien entre CPP et transformation de l'offre est structurant et indissociable :

  - Non seulement le CPP fait partie intégrante de nos plateaux techniques aujourd'hui mais souvent, à l'occasion de son installation, c'est l'ensemble du process d'accueil de la personne, d'élaboration de son PP, de sa mise en œuvre et de son évaluation qui a été transformé.
  - Nous poursuivons actuellement cette transformation avec le déploiement, pour les PCPE nouvellement installés, d'usagers partenaires constituant des binômes avec les CPP.
  - L'ANAP vient documenter ce sujet dans nos structures cet automne pour en faire des webinaires sur le sujet transformation de l'offre.
  - La fehap s'est saisie de l'émergence de ces missions. Un projet est ébauché pour faire évoluer la CC 51 en créant un nouvel emploi. Pour l'heure, les travaux sont une fiche d'emploi de « coordinateur « (sans précision) avec des missions génériques qui permettent d'y inscrire nombre modes de fonctionnement. Cet emploi serait inscrit au niveau du 4ème degré de contribution (accompagnement et pilotage)

EXPERIENCE DU SESVAD 69 APF France handicap

Donner des perspectives aux professionnels accompagnant les personnes en situation de handicap, fortement éprouvés par la crise sanitaire, afin de redonner du sens à leur métier en lien avec la politique inclusive et la transformation de l'offre.

1. PRESENTATION DU RETOUR D'EXPERIENCE DU SESVAD APF FRANCE HANDICAP DU RHONE

La mise en place du SESVAD s'est réalisée en plusieurs étapes et sa structuration s'est faite au fil du temps : Une « équipe spécialisée » - jusqu'alors financée sur fonds associatifs - a été transformée en SAMSAH en 2005, avec le décret de 2005 consacrant le dispositif SAVS/SAMSAH, pour prodiguer du soin en réponse aux besoins de nursing.

Le processus de transformation qui s'en est poursuivi ensuite a consisté en l'ajout très rythmé de nouveaux services en faveur du maintien à domicile de 2005 à 2017.

- **Le fil rouge de cette transformation a toujours été la réponse aux besoins à domicile des personnes, avec les étapes d'identification des besoins latents.**
- **Le résultat de la transformation est la constitution d'un panier de services très complet à destination des personnes en situation de handicap et leurs aidants.**
- **Son impact s'exprime dans le maintien effectif à domicile tout au long de l'année et de la vie adulte. La flexibilité du parcours et le niveau d'inclusion mis à disposition des personnes sont très élevés.**

Au total, ce sont 9 autorisations différentes qui ont permis de constituer le SESVAD - ainsi qu'une résidence sociale en financement propre (= à loyers). Ainsi le SESVAD propose une offre de services répondant aux besoins de prestations de personnes vivant à domicile :

1. Soins et accompagnement social ;
2. Accompagnement social seul ;
3. Soin seul ;
4. Aide aux aidants ;
5. Accompagnement de jour et de nuit.

Au sein des équipes professionnelles, la prise en compte de la parole des personnes fait partie du socle culturel des services : il est soutenu par de la formation mais aussi par des processus, basés sur l'expertise d'usage, incluant systématiquement la personne accompagnée et intégrant le questionnement des souhaits ainsi que des méthodologies de projets participatives (ex. organisation de groupes de travail usagers pour l'élaboration de la charte bientraitance). Ces processus impliquent par conséquent en continu l'évaluation par les personnes elles-mêmes du service rendu.

La création du SESVAD a fait émerger de nouvelles fonctions ou évolutions de métiers :

Des fonctions de Management, rendues nécessaires par la forte croissance du service, pour structurer l'organisation : nomination de deux chefs de service avec un responsable soin et un responsable social. Ces postes ont apporté aux professionnels un support managérial de proximité, un recours et une guidance stabilisatrice indispensable.

Des postes de coordinateurs positionnés entre les équipes et les chefs de service sans lien hiérarchique par rapport aux équipes. Leur regard distancié sur les situations permet d'ajuster l'accompagnement tant pour la personne accompagnée que pour l'équipe (charge de travail par exemple selon la lourdeur des situations, moyens, prioriser les missions…)

La fonction d'Accompagnant social a été créée en 2005. Elle est assurée aussi bien par des assistants sociaux, ou des éducateurs, que des CESF de formation. La création de cette nouvelle fonction sur une équipe aux métiers mixtes, a été motivée par la volonté de dépasser le travail en silo induit par l'intervention de « métiers » (spécialisés) sur une situation. La diversité de professionnels au sein de l'équipe constitue par ailleurs une richesse pour les échanges de pratiques. Leur mise en place a constitué une révolution pour les professionnels qui en ont saisi le sens et apprécié la chance de voir évoluer leur mission et de ce fait leur projet professionnel tout en restant au SESVAD.

Des référents thématiques, transversaux à l'ensemble des services du SESVAD. Ceci constitue un facteur de dynamisme et de succès du dispositif. Pour exemple, deux référents bientraitance soin et social, ont été mis en place : les deux sont formés, suivent et animent la démarche.

Les leviers incontournables pour que le SESVAD réponde à ses missions d'accompagnement au domicile des personnes accompagnées sont :

- Un pilotage assuré par la Direction Régionale APF France handicap et la directrice du SESVAD qui avec son comité de direction (deux chefs de service et une responsable RH) est en charge de piloter le déploiement opérationnel du projet.
- La confiance dans le management « à distance » cadré par des procédures, modes opératoires et formulaires en soutien de la création des services très bien appropriés par les professionnels.
- Des partenariats conventionnés, clés en synergie avec la mission de vie à domicile du SESVAD : partenariats multiples dans le droit commun (logement, loisirs, soins, …) et avec les institutions (MDPH, CPAM…).

Le dispositif du SESVAD ainsi constitué et organisé permet d'offrir à la personne accompagnée l'élaboration d'un projet de vie personnalisé, sur la base d'un panier de services très complet qui augmente les options possibles, renforce le libre choix et la libre évolution des personnes dans leur accompagnement et parcours. Les personnes choisissent de manière personnalisée quels objectifs poursuivre ou non, et quelles options de service actionner ou pas (par exemple, la participation à des activités).

2. EN 2021 VERS UNE PLATEFORME DE SERVICE : UNE EVOLUTION BASEE SUR NOTRE SAVOIR-FAIRE

Depuis 2021 le SESVAD est rentré dans une nouvelle phase. Le « panier de services » existant va être organisé en plateforme de service avec la nomenclature des besoins et des prestations comme guide. Le pouvoir d'agir de la personne accompagnée sera renforcé. Le SESVAD va se fondre avec d'autres établissements APF France handicap du Rhône (FAM, Foyer de vie, MAS) sur un nouveau site, dans une organisation en 3 pôles : soin, autonomie- social, support-direction (Cf. contribution 2 de la région AuRA : plateforme de service de Décines). Cinq coordinateurs de parcours, basés en dehors de la plateforme, recueilleront les attentes et besoins de la personne accompagnée/de son environnement (Projet Personnalisé d'Accompagnement), et feront tiers tout au long de l'accompagnement réalisé par les professionnels sur le terrain. Ces derniers, forts de leur savoir-faire, adapteront leurs missions et développeront des compétences à ce jour déjà exercées : l'accompagnement collectif au service de l'accompagnement individuel personnalisé qui reste le fondement du parcours de la personne.

Les directions, les professionnels ainsi que des représentants des personnes accompagnées, sont associés au changement en préparation qui n'attendra pas le déménagement géographique (2024) pour se mettre en place au SESVAD, à moyens constants.

Ainsi, deux accompagnants sociaux ont entamé, en novembre 2021, une formation de coordonnateur de parcours. Des groupes de travail vont être programmés dès janvier 2022 pour déterminer la future organisation et revoir les missions de chacun, dans une nouvelle configuration dès septembre 2023. Le cloisonnement actuel par autorisation des services va d'ores et déjà s'estomper pour fluidifier l'accès et

le parcours des personnes accompagnées, en favorisant des prestations délivrées au sein et hors du SESVAD qui est déjà un relais puissant vers le droit commun.

Ces perspectives, si elles ont pu inquiéter les professionnels, recueillent aujourd'hui leur intérêt. Dès janvier 2022, leur participation à des groupes de travail en vue de l'écriture du projet de plateforme, leur permettra de construire avec leurs collègues des foyers, les personnes accompagnées, la direction du SESVAD et la Direction Régionale, les contours de leurs futures missions. Ils ont perçu que ce projet était une occasion de redonner du sens à leur métier en lien avec la politique inclusive et la transformation de l'offre médico-sociale.

Dès 2005, le SESVAD a été précurseur d'une plateforme de service et la transformation actuelle de l'offre médico-sociale devrait lui permettre de concrétiser encore plus ses objectifs au service du parcours de la personne en situation de handicap, en associant d'autres modes d'habitat (de type foyer, foyer externalisé, MAS). L'organisation du SESVAD a d'ailleurs fait l'objet d'une monographie dans le cadre du travail réalisé par l'ANAP « Handicap – Réinventer l'offre médico-sociale ».

Pour cela, il faudra qu'ensemble les associations gestionnaires et les politiques publiques lèvent les derniers freins qui complexifient encore la gestion administrative et financière du fait des silos par autorisation.

FICHE 2 : FAIRE CONNAITRE NOS METIERS, PORTEURS DE SENS ET D'UTILITE SOCIALE

Constats

Les métiers du secteur du handicap ne sont pas bien connus du grand public et des demandeurs d'emplois.

Le secteur médico-social n'est pas aussi attractif qu'il pourrait l'être.

Ce que nous faisons déjà à APF France handicap :

- Une campagne de métiers « travailler chez nous, ça change tout » relayée sur les réseaux sociaux (Lindekln), mettant en avant l'utilité sociale de nos actions, la force de notre association,
- La multidiffusion de nos offres d'emploi sur les principaux jobboards, notre page entreprise sur la plateforme « 1 jeune 1 solution »
- Une démarche volontariste d'accueil d'apprentis sur la région Ile de France, une démarche d'accueil de services civiques au sein de nos délégations qui coopèrent avec le secteur médico-social.

Pour aller plus loin, les pistes d'actions :

- Des moyens pour une campagne de publicité nationale pour indiquer que le secteur médico-social handicap recrute (spot TV, radio, internet). Communiquer sur de nouveaux facteurs d'attractivité : la dynamique partenariale, le travail en réseau, la participation à des projets nationaux/régionaux inclusifs et innovants
- Une sensibilisation/formation obligatoire des conseillers pôle emploi, missions locales, structures d'aide à la réinsertion, des écoles, des CFA afin qu'ils orientent le public sans emploi vers notre secteur.
- Des partenariats avec les acteurs de l'emploi, pour concevoir et/ou adapter les dispositifs plus inclusifs en limitant les accès aux fonctions ne nécessitant pas de diplômes d'états (auxiliaire de vie, agent de soin, agent de moyens généraux, etc.) – une obligation d'orientation des chômeurs vers les secteurs qui recrutent en particulier le secteur MS/handicap
- L'ouverture des aides pour l'apprentissage aux entreprises n'accueillant pas 5% d'apprentis, en particulier aux entreprises des secteurs dits porteurs, le secteur handicap notamment.
- Autoriser les clauses prévoyant une obligation de servir pendant 3/5 ans à l'issue de la période d'apprentissage
- Pour les métiers de la rééducation (Kiné, orthophonistes …), obliger les étudiants en fin de cursus de formation à exercer en qualité de salarié dans le secteur MS/handicap pendant au moins 5 ans avant de les autoriser à s'installer en libéral
- Un processus « renforcé » d'intégration/découverte des métiers (cf. schéma ci-après) pour les demandeurs d'emploi :

Exemple de processus d'intégration découverte du secteur et métier

Début

- Phase d'intégration des stagiaires avec prévisionnel de stages dans chacun des secteurs (adulte - enfance)
- Identification du/des tuteurs de stage

A mi-parcours

- Bilan intermédiaire candidat – tuteur – structure de positionnement
- A l'issue du bilan 2 hypothèses:
  - 1° continuation du parcours de stage
  - 2° Arrêt du parcours de stage

Bilan final

- Bilan réalisé avec candidat – tuteur – structure de positionnement
- A l'issue du bilan 2 hypothèses:
  - 1° contractualisation d'un contrat de travail dans le secteur choisi par le candidat si possible
  - 2° stage non concluant fin du parcours d'accueil

FICHE 3 – FIDELISER LES SALARIES

Constats :

Notre secteur connaît un fort turn-over non souhaité (15% de renouvellement chaque année).
Les départs réguliers de salariés et notre difficulté à recruter ont pour conséquence des tensions grandissantes sur les emplois en particulier pour les métiers du médical, de la rééducation, de la santé et l'accompagnement.
Nous estimons à plusieurs centaines d'équivalents temps pleins les postes non pourvus de manière structurelle.
Nous avons très peu de mobilité professionnelle car la majorité de nos emplois nécessitent des diplômes d'état (aide-soignant, infirmier, éducateur spécialisé, etc.).

Ce que nous faisons déjà à APF France handicap :

- Des investissements formations spécifiques pour permettre à nos salariés non diplômés d'accéder à un premier niveau de diplôme (AS, AES, moniteur éducateur)
- De dispositifs de VAE renforcés organisés sur les territoires (regroupements de salariés émanant de plusieurs établissements et services au niveau régional) avec formation des encadrants
- Une démarche et un accompagnement prévention et santé pour prévenir les risques d'inaptitudes et proposer des reconversions professionnelles avec ou sans formation.
- Des missions spécifiques confiées à des salariés justifiant des compétences adaptées, sources de reconnaissance et permettant de limiter l'usure professionnelle : référents qualité, référents prévention des risques professionnels, formateurs occasionnels pour le centre de formation APF Formation : fiche de mission, temps dédié, valorisation financière
- Une formation certifiante pour accompagner la création du nouveau métier de coordinateur de parcours : création d'une fiche de fonction, d'un repositionnement dans les organigrammes, dans les grilles de classifications, après l'obtention de la certification professionnelle

- Le recours au télétravail possible, indépendamment de la crise sanitaire, y compter pour le personnel de l'accompagnement (2 jours par mois pour les travaux de rédaction, de synthèse …) à compter du 1er janvier 2022
- Des actions de QVT en cours d'expérimentation dans les Hauts de France dans le cadre de la réponse à un AMI (formateurs internes de simulation en santé, ateliers sophrologie, massage, séances d'ostéopathie, acquisition de tapis de course …)

Pour aller plus loin, les pistes d'actions :

- Poursuivre les actions de revalorisation salariale déjà engagées pour les professionnels du médical et paramédical et l'étendre à l'ensemble des salariés, en revalorisant le point conventionnel.
- Créer les conditions pour rendre l'emploi en CDI nécessairement plus attractif d'un point de vue salarial que le CDD ou l'intérim, ou le libéral
- Développer les participations des salariés experts (ergothérapie, orthophonie …) aux côtés des PSH futurs utilisateurs (expertise d'usage) à des projets nationaux – l'exemple de Tech Lab produits et services innovants et inclusifs – avec une reconnaissance professionnelle et salariale de ces expertises et de cette participation à des projets innovants -> suppose la mise en place

d'une convention collective plus dynamique valorisant des responsabilités / missions spécifiques / prise de risque

- Développer une véritable politique de certification professionnelle, développer de nouvelles certifications permettant à des professionnels d'occuper des missions nouvelles spécifiques reconnues, en réponse à des besoins / attentes des PSH
- Créer un fonds dédié au médico-social pour un financement généralisé pour les actions de QVT
- Ne plus avoir les contraintes liées aux financements ARS/CD qui compliquent les évolutions sur des fonctions relevant de financeurs différents, par exemple la grande difficulté pour des AES d'évoluer vers des fonctions d'AS
- Faciliter les mobilités professionnelles en repensant et simplifiant les passerelles de la VAE et de la VAP entre diplômes : créer de nouveaux parcours diplômants (plus courts, plus accessibles) pour les aides-soignantes souhaitant devenir infirmière par exemple, pour les moniteurs éducateurs souhaitant devenir éducateurs spécialisés etc.

FICHE 4 - PROPOSER DES PASSERELLES POUR ATTIRER DES SALARIES VENANT D'AUTRES SECTEURS D'ACTIVITES

Constats :

Du fait des pré-requis de diplômes d'état pour exercer bon nombre de nos fonctions, l'accès à nos métiers peut sembler compliqué pour des salariés issus d'autres secteurs d'activités (industrie, banque assurance, etc.).
Néanmoins, nous avons, au cours des 2 dernières années, recrutés un peu plus d'une centaine de cadres sans expérience dans le secteur du handicap (comptables, experts SI, experts RH, chef de projets communication, chefs de projets développement des ressources, etc.) venant de tous secteurs d'activités.
C'est aussi vrai pour des postes moins qualifiés tels qu'agent administratif, agent de moyens de généraux, agents logistiques.

Ce que nous faisons déjà à APF France handicap :

Des participations des à jobs dating organisés par l'APEC, des participations locales à des salons emplois.

Pour aller plus loin, les pistes d'actions :

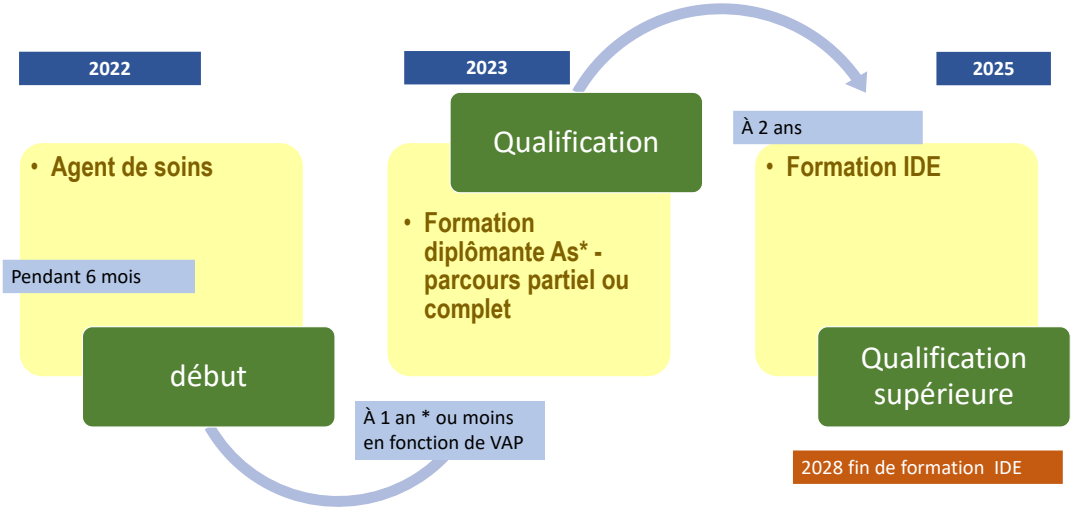
- Le dispositif gouvernemental « transition collective » est un bon dispositif qui permet à des salariés relevant de secteurs en mutation de leur assurer un avenir professionnel dans un secteur porteur, qui recrute.
  Ce dispositif mériterait néanmoins d'être assoupli et davantage tourné vers les secteurs d'avenir afin d'être plus profitable au secteur du handicap notamment.

- Contractualiser avec l'appui de pôle emploi et d'autres acteurs de l'emploi des accords de transition collective avec des secteurs/entreprises plus largement engagés dans des démarches de GPEC (préventive ou offensive) ou dans des PSE, mieux organiser l'animation de ces réseaux d'entreprises en mutation/transformation/difficultés vs associations médico-sociales–> contraindre (sous peine de pénalités ?) les entreprises en mutation économique à proposer des reconversions professionnelles à leurs salariés aux emplois fragilisés vers les emplois du secteur MS handicap
- Améliorer et simplifier le dispositif de financement des formations de reconversions dans le cadre du dispositif de transition collective (en mobilisant l'OPCO Santé notamment)

- Offrir des perspectives à des salariés venant d'autres secteurs en les aidant à se projeter sur des parcours diplômants du médico-social, par exemple du parcours ASH/AS/Infirmière (cf. schéma ci-après) et en autorisant /simplifiant les passerelles entre les diplômes de droit commun (licence, master) et les diplômes d'Etat du Ministère de la Santé (l'exemple de la gestion de projets …)

- Proposer aux salariés des bilans à 2 ans pour préciser le choix d'une filière (soins, éducation, insertion) ou réorientation sur autre

Exemple de perspective d'avenir au sein d'APF France Handicap



***Possibilité de dispense de certains modules de formation par le biais de la VAP pour le diplôme AS**

FICHE 5 – emploi accompagné et CDD tremplins en EA - un dispositif pour accélérer l'insertion de personne en situation de handicap dans le monde ordinaire

Préambule
Dans le cadre de la loi « Pour la liberté de choisir son avenir professionnel », APF France handicap, dans le cadre des concertations avec les services de l'État, a contribué à la mise en place de plusieurs dispositifs expérimentaux : CDD Tremplin, Entreprise Adaptée de Travail Temporaire, emploi accompagné.
L'objectif de ces expérimentations consiste à s'appuyer sur le savoir-faire des Entreprises Adaptées dans l'intégration des personnes en situation de handicap (PSH) en milieu ordinaire afin de réduire significativement le chômage de ce public. La présente fiche illustre les pratiques innovantes qui ont confirmé l'intérêt de ces mesures, d'analyser les freins, et enfin de dégager quelques perspectives pour les années à venir.

Le succès de l'insertion des personnes en situation de handicap dans le monde du travail repose sur 3 piliers majeurs :

1) **Le CDD Tremplin**
2) **L'Entreprise Adaptée de Travail Temporaire**
3) **L'emploi accompagné**

1) Le CDD Tremplin

A/ Un levier fort d'intégration des PSH dans le monde ordinaire :

- Un cadre juridique rassurant pour les entreprises (notamment sur le délit de marchandage)
- Le risque financier lié à tout recrutement est porté par les Entreprises Adaptées (EA)
- Une ingénierie sociale innovante portée par des spécialistes de l'accompagnement des PSH
- Renforcement de la marque employeur des entreprises

B/ L'exemple d'Amazon, un projet d'envergure au niveau national :

- Un objectif d'insertion finale chez Amazon de **200 PSH sur 500 personnes mises à l'emploi en CDD tremplin**
- Une équipe projet dédiée mixte APF France handicap /Amazon et un projet soutenu par le PDG d'Amazon France
- Des métiers identifiés accessible aux PSH

C/ Le sourcing, pierre angulaire de la démarche et… point d'attention majeur :

- Difficulté à capter les publics dits « invisibles », ceux qui ne sont pas ou plus en contact avec le Service Public de l'Emploi
- Difficulté d'avoir un service de sourcing en volume de la part de Pôle Emploi
- Difficulté pour Pôle Emploi de raisonner « soft skills » et non « hard skills », capacité vs capabilité

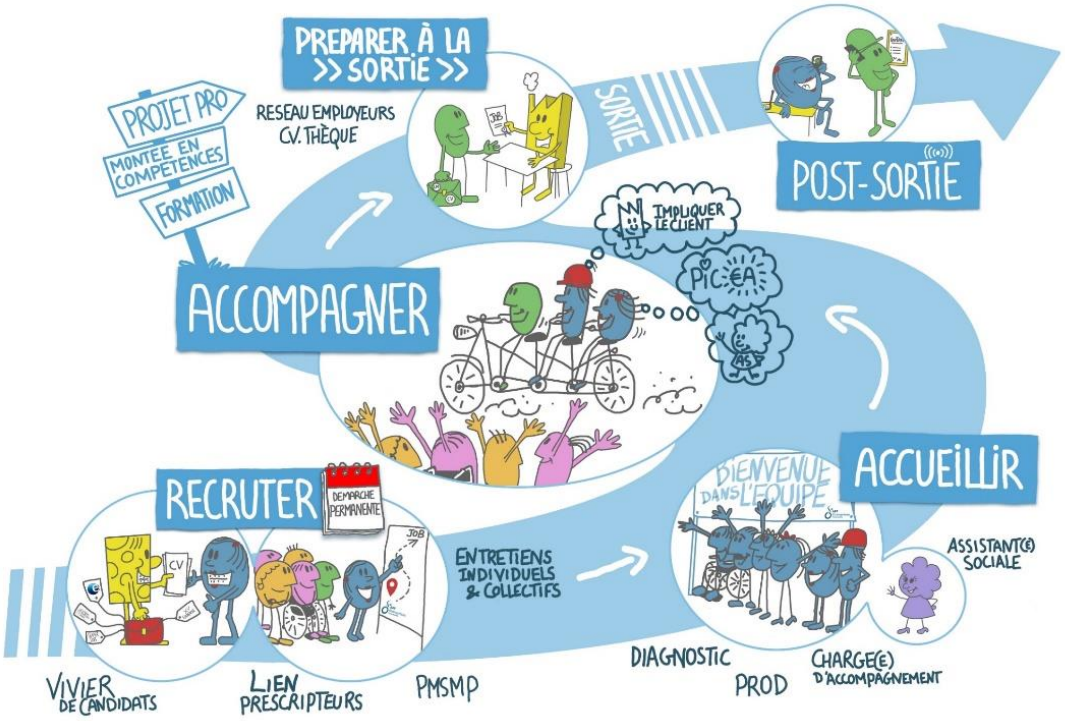
D/ Un exemple de partenariat innovant avec Pôle emploi et l'EA de Pau :

- Un dispositif de recrutement via MRS (méthode de recrutement par simulation) et AFPR (action de formation préalable au recrutement)
- Bilan des AFPR 2021: **65% d'embauches**

E/ La DGEFP et le Ministère du Travail, des parties prenantes en soutien fort du projet :

- Des aides aux postes en nombre suffisant permettant aux EA d'être accompagnées financièrement dans la mise en place d'un accompagnement socio-professionnel des CDDT
- La plateforme de l'inclusion (Beta.gouv.fr), un outil digital performant pour accompagner les acteurs
- Un comité de suivi DGEFP/acteurs de l'inclusion permettant un pilotage au plus près de l'expérimentation

F/ Des facteurs clefs de succès éprouvés sur de nombreux projets :



2) L'EATT : Entreprise Adaptée de Travail Temporaire

A/ Le potentiel de l'intérim, un vivier d'opportunités d'emploi et de montée en compétences des intérimaires :

- Le secteur de l'intérim effectue **30%** des mises en emploi durable des PSH en France
- Il apporte une souplesse à l'organisation de toute entreprise et tout secteur d'activités

B/ L'EATT complète l'offre du secteur adapté et protégé et constitue un chaînon manquant d'un parcours inclusif :

- L'EATT focalise ses actions sur la détection des compétences, la réalisation de projets professionnels retravaillés avec les candidats, l'accompagnement de l'entreprise utilisatrice à l'intégration de collaborateur en situation de handicap et sur la réduction des écarts entre les compétences des demandeurs d'emploi et les besoins des entreprises du territoire.
- Utilisation des mêmes conditions salariales que dans les entreprises utilisatrices

- Les missions d'intérim constituent de véritables mises en situation professionnelle tout en sécurisant l'intérimaire et l'entreprise utilisatrice

C/ Néanmoins, l'EATT un dispositif peu incité par les pouvoirs publics :

- Aucune incitation vis-à-vis des ETT classiques : même motif de recours, pas d'avantage sur l'obligation d'emploi
- Peu d'accompagnement financier pour travailler sur l'ingénierie sociale : la piste d'un FATEA conséquent dédié aux EATT serait un véritable levier pour ce dispositif.

Une concertation doit s'engager au plus vite entre les pouvoirs publics et les acteurs pour améliorer le dispositif EATT, levier complémentaire innovant pour l'insertion des PSH.

3) L'emploi accompagné

A/ Un outil de sécurisation du parcours professionnel pour la personne et pour l'entreprise :

- Un dispositif qui permet d'accompagner la personne en situation de handicap et l'entreprise **dans la durée** : un accompagnement pérenne par un référent « emploi accompagné » unique issu d'une structure médico-sociale qui se construit dans une perspective de sécurisation du parcours professionnel.
- Un déploiement actuel du dispositif qui concerne essentiellement les personnes avec handicap psychique, TSA et handicap mental et répond bien à l'objectif de faire évoluer les représentations négatives du handicap en entreprise.
- Des résultats positifs de sortie en emploi ou de maintien en emploi des personnes accompagnées : un retour en emploi rapide des personnes accompagnées par le dispositif avec **un taux de 50% en emploi en moins de 6 mois** et des résultats positifs aussi en maintien en emploi : **+ de 60%** des personnes maintenues en emploi.
- Un enjeu d'accompagnement de la montée en puissance de ce dispositif qui reste aujourd'hui à une échelle modeste avec seulement **4000 personnes et 1300 employeurs** accompagnés sur toute la France (objectif de **10 000 personnes** accompagnés par le dispositif l'an prochain).

B/ Les synergies à créer au plan institutionnel entre les secteurs de l'insertion et du handicap pour l'accompagnement des publics éloignés de l'emploi :

- Dans le prolongement du déploiement de la plateforme de l'inclusion (Beta.gouv.fr), des travaux seraient à engager pour renforcer les coopérations et les synergies entre les expérimentations et les dispositifs d'accompagnement relevant du champ de l'insertion par l'activité économique avec ceux qui relèvent du secteur adapté et du médico-social dans une logique transversale d'accompagnement des parcours des personnes éloignées de l'emploi, au-delà des dispositifs existants organisés en silo.

Conclusion

Des dispositifs prometteurs, avec un taux de succès moyen d'insertion des personnes en situation de handicap qui se situe dans une moyenne de 28% avec des pics à 50% lorsque nous mettons en place les investissements financiers nécessaires permettant :

- Un accompagnement social individualisé
- Un accompagnement professionnel : formation pré-embauche et formation sur le poste de travail
- Un accompagnement en pré-sortie
- Un accompagnement après la sortie

L’expérimentation de ces dispositifs montre un « retour sur investissement » social positif sur l’inclusion des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire avec un modèle économique vertueux entre les dépenses publiques et le gain social pour la collectivité (étude KPMG : ROI de 12 000€ pour la collectivité). Ce modèle serait duplicable à d’autres populations en difficulté ou d’autres secteurs d’activités).

Fédération de l'Arche en France

- **Avez-vous des expériences probantes, ou des échecs instructifs, ou des pratiques modélisantes, à partager sur l'un de ces quatre niveaux ?**

« Statut de cohabitant salarié »

Impactant sur les niveaux 2 & 3 : le salarié conjugue avec plus de souplesse son temps personnel et son temps professionnel. Il accompagne les personnes en situation de handicap vers le milieu ordinaire dans une logique « naturelle » (hors du cadre ESMS) gratuite et délibérée.

Pour permettre à des salariés qui font le choix de vivre sur leur lieu de travail avec les personnes qu'elles accompagnent, l'article L. 433-1 du CASF et son décret d'application du 9 juillet 2021 (Code de l'action Sociale et des familles) déroge au droit du travail et autorise le décompte du temps de travail en jours, actant ainsi l'interpénétration de la vie privée et de la vie professionnelle, inhérente aux missions confiées aux salariés concernés, sans que le nombre de jours travaillés puisse excéder 258 jours par an.

Dans le cadre de la loi 3DS non encore promulguée, l'amendement 2191 prévoit la possibilité d'appliquer les dispositions du L.433-1 aux salariés qui font le choix de vivre dans un habitat inclusif.

> « *Art. L. 433-2.* – Les dispositions de l'article L. 433-1 sont applicables aux personnes qui font le choix de vivre, à titre de résidence principale, dans un mode d'habitation prévu à l'article L. 281-1, lorsque leur travail consiste à apporter aux personnes avec lesquelles elles partagent cet habitat un accompagnement continu et quotidien. »

Les aspects positifs de la mission (pour les salariés concernés)

- Cette mission spécifique répond aux attentes de « travailleurs sociaux » ou de jeunes en attente de qualification qui peuvent, dans ce cadre, aller au-delà de la seule « prise en charge » professionnelle d'« usagers » pour entrer véritablement en relation de réciprocité avec les personnes qu'ils accompagnent, dans la continuité,

- Le statut de cohabitant salarié est majoritairement choisi par d'anciens volontaires du Service Civique, déjà cohabitants depuis plusieurs mois et venus le plus souvent sans diplôme, qui décident d'approfondir leur engagement et, souvent, de se former dans le secteur médico-social,

- Les cohabitants salariés disposent d'une chambre ou d'un studio, qu'ils occupent pour un prix modique (loyers sociaux ou forfait URSSAF). Compte tenu des repas fournis gratuitement lorsqu'ils sont en situation éducative, les cohabitants salariés disposent d'un reste à vivre (« logé, nourri, blanchi ») de 950 à 1300€ net (hors impact des revalorisations salariales issues du Ségur 2) ce qui est honorable pour des salariés du secteur social, en début de carrière,

- Les salariés concernés de doivent supporter ni temps de transport, ni coûts afférents

- La diversité des profils des cohabitants « valides » (salariés, volontaires, étudiants) et leur nombre au regard de la taille des maisonnées (40% en moyenne des cohabitants ne sont pas

handicapés) offre un taux d'encadrement mixte supérieur à la moyenne et permet de « limiter » la charge mentale inhérente à une présence permanente sur son lieu de travail.

- Les associations qui mettent en œuvre ce dispositif appliquent désormais un forfait jour compris entre 236 et 248 jours par an. Sur la base de 236 jours par an, chaque cohabitant bénéficie de 2 jours de repos hebdomadaires par semaine.

- La reconnaissance est indéniable pour les cohabitants salariés aussi bien de la part des personnes en situation de handicap que de leur entourage. Dans une trajectoire professionnelle, ce type d'expérience est valorisée comme un plus sur la capacité d'implication du salarié et l'approche globale et très interactive avec l'extérieur qu'il est en mesure de servir dans les situations d'accompagnement.

Compte tenu de similitudes de fonctionnement entre habitats inclusifs et certains ESMS, il est souhaitable élargir le champ d'application des dispositions prévues par les L. 433-1 et L.433-2, pour permettre à des salariés d'ESMS d'exercer, s'ils le souhaitent, leur activité dans le même cadre.

Toutes les garanties doivent être prises pour que les salariés concernés disposent un accès prioritaire aux postes équivalents sans résidence principale au sein de l'établissement.

Cfdt:
SANTÉ
SOCIAUX
S'ENGAGER POUR CHACUN
AGIR POUR TOUS

MISSION PIVETEAU

CFDT SANTE SOCIAUX

JANVIER 2022

CONFERENCE DES MÉTIERS DE L'ACCOMPAGNEMENT DU SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

FÉDÉRATION CFDT SANTÉ-SOCIAUX

47/49 avenue Simon Bolivar — 75950 PARIS Cedex 19 TÉL : 01 56 41 52 00 — FAX : 01 42 02 48 08 federation@santesociaux.cfdt.fr

PRÉAMBULE

1.1 PRÉSENTATION DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL DANS LE CHAMP DE LA FÉDÉRATION CFDT SANTE SOCIAUX

L'ensemble du secteur d'activité présenté ci-dessous relève de financements publics (État, collectivité locale, CAF).

Le secteur relève essentiellement de la branche des activités sanitaires, sociales et médico-sociales à but non lucratif, qui regroupent des entreprises comme la Croix-Rouge Française, les Associations APF France handicap, Les Œuvres de secours aux enfants (OSE), l'Association ANAIS, etc… dont beaucoup sont reconnues d'utilité publique

C'est un secteur qui remplit des missions de services publics et est indispensable à la vie de la Nation.

Le secteur handicap couvre 850 000 salariés, dont 250 000 n'ont pas de convention collective de branche.

Ainsi, une grande part des salariés de ce secteur n'ont aucune assurance quant à un niveau de garantie collective minimale en matière de classification, de rémunération, de protection sociale complémentaire, de contrat de travail, etc…

Cette situation est la conséquence de la médiocrité du dialogue social dans ce champ, attisé par la concurrence entre chambres patronales défendant chacune son périmètre et le rôle des pouvoirs publics à travers la procédure d'agrément qui encadre et contraint la négociation collective, voire jusqu'à l'empêcher.

Sur les 850 000 salariés que regroupe cette branche, 38 % exercent dans un établissement pour personnes handicapées, soit environ 320 000 personnes, soit à lui seul l'ensemble des secteurs sanitaires et personnes âgées (38 % également). Pour le secteur social, il s'agit d'environ 145 000 salariés.

77 % des salariées y sont des femmes. 23 % y travaillent à temps partiel, moins de 4 jours par semaine.

Dans le champ du handicap, le métier le plus représenté, à 14 %, y est celui d'aide éducative et sociale (AES), de niveau 3. D'autres emplois faiblement qualifiés sont fortement représentés : agent des services généraux (7 %), aide-soignant (6 %), agent des services hôteliers (6 %), agent administratif (3 %).

Dans le champ du social, l'emploi le plus représenté dans ce secteur est celui d'éducateur spécialisé (20 %), reconnu au niveau 6 de qualification… au RNCP mais pas dans les classifications et les rémunérations. On retrouve par ailleurs certains métiers en commun avec le secteur handicap.

Les salariés détenteurs d'un niveau 3 et moins représentent en moyenne 44 % des professionnels de ce secteur, bien souvent des femmes.

En effet, elle représente en moyenne 77 % des salariés, surreprésentés dans les métiers faiblement qualifiés. Par ailleurs, 23 % y travaillent à temps partiel, moins de 4 jours par semaine.

Cette forte féminisation n'est pas sans impact sur la rémunération. Le salaire moyen y est, selon les sources, d'environ 24 500 € brut annuel (statistique prévoyance 2019), quand la DGCS annonce un salaire moyen ETP à 29 000 € brut annuel environ. Cette difficulté statistique s'explique par l'éclatement du secteur qui rend difficile le recueil de données.

Quoi qu'il en soit, il est largement inférieur au salaire moyen en France, quand celui-ci en 2016 était de 36 250 € brut, soit un écart entre 25 % et 48 %. Ce secteur est, selon l'INSEE, le secteur le moins bien rémunéré en France après celui de l'hébergement et la restauration.

En fonction des conventions collectives applicables, les premiers coefficients peuvent être sous le SMIC et à peine au-dessus pour des emplois pourtant qualifiés (ex : une AES dans la convention collective 51 touche +1,39 % par rapport au SMIC à l'embauche).

Dans la CCN 51, l'augmentation des salaires a été de 1 % depuis 2015 quand le SMIC augmentait de 5,62 %. Dans le CCN 66, l'augmentation des salaires depuis 20 ans est de 12,8 % quand le SMIC augmentait de 63 %. Dans tous les cas, un rapport de 1 à 5.

Une grande part de la situation est de la responsabilité des financeurs (État, département) et des autorités de tutelle qui n'ont eu de cesse les dernières décennies de contraindre les budgets alloués aux établissements dont la conséquence est l'érosion du pouvoir d'achat et des ratios professionnels/usager.

En plus de l'augmentation de la charge de travail, il faut rappeler que les salariés de ce secteur sont soumis à des contraintes horaires importantes : travail de nuit, en horaire décalé et le week-end. Pour un secteur très féminisé, cette situation est d'autant plus prégnante quant à l'impact sur les équilibres vie professionnelle, vie personnelle, de salariés qui ont bien souvent la charge de leur famille une fois le travail terminé. Enfin, tous les indicateurs relatifs à la qualité de vie au travail sont en constante dégradation (enquête QVT, sinistralité des régimes de prévoyance, accident de travail).

L'actualité de ces dernières années, les différentes missions, les multiples rapports, etc… tous indiquent la dégradation des conditions de travail et d'accueil dans ce secteur, ce qui conduit à un déficit d'attractivité. Déjà en 2019, 4,7 postes en moyenne n'étaient pas pourvus dans les établissements. À court terme, c'est la survie même de ce secteur qui est menacée.

L'absence de candidat au recrutement entraîne une augmentation de la charge de travail pour les salariés en poste et une baisse du niveau de qualification avec des salariés embauchés non formés. Situation dangereuse pour les enfants et adultes accueillis.

À noter que dans le champ de la CFDT Santé Sociaux environ 50 000 agents de la fonction publique hospitalière relèvent d'établissements sociaux et médicosociaux handicap.

1.2 CONSTATS

Depuis deux décennies, l'ensemble des professionnels du secteur social et médico-social doit faire face, à la fois à une évolution du contexte socioéconomique et à nombre de réformes et de lois qui viennent bousculer le secteur, conduisant à des évolutions, voire de nouvelles pratiques professionnelles.

En 2014, la CFDT Santé Sociaux faisait le constat, dans le cadre de sa contribution pour les États généraux du travail social (EGTS), que nous étions passés d'une logique d'intervention sociale globale à une logique de services individualisés, inscrivant le travail social dans une notion de prestation de service.

Dans ses préconisations, il s'agissait alors de passer d'un système ou les différents modes d'intervention agissaient de manière cloisonnée à une logique de parcours coordonné qui prend en compte la globalité des besoins de l'usager, par un travail en réseau et partenarial, et qui évite les ruptures, notamment par le développement d'une politique de prévention des situations à risque.

De ce point de vue, les politiques publiques ont fait évoluer les modes de prise en charge dans le secteur social et médico-social. Des exemples récents, avec la loi pour une école de la confiance et la création d'un service public de l'École inclusive, le plan des 1000 premiers jours dans une logique de prévention, vont dans ce sens. Ce mouvement s'accompagnait par ailleurs d'une évolution des structures associatives, à travers les regroupements déjà amorcés à l'époque, vers l'établissement de plateforme de prise en charge.

L'établissement d'un cadre commun à tous les acteurs, concernant l'évaluation des besoins et la définition de moyens adaptés devrait trouver sa traduction dans la mise en œuvre de SERAPHIN-PH, avec les limites d'une standardisation de la réponse et l'adossement à une réforme du financement (non prévue initialement) qui confine à l'optimisation des budgets plus qu'à favoriser l'adaptation permanente et l'innovation en matière de réponse éducative, sociale, du soin, etc.

Une volonté qui semble être celle d'un cadrage national sous couvert d'égalité mais qui se heurte à la réalité d'un secteur éclaté entre divers financeurs et donneurs d'ordre en capacité chacun de porter sa propre politique. Cette situation, elle, est génératrice d'inégalité de traitement en fonction de là où on se trouve sur le territoire.

La CFDT Santé Sociaux constatait aussi les difficultés d'exercice professionnel et la dégradation des conditions de travail. Sur ce point, le tableau dressé en 2014 n'a pas ou peu évolué. Car si la mise au centre de l'usager devait redonner sens à l'intervention sociale, les évolutions du secteur, à tous les niveaux, ont bien souvent été construites sans les professionnels et sans prendre en compte les questions relatives à leur qualité de vie travail.

La forte féminisation des emplois du secteur est à la racine de son manque de reconnaissance. Ses métiers sont toujours jugés comme nécessitant des compétences induites dont disposeraient naturellement les femmes, remettant en cause leur technicité et leur professionnalisme. Les travailleurs sociaux semblent d'ailleurs devoir s'en justifier constamment en s'appelant entre eux des « professionnels ». De plus,

comme tout secteur féminisé, les rémunérations y sont largement en dessous que celles des secteurs plus masculins.

L'éclatement du secteur se traduit aussi par la multiplicité des acteurs, dans le public comme dans le privé. La multiplicité des statuts engendre des différences de droits et un manque de visibilité sur les perspectives de carrières. Il est urgent, dans le privé, qu'une convention collective unique voit le jour. La CFDT Santé Sociaux le revendique depuis 50 ans.

Il semble qu'aujourd'hui nous soyons au milieu du gué. Les évolutions structurelles sont à l'œuvre. Mais elles ne sont pas pleinement opérantes, car elles souffrent cruellement d'une absence de réflexion sur le travail des professionnels, leurs conditions d'exercice, la reconnaissance de la société à leur endroit, le sens de leur travail. La lecture purement budgétaire qui a sous-tendu la mise en œuvre des politiques sociales a renforcé le manque d'attractivité d'un secteur aujourd'hui au bord de l'implosion.

La contribution de la CFDT Santé sociaux reprendra donc les éléments de constat déjà dressés depuis une dizaine d'années en tenant compte des évolutions constatées dans les modes de prise en charge des usagers.

ÉVOLUTIONS DES PRATIQUES AUTOUR DES POLITIQUES D'INCLUSION ET D'INDIVIDUALISATION DES PARCOURS

2.1 PRINCIPES

Depuis longtemps, des démarches inclusives sont mises en place par le secteur social et médico-social, sans pour autant que celles-ci fussent nommées comme telles. La différence de ces dernières années vient de la volonté dans faire un projet de société et ainsi de ne plus réserver ce type de dispositif aux personnes les plus adaptées aux normes sociales, mais bien d'adapter la société à l'ensemble des personnes accompagnées par le secteur social et médico-social.

La logique inclusive n'est pas à interroger en tant que telle. Elle est porteuse de mieux vivre, de respect des libertés, de plus de solidarité. La CFDT Santé Sociaux y souscrit.

L'inclusion a été accompagnée par un phénomène de désinstitutionalisation. La logique de parcours individuel doit répondre aux problématiques de la segmentation des interventions, d'un secteur longtemps construit autour d'établissement, répondant à des typologies de public, et éviter les ruptures de prise en charge. Sont apparus en cela les dispositifs et les plateformes. Dans l'accompagnement vers et dans le milieu ordinaire, les associations ont diversifié leurs activités au gré des différents regroupements et ont développé la mise en place de plateforme permettant de répondre aux différents besoins de la personne accompagnée. Dans cette même logique, ce mouvement s'accompagne de la mise en place de partenariat entre les différents secteurs :

- le travail social et la psychiatrie ;
- le travail social et le soin (service territorial de santé) ;
- le travail social et l'aide à domicile (AVS, TISF...) ;
- le travail social et l'éducation nationale (infirmière scolaire…) ;
- le travail social et la justice ;
- le travail social et la culture/le sport.

C'est donc une pluralité d'acteurs qui interviennent auprès de l'usager. La question de la coordination et du partage de l'information est centrale.

L'insertion dans le parcours commence avec les politiques de prévention, développée dans différents domaines :

- La prévention de la grande prématurité, autour de l'accompagnement de la femme enceinte ;
- La prévention des situations à risque dès le plus jeune âge avec le secteur de la petite enfance ;
- L'éducation à la santé en partenariat avec l'Éducation nationale ;
- La santé au travail dans l'entreprise qui implique une collaboration des professionnels en ergonomie, CHS-CT, médecine du travail ; - la prévention de la perte d'autonomie dans tous les domaines ;
- la veille sociale à l'école, dans la ville, dans les familles ;

Par ailleurs, les travailleurs sociaux expliquent que le niveau de dégradation sociale est tel, dans certains cas, que la frontière entre pauvreté, exclusion, violence et santé mentale devient floue. En prévention spécialisée, cette immersion dans le tissu social a, bien souvent, permis aux acteurs d'anticiper les évolutions nécessaires.

Pour ce qui concerne le secteur enfance, depuis des années, et même avant que l'inclusion ne soit érigée en principe, beaucoup d'enfant ou jeunes qui le pouvaient, ont été intégrés, dans des dispositifs ordinaires et/ou inclusifs.

La politique sociale actuelle et en matière de handicap vise à favoriser le maintien des enfants dans leur environnement familial, leur scolarisation avec des aides individualisées dans les écoles. Pour autant, les mesures de prévention sont de plus en plus difficiles à mettre en œuvre (cf. « Contribution CFDT Santé Sociaux relative à la mission interministérielle sur la protection de l'enfance du 23 octobre 2018). Cette mesure concerne les enfants présentant les troubles et handicaps les plus légers, et

dont l'environnement, familial notamment, a la capacité de répondre à la prise en charge de la personne. De fait, reste les situations plus complexes, sans solutions (c'est-à-dire cumulant des difficultés importantes, sociales, psychiques, conjoncturelles, familiales, violences sexuelles subies ou commises, etc.) ou avec des handicaps nécessitant des prises en charge spécifique (maladies rares, autismes, troubles dys — sévères, troubles de l'attention, etc.). Toutes ces personnes restent dirigées dans les établissements. Il reste le lieu sécurisant pour la personne accompagnée, le lieu où l'ensemble des moyens sont présents pour répondre à ses besoins.

De fait, il y a une évolution constatée du public accueilli dans les établissements, avec des problématiques plus complexes et plurifactorielles.

Pour ce qui concerne le secteur adulte, social ou médico-social, l'inclusion reste intimement liée au degré d'autonomie. Or c'est celle-ci qui fait précisément défaut aux personnes prises en charge. La situation semble n'avoir que peu évolué depuis ces 20 dernières années. L'inclusion, particulièrement chez les adultes, est rendue plus difficile, car intimement liée aussi à la capacité de la société à reconnaître sur le même plan le handicap physique, mental et social. Ces questions font bien trop souvent l'objet de revirements au gré de l'actualité et des alternances politiques, alors que le travail des professionnels du secteur s'inscrit dans un temps long.

. **2,2 LIMITES CONSTATÉES**

2.2.1 LA RÉDUCTION DU TEMPS AVEC LES USAGERS

La relation intervenant/usager suppose l'établissement de liens étroits, un rapport d'échange. Cette démarche demande des compétences, du temps et de l'investissement : du temps pour rencontrer l'usager, du temps pour comprendre, décoder ses besoins.

Le temps utile est le temps éducatif, le temps long qui doit être un critère de performance. Aujourd'hui, le temps de travail réel du travailleur social se réduit, vidant de son sens l'intervention sociale. Pourtant, hier, le travailleur social était un technicien de la relation. Une relation qu'il a de moins en moins de temps pour entretenir.

Parallèlement, parce les prises en charge doivent de plus en plus faire face à l'urgence ou interviennent de plus en plus tardivement, l le temps d'intervention sociale s'en trouve là aussi réduit. Cela s'accompagne aussi d'une volonté politique de résoudre vite la question sociale, pour qu'elle soit le moins possible visible. À titre d'exemple, sur la question des sans-abris, les pouvoirs publics ont privilégié l'hébergement d'urgence pour une réponse immédiate à court terme, réduisant drastiquement les capacités d'intervention des travailleurs sociaux auprès des personnes accompagnées. Ils ont réduit parallèlement les moyens dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale où les travailleurs sociaux effectuent un travail de fond à plus long terme mais beaucoup plus efficace.

Le temps perdu aux tâches administratives et de reporting par chaque professionnel à rendre compte du temps qu'il passe (ou plutôt ne passe pas) auprès de l'usager est fortement critiqué par les professionnels eux-mêmes. Tous relèvent l'accroissement

de la charge administrative, quel que soit le métier : projets personnalisés, bilan MDPH pour renouvellement, tracer toute notre activité sur logiciels, planning, etc. Du temps d'intervention sociale réduit par le temps consacré au contrôle, passé à s'auto évaluer, diminué pour les transmissions et réunions mal prises en compte, ou par celui ignoré des temps de transport.

Le temps devient un luxe. Du temps qui manque, nécessaire au relationnel, au contact, au dialogue, au face à face ; temps volé qui remet violemment en cause les fondements mêmes du secteur et du sens du travail.

Une grande partie de cette évolution tient en des logiques descendantes des politiques sociales et médico-sociales qui exigent à « donner à voir » aux donneurs d'ordres et aux financeurs et qui poussent à la recherche de financement via les appels à projets.

L'inflation des personnels administratifs et des sièges sociaux dans le secteur associatif en est un parfait exemple. Entre 2012 et 2017, dans la BASSMS, il s'agit d'une augmentation de 32 000 salariés, + 25 % pour les cadres techniques et + 45 % pour les services administratifs, quand dans le même temps l'encadrement de proximité baissait de 27 %. Ces deux évolutions sont à mettre en parallèle, traduisant l'augmentation des personnels dédiés à la recherche de financement dans le cadre des appels à projets au détriment des personnels encadrant l'activité et charger d'en rendre compte. Loin d'avoir disparu, ces dernières activités se sont simplement reportées en cascade sur les professionnels au contact direct de l'usager, au détriment de leur temps d'intervention. De plus, nombre de projets élaborés en vue d'obtenir des financements ne sont pas retenus, mobilisant des ressources en pure perte.

Cette situation interroge par ailleurs sur l'élaboration des projets d'établissements et les procédures d'évaluation, qui sont normalement un temps participatif et rétrospectif. C'est normalement dans ce cadre que devrait se situer la démarche d'amélioration permanente de la qualité du travail et de contrôle de l'atteinte des objectifs. Les procédures d'évaluation ne doivent pas se cantonner au formalisme ou être substituées par les dialogues de gestion avec les financeurs.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Il est possible de redonner du sens au travail en rendant du temps utile aux professionnels en les dégageant de tout ou partie de l'activité de rendu-compte. Cela passe par une réhabilitation de l'encadrement intermédiaire, à savoir les chefs de service, qui, au contact des professionnels de terrain, pouvaient observer le travail réalisé par leurs équipes pour en rendre compte à la direction, à réguler et à organiser le travail. Beaucoup trop de ressources sont actuellement dédiées à la recherche de financement et non à l'amélioration de l'accompagnement. Une sortie de la logique de l'appel à projets et une sécurisation des financements doivent permettre d'affecter les ressources à bon escient.**
- **Le temps de l'échange formel et informel entre professionnels, sa pratique professionnelle, son organisation du travail, dans un cadre pluridisciplinaire, est une nécessité. D'un point de vue formel, doivent entrer dans le fonctionnement normal des établissements l'analyse des pratiques et le dialogue professionnel.**

Ce dernier passe par la mise en place d'espaces de dialogue des professionnels pour améliorer l'organisation collective du travail, par des échanges sur ses modalités concrètes, articulés avec le dialogue social et avec leurs représentants.

- **L'organisation du travail doit favoriser la mise en place effective d'équipes pluridisciplinaires. Cela commence par l'élaboration des projets individuels des personnes accompagnées en équipe et qui doit prévoir les temps d'échanges.**
- **L'ensemble des temps de travail doivent être pris en compte dans l'organisation du travail et décomptés comme tels. Priorité doit être donné au temps utile, auprès de la personne accompagnée, et entre professionnel.**

2.2.2 UNE PLUS GRANDE FLEXIBILITÉ

Les dispositifs d'inclusion et l'individualisation des parcours impliquent une plus grande flexibilité. Cela se traduit par l'extension des horaires en soirée et en weekend, au détriment de l'équilibre vie professionnelle, vie personnelle. Ces contraintes ne sont absolument pas prises en compte. Pire encore, on fait bien souvent appel à la « vocation » des professionnels et à leur engagement. Cela vient s'ajouter aux contraintes inhérentes au secteur (travail de nuit, violence, postures contraintes, etc.)

Pour exemple, les accompagnements individualisés, à l'extérieur de l'établissement, avec les temps de transports, amènent une optimisation des plannings à outrance qui limite les temps d'échanges entre professionnels, le travail en équipe, les partages d'expérience, qui se passent souvent dans un cadre informel. Sans compter que cette mobilité se fait aussi sans les moyens matériels adéquats. Dans un accompagnement en milieu scolaire, lorsque vous n'avez pas d'ordinateur, pas les logiciels adaptés, pas de bureau où travailler, etc. Le temps qui aurait dû être consacré à la prise en charge de l'usager sert à résoudre les problèmes logistiques et organisationnels.

Les accueils sont de plus en plus fractionnés dans des parcours modulaires. Là encore, l'adaptation doit être permanente. Des accueils et des sorties d'effectif en permanence qui génèrent encore un surcroît de travail administratif (une même place est occupée par plusieurs usagers, qui génèrent tous une charge de travail identique de travail administratif).

Certains professionnels font remarquer que ces évolutions ont engendré un gain d'autonomie dans leur travail et son organisation, ainsi qu'une augmentation du niveau de responsabilité de leur poste. Une situation jugée positivement.

Même si ces nouvelles compétences ne sont pas ou peu prises en compte et identifiés dans les systèmes de classification des emplois et la rémunération.

Il existe un écart entre le travail réel et le travail prescrit. De fait, les latitudes décisionnelles et les ressources pour faire face à ces nouvelles responsabilités ne sont pas en adéquation. Un écart qui n'est pas sans poser des problèmes de charge mentale.

Enfin, aucun dispositif pour le moment n'a permis de réellement résoudre les problématiques liées au temps partiel et aux contrats courts qui sont les corollaires d'un éclatement du temps, des lieux et des modalités de travail. Flexibilité rime souvent avec précarité. À titre d'exemple, dans l'inclusion en milieu scolaire, malgré les tentatives de mutualisation des moyens, les assistants de vie scolaire restent maintenus dans des emplois précaires. Dans les conventions collectives du champ, en 2019 selon la DARES, le taux de temps partiel est compris entre 26 % et 34,4 %, contre 21,2 % en France. Celui des CDD est compris entre 10,1 % et 13,6 % contre 8,8 % en France.

Beaucoup de professionnels s'inquiètent de l'avenir du secteur social et médicosocial, dans le cadre de la réforme du financement SERAPHIN-PH. Une tarification à l'acte opérerait certainement un glissement à court terme d'un statut salarié, protecteur et sécurisant pour le professionnel, à un statut de prestataire de service (autoentrepreneur ou libéral), vecteur de précarité. Une telle situation ne serait pas non plus sans conséquence sur la qualité de la prise en charge de l'usager.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **L'impact des contraintes subies par les professionnelles, inhérentes au secteur et à son organisation, doit prévoir des dispositifs de prévention et de compensations. Celles-ci doivent être financières (au titre du principe « à travail d'égale valeur, salaire égal » qui inclue dans la valeur du travail la dimension de la charge physique et nerveuse) et en temps (de repos, afin de compenser l'épuisement professionnel et l'impact sur la vie personnelle). La CFDT Santé Sociaux revendiquent la mise en place de repos compensateurs généralisés sur la base de critère d'exposition à la charge physique et nerveuse.**
- **L'autonomie et les responsabilités accrues doivent être reconnues, dans la capacité d'action des professionnels et en termes de rémunération.**
- **Un plan de résorption de l'emploi précaire doit être déployé. Ces emplois doivent intégrer la prise en compte de tous les temps (transports, rencontre entre pairs, etc. comme n'importe quel professionnel). C'est l'absence de prise en compte de ces temps, avec la seule rémunération basée sur le temps d'intervention directe, qui permet aussi une telle dérive.**
- **La réforme SERAPHIN-PH ne doit en aucun cas se traduire par une tarification à l'acte dont nous connaissons tous les effets délétères dans le secteur sanitaire. La réforme doit rester ce qu'elle était : un moyen d'objectiver et d'individualiser la réponse aux besoins spécifiques. Le financement, lui, doit rester sous forme de dotation globale.**

2.2.3 UNE PLUS GRANDE COMPLEXITÉ D'ORGANISATION

Les dispositifs inclusifs et les parcours individualisés impliquent une organisation de la prise en charge selon des logiques partenariales, quand auparavant la plupart des moyens étaient internes à l'établissement. Comme nous l'avons constaté plus haut, la question de la coordination et du partage de l'information est centrale.

Or, ce sont bien souvent les travailleurs sociaux qui doivent se fondre dans les organisations des partenaires, car ils sont tributaires et dépendants des partenariats dans leur travail. C'est le professionnel qui se plie à l'organisation médicale, de l'école, de la justice, de l'activité culturelle et sportive. En agissant par délégation, il subit, au même titre que l'usager qu'il accompagne, les contraintes d'une société qui n'a pas encore totalement basculé dans une logique inclusive.

Cela implique de leur part d'être soumis aux disponibilités des différents partenaires, de devoir adapter leur organisation et leurs horaires de travail en fonction d'acteurs extérieurs, de devoir sans cesse être connecté à leurs outils numériques dans l'attente d'une réponse ou d'une information, quand bien souvent celle-ci est urgente au regard des situations auxquelles ils font face.

La complexification de l'organisation de la prise en charge pèse sur le temps de travail des professionnels du secteur qui portent la coordination des acteurs sans avoir ni le statut ni les moyens. S'ils reconnaissent la richesse que les partenariats apportent à l'usager, ils en pointent avant tout les contraintes, à savoir le temps perdu, la charge mentale, l'impact sur leur temps de vie personnelle, les tensions.

D'autant que beaucoup de partenaires sont soumis aux mêmes difficultés que le secteur social et médico-social (manque d'effectif, intensification du travail, etc.). Les difficultés de ces partenaires se reportent directement sur les professionnels du secteur social et médico-social.

Le partenariat avec le secteur psychiatrique reste le plus problématique en raison des difficultés de ce secteur en souffrance. L'absence de prise en charge psychiatrique ou les délais trop importants influent directement sur l'évolution des publics, plus durs, plus violents, sans que les professionnels aient les compétences et les moyens d'y répondre.

À noter que :

- L'outil numérique devient central. Se pose la question des moyens, pas toujours au rendez-vous, la formation à leur utilisation, et bien sûr le droit à la déconnexion.
- Durant le confinement, le fonctionnement en silo des différents secteurs à conduit des ruptures de prise en charge par les partenaires. Quand le secteur social et médico-social a continué de fonctionner, d'autres ont été à l'arrêt. Les établissements et services qui ont le mieux répondu à la crise sont ceux qui avaient les ressources en interne (psychologues, enseignants, etc.).

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Les partenariats doivent être construits à parité comme leur nom l'indique. Ils doivent prendre la forme de conventions qui en définissent clairement les règles, respectueuses des équilibres entre vie personnelle et vie professionnelle et protectrice pour tous les agents et salariés concernés. Ces conventions ne peuvent pas constituer une simple adaptation du secteur social et médico-social aux autres partenaires, mais l'adaptation de la société entière à la personne accompagnée et ses besoins si on veut réellement être dans une logique inclusive.**

- **Le pilotage des moyens humains, leur coordination, doit se faire pour éviter les ruptures, comme cela a pu être observé durant la crise sanitaire. Néanmoins, au regard de la complexité et la diversité des statuts et des intervenants (public, privé, libéral), il doit être réenvisagé l'internalisation de tout ou partie des ressources.**
- **La question des moyens matériels doit être abordée. Quel que soit son lieu d'intervention, le professionnel doit avoir les moyens adéquats à la réalisation de son activité.**
- **La formation aux outils numériques doit être développée. Elle doit s'accompagner d'une mise œuvre par la négociation d'accord sur le droit à la déconnexion**.

2.2.4. LE PARTAGE DE L'INFORMATION

La question du partage de l'information est rendue difficile par une communication indirecte, par mail, qui ne facilite pas la reconnaissance mutuelle nécessaire dans le fait de tisser un partenariat, dont les professionnels soulignent qu'il est local et t très dépendant pour sa qualité des relations interpersonnelles qui ont pu se tisser.

Le partenariat et les interventions en réseau élargissent le champ des modes de communication et d'information. Dans toute intervention sociale, les usagers, les professionnels, les institutions, communiquent, élaborent et agissent en interdépendance. Le travailleur social est constamment exposé à de multiples sollicitations de partage d'informations. De plus, l'ensemble du contexte fait apparaître de nouveaux commanditaires et financeurs entraînant de nouvelles exigences et modes de relations. Or, l'intimité est la clé de l'accès aux prises en charge, à l'accompagnement.

Le partage de l'information est souvent déterminant pour la continuité et l'efficacité des prises en charge : c'est devenu une exigence fondamentale, que ce soit avec l'usager, avec les intervenants associés à l'action ou avec les décideurs internes et externes à l'institution.

Dans ce contexte, l'intervenant social occupe une position et un rôle d'interface. Il est constamment exposé à de multiples sollicitations de partage d'informations.
Les professionnels du travail social, lorsqu'ils sont amenés à transmettre ou partager des informations, le font en s'appuyant sur des règles déontologiques ou de confidentialité.

Le travail partenarial se nourrit d'informations réciproques. C'est pourtant en termes de difficultés qu'est tout d'abord posée la question du partage d'informations avec les partenaires extérieurs. Également soulignée dans le secteur sanitaire, elle est posée aussi en termes de risques et de moyens. Le travail social ne doit pas être un instrument de délation.

Le développement du travail en réseau doit prendre en compte l'ensemble de ces interrogations et doit trouver des réponses qui protègent à la fois l'intervenant, l'usager et le patient.

Des réponses qui respectent le rôle et les missions de tous les acteurs concernés. Les différents protocoles de partenariat qui pourraient exister ne doivent pas remettre en cause-le respect de l'anonymat de l'usager et tout le travail des professionnels —

souvent difficile et long — d'instauration de la relation et de la confiance avec l'usager.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Les conventions partenariales doivent traiter la question du partage d'information, son degré et ses modalités. Elles doivent donner priorité à l'échange direct entre professionnels, aux réunions physiques, nécessaires à la reconnaissance mutuelle.**

2.2.5 L'ABSENCE DE CULTURE COMMUNE

La question de la formation des autres secteurs aux problématiques des personnes suivies par le secteur social et médico-social est posée, car aujourd'hui elle nécessite de la part des professionnels d'expliquer le sens de leur action à l'extérieur.

Déjà, dans le cadre de la concertation sur le Service Territorial de Santé, initié par le ministère de la Santé en 2013, les acteurs professionnels médicaux et paramédicaux ont fortement souligné ce besoin nouveau. Ils ont insisté sur la nécessité de coopérer avec les travailleurs sociaux sur le sujet du parcours de soin de l'usager. Ces professionnels ont eux aussi à faire face au développement de la précarité/pauvreté, contre laquelle ils ne peuvent agir, mais ils affirment la nécessaire prise en charge sociale de ces patients, condition de la réussite des soins. Force est de constater que cela n'a été que peu suivi d'effet depuis. De la même façon, l'école qui enseigne est confrontée aux situations sociales des enfants et des jeunes, qu'elle est incapable de gérer seule. La loi sur l'école de la confiance n'a pas répondu, ou de façon parcellaire, à la question du partenariat avec le secteur social et médico-social. Son approche est centrée sur l'Education Nationale. Cela ne permet de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles autour de l'enfant. Cela traduit une absence de culture commune et de reconnaissance mutuelle.

Une approche partenariale ne peut pas non plus subordonner un secteur à un autre. Or, comme exprimé précédemment, l'intervention du secteur social et médico-social est bien souvent subordonnée à l'activité d'un autre secteur, et non vu comme une activité à part entière, à parité quant à son importance dans le parcours de l'usager.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Des formations communes entre les différents intervenants autour de la personne accompagnée doivent être mises en place.**
- **La structuration des partenariats doit concourir à cette culture commune**.

IMPACT DES POLITIQUES BUDGÉTAIRES

3.1. DU NATIONAL AU LOCAL

Le développement de logiques de prestation de service et d'appel d'offres entraîne un effet de concurrence entre structures traditionnelles et structures innovantes, emplois traditionnels et emplois nouveaux.

Ces transformations ont entraîné dans leur sillage :

- une complexification du paysage institutionnel ;
- de nouvelles exigences en termes de performance et de résultats ;
- une segmentation des tâches et la hiérarchisation des fonctions ;
- l'introduction de normes de qualité ;
- la mise en place de projets de service ;
- l'introduction, dans le champ du travail social, de méthodes de management que nous ne connaissions jusque-là qu'au sein du monde de l'entreprise ;

Les employeurs sont de moins en moins protecteurs vis-à-vis de leurs salariés. Ils se contentent de relayer les prescriptions des pouvoirs publics, productrices d'injonctions paradoxales entre ce que guide l'éthique professionnelle et ce qu'impose un pilotage budgétaire. Cela se traduit aussi par une différenciation des moyens en fonction du territoire et des publics accueillis, des modes de prises en charge, des dispositifs, etc. Ce qui met à mal le principe d'égalité des chances et rarement en adéquation avec les besoins réels constatés.

Les élus politiques ont, depuis plusieurs années, largement influencé les pratiques d'interventions sociales. Ils impriment leur propre vision locale d'une politique sociale territoriale, faute de politique nationale claire en dehors de l'approche sécuritaire.

La délégation territoriale de l'action sociale, non pilotée au niveau national, produit cette situation.

Nous connaissons tous les expériences menées dans certains départements pour appliquer ces orientations, qui se sont appuyées sur la mise en place de protocoles plus que contestables par rapport à la finalité recherchée. On notera par exemple des injonctions a différencier l'accompagnement en fonction de la nationalité de l'enfant.

Les intervenants subissent ces décisions sans avoir pu participer à leur élaboration et doivent y faire face, vis-à-vis des publics qui réclament légitimement les services auxquels ils ont droit.

D'un département à l'autre, les politiques sociales varient largement : on ne retrouve ni les mêmes moyens ni la même dynamique.

La diversité des publics entraîne la diversité des actions à mener entre social, santé, justice, habitat, pauvreté. L'empilement des acteurs et des dispositifs mobilisés sans coordination est un échec.

Ces évolutions remettent en cause, le sens de l'action des professionnels, leurs missions et rôles, et heurtent leur professionnalisme. Un réel malaise habite l'ensemble des intervenants.

Or, les politiques publiques forment un projet global de société. Dans le partage clair des rôles, elles doivent permettre aux établissements et services d'assurer un fonctionnement respectueux des personnes, usagers et personnels, dans une logique de responsabilité sociale et environnementale.

Très liée aux spécificités des territoires et aux réalités locales, impulsée souvent naturellement par les acteurs de terrain en fonction des problématiques et des réponses à donner, la coordination des politiques publiques est un des enjeux de la bonne articulation des planifications régionales et départementales.

Outre la création et la reconnaissance de structures et dispositifs spécifiques, il est important de clarifier les rôles des autorités de tarification et de contrôle sur la stratégie locale à adopter. Cela doit se traduire très concrètement dans le cadre des orientations des schémas départementaux rédigés par les conseils départementaux et des schémas régionaux d'organisation médico-sociale du projet régional de santé (PRS), rédigés par les agences régionales de santé (ARS). Au niveau départemental, il est indispensable de concilier les dispositifs existants, afin de ne pas assister à une multiplication des lieux de coordination.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Les politiques publiques doivent être définies au niveau national, et pas seulement budgétairement. Quel que soit l'opérateur, ces politiques doivent être appliquées à tous les niveaux de l'accompagnement social et médico-social. Nous soutenons l'importance d'une cohérence nationale dans le cadre des périmètres territoriaux de responsabilité. La région est, pour la CFDT Santé-Sociaux, le niveau approprié à une articulation pertinente entre les schémas départementaux du travail social, du médico-social et ceux du sanitaire. D'autant que nombre d'acteurs sont désormais à échelle régionale, voire nationale.**
- **La cohérence dans la déclinaison des politiques nationales à ce niveau territorial nécessite des outils de régulation communs à tous les acteurs, concernant l'évaluation des besoins, la définition de moyens adaptés et l'analyse de résultats.**
- **Les partenaires sociaux ont toute leur place dans ce dialogue territorial, notamment en tant que représentants des professionnels**.

3.2 LA QUESTION DES EFFECTIFS

Les services de tutelles en sont un exemple. Le nombre de dossiers à la charge des délégués à la tutelle a été tellement augmenté que les délais, entre les séquences de suivi des usagers, se sont considérablement allongés ne permettant plus un suivi de

qualité. Cette surcharge de travail est induite par le manque d'effectif, résultante des logiques budgétaires qui prévalent la plupart du temps aux politiques publiques.

Par ailleurs, le développement de logiques de prestation de service et d'appel d'offres entraîne un effet de concurrence entre structures. Dans le cadre d'un pilotage par les coûts, c'est au moins-disant financier que va le « marché ». Et dans un secteur où la « matière première » reste l'humain, la réduction des coûts s'effectue sur la masse salariale en réduisant le nombre de professionnels qualifiés, ou par l'intensification du travail, l'augmentation du nombre d'usagers ou de mesures à suivre par un même professionnel. Situation possible par l'absence ou la suppression de ratio et taux d'encadrement.

Le désengagement de la puissance publique amène les associations à constituer des réserves et être frileuses en matière de recrutement, d'investissement, de projet. Dans le même temps, les professionnels soulignent que les restrictions budgétaires entraînent une diminution de la diversité des approches éducatives ou d'accompagnement (ex : séjour, équithérapie, médiations animales, etc.), alors même que l'élaboration de projet innovant est facteur d'attractivité pour les professionnels et participant à la qualité des accompagnements.

Les financeurs ne tiennent plus compte des projets d'établissement pour adapter les budgets en fonction de ceux-ci nous révèlent les professionnels.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen auraient dû être des outils qui devaient influencer positivement les démarches des entreprises. Malheureusement, ils n'ont de contrat que le nom, pouvant être révisés unilatéralement par le financeur et devenant ainsi un outil de pilotage économique et budgétaire.

Pour que la relation contractuelle soit plus équilibrée, le contrat doit être opposable aux parties. Il doit être basé sur la recherche qualitative de l'accompagnement, autour d'un projet, de normes d'effectifs et d'une norme sociale unique pour le secteur afin d'éviter dérives et pressions.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Il faut les effectifs suffisants et nécessaires dans les unités de travail qui permettent d'effectuer un travail de qualité.**
- **Il faut fixer les effectifs au niveau nécessaire pour respecter la réglementation sur le temps de travail : elle se trouve aujourd'hui contournée, en ce qui concerne les amplitudes et les repos, faute de personnel.**
- **Il doit être mis en place des ratios et des taux d'encadrements dans le secteur social et médico-social. Ceux-ci doivent garantir un cadre national d'intervention minimal et identique sur le territoire, garantissant l'égalité de traitement entre les usagers.**
- **Il doit être mis en place pour le secteur associatif une convention collective unique, garantissant partout sur le territoire une même norme sociale pour laquelle ni les employeurs ni les financeurs ne peuvent déroger.**
- **Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens doivent devenir de véritables contrats garantissant les financements, opposables aux parties, et prenant en**

compte la réelle évolution des coûts (négociation collective, glissement vieillesse technicité)

- **Les projets financés doivent émaner des problématiques de terrain et des professionnels eux-mêmes, et non plus répondre à des injonctions. Ceuxci doivent sortir de la logique d'appel à projets et entrer dans une logique pérenne, du fonctionnement normal de l'entreprise.**

3.3 LA QUESTION DU GLISSEMENT DE TÂCHES

La pression budgétaire, outre l'intensification du travail, se traduit par le glissement des tâches exigeant un niveau de compétence, de savoir-faire, de responsabilité, supérieure au niveau de qualification, de formation, d'expérience détenue par le professionnel. En effet, dans les systèmes de rémunérations du secteur, celle-ci est toujours corrélée non pas au travail réel des agents et salariés, mais au statut, diplôme, titre, etc. Pour exemple, il est donc aisé de faire faire le travail d'un éducateur spécialisé par un moniteur éducateur, et celui d'un moniteur éducateur par un aide éducatif et social pour faire des économies. Chacun étant moins payé que le précédent.

L'éclatement, le séquençage de la prise en charge nécessitent la mise en place de coordination de parcours et ont vu l'émergence du métier de « coordinateur », exercé par les éducateurs spécialisés, en lieu et place des chefs de service. Les éducateurs spécialisés, auparavant en contact direct et permanent avec l'usager dont il a ont le suivi, se retrouvent dans des positions managériales avec un glissement des actions éducatives propres vers les moniteurs éducateurs, aides médico-psychologiques, aides éducatives et sociales, voire aides-soignantes.

Les nouvelles modalités de prise en charge en multipliant les lieux d'interventions ont tendance à isoler les professionnels les uns des autres, d'autant que les temps collectifs sont de plus en plus réduits. Le manque d'échanges entre pairs sur sa pratique professionnelle favorise les dérives quant aux limites du métier. Le dépassement de fonction se généralise lorsqu'on est seul avec l'usager pour faire face à ses besoins et ses urgences.

Le manque d'attractivité du secteur, ainsi que l'enjeu de la démographie des professionnels, amène à devoir recruter des personnels peu ou pas qualifiés Le diplôme n'est pourtant plus la garantie d'exercer le métier pour lequel on a été formé. Le glissement de tâche observé depuis des décennies trouve sa cause, dans une approche budgétaire qui conduit à recruter des professionnels non formés, c'est-à-dire à moindre coût, sans les compétences nécessaires.

Couplé à la perte de temps au bénéfice direct de l'usager, à la mise en difficulté vis-à-vis de tâches et de publics pour lesquels ils n'ont pas été formés, il en découle une perte de sens au travail pour les professionnels, entre les motivations et choix qui président à l'entrée dans le secteur, la formation initiale suivie, et la réalité du travail où on ne sait plus vraiment qui fait quoi. Quand tout le monde fait tout, personne ne fait rien qui ait du sens et l'on peut légitimement se poser la question de la valeur du diplôme et la réelle qualification nécessaire à l'exercice du métier ?

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Les périmètres des activités de chaque métier doivent être clairement identifiés. Un cadre national doit être fixé. Les branches professionnelles, pour le secteur privé, doivent définir le contenu des emplois correspondants à leur système de classification. Cela doit se traduire dans les entreprises sous forme de fiche de poste opposable, permettant par ailleurs de vérifier le travail réel par rapport à la prescription établie par la norme et de valoriser ce qui relève de compétences supplémentaires mises en œuvre**.
- **Le secteur doit permettre l'embauche de personnes non qualifiées qui devront bénéficier ~~d'~~actions de formation pour accompagner les professionnels vers les qualifications.**

3.4 LE MANQUE DE PLACES ENTRAÎNE DES RÉPONSES INADAPTÉES

Ce qui caractérise le secteur toutes ces dernières années, c'est bien le manque de place d'accueil, tous dispositifs confondus. Le secteur sanitaire, social et médico-social est d'une façon générale sous doté en capacité d'accueil au regard de l'augmentation du nombre de personnes à accueillir. Il y a un phénomène de glissement des publics (de la psychiatrie vers le médico-social, du médico-social vers le social).

Dans le secteur adulte handicap, chacun des professionnels se réjouirait de voir davantage de résidents bien intégrés en milieu ordinaire. Mais pour ce faire il leur faut un encadrement adapté et ces structures n'existent pas aujourd'hui. Lorsqu'un résident quitte une structure d'internat, il serait souhaitable qu'il bénéficie d'un accompagnement. Mais les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) dont c'est le rôle manquent de moyens puisque ces dernières années leur budget a été amputé alors que leurs missions ne cessent d'augmenter. De plus, dans les ESAT, on assiste à un vieillissement de la moyenne d'âge des personnes accompagnées, qui ajoute les problématiques liées à l'âge au travail.

Autre exemple, il y a ainsi un phénomène d'engorgement, particulièrement palpable dans la protection de l'enfance qui concentre les difficultés. Ils accueillent des usagers ne relevant pas de la protection de l'enfance, empêchant ainsi les orientations d'urgence en CDEF faute de place. Les délais d'accès aux mesures d'AEMO sont trop longs leur faisant perdre leur sens quand elles entrent en application puisque plus adaptées, la situation ayant évolué. Les publics sont orientés ~~vers~~ là où il y a des places d'accueil mais celles-ci ne répondent pas toujours à leurs besoins.

Les modes de financement et leur cloisonnement sont pointés comme un frein à l'innovation sociale par les professionnels. Des structures ou des dispositifs innovants, mixant différentes modalités de prise en charge, sortant des circuits habituels, qui dépendent de financeurs différents et répondant à une vraie problématique identifiée par les professionnels, ne peuvent ainsi voir le jour. La conséquence pour les professionnels est une perte de sens au travail, avec le sentiment d'avoir bâclé son travail, de frustration, des directions qui répondent « fais ce que tu peux et tant pis pour le reste ». On répond à une urgence, mais le fond du travail ne peut être effectué. Outre une perte de sens de leur investissement initial les professionnels se retrouvent démunis face à des publics pour lesquels ils n'ont pas les compétences nécessaires, ni à travers leur formation, ni dans les ressources à l'interne ou à l'externe (à travers les partenariats) qui sont à leur disposition.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **La question des métiers de l'accompagnement du social et du médicosocial doit s'inscrire dans une approche globale des réponses à apporter aux personnes accompagnées. ~~Il faut arrêter~~ les réflexions par typologie de public (enfance, handicap, sans-abris, etc…) ou de secteur (social, médico-social, sanitaire, scolaire, culture, justice ; etc…) ne répondent plus aux besoins des usagers et des professionnels tant ils sont imbriqués. ~~Tous sont imbriqués.~~ Chaque décision prise à des répercussions qui aujourd'hui ne sont pas prises en compte. Ou qui ne font, faute de temps, jamais l'objet d'une réelle étude bénéfice/risque.~~Tous entraînent des répercussions les uns sur les autres.~~ Une place créée dans la protection de l'enfance doit se traduire par les moyens nécessaires au niveau judiciaire, scolaire, ou d'un suivi en CMPP en parallèle si besoin. Il y a donc une nécessité de vision globale du secteur.**
- **Les différences de financements induisent généralement une réflexion en silo qui freine les approches globales, transverses, qui deviennent pourtant la norme. Il faut réformer, simplifier et unifier les modalités de financement.**
- **L'évolution des publics accompagnés plaide pour le maintien de formation généraliste permettant de répondre à la diversité des situations.**
- **Le secteur doit là encore accompagner par la formation les professionnels dans les évolutions pour qu'ils ne restent pas sans réponse et démunis.**

3.5. DES CONDITIONS DE TRAVAIL DÉGRADÉES

Perte de sens et manque de temps utile sont sans doute des facteurs majeurs de la dégradation des conditions de travail. La CFDT Santé-Sociaux a pu relever quelques caractéristiques concernant le travail social : l'épuisement physique et/ou psychique provenant d'une demande psychologique excessive chez les personnes en relation d'aide ;

- la déshumanisation ou perte d'empathie : le personnel est détaché excessivement des personnes accueillies ;
- le manque d'accomplissement personnel : la reconnaissance du travail disparaît du fait de la perte des retours positifs tant de la part des institutions, des usagers que des autres professionnels ; les effets positifs attendus ne sont pas perçus par le travailleur social.

Les conditions de travail favorisant cette dégradation ont été également identifiées :

- la confrontation à la souffrance humaine, la perte d'autonomie, peut par constat d'impuissance entraîner des conduites d'évitement ;
- la surcharge de travail raréfie la relation d'aide privilégiée avec les usagers ;

- lors du départ des personnels en poste (retraite, démission…), les restrictions budgétaires favorisent l'embauche de personnels moins qualifiés ;
- pour compenser les pertes en termes d'heures de travail, les établissements recherchent la productivité, qui se traduit notamment par une limitation des réunions et temps d'échanges, des équipes plus restreintes, des plages d'ouverture revues à la baisse affectant ainsi la qualité du travail et donc de l'accompagnement ;
- les équipes sont de plus en plus réduites et sont confrontées à des questions de sécurité tant pour les usagers que les professionnels, rendant bien illusoire l'exigence de qualité des prestations rendues à l'usager.

Aujourd'hui, le secteur social et médico-social affiche l'un des plus forts taux de sinistralité en matière santé des professionnels dont les causes sont en lien avec la dégradation des conditions de travail. Les troubles se manifestent par des affections physiques et psychologiques.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Il faut mettre en place une véritable politique de prévention dans tous les établissements, sociaux et médico-sociaux permettant de réduire la sinistralité en termes d'atteinte à la santé, mais aussi d'améliorer la qualité de vie au travail de tous les professionnels. Cela doit devenir un axe stratégique obligatoire dans les établissements au même titre que la politique budgétaire ou de gestion des ressources humaines.**
- **il faut réaffirmer l'absolue nécessité de l'analyse de la pratique professionnelle, d'un soutien interne ou externe de l'entreprise. Elle doit entrer dans le fonctionnement normal de l'établissement, être organisée et être financée en tant que telle.**
- **dans le cadre de sa responsabilité sociale, l'employeur doit résolument s'engager à travers le dialogue social sur une politique d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail :**
- **une politique de GEPP ;**
- **la qualité de l'engagement à tous niveaux de l'entreprise ;**
- **la qualité de l'information au sein de l'entreprise ;**
- **la qualité du contenu du travail ;**
- **la qualité de l'organisation du travail ;**
- **les possibilités de réalisation et de développement personnel ;**
- **la possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle ;**
- **le respect de l'égalité professionnelle ;**
- **la qualité des relations sociales et de travail ;**

- **la reconnaissance et la mise en œuvre de temps collectifs de réflexion, d'analyse.**
- **Le rôle de l'encadrement intermédiaire est fondamental. Impactés également par les tâches de gestion, administratives, il est impératif de resituer les cadres dans leurs missions premières d'accompagnement des équipes, des professionnels, des projets mis en œuvre et de régulation du travail. En ce sens, le soutien, le partage éclairé des responsabilités et des prises de risques est un puissant moteur d'investissement dans le travail social.**
- **un focus doit être fait sur les phénomènes de violences auxquels les professionnels doivent faire face régulièrement. Il faut absolument sortir de leur banalisation, que chaque acte violent trouve une réponse institutionnelle. Il faut pour cela sensibiliser les managers à la question à travers leur formation. Il est à noter que l'organisation du travail peut être elle-même génératrice de violence de la part des usagers. Un travail sur ce point doit aussi être engagé.**
- **Il faut un engagement politique fort à tous les niveaux de l'Etat, des administrations, des financeurs et des employeurs.**

L'amélioration de la QVT doit être intégrée comme objectif obligatoire dans les CPOM, dans les projets d'établissements, ~~etc.~~

- **Il faut favoriser le dialogue social et le dialogue professionnel sur la QVT, particulièrement concernant l'organisation du travail dans les services et unités de travail.**

DES MÉTIERS STRUCTURANTS

4.1 ENCADRER LES PRATIQUES

Le secteur est marqué par de fortes identités professionnelles, autour de métiers, composant un ensemble général et cohérent de compétences et de savoir-faire, structurés en diplôme d'État. Ce point concourt dans toutes les enquêtes à l'attachement au secteur et à son attractivité.

L'éclatement de la prise en charge (individualisation des parcours, évaluation des besoins individuelle, etc.) amène les employeurs à vouloir mettre en face d'un besoin spécifique une compétence spécifique, et non un professionnel. Une logique d'emploi et compétence qui renvoie à une forme de spécialisation, a contrario des diplômes à vocation généraliste, pour pouvoir intervenir auprès de tout public, dans le cadre d'une prise en charge globale de l'usager.

Il est dommageable que dans le cadre des projets éducatifs, les rôles soient si peu définis entre métiers différents, entre AES et éducateurs, entre moniteurséducateurs et éducateurs. Ces confusions sont alimentées par les employeurs pour des raisons économiques, mais aussi par les professionnels en quête de reconnaissance.

Un des risques liés à l'éclatement des compétences est qu'à terme les professionnels se trouvent placés dans des situations difficiles où plus rien ni personne ne leur permet de savoir si les techniques et les savoir-faire qu'ils mettent en œuvre pour faire face aux problématiques rencontrées sont fondées ou légitimes au regard du métier qu'ils exercent et ce que la société attend d'eux.

Cela pose la question de l'encadrement des pratiques professionnelles dans un secteur mis en parallèle avec le secteur sanitaire, mais dans lequel peu d'emplois sont réglementés et dont le seul point de repère reste les référentiels des diplômes d'État.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Un cadre national opposable d'intervention définissant ce que peut et ne peut pas faire un professionnel au regard de sa qualification doit être clairement défini. Il doit être associé aux ratios et taux d'encadrements tels qu'évoqués plus haut.**

4.2 UNE FORMATION GÉNÉRALISTE A REAFFIRMER

La réingénierie des 14 diplômes du code de l'action sociale et des familles répondait aux dispositions de la loi de modernisation sociale de 2002. Ce travail de refonte des diplômes de travail social visait à mieux énoncer et identifier les compétences. Il a été mené dans une démarche consistant à définir un référentiel professionnel pour chaque métier, à partir duquel sont élaborés le référentiel de certification et le référentiel de formation. Un travail a été réalisé pour :

- graduer les niveaux de compétences en fonction des niveaux de qualification ;
- organiser des transversalités verticales et horizontales entre les diplômes ;
- favoriser la mobilité et l'accès à un diplôme de niveau de qualification équivalent ou supérieur.

Les participants ont réaffirmé deux principes directeurs des formations professionnelles diplômantes en travail social : le caractère générique des diplômes et une pédagogie basée sur l'alternance intégrative.

Ces deux principes :

- intègrent une identité du travail social basée sur l'accompagnement de l'usager, prenant en compte la spécificité de ses besoins, voire de ses attentes, et soutenant des dynamiques collectives, dans un cadre institutionnel, au sein d'un collectif de professionnels ;

- ancrent la posture professionnelle dans une culture partagée, devant permettre l'acquisition de compétences par des transferts d'expérience et d'apprentissage, permettant aux professionnels de les adapter dans les multiples situations auxquelles ils pourront être confrontés, dès leur accès à l'emploi, généralement immédiat, de par la diversité offerte par le travail social et l'intervention sociale.

Les référentiels donnent une lisibilité des professions. Ils sont et doivent demeurer « génériques » afin que la référence à l'activité et à la fonction favorise un socle d'élasticité des professions du social.

Les professionnels sont et doivent demeurer les dépositaires de savoirs et de compétences suffisamment plastiques leur permettant de s'adapter à la mise en œuvre de politiques publiques fluctuantes. L'exercice est d'autant plus difficile que les politiques sont, elles-mêmes, conçues sans vision globale et claire des besoins sociaux et attentes sociales. Les orientations et politiques sociales demeurent trop soumises aux aléas de décisions législatives élaborées ponctuellement sous la pression de lobbies ou d'événements médiatiques divers.

L'évolution de la société, des publics, des modes de prise en charge, le développement de partenariats entre différents acteurs, issus de secteurs divers, présuppose une adaptation et une grande souplesse des intervenants, une formation ouverte et une adaptation de la formation, tant initiale que continue, aux différentes demandes.

Pour répondre aux évolutions, il faut que les professionnels puissent s'adapter aux nouvelles exigences, dès lors que lesdites exigences font l'objet d'un consensus social.

Formation et qualification des professionnels en travail social sont les éléments déterminants de la qualité et de l'efficience des actions mises en œuvre dans le cadre des politiques sociales.

Les référentiels de formation ont évolué au fil des décennies favorisant la prise en compte, de manière généraliste, par les centres et établissements de formation en travail social, des évolutions des problématiques sociales et médico-sociales, des priorités des politiques sociales, ainsi que l'évolution des pratiques.

L'impact des changements introduit dans les programmes de formation, pour suivre les évolutions des connaissances et des besoins, n'a le plus souvent d'impact que sur les effectifs des promotions en cours de formation. En outre, les formations ne peuvent contenir un approfondissement suffisant de chaque particularité de politique sociale. Ce n'est d'ailleurs pas leur vocation. Il est donc nécessaire de penser et concevoir des formations complémentaires.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Les diplômes d'état doivent être maintenus dans leurs caractéristiques actuelles, à savoir leur vocation généraliste, tant ils sont nécessaires à l'identité du secteur, sa visibilité, son attractivité. Mais aussi au regard des possibilités d'évolutions professionnelles qu'ils offrent en permettant de travailler auprès de tout public, dans tout dispositif.**
- **La place des partenaires sociaux dans la définition des contenus de formation est primordiale pour une actualisation au plus près des évolutions constatées sur le terrain.**

4.3 RECONNAISSANCE DES COMPÉTENCES

Par le travail en réseau, les travailleurs sociaux nouent des contacts, échangent, s'enrichissent des savoirs d'autres professionnels augmentant ainsi leurs connaissances et leurs compétences. L'analyse des pratiques, l'échange entre pairs, le dialogue professionnel et pluridisciplinaire, pourtant plus que nécessaire, tendent néanmoins à se raréfier souvent faute de temps et de moyens.

Les travailleurs sociaux recherchent de nouvelles formations pour s'adapter aux changements divers, tant politiques que techniques ou structurels, qui impactent le secteur.

La formation tout au long de la vie est une réponse, elle favorise aussi la remise en question des pratiques. Elle permet de s'ouvrir à de nouveaux outils et favorise le développement de nouvelles compétences.

Le secteur a toujours concouru fortement à l'ascenseur social. On pouvait y entrer sans qualification et terminer sa carrière-cadre ou directeur, grâce à la formation continue. Il en a découlé le recrutement de personnel pas toujours diplômé, parfois lui-même précarisé ou en voie de précarisation, mais qui participe à l'effort de soutien et de solidarité envers des personnes en difficulté. Pour favoriser leur reconnaissance et leur valorisation, les qualifications ont été rapidement ouvertes à la VAE.

S'en suivait ensuite un parcours lisible dans une filière d'emplois identifiés par des diplômes d'état reconnus, permettant de travailler dans tout le champ du social et du médico-social. Jusqu'à l'encadrement, où il s'agissait bien souvent de professionnels issus du secteur, titulaire d'un CAFERUIS (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale), ayant exercé auprès des usagers et ayant une bonne connaissance des enjeux du terrain.

La croissance des entreprises, de plus en plus grandes, l'explosion des fonctions supports, la prégnance des contingences budgétaires, amène les employeurs à rechercher des profils de recrutements hors secteurs, souvent déconnectés des problèmes concrets des professionnels. Seuls 33 % des professionnels titulaires d'un CAFERUIS sont en poste d'encadrement.

Pourtant, les postes existent. Entre 2012 et 2017, l'offre de postes de « coordinateurs de parcours » est en augmentation de plus 157 %, mais sans la reconnaissance salariale et professionnelle qui va avec.

D'aucuns diraient qu'il s'agit de l'émergence de nouveaux métiers, non identifiés par un diplôme ou une certification, qui ne trouvent pas leur place aujourd'hui dans les systèmes de classifications et de rémunérations.

Pour la CFDT Santé sociaux, tous les pseudos « nouveaux métiers », évoqués tant en commission professionnelle consultative (CPC) qu'avec les centres de formation, existent déjà. D'aucuns les méconnaissent, les pensent nouveaux, oubliant qu'ils existent depuis des lustres dans d'autres secteurs. La nouveauté ne réside que dans le fait que tout ou partie des fonctions desdits « nouveaux métiers » intègre le secteur du social et de l'intervention sociale. Citons à titre d'exemples, la médiation, la coordination, l'animation sociale et/ou culturelle… Les « nouveaux métiers » ne sont donc que des métiers déjà existants, entrant dans le secteur.

Ce qui est en jeu ici, c'est l'absence de reconnaissance des nouvelles compétences développées à travers le travail réel et par les évolutions qu'ont accompagné les

professionnels. Cette problématique est transverse à l'ensemble des métiers du secteur.

Les systèmes de classifications des emplois sont construits de telle façon qu'il n'offre aucune possibilité d'évolution dans le métier. Seule l'évolution d'un métier vers un autre est possible et reconnue, mais aujourd'hui conditionnée par les questions budgétaires, et non de droit sur le principe de « à travail d'égale valeur, salaire égal » (à savoir une reconnaissance sur la base du niveau de qualification, des responsabilités, de l'expérience acquise et de la charge physique et nerveuse).

Dans une recherche de reconnaissance, on observe la multiplication des certifications spécialisées mises en place par les entreprises elles-mêmes (parfois pour des effectifs n'excédant pas quelques dizaines de personnes), sans coordination nationale, et sans reconnaissance par le secteur ou les branches professionnelles, notamment en matière de rémunération, et sans passerelle possible vers une autre qualification reconnue. Donc sans transférabilité dans le cadre d'une mobilité professionnelle. Cet émiettement des certifications rend difficilement lisibles pour le salarié son identité professionnelle et la perspective de son évolution professionnelle. Alors que le secteur se refuse à reconnaître les compétences acquises par l'exercice professionnel, ces certifications envoient le message que sans formation, il n'y a pas de possibilité d'acquérir de nouvelles compétences et les faire reconnaître. Un cadrage national s'impose.

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Les systèmes de classification des emplois doivent intégrer la reconnaissance des compétences développées et mises en œuvre par les professionnels dans l'exercice de leur emploi.**
- **L'établissement d'une certification n'a de sens que lorsqu'elle répond à un besoin identifié qui n'a pas d'équivalent dans les blocs de compétences des diplômes existants, et lorsqu'elle est reconnue par l'ensemble du secteur, donc transférable et valorisable.**
- **Les certifications doivent être inscrites au RNCP (répertoire national des certifications professionnelles) et permettre des allégements ; des équivalents ou des passerelles entre elles, et avec les diplômes.**

4.4 FACILITER L'ACCÈS A LA FORMATION CONTINUE DANS UNE LOGIQUE DE PROMOTION PROFESSIONNELLE

Comme on l'a vu, l'entrée dans le secteur passe le plus souvent par le biais de l'obtention d'un des diplômes d'État préparant au cœur de métier du secteur. Ces diplômes sont aussi la voie d'accès à la promotion.

le contenu de la formation, construit en accord avec les acteurs n'a pas à être remis en cause. la problématique se situe au niveau de l'appareil de formation luimême, qui calque bien souvent le déroulé de formation sur son organisation interne et non en fonction du besoin des entreprises ou de la nature de la formation : formation initiale, en cours d'emploi, apprentissage, contrat de professionnalisation.

Les nouveaux dispositifs de formation continue ne permettent plus un départ en congés de formation pour une longue durée afin d'obtenir la totalité d'un diplôme. L'accession à une qualification, transférable et reconnue, pour les professionnels en poste, dans une logique de promotion professionnelle, en lien avec les nouveaux dispositifs de formation qui favorise une obtention par bloc de compétences, se trouve donc entravée par cette problématique (ex : les enseignements d'un bloc de compétence peuvent être répartis sur 3 années de formation en formation initiale, sans offre alternative dans le cadre de la formation continue).

Or, ce qui constitue les soi-disants « nouveaux métiers » sont en réalité des blocs de compétences dans des diplômes déjà existants. Plus que de multiplier les certifications, il s'agirait avant tout de travailler à la possibilité pour les professionnels d'accéder facilement à l'obtention de blocs de compétences par une véritable offre de formation adaptée au rythme de vie des entreprises, aux temporalités nouvelles et aux nouvelles modalités pédagogiques.

Les besoins en recrutement sont massifs. Le déficit d'attractivité du secteur se fait ressentir plus grandement sur les emplois qualifiés au regard des écarts salariaux avec le reste du marché du travail en France. Une résolution même rapide de ce problème n'aura pas d'impact immédiat. Le vivier des futurs professionnels qualifiés est donc celui des personnels sans qualification exerçant déjà dans les établissements et services, qui ont une connaissance du secteur, du public, des contraintes. Il s'agit de réamorcer l'ascenseur social d'une manière générale : former, promouvoir et accueillir de nouveaux entrants, etc. Les financements dédiés à la promotion professionnelle doivent donc être beaucoup plus importants, notamment en ce qui concerne l'accompagnement de personnes éloignées des dispositifs de formation (nb : trop souvent, les fonds de la formation vont vers ceux qui sont le plus formés).

Mais pour aller jusqu'au bout de la démarche, la résorption de l'emploi précaire et la diminution des temps partiels sont nécessaires pour que les emplois libérés deviennent attractifs (nb : temps partiels et CDD concernent avant tous les emplois peu ou pas qualifiés).

POUR LA CFDT SANTE SOCIAUX

- **Les offres de formation qualifiante doivent s'adapter à la réalité des nouveaux dispositifs de formation pour faciliter les départs.**
- **Les budgets de la formation professionnelle doivent s'orienter prioritairement vers la qualification des personnels peu ou pas qualifiés. D'une manière générale, des fonds plus importants doivent être fléchés à la promotion professionnelle, avec ou sans l'accord de l'employeur.**
- **L'accompagnement à l'entrée et pendant la formation des salariés les plus précaires doit être généralisé.**

CONTRIBUTION INTERCO CFDT

MISSION RELATIVE AUX MÉTIERS DE L'ACCOMPAGNEMENT

DU SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

Nous traiterons ici de l'attractivité des métiers du social et du médico-social dans le cadre de la fonction publique territoriale.

L'analyse des besoins sociaux est propre à chaque territoire, à chaque département, à chaque commune. Ils font l'objet d'une politique de territoire ce qui conduit à des inégalités pour un même public accompagné et pour les mêmes agents exerçants le même métier.

Pour mieux construire notre démarche, nous nous attacherons à produire une courte notice d'identification du public cible et des agents à leur service, ils sont plus de 260 000 répartis dans deux filières. Une attention toute particulière sera à porter au service public du soin à domicile.

Filières sociale et médico-social :

Les publics du grand âge comme du handicap, sont accompagnés selon leur degrés de dépendance ou d'autonomie par des agents en structure et/ou au domicile. D'une façon générale la gestion de ces publics se fait autour d'axes qui font tout le sens des missions de ces personnels :

- Le bien-vivre des usagers
- Le maintien de l'autonomie
- L'accompagnement et la compensation de la dépendance ou du handicap

Concernant la famille, l'aide sociale à l'enfance, les accompagnants de la petite enfance à l'école, à la crèche, les PMI, les plannings familiaux, font partie de le vie quotidienne de chacun.

Le service public doit permettre d'accompagner l'enfance, de compenser les handicaps (y compris les handicaps sociaux) et de mettre au bénéfice des familles des communautés éducatives et de développer des politiques de prévention.

Dans la Fonction Publique Territoriale est organisée en grade et cadres d'emploi : les conseillers socioéducatifs, (les assistantes familiales), les assistantes maternelles, les assistantes socio-éducatifs, les éducatrices de jeunes enfants, les monitrices éducateurs, les agents spécialisés des école maternelles, les agents sociaux, les autres emplois sociaux, les sages femmes, les médecins, les psychologues, les cadres de santé infirmiers, les infirmiers, les assistants médico techniques, les rééducateurs, les puéricultrices, les auxiliaires de puéricultrice, les auxiliaire de soins, les aides à domicile, les autres emplois médico sociaux.

En EHPAD : Les accompagnants éducatifs et sociaux, les animateurs, les auxiliaires de soin (regroupant les aides médicaux psychologique et les aides dentaires) les aides-soignants, les psychologues, les

médecins gériatres, les infirmières, les infirmières référentes, les aides-soignantes, les assistants de soins en gérontologie,
gériatres, les médecins coordonnateurs, les diététiciennes, les ergothérapeutes, les masseurs kinésithérapeutes.

Le maillage du territoire est en souffrance pour ne pas dire en grande difficulté. La prévention n'est plus opérationnelle par faute de moyen (absentéisme lié à la maladie, au manque d'effectif : territoirepeu attractif …/…)

Pour répondre aux besoins des publics, il est nécessaire de rendre plus attractif ces métiers en modifiant les conditions d'emploi, les rémunérations et les conditions de travail.

I) Les conditions d'emploi à la territoriale

Problématique statutaire : un manque d'attractivité systémique

Le statut de la fonction publique territoriale est largement dévoyé. En dehors des cadres d'emploi et des grades qui devraient être exclusifs dans ces filières, les collectivités territoriales s'arrogent, de plusen plus, de dérogations pour recruter les agents au service de ces publics.

A force de recruter en dehors du statut voire sans diplôme y compris pour certaines professions réglementées, les employeurs territoriaux ont progressivement déqualifié le secteur et ses professionnels. Il y a donc un travail de fond à produire en regard de ces professions. Il s'agit des niveaux de diplômes en regard des missions aux missions qui leur sont confiées, et corrélativement dela même façon, au niveau des rémunérations correspondantes.

A) Le recrutement en double peine pour la FPT

Les modalités de recrutement par concours exigent dans la territoriale d'être titulaire d'un diplôme et de passer un concours sur épreuve. Dans la fonction publique hospitalière un concours sur titre est organisé qui permet à lui seul de recruter des agents formés. Cette particularité est un frein au recrutement de personnel et explique pour partie le recrutement en masse de diplômés sur des grades d'agent sociaux ou d'agent technique.

B) Les invisibles hors statut

Les ''faisant-fonction'' : afin de pallier le manque de personnel formé et diplômé, les employeurs territoriaux ont recours massivement aux ''faisant-fonction''. Ce sont des agents recrutés sur d'autres grade (filière technique par exemple) qui font le travail d'auxiliaire de soin, d'agent territorial spécialisé des écoles maternelles ou d'auxiliaire de puériculture sans le concours et sans le diplôme.

Certaines structures ne fonctionnent qu'avec ce type de personnel recrutés sur contrats précaires ou titularisés sur un autre grade. Ceux-ci/ celles-ci peuvent être recrutés sur des contrats dit à temps ''non complet'' (mi-temps voire moins) et peuvent aussi être titulaires de la fonction publique à temps « partiel » les installant durablement dans une précarité financière.

Ces agents hors filières sont ignorés des mesures gouvernementales visant à améliorer leur condition d'emploi (CTI issu du Ségur notamment).

Les assistants familiaux : sont les agents accueillants les enfants de l'ASE. Ils sont employés par les conseils départementaux mais en contrat de droit privé avec un statut issu du code de l'action socialeet

des familles. Ils sont, par principe, exclus du statut de la territoriale et de fait exclu de la communauté des travailleurs sociaux autour de l'enfant, exclu de la reconnaissance de leur métier, exclu des droits à la formation…

La requalification de leur contrat en contrat de droit public permettrait de les inclure dans la fonction publique territoriale comme faisant partie prenante du service public de sauvegarde de l'enfance et non comme des prestataires de services comme actuellement.

Le travail à domicile : reste un des grands invisibles des réformes en cours. Le maintien à domicile estun enjeu politique fort dans les questions d'accompagnement de l'autonomie.

Pour autant, les auxiliaires de vie ou de soin n'apparaissent pas dans les mesures du Ségur visant à valoriser ceux-ci. Ces métiers n'offrent pas de perspective de carrière, de reconversion ou de mobilité.

La reconnaissance de tous ces métiers se doit d'être prise dans son ensemble. Actuellement, on assisteà de nombreux départs vers l'associatif ou la fonction publique hospitalière vidant encore les rangs dela territoriale.

La gouvernance du travail social comme élément d'attractivité du secteur

Les Départements de France peuvent sembler être chef de fil de la politique sociale territoriale, en réalité la gouvernance de ces politiques publiques est morcelée dans un mille-feuille administratif. Les collectivités territoriales n'ont de cesse que d'organiser sous l'égide des préfectures ou pas, des groupes de travail, des ateliers, des comités, des plans de cohésions sociales… Chaque exécutif local mène sa propre politique. Le principe de décentralisation doit s'accompagner d'une transformation profonde qui permettra de passer d'une logique de financeurs/financés pour aller vers une logique dechef de file, de véritable portage politique local, partagé, mutualisé pour que les usagers ne subissentpas le mille feuille administratif mais que l'ensemble des acteurs soit pour lui une richesse et l'assurance d'une prise en charge sociale globale.

Clarifier et simplifier la gouvernance est un facteur indispensable de la qualité du service public.

Redéfinir à chaque échelon local les objectifs de la politique sociale du territoire c'est redonner du sens au travail des agents.

Améliorer les conditions de travail

La fixation et le contrôle du respect des taux d'encadrement apparait indispensable.

En EHPAD par exemple, il faut cadrer le nombre d'agents nécessaires, fixer un taux d'encadrement minimum pour tous les métiers.

Il faut interdire les glissements de tâche et remettre chaque agent dans son métier ou reconnaitre et valoriser les acquis de son expérience.

D'une façon générale pour ces deux filières, les parcours professionnels doivent être mieux suivi, plus encadrés et bénéficier de moyens dédiés (formations qualifiantes par le CNFPT). En effet, la spécificitéde recrutement (diplôme + concours sur épreuve) doit être assouplie pour permettre à des agents encours de carrière ou en reconversion d'exercer ces métiers ou de monter en compétences.

Augmenter les moyens pour un meilleur service public

En structure l'accompagnement, c'est du temps. Il faut donc recruter massivement du personnel au service des usagers. L'exemple des PMI est flagrant, il manque du personnel dans toutes ces structures~~de PMI~~ en France.

Sur les territoires, il faut renforcer le maillage social territorial par des recrutements d'agents au plus proche des usagers, développer les métiers du lien à domicile.

Créer des possibilités de parcours professionnels inexistantes dans la territoriale : diplômer plutôt que déqualifier toute la profession

La formation professionnelle n'est pas accessible aux personnels de ces filières, par manque de remplacement, le CNFPT (organisme de formation de la territoriale) n'a pas su adapter son offre aux agents différents. De plus, il n'existe pas de fonds pour la reconversion professionnelle dans la territoriale condamnant ainsi les agents peu ou pas former sans évolution de carrière possible, sans mobilité, sans reconversion.

Il faut engager des plans de résorption de l'emploi des faisant fonction par la VAE ou la mise en place de parcours diplômants. Le CNFPT doit mettre en place cette offre de formation et la financer car à cejour il n'existe pas de fonds pour la reconnaissance des acquis de l'expérience.

II) La nécessaire harmonisation des rémunérations

Passons sur l'autonomie des collectivités territoriales qui leur permet trop souvent de déroger aux cadres posés par la loi.

La politique sociale en France doit certes, être adaptée à chaque territoire, mais autour d'un socle commun garantissant le même traitement minimum pour tous les publics quelque soit leur lieu de résidence. Pour cela, les agents de ces services publics doivent être traités dans un cadre de garanties minimum.

Concernant la rémunération, il y a des harmonisations à mettre en place afin de limiter l'impact négatif des dernières mesures catégorielles issues notamment du Ségur. Ci-après, quelques exemples :

- Auxiliaires de soin territoriaux

Appelés aides-soignants dans l'hospitalière, ils ont bénéficié d'un passage en catégorie B dans les deux fonctions publiques (territoriale et hospitalière). A la territoriale, seule une partie des agents de ce cadre d'emploi sont passés en ''B'', la spécificité de la FPT n'a pas été prise en compte ni dialogué dansle cadre des instances paritaires. Le cadre d'emploi comporte 3 spécialités pour passer le concours (aide médico-psychologique, dentaire et aide soignants) mais ils passent tous 3 le même concours et exercent même travail. Seuls les spécialités aides-soignants sont passés en catégorie B.

Il convient là encore de trouver les passerelles permettant aux agents qui exercent le même travail d'avoir la même rémunération.

- ATSEM

Au service de la petite enfance dans les écoles maternelles, ces agents restent en catégorie C alors que leurs collègues auxiliaires de puériculture travaillant dans les crèches sont passés en catégorie B depuisle 1er janvier dernier. (voir la contribution du conseil supérieur de la fonction publique sur ce point)

- Les sages femmes territoriales

Elles travaillent en PMI ou aux plannings familiaux, pilier de la prévention auprès des familles et acteurs indispensables du droit des femmes. Elles sont exclu.es du CTI donné à l'hospitalière. La différence de

rémunération se creuse de plus de 500 € ce qui va nuire à l'attractivité de cette profession et au service public à rendre aux familles les plus fragiles.

- Les assistantes familiales

Le salaire des assistantes familiales témoigne bien des disparités selon les départements même si le SMIC semble acté, ces disparités se poursuivent sur les rémunérations mais aussi sur les montants donnés aux assfam pour subvenir aux besoins des enfants. Dans certains départements plus généreux, des crédits sont alloués pour permettre aux assfam d'acheter des cadeaux de noël aux enfants accueillis. Cet exemple montre bien la nécessité d'un cadre commun pour l'ensemble des départements.

- Les agents des services de soin à domicile (SAAD)

Ici encore, le CTI doit leur être étendu. Ces agents exercent le métier du soin à domicile. Ceci afin de répondre à l'enjeu du maintien à domicile et à la qualité de vie des publics âgés ou handicapés.

Leurs contrats sont souvent à temps non complet et ils n'ont pas bénéficié de la prime afférentes (plan grand âge) ni du CTI, ni du passage en catégorie B alors qu'ils ou elles exercent le même travail que les aides-soignants dans un Ehpad. Les mesures d'amélioration de la rémunération sont basées sur la structure financée alors qu'elle devrait être basée sur la logique métier ou celle des publics accueillis.

III) Les facteurs d'attractivité des métiers des secteurs social et médico-social de la Fonction Publique Territoriale

Les métiers sociaux et médico sociaux de la fonction publique territoriale ont été peu salués et toujours négligés dans le cadre de la crise sanitaire. Une des principales difficultés consiste à pouvoir mesurer leur productivité et l'évolution de celle-ci. L'utilité sociale de ces métiers d'accompagnement reste difficile à valoriser car elle représente un coût financier dont le retour sur investissement n'est pas immédiat. De plus, ces métiers du ''care'' (prendre soin) sont peu ou non qualifiés, pourtant ils nécessitent des compétences liées au savoir être (écoute, bienveillance, empathie …/…). Ces métiers fortement féminisés s'appuient sur des compétences considérées comme ''naturelles'' n'appelant pasde reconnaissance à travers salaire et classification.

Les collectivités territoriales n'échappent pas à cette vision de ces filières.

Rappelons que l'assemblée des départements de France (ADF) (réuni en décembre 2021) a entendu le message alarmiste des représentants des familles. Ces derniers se sentent abandonnés, craignent la fermeture de certaines structures pour leurs enfants, déplorent les nombreuses vacances de poste liées aux démissions, aux difficultés de recrutement dans le secteur social et médico-social (handicap, protection de l'enfance, insertion…).

Pour autant, il a fallu à ces professionnels faire montre d'ingéniosité pour poursuivre leur accompagnement évitant aux plus fragiles (enfants, adultes, personnes âgées porteurs (ou pas) de handicap, voire de sombrer dans l'oubli. Pour autant, une politique sociale ne peut se construire quesur la bonne volonté des agents publics.

1. Des conditions et qualité du travail

a. **Ne pas avoir peur d'accorder de la confiance aux professionnels de terrain, expertes de la réalité du secteur.**
b. Affirmer les valeurs du travail social et les proclamer en offrant aux professionnels un cadre respectueux de ces valeurs.
c. **Les travailleurs sociaux ont un cadre législatif sur lequel ils doivent prendre appui pour étayer leur professionnalisme.**
d. Imposer aux employeurs le respect de ce cadre et la mise en place d'un cadre commun d'accueil de tous les publics (taux d'encadrement par métier, temps minimum par public accompagné, comptabiliser tous les temps de travail – accompagnement, trajet…).
e. **Adapter le statut à la réalité des métiers et harmoniser les conditions** d'emploi.
f. **Permettre aux agents de se former, de se reconvertir, mettre en place un fonds de reconversion professionnelle et des formations qualifiantes qui n'existent pas aujourd'hui pour ces agents.**

2. **<u>Des modalités de recrutement</u>**

- **Faire des concours sur titre dans la territoriale pour toutes ces filières.**
- Faire un plan de résorption de l'emploi précaire en titularisant les **diplômés**
- Faire des parcours diplômants allégés pour les ''faisant fonction''.
- **Accueillir les assistants familiaux dans le statut des contractuels de droitpublic.**

3. **<u>De la rémunération</u>**

- **Etendre le CTI aux agents à domicile, aux sages femmes territoriales.**
- Permettre le passage en catégorie B de tous les agents auxiliaires de soin.
- Harmoniser les rémunérations dans l'ensemble des deux filières.

Rencontre avec M. Denis PIVETEAU, le 5 janvier 2022, dans le cadre du HCTS

Mise en perspective, par la CFE-CGC Santé Social, de la mission confiée par le Premier Ministre à M. PIVETEAU

1. **Le sens de la mission** : promouvoir les métiers de l'accompagnement dans le cadre de l'évolution vers une transformation inclusive.

2. **Avantages et limites de la transformation inclusive** :
   Avantages : Intégrer les personnes en situation de handicap dans la société. Promouvoir l'émancipation par le droit à l'autodétermination des personnes accompagnées.
   Limites : Un changement culturel pour les structures sociales et médicosociales, les limites de l'évolution des métiers, l'adaptation des usagers et des familles.
   - Temporalité de la transformation de l'offre le chemin est long.
   - Déstabilisation des salariés dans une période où ils ne se sentent pas valorisés.
   - Au-delà de la prestation spécifique, le rôle augmenté des familles.

3. **Structurer l'entreprise** :
   L'évolution vers des plateformes de service : Il ne s'agit plus d'accéder à des droits mais à des prestations. Ne plus aller vers de solidarité mais vers de la consommation. Démanteler les dispositifs médico-sociaux au risque d'ubériser le secteur.
   - Eviter le mirage, le fantasme, de la prise en charge courte et standardisée.
   - Maintenir l'accompagnement au-delà de l'accès à la prestation.
   - Ne pas remplacer l'institution, notamment pour les fragiles.
   - Considérer la dimension globale de l'accompagnement sur le long terme par des structures spécialisées.

4. **Avoir une vision commune de la prestation et du besoin. Structurer le financement par SERAPHIN-PH, mais en éviter les écueils de la nomenclature** :
   - Risque de modification du financement des structures en reconvertissant les moyens alloués pour payer l'accès au milieu ordinaire.
   - S'appuyer sur les ESMS dans lesquels la technicité et la prise en charge collective sont au centre du projet d'entreprise.
   - Ne pas s'appuyer uniquement sur la gestion par le coût, sur la réduction des coûts.

5. **Promouvoir les nouveaux métiers (Assistant Projet Vie – Coordinateur Parcours…), sans négliger les autres** :
   - Les nouveaux métiers sont des métiers de l'organisation, pas de la relation.

- Rationaliser le maquis des formations, des diplômes et des rémunérations.
- Identifier les valeurs, les compétences nécessaires à ces métiers.
- Promouvoir l'évolution des parcours professionnel.

6. **Revoir les organisations** :
   - Donner toute sa place à la promotion et au management collaboratif

7. **Le point central de la question de l'attractivité du Secteur** :
   - Retenir les salariés ; donner du sens au travail.
   - Résoudre les problèmes de recrutement : mobilisation de pôle emploi, campagnes de communication, places supplémentaires dans les structures de formation, développement de l'apprentissage et de la VAE.
   - Améliorer les conditions de travail : actions favorisant la QVT, soutiens d'actions concrètes (facilitation de la vie des professionnels), acquisition d'équipements du quotidiens, construction de parcours professionnels.
   - Valorisation les rémunérations : attribution des 183€ du Ségur à tous les salariés.

Collectif D.I.

Contribution à la Lettre mission de Denis Piveteau - décembre 2021

Le Collectif D.I. regroupe une vingtaine d'associations représentatives des familles dont un membre est affecté par une déficience intellectuelle (D.I.) d'origine génétique, diagnostiquée ou non. Il vise à promouvoir un parcours de vie individualisé et coordonné, s'appuyant sur le développement de toutes les compétences des professionnels et la généralisation d'environnements contributifs à la qualité de vie et à l'autodétermination de la personne.

Ce collectif porte donc la parole d'une grande variété de situations, du handicap sévère à la déficience légère, pour des personnes présentant des difficultés plus ou moins grandes à mener une vie choisie, et donc ayant des besoins d'accompagnements différents, personnalisés, mais représentant toujours un étayage indispensable.

Au-delà de ces différences individuelles, les états généraux de la déficience intellectuelle en janvier 2018 ont bien mis en évidence les spécificités des TDI. Le collectif D.I. a présenté à cette occasion le résultat d'une enquête auprès des familles « Les personnes ayant une déficience intellectuelle sont-elles bien accompagnées ? » Les demandes du collectif, en conclusion de cette enquête, étaient les suivantes :

- Une politique de dépistage de la D.I. et des soins somatiques adaptés aux spécificités de cette population
- La diffusion d'outils d'évaluation validés des compétences cognitives et des capacités adaptatives, débouchant sur des techniques de remédiation efficaces, constitutives d'une véritable thérapeutique
- La mise en place de solutions d'accompagnement adaptées et innovantes, tenant compte de la vulnérabilité des personnes mais favorisant l'inclusion dans la société
- Une véritable évaluation des dispositifs d'accompagnement directement corrélées à l'évaluation de la qualité de vie des personnes avec T.D.I.
- La reconnaissance effective des droits de la personne avec T.D.I. comme pouvant faire ses propres choix, accéder à des activités adaptées et avoir une vie sociale

Ces demandes sont toujours d'actualité et s'inscrivent en partie dans la mission qui vous est confiée par le Premier Ministre. Vous trouverez en pièce jointe, la présentation de cette enquête ainsi qu'un document de décembre 2020 « Priorités du collectif D.I. ».

Rémunération, reconnaissance et moyens

Oui, la crise sanitaire a mis en évidence, de façon aigue, des problèmes qui ne sont pas nouveaux. Les difficultés pour le personnel des ESMS de travailler dans de bonnes conditions sont en particulier liées à des rémunérations ne correspondant pas à l'engagement qui leur est demandé, et sont ainsi à l'origine de difficultés de recrutement, de départs et de turn-over qui s'avèrent particulièrement néfastes voir dangereux pour les personnes accompagnées. On peut ajouter à ces questions de rémunération la reconnaissance insuffisante de ces métiers et des compétences qu'ils demandent. Devant les difficultés auxquelles ils doivent faire face quotidiennement, liées aux manques d'effectifs, de moyens, de formation, de soutiens de leurs directions absorbés par la gestion, les professionnels abandonnent et quittent les établissements, accentuant encore les difficultés de ceux qui restent. Ajoutons à cela l'absence d'intégration avec les professionnels en libéral, lesquels d'ailleurs sont d'autant plus rares qu'ils gagnent plus à servir exclusivement une clientèle privée.

Le vieillissement de la population concernée, dont on ne peut que se réjouir, mais qui n'est pas anticipé, ajoute une tension supplémentaire parfois dramatique dans un équilibre déjà compromis.

Demander seulement aux professionnels des ESMS de faire évoluer leur façon de travailler, ce qu'ils souhaiteraient et comment faire évoluer leur façon de travailler relève dans ce contexte d'une non prise en compte de la gravité et de l'urgence de leurs mauvaises conditions professionnelles.

Pour faire court, la situation est dans bien des cas dramatiques et malheureusement, on est très loin du « zéro sans solution ».

Il y a donc urgence à prendre des mesures à court terme pour donner plus de moyens aux acteurs du médicosocial et à reconnaitre la qualité et l'importance du travail qui leur est demandé.

Mais cela n'empêche pas de travailler à l'évolution de l'offre et des métiers de ces acteurs, pour les rendre plus attractifs et aller dans le sens d'une plus grande inclusion.

Formation

Dans le domaine des T.D.I., l'insuffisance de formation est criante. Les demandes des équipes, confrontées à des situations complexes sans avoir les connaissances nécessaires pour les gérer au mieux en témoignent. Nous avons connaissance des efforts déployés, notamment à travers notre participation au conseil interministériel 'TSA au sein des TND', mais rien ne pourra se faire sans un très gros effort dans ce domaine. Se former demande de pouvoir dégager du temps, ce qui est souvent impossible compte-tenu de l'insuffisance des effectifs. Nous souhaitons rappeler également les quelques cas où ces formations (notamment aux syndromes) reposent sur des équipes de parents bénévoles, lesquels ne peuvent apporter qu'une réponse partielle et insuffisante aux besoins réels. A titre indicatif, en Allemagne, la formation des équipes accompagnant des personnes avec un syndrome de Prader-Willi est de 150 heures. En conclusion, l'existence de modules de formations ne résout pas le problème de l'insuffisance des ressources en personnes et en temps disponible.

Inclusion

L'inclusion ne se décrète pas. C'est un processus qui doit s'appuyer sur une réflexion et une pratique collective, associant les familles, les personnes avec D.I. en leur donnant toute leur voix dans ce travail avec les professionnels.

Il nous semble primordial d'aborder ce sujet suivant la sévérité du handicap :

- Une première population est celle qui, moyennant des aménagements, peut s'intégrer au 'milieu ordinaire'. Cette population est très mise en avant dans les discours actuels. Cependant, les aménagements doivent être identifiés et disponibles, à la fois sur le plan juridique et dans leurs mises-en-œuvre.
- Un deuxième groupe est constitué des personnes dites à déficience modérée. Il constitue malheureusement ce que l'on pourrait appeler le véritable angle mort des politiques actuelles du handicap. Ces personnes sont capables d'une vraie autonomie sur les actes essentiels de la vie, et capables de véritables compétences comme la lecture, l'utilisation des transports en commun etc. Les capacités d'inclusion sont donc

réelles, mais nécessitent un accompagnement de qualité sur bien des aspects. Il s'agit d'abord d'apprentissages et de mise-en-pratique des compétences adaptatives, émotionnelles, comportementales etc. Il s'agit aussi d'un soutien diffus qui doit être déployé en permanence : réactions aux imprévus, surveillance de l'agenda, gestion des relations avec les pairs etc. Il s'agit enfin de suppléer aux manques d'autonomie : faire les courses, la cuisine, gérer son argent et ses dossiers administratifs etc. sans oublier de permettre à la personne d'y participer en partie selon ses qualités et ses potentiels. Enormément pour ne pas dire presque tout reste à construire pour ces personnes. L'établissement fermé n'est souvent pas leur projet, mais ce qui ne veut pas dire que leurs souhaits soient de viser la vie des personnes 'normales'. Citons à titre d'exemple de souhaits exprimés : l'habitat inclusif, la participation à des projets artistiques, associatifs, les loisirs entre personnes de mêmes profils etc.

- La troisième population est celle des personnes avec déficience sévère. L'insuffisance des moyens est criante sur au moins 2 aspects :
    - Le manque de places. Citons de nombreuses régions où beaucoup d'adultes sont bloqués dans des établissements pour enfants, alors même que l'ARS n'a pas de projets d'ouverture d'établissement. L'impression est que le discours sur l'inclusion a fermé la porte à toute extension de ressources, ce blocage allant jusqu'au refus d'identifier les besoins.
    - Le manque de moyens des établissements, qui ressemblent très souvent à des lieux où on 'gardent' les personnes et où on cherche à éviter des problèmes visibles, alors même que la recherche de la participation de la personne est oubliée faute de moyens : humains, savoir-faire, capacité d'initiative, dialogue avec les familles etc.

On trouvera dans le document des priorités du collectif D.I. quelques axes de propositions dans le paragraphe « Rendre le parcours inclusif crédible ».

Autodétermination

L'autodétermination qui doit accompagner ce processus doit être pensée comme la mise en place d'apprentissages, adaptés à chaque personne, compte tenu des évaluations des compétences et des difficultés de chaque personne, évaluation trop souvent absente (cf. EGDI). Ces apprentissages sont possibles tout au long de la vie et ne devraient pas s'arrêter à la fin de l'âge scolaire, ce qui est trop souvent le cas.

L'autodétermination nécessite un travail complexe, de fond, avec tous les acteurs de l'accompagnement. Des travaux théoriques, des expérimentations existent dans différents pays, dont on peut s'inspirer. Mais cela demande une profonde modification des mentalités, des cadres réglementaires et de la perception de la qualité de vie des personnes.

Evaluation de la qualité et dispositifs pour fluidifier les parcours

Citons en complément la nécessité d'évaluer la qualité des accompagnements et de s'inscrire dans une démarche de transformation des pratiques. On pourra notamment s'appuyer sur les travaux du groupe de travail de la délégation interministérielle TSA / TND qui ont définis des recommandations autour de 4 axes :

- Droits et informations des patients et familles
- Relation avec l'environnement

- Articulation entre lignes 1, 2 et 3
- Objectivation de la qualité

D'une façon générale, on peut dire que beaucoup de textes font référence, en particulier :

- Expertise collective de l'Inserm et travaux des EGDI
- Recommandations de la HAS et notamment ceux en cours d'élaboration sur les TDI
- Guide de l'évaluation fonctionnelle multidimensionnelle dans la déficience intellectuelle, en cours de parution
- Nombreux modules de formation (DIU, Start, etc.)
- Travaux de la délégation interministérielle TSA / TND

Cependant, tous ces textes ressemblent trop souvent à une lettre au père Noël tant le décalage est patent avec les pratiques. Il faut donc une véritable mobilisation autour des bonnes pratiques.

Pour que cette mobilisation devienne réelle, il faut d'abord lire ces textes. Le Collectif D.I. tient à mentionner le risque actuel d'une approche trop optimiste des T.D.I.. Il ne s'agit pas d'amener les personnes aux capacités de tout un chacun. Il s'agit de proposer des dispositifs qui permettent à chaque personne de se sentir acteur de sa propre vie. Les limitations cognitives et d'autorégulation des personnes T.D.I. ne sont pas la conséquence d'un handicap mais sont le handicap. L'accompagnement humain est donc à la base de tout projet de valorisation et de reconnaissance de chaque personne d'avoir des activités selon sa perception du monde. La dignité de chacun passe par la possibilité d'avoir un rôle actif à tous les âges de la vie, des relations et des projets, même parfois les plus petits.

Ces quelques lignes, rédigées dans l'urgence, sont bien loin de répondre aux questions posées. Le collectif D.I. se tient à votre disposition pour contribuer au travail qui devrait être lancé suite à la conférence des métiers de l'accompagnement social et médicosocial du 15 janvier 2022.

Contribution Pour Mr Denis Piveteau dans le cadre de sa nouvelle mission

Concrétisation de l'approche par les droits fondamentaux au sein d'APF France Handicap : contribution du collège de la médiation

Les deux rapports du groupe de travail que j'ai animé en 2016 et 2017 au sein d'APF France Handicap ont permis d'arrêter :

- Une grille de lecture des droits fondamentaux (en partant des textes internationaux, européens et le cadre législatif national) en 4 piliers et 6 droits créances
- Une grille de qualité de vie en 6 items reposant sur les droits tels que déclinés par la CIDPH
- Les modalités du développement du pouvoir d'agir des personnes
- La définition de 3 groupes de parties prenantes (personnes, professionnels, partenaires)
- L'adéquation de la démarche avec toutes celles initiées par les autorités publiques, en particulier la promotion de la bientraitance
- Le principe de créer une médiation nationale au sein d'APF France Handicap à la disposition des personnes accueillies, des familles et des professionnels

Une concrétisation concertée de cette démarche s'est opérée de la manière suivante :

- Appropriation par le Conseil d'Administration et le Congrès de Montpellier en 2018 et contribuant à l'évolution du projet associatif
- Appropriation par les différentes commissions internes de l'association : commission de usagers, commission famille, observatoire de la bientraitance…
- Intégration de la dimension d'approche par les droits dans le projet concernant les aidants familiaux soutenu par la CNSA
- Appropriation par la direction de l'offre de service avec l'évolution de tous les outils découlant de la loi du 2 janvier 2002 et travail en concertation avec l'HAS pour montrer la faisabilité d'une approche par les droits lors de l'élaboration du nouveau référentiel
- Création du collège de la médiation en octobre 2018
- Présentation des missions du collège à l'ensemble des directeurs d'établissements et de services de l'association lors de réunions régionales
- Valorisation au niveau de l'ARS Ile de France qui a retenu le collège en 2021 comme initiative pertinente sur la qualité de vie

Le Collège de la médiation

Informations disponibles :

- Les éléments de formation préalables pour les membres du collège pour situer cette nouvelle offre de médiation par rapport à tout ce qui existe dans le domaine (personne qualifiée du CASF, médiation institutionnelle, familiale, judicaire, commerciale etc…)
- Composition du collège
- La procédure d'instruction des dossiers
- Les éléments de supervision pour la création du collectif
- Outils de communication : vidéo, flyer, articles…
- Document de présentation comme support dans le cadre des réunions avec toutes les parties prenantes
- Rapport d'activité 2020

Premiers enseignements dans la perspective de la mission de Mr Piveteau

- Développer une culture de l'approche par les droits et sa déclinaison concrète à l'échelle des associations gestionnaires ; à défaut de cela il persistera une posture défensive des professionnels à l'égard des évolutions proposées s'appuyant entre autres sur les observations du comité d'experts de l'ONU
- Reconnaître la conflictualité inhérente à tout accompagnement provenant de la posture asymétrique, au regard de l'autorité, entre les personnes, leur entourage et les professionnels
- Constater les limites des régulations externes : personne qualifiée, intervention des autorités dans la régulation des conflits interpersonnels (personnes, familles et professionnels), accessibilité limitée et peu adaptée de la voie judiciaire
- S'appuyer sur l'expérience des personnes et des professionnels pour qu'ils soient porteurs de leur propre outil de médiation en développant leurs compétences dans ce champ
- Pour les personnes comme pour les professionnels cela permet un accroissement de compétences par l'expérience de la conduite de médiation et le suivi de formations qualifiantes, qui doit être reconnu.
- Au delà de la résolution amiable des conflits, inscrire la question de l'accompagnement des personnes handicapées parmi les « obligations » de la société pour rendre celle ci plus inclusive

Et sur un plan plus global reprendre l'initiative de Mr Claude Evin synthétisée par sa note du 21 juillet 2020 « note à Mr le Ministre des solidarités et de la santé relative à l'intérêt de développer le recours à la médiation au sein des établissements sociaux et médicosociaux ».

Strasbourg et Paris 23 décembre 2021

Maryvonne LYAZID

Xavier DUPONT

Le 23 décembre 2021

Mission Piveteau

Contribution

Table des matières

Présentation des organisations employeurs du secteur Handicap 104

Propos introductifs 106

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : « Vous reconnaissez vous dans cet objectif général et dans sa description en quatre « niveaux » potentiels d'intervention professionnelle ? Avez-vous des expériences réussies (ou des échecs instructifs) à partager sur l'un de ces quatre niveaux ? » 107

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Selon vous, quelles sont les difficultés (et du coup les conditions de réussite collective) rencontrées dans vos pratiques pour le mener à bien ? 115

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Les professionnels sont-ils suffisamment outillés, tant en termes de formation initiale que continue, mais aussi de supervision et d'appui concret aux pratiques ? Quels sont les premiers points d'effort ? 119

Réponse de CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Quelles sont les évolutions qui, dans le cadre institutionnel qui est le vôtre, permettraient un exercice efficace de ces quatre « niveaux » d'intervention professionnelle ? 122

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Si vous deviez décrire les exercices professionnels d'ici 10 à 15 ans en termes de perspectives attractives et valorisantes, quels messages porteurs auriez-vous envie de délivrer ? 123

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Pour les cadres dirigeants ou chefs d'unités : quelles sont les conditions concrètes à réunir pour accompagner, appuyer leurs équipes dans les changements, évolutions qu'elles traversent ? 124

Annexe 1 : Exemples d'actions des adhérents de la FEHAP, et des établissements et services de la CRf 126

Annexe 2 : Campagne de recueil des initiatives 2021 - Nexem 135

Annexe 3 - Guide d'entretien – Denis Piveteau..... **Erreur ! Signet non défini.**

Présentation des organisations employeurs du secteur Handicap

La note ci-après est une contribution commune aux trois organisations et a vocation à mettre en exergue les éléments de réponses partagés.

Les établissements représentés par la Croix-Rouge Française, FEHAP et Nexem

La Croix-Rouge française

La Croix-Rouge française est présente sur tout le champ de la santé au sens large, sur 7 filières métier ; elle gère :

- 577 établissements et services
- 1 Mi€ de produits d'exploitation
- 17 000 salariés
- 170 000 étudiants

La FEHAP

La FEHAP, c'est :

- **Plus de 5 300 établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux**
- Plus de **1 600 associations, fondations, mutuelles**
- **Plus de 305 000 lits et places**
- **2,5 millions d'usagers soignés** pris en charge ou accompagnés, au sein d'une structure FEHAP
- **Et plus de 280 000 salariés**

C'est également :

- **1 864** établissements et services pour **personnes âgées**,
- **1 864** établissements et services pour **personnes handicapées**,
- **828** établissements **sanitaires**,
- **396** établissements et services pour **personnes en difficulté sociale**,
- **267** établissements d'**accueil des jeunes enfants**,

Nexem

Nexem est une organisation professionnelle d'employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire à but non lucratif.

Elle représente et défend les intérêts de 11 000 établissements et services (dont 6 055 œuvrent dans le champ du handicap), employant plus de 330 000 salariés dans les secteurs des personnes handicapées, de la protection de l'enfance, de l'insertion, de la protection juridique des majeurs, des personnes âgées et du sanitaire (près de 3 millions de personnes accompagnées).

Propos introductifs

Le propos de Nicolas Zimmer, personne en situation de handicap et ancien usager de l'école de la vie autonome, en ouverture de la table ronde sur le « pouvoir de choisir » du congrès de la FEHAP à Nancy en novembre 2021 est riche d'enseignements sur la prise en compte de la parole et des aspirations des personnes que le secteur médico-social a vocation à accompagner. Cette prise en compte de *« tous les jours »* invite également à renouveler la relation entre les professionnels et les personnes, et donc de faire évoluer les pratiques professionnelles pour être dans ce soutien constant à l'expression des attentes des personnes dans la construction de leur projet de vie.

En phase de structuration dès le début des années 2000, le secteur médico-social a été encouragé assez rapidement à évoluer vers un accompagnement en milieu ordinaire avec les orientations fixées par la loi 2005-102 du 11 février 2005 qui ont été amplifiées depuis une dizaine d'années avec la notion de « société inclusive » et de transformation de l'offre.

Pour autant, le secteur n'a pas attendu ces orientations politiques fortes sur la transformation de l'offre pour porter des innovations concernant l'accompagnement en milieu de vie ordinaire et la réflexion autour de l'évolution des pratiques professionnelles s'inscrit à cet égard dans une continuité et un approfondissement qui nécessitent toutefois un triple prérequis :

- Une réflexion sur l'évolution des pratiques professionnelles ne peut être portée que si elle s'appuie sur l'existant sans dévaloriser ce qui est fait, mais en potentialisant ou en valorisant les savoirs faire qui convergent vers l'objectif d'inclusion, sauf à rencontrer des résistances (parfois au changement) ou de l'hostilité de la part du ou des professionnels à qui la réflexion autour des pratiques est destinée. La relation d'accompagnement étant une relation d'altérité, il faut s'appuyer sur la capacité du professionnel à rééquilibrer la relation « verticale » pour lui donner une certaine « horizontalité ». Quant à la cohérence des interventions en équipe pluridisciplinaire, elle relève du projet collectif d'établissement ou de service, elle est donc l'affaire de tous. Toutefois, son animation est confiée au directeur ou au « manager de proximité » qui en est le garant. Dans tous les cas, amenons les professionnels à s'interroger sur leur capacité à susciter l'auto-détermination plutôt qu'imposer une notion en niant la valeur du travail opéré jusqu'ici.

- Cette réflexion intervient à un moment critique pour le secteur médico-social. Les équipes sont fortement mobilisées et n'ont pas failli bien qu'étant aujourd'hui en situation d'épuisement professionnel après deux ans d'une crise sanitaire à flux tendu. S'ajoute à ce contexte le sujet des revalorisations salariales (Ségur et Laforcade) qui auraient pu être une chance pour reconnaître la qualité du travail de ces professionnels pendant cette crise. Malheureusement, dans le secteur du handicap et du travail social, seuls les professionnels des structures adossées aux établissements publics de santé ont été revalorisés (Ségur) ou encore les professionnels soignants du champ du handicap (Laforcade). Difficile donc de réfléchir de l'évolution des pratiques professionnelles dans un contexte où le Gouvernement n'est pas totalement « inclusif » dans sa manière de considérer la « valeur » du travail des professionnels de l'accompagnement. Par ailleurs, le secteur commence à donner des signes de fragilité structurelle quant à sa capacité à attirer et fidéliser des professionnels (cf. baromètre Nexem-FEHAP). La charge d'un travail de « moindre qualité » retombe toujours sur

les mêmes professionnels avec un risque important de dégradations des conditions de travail, et entraînant inévitablement plus d'épuisement, et donc moins de qualité pour les personnes accompagnées.

- Un troisième point est à introduire. Ici, il faut en effet souligner le lien entre attractivité des métiers et « sens conféré à leurs missions » au sein de la société. Cela renvoie à la question des orientations politiques nationales concernant l'accompagnement des publics en situation de fragilité, aux engagements formels qui doivent en résulter, notamment en termes de financements des dispositifs nécessaires et à la considération portée aux professionnels qui mettent en œuvre ces orientations. On ne pourra pas « inverser » la tendance au désamour des métiers concernés si l'Etat ne leur confère pas clairement le statut de métiers essentiels à la cohésion nationale.

Ces quelques éléments d'introduction non anecdotiques en forme de prérequis invitent à réfléchir sur l'évolution des pratiques professionnelles de façon graduée et priorisée dans le temps, et surtout de façon non dogmatique (comme c'est parfois le cas dans le secteur).

Au-delà du changement de regard culturel et politique que nécessite le renforcement de l'attractivité de ces métiers, ce point constitue un véritable fondement à court terme pour appréhender les difficultés de recrutement. Il n'est pas possible de vouloir « réenchanter » le secteur sans prendre en considération de la même manière tous les salariés du secteur de la santé. Ils ont été en effet aussi mobilisés que leurs collègues du secteur sanitaire dans le cadre de la crise Covid et y répondent avec la même mobilisation et le même engagement.

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : « Vous reconnaissez vous dans cet objectif général et dans sa description en quatre « niveaux » potentiels d'intervention professionnelle ? Avez-vous des expériences réussies (ou des échecs instructifs) à partager sur l'un de ces quatre niveaux ? »

Nos organisations sont engagées depuis plusieurs années dans une dynamique d'accompagnement de leurs adhérents, établissements et services à l'évolution de l'offre et à la conduite du changement dans une visée inclusive des personnes en situation de handicap (comme en atteste le plaidoyer de la FEHAP rédigé en 2018, « La société inclusive : l'engagement de tous » ou le projet EpoP promu par la CRf et ses partenaires[17] qui consiste à faire émerger les initiatives de pair accompagnement dans le champ du handicap et leur mise en pratique effective sur les 3 prochaines années.)

Cette démarche se fonde sur l'autodétermination des personnes et met également en valeur les savoirs expérientiels des personnes en situation de handicap et des professionnels qui les accompagnent. C'est dans cette perspective, que la FEHAP a mis en place depuis de très nombreuses années, un observatoire de l'innovation qui a pour objectifs de détecter, analyser, évaluer, diffuser et valoriser les innovations de ses adhérents (NOV'AP) sur différentes thématiques telles que l'école inclusive, le dispositif d'emploi accompagné, etc. Ainsi, la FEHAP, la CRf et Nexem confirment l'objectif général présenté par Denis PIVETEAU puisque les professionnels du secteur médico-social accompagnant les personnes en situation de handicap, qui sont fortement engagés, constituent une

[17] L'ANCREAI, LADAPT, FISAF, Trisomie 21, UNAPEI, GAPAS, HandiVoice, Fedeeh, APF France Handicaps, SG CIH, CNSA, Caisse des dépôts, UNIOPSS/URIOPSS, Nexem, FEHAP, Fiphfp, Nous Aussi, GEM, CRA, CREHPSY, France Assos Santé, CCOMS, GCSMS, C360.

véritable richesse en termes d'expertises pour accompagner la transformation de la société, pour autant cette dernière doit être prête, et des progrès restent encore à réaliser.

Concernant les quatre niveaux d'intervention évoqués, la FEHAP, la CRf et Nexem formulent les observations et remarques suivantes :

Concernant le premier niveau d'intervention professionnelle : « *1°) à faire évoluer sa relation directe à la personne qu'il accompagne, afin que s'y exprime l'objectif consistant à renforcer son pouvoir d'agir (c'est la dimension la plus immédiate de la transformation des pratiques professionnelles, seul ou en équipe).* »

Votes et fragilités mentales
Association Vivre et Devenir (Ile de France)

L'association Vivre et Devenir, en Ile de France, a développé un dispositif lors des élections municipales de 2020 visant à accompagner les personnes en fragilités mentales pour leur permettre d'être en capacité d'exercer leur droit de vote et d'exprimer leur opinion (sensibilisation des adultes et de leurs familles, échanges des candidats avec les résidents, accompagnement au niveau des démarches d'inscription, explication des modalités et des conditions de vote, etc.). Les personnes en situation de handicap peuvent également participer à la vie locale, car il leur est ainsi possible de participer aux conseils de quartier. Elles deviennent actrices de leur ville et des citoyens à part entière (Lien).
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Les professionnels sont depuis de très nombreuses années mobilisés pour apporter une réponse au plus près des besoins des personnes en situation de handicap qu'ils accompagnent, avec cette volonté de renforcer leur pouvoir d'agir et leur autodétermination pour les rendre actrices de leur propre parcours de vie. La FEHAP, la CRF et Nexem partagent ainsi le fait qu'aujourd'hui l'auto-détermination des personnes en situation de handicap est intrinsèquement liée à l'accompagnement dans le secteur médico-social. Les professionnels adaptent en ce sens continuellement leurs pratiques professionnelles afin de répondre à l'enjeu d'inclusion fortement porté par les politiques publiques.

Comme tout à chacun, les personnes en situation de handicap ont des droits. La France s'est engagée à faire respecter ces droits en ratifiant en 2010, la convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH). Bien que le bilan des Nations Unies concernant l'application par la France de ladite convention conclût à un bilan contrasté malgré des actions et efforts engagés, **les professionnels du médico-social s'engagent en permanence auprès des personnes en situation de handicap pour les aider à promouvoir, protéger et défendre leurs droits et libertés fondamentaux** conformément à l'article premier de la convention internationale. Les professionnels s'inscrivent donc dans des démarches continues d'adaptation aux personnes et à leurs besoins pour les aider à mieux comprendre leurs droits en décomplexifiant par exemples différents outils (ex : utilisation de dessins, de pictogrammes, etc.), ou en les sensibilisant via des supports adaptés (ex : utilisation du FALC) ou en utilisant la communication alternative améliorée (outils numériques) à la Croix-Rouge française. Cela passe aussi par l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans leur citoyenneté afin qu'ils puissent être des citoyens à part entière en participant à la politique de leur collectivité et de leur nation (ex : participation aux conseils de quartiers). Il est ainsi important par exemple que les élus ou encore les candidats prennent le temps de rencontrer ces personnes, et que l'ensemble des supports nécessaires aux élections poursuivent leur évolution en ce sens d'une meilleure accessibilité.

Pour réussir une démarche d'inclusion reposant sur l'auto-détermination et le pouvoir d'agir, un changement de regard de la société sur le handicap est indispensable. Pour autant, ce changement ne peut s'opérer que si la personne en situation de handicap accepte aussi de changer le regard qu'elle porte sur elle-même, et accepte de se considérer comme un enfant, une femme, un homme ou encore un citoyen à part entière et ayant toute sa place dans la société actuelle. Les professionnels développent différentes initiatives pour aider les personnes à comprendre et à accepter leur handicap, afin de leur permettre d'avoir confiance en eux, préalable indispensable dans l'autodétermination et le pouvoir d'agir. Ainsi, des groupes de pairs se développent pour accompagner et valoriser les compétences des personnes en situation de handicap. Ce changement de regard, les professionnels du médico-social le travaillent aussi auprès des professionnels susceptibles d'intervenir auprès de la personne accompagnée, mais aussi auprès des futurs professionnels dans les écoles de formation. Ainsi, la mise en place de formations par les usagers eux-mêmes sont développées sur certains territoires pour sensibiliser les futurs professionnels au handicap. Cela permet également aux professionnels de l'établissement de faire découvrir les spécificités du handicap avec le souhait de pouvoir les recruter dans les années à venir. Le changement de regard sur le handicap doit être portée par la société tout entière également. Malgré les progrès réalisés ces dernières années, les personnes en situation de handicap sont encore trop souvent victimes des représentations ou de préjugés des autres. Les personnes en situation de handicap et les familles souffrent de ce regard porté sur eux. Les professionnels mettent ainsi tout en œuvre et développent des actions visant à modifier le regard sur le handicap soit par le biais de journée de sensibilisation par exemple auprès des écoles, ou encore de manière ludique à travers des jeux (Escape Game), etc. Nos organisations promeuvent la nécessité de poursuivre ce changement, et ce dès le plus jeune âge. Il doit constituer un des axes prioritaires des politiques publiques, car il est un élément indispensable à la réussite de l'inclusion. Notons que les JO et Jeux paralympiques 2024 qui arrivent constituent une opportunité à ce sujet.

Connecto'bus
Délégation APF (Centre-Val de Loire)

L'APF a pour projet de mettre en place un bus itinérant équipé d'outils numériques universels et adaptés aux personnes en situation de handicap pour leur permettre d'appréhender la technologie afin de ne pas leur faire subir la fracture numérique. L'idée étant de proposer aux personnes en situation de handicap un accompagnement spécifique et une formation adaptée pour qu'eux-mêmes puissent devenir formateur et développer la paire-aidance (Lien).
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Partage le handicap
MAS de la Vallée du Lunain
Fondation COS Alexandre Glasberg (Ile de France)

Les usagers de la MAS de la Vallée du Lunain témoignent et racontent leur handicap au quotidien (histoire de vie, leurs besoins, leurs difficultés, etc.) via des visio-conférences interactives auprès des étudiants afin de les sensibiliser au handicap. Un partenariat a ainsi été mis en place avec l'institut de formation en soins infirmiers (Lien). Le changement de regard est important pour les personnes accompagnées comme en témoigné une usager de la MAS : « On veut lutter contre les idées reçues. Malgré le handicap on peut réaliser nos rêves. »
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Pour faciliter la vie au quotidien des personnes en situation de handicap et donc leur autonomie, **il est nécessaire de leur garantir des conditions d'accessibilités indispensables à leur inclusion en milieu ordinaire**. Les professionnels mettent tout en œuvre pour favoriser et faciliter l'autodétermination de la personne accompagnée en pensant avant tout à leur bien-être en renforçant cette accessibilité. Ce travail sur l'accessibilité prend différentes formes : accessibilité aux soins comme tout à chacun, accessibilité à des activités de la vie quotidienne ou scolaire, accessibilité aux élections, etc. Cette accessibilité passe aussi par l'accompagnement des personnes en situation de handicap au numérique puisqu'au aujourd'hui l'internet et le numérique ont pris une place importante (ex : beaucoup de démarches se réalisent en ligne maintenant). Ainsi, les professionnels mettent en place des actions

innovantes, en favorisant l'aller-vers également, pour permettre une accessibilité des personnes en situation de handicap dans une société de plus en plus « connectée ».

La personne en situation de handicap doit être placée au centre de l'accompagnement et de ses choix ou aspirations, les professionnels devant s'adapter à leurs besoins, et non l'inverse comme ont pu le souligner différents rapports. Ainsi, des professionnels innovent par exemple pour permettre à la personne accompagnée de contrôler sa vie quotidienne en fonction de ses besoins et de ses souhaits, en toute autonomie, et sans subir les contraintes organisationnelles des établissements (ex : via des logiciels d'aide à la gestion de la vie quotidienne). Les professionnels peuvent ainsi organiser leurs missions au plus près des besoins des personnes accompagnées. En effet, bien souvent les personnes accompagnées évoquent subir les choix imposés dans leur prise en charge sans prise en compte de leurs souhaits. Ils ont le sentiment que l'on décide à leur place de ce qui est bon pour eux sans prendre en compte leur parole, ce qui a été notamment souligné cet été par les Nations Unies dans le rapport rendu sur l'application par la France de la CIDPH. La parole aujourd'hui des personnes accompagnées n'est donc pas suffisamment prise en compte notamment dans la définition des politiques publiques.

Les professionnels accompagnent et soutiennent les personnes en situation de handicap dans toutes les étapes de leur vie, de la naissance à leur choix de vivre seul en appartement ou encore de devenir parents en développant des dispositifs dédiés (ex : réservation de places en crèches pour des enfants en situation de handicap, accompagnement du désir de grossesse au retour à domicile avec l'enfant, développement de

L'école têtes en l'air
IEM Paul Dupas du Vent de Bise – APF France Handicap (Haut de France)

L'IEM Paul Dupas du Vent de Bise a développé une plateforme d'inclus professionnelle en permettant à des jeunes présentant des handic moteurs avec ou non des troubles associés de passer un brevet théori de pilote d'ULM dans le cadre d'une formation de 3 ans afin de l permettre de piloter des drones dans une filière professionnelle qui o aujourd'hui de nombreux débouchés dans différents secteurs. Ainsi, brevet est une porte ouverte vers le monde de l'entreprise avec potentiel d'emplois important (agriculture, sécurité, spectacle, etc.). A des perspectives d'avenir leur sont données, car comme témoigne un je « ce n'est pas parce que je suis en fauteuil que je ne peux pas travaille (Lien).
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Croix-Rouge française

De son côté la Croix-Rouge française a formé des référents vie sexuelle et affective dans tous ses établissements.
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Logiciel Vie Quotidienne
IEM de Talence (Nouvelle Aquitaine)

L'IEM de Talence (Gironde, Nouvelle Aquitaine) a mis en place au sein de son établissement un logiciel Vie quotidienne utilisé à la fois par les jeunes accompagnés et par les professionnels, utilisable n'importe où tant en extérieur qu'en intérieur. Les jeunes peuvent ainsi mener leur vie d'étudiant sans subir les contraintes organisationnelles et en toute autonomie. Les professionnels peuvent, quant à eux, organiser leurs tâches pour répondre au plus près des besoins des personnes accompagnées. Ainsi, comme en témoigne un jeune de cet établissement, il a un « contrôle » sur sa vie quotidienne, là où il n'a pas de contrôle sur son corps, ce qui lui permet d'avoir une vie sociale facilitée dans un système où l'on décide souvent pour eux (Lien)
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Reconnaître le besoin de vie affective, sentimentale et sexuelle des adultes en situation de handicap en établissement ou service médico-social –l'APF France Handicap et Croix-Rouge française

La FEHAP a élaboré une fiche-action intitulée « Reconnaître le besoin de vie affective, sentimentale et sexuelle des adultes en situation de handicap en établissement ou service médico-social ». Réalisée à partir du retour d'expérience d'APF France handicap. Cette ficha-action a pour objectif de permettre l'expression des sentiments des personnes, la connaissance et conscience de leur corps et de ses différentes possibilités, réduire les risques liés à leur vie sexuelle, favoriser l'estime de soi, l'acceptation de l'autre et de la parentalité Cette fiche-action a été réalisée à partir d'un retour d'expérience d'APF France handicap. (Lien)
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

partenariat entre des maternités et des services d'aide à la parentalité de patientes porteuses de handicap (SAPPH)).

Les usagers Pairs Accueillants
SAVS APF France Handicap (Nouvelle Aquitaine)

Le SAVS APF France handicap de la Corrèze a mis en place un système de pair-accueillants afin d'accueillir les nouvelles personnes suivies par le SAVS. Les usagers experts formés, valorisent ainsi leurs compétences et leurs expertises en témoignent de leur parcours pour mettre en confiance les usagers nouvellement accueillis. Les professionnels du SAVS sont également formés pour accompagner cette co-construction avec les usagers experts. (Lien)
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Les professionnels s'investissent également pour favoriser l'inclusion dans la société des personnes en situation de handicap autant que possible en milieu ordinaire et en favorisant au maximum leur autonomie. Différents dispositifs autour du logement sont mis en place par les professionnels pour préserver et conforter l'inclusion en milieu ordinaire à tous les âges de la vie tout en assurant la continuité des soins et le lien social en mixant si besoin les allers retours entre séjours d'une vie à domicile et espaces collectifs (ex : habitat inclusif, appartements groupés dans une résidence HLM pour des PHV, appartements d'apprentissage à la vie autonome, etc.). L'accès à l'autonomie de ces personnes est donc un enjeu pour les professionnels dans cette logique d'inclusion. Ainsi, les professionnels essaient de favoriser l'insertion sociale et professionnelle de ces personnes dans une société en constante mutation tout en s'adaptant aux évolutions. Les professionnels développent ainsi des dispositifs visant à permettre l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ou en les y préparant (ex : plateforme d'inclusion professionnelle, formation à des métiers dans des filières porteuses d'emplois, etc.). L'insertion sociale est très variée quant à elle : sensibilisation à la préservation l'environnement, valorisation des compétences des personnes en situation de handicap au profit de la solidarité envers tous avec la réalisation de chantiers solidaires, etc…

Equipe mobile de MAS-FAM
pour concrétiser le projet de la personne
Fondation Père FAVRON (Martinique)

La fiche-action FEHAP, élaborée à partir du retour d'expérience de Fondation Père Favron, prend en compte le projet de vie idéal des adult entrant dans un établissement médico-social. En effet, lors de s admission en MAS ou en FAM, l'éventualité d'une ressortie de la person accompagnée n'est jamais questionnée. Tout se passe comme l'institution était une finalité et non une simple étape de son parcours. création de cette équipe mobile pluridisciplinaire à l'interstice l'institution/établissement et du SAMSAH permet de mettre en place d outils d'accompagnement pour l'expression des choix de la personne, travailler sur ses capabilités et son projet de vie initial, de prendre compte son souhait de rentrer plus souvent en famille, lui permettre sortir de l'institution si elle le souhaite, de vivre dans le milieu ordinair
Lien
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

La FEHAP, Nexem et la Croix-Rouge s'engagent aussi aux côtés des établissements et services pour promouvoir la participation et la prise en compte de la parole des personnes en situation de handicap dans toutes les décisions qui les concernent en fonction de leurs facultés et de leurs âges, et dans le développement de la Paire-aidance.

Habitat groupé de personnes en situation de handicap avançant en âge
ALEFPA (Mayotte)

La fiche-action FEHAP relative au dispositif d'emploi accompagné décrit les synergies nécessaires des acteurs institutionnels publics et privés, qui passent également par la capacité des professionnels éducatifs et sociaux à aller vers les différents dispositifs spécialisés ou de droit commun : Cap Emploi, Pôle Emploi, FIPHFP, AGEFIPH, Missions locales, PRITH, CNFPT... Elle a été élaborée à partir du retour d'expérience de l'ALEFPA Mayotte. (Lien)
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

La FEHAP a élaboré le guide-repère « La Paire-aidance dans les établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap » de manière partenariale pour outiller les structures qui souhaitent lancer une réflexion sur l'intégration de l'accompagnement par les pairs dans leur projet de service. Nos organisations considèrent que le développement de la paire-aidance s'inscrit aussi dans l'évolution plus

globale du secteur du handicap qui vise à garantir toute sa place à la parole des personnes accompagnées, reconnaître l'expertise du vécu, placer au cœur de tout projet d'accompagnement l'objectif d'une plus grande autonomie et promouvoir l'autodétermination et la capacité d'agir. A ce titre, la paire-aidance permet d'enrichir les pratiques des professionnels à partir des parcours de vie et des connaissances empiriques des personnes accompagnées. Pour nos organisations, la paire-aidance fait donc partie des leviers qui contribuent à faciliter, pour les personnes en situation de handicap et de vulnérabilité, le pouvoir d'agir sur leur propre vie et la montée en autonomie. Cette démarche s'inscrit dans la lignée du plaidoyer Associons nos savoirs, en faveur de la participation des personnes accompagnées, des aidants et des patients à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et du secteur social. La FEHAP avec Nexem se sont engagées également au côté de la Croix Rouge dans le projet EpoP (Empowerment and participation of persons with disability) Ce projet représente une opportunité pour les acteurs afin de les soutenir dans la transformation de l'offre médico-sociale et au-delà dans le virage inclusif de notre société. L'expérimentation de ce projet est en cours dans deux régions en France métropolitaine : Hauts-de-France et Nouvelle Aquitaine.

Les professionnels innovent en adaptant leurs modalités d'accompagnement et de soins.
Ainsi, ils développent également des modalités d'intervention offrant des nouvelles perspectives de soins et d'accompagnements aux personnes en situation de handicap. Ainsi, la médiation animale est développée dans de nombreuses structures. L'animal étant acteur dans la prise en charge. D'autres mettent en place des dispositifs multi sensoriel (ex : méthode biofeedback).

Le renforcement du pouvoir d'agir et de l'auto-détermination des personnes en situation de handicap passe aussi par le soutien aux aidants et aux familles afin de promouvoir une continuité des parcours de vie.

Différentes actions sont mises en place par les professionnels tels que des équipes mobiles ou encore des solutions de répit. Les professionnels travaillent ainsi avec les familles qui sont des partenaires de la prise en charge. Il est donc important qu'elles puissent disposer d'espaces pour souffler et prendre du temps pour elles.

Equi'libre
APF France Handicap (Normandie)

Le Pôle Enfance Jeunesse de l'APF France Handicap (Normandie) a mis en place le dispositif « Equi'libre » avec de la médiation équine pour accompagner les jeunes (vidéo de présentation – Lien).
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

La Villa Grenadine
APF France Handicap (Ile de France)

Une maison de répit, la Villa Grenadine, a été mise en place pour accueillir les enfants durant les week-ends et les vacances permettent aux familles de souffler un peu, de prendre du temps pour eux. Comme en témoigne une famille qui sentant son enfant en sécurité peut « réapprendre à vivre » (Lien).
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Concernant le second niveau d'intervention professionnelle, *« à projeter ses compétences et expertises au contact, voire au sein d'environnements de vie ordinaire. On peut presque parler d'un nouveau « contrat d'accompagnement » de la personne qu'il accompagne (le professionnel s'insérant ainsi dans un cercle d'accompagnement élargi à des personnes « non spécialistes »)*

Comme évoqué dans les propos introductifs, le handicap nous concerne tous, la société civile mais aussi l'ensemble des professionnels de tous les secteurs confondus. Les professionnels regorgent d'idées et innovent dans leurs pratiques d'une part pour accompagner les personnes vers le milieu ordinaire, mais aussi pour faire entrer le milieu ordinaire dans les établissements pour favoriser l'inclusion et les interactions ainsi que pour rompre l'isolement (ex : mise en place de spectacles artistiques avec des jeunes d'un établissement scolaire). Les personnes en situation de handicap peuvent ainsi tisser des liens avec la société ordinaire, mais cela permet également de faire connaître le handicap et les métiers aux jeunes générations et de susciter le cas échéant des vocations.

Pour autant, et de nombreux rapports ont pu le mettre en évidence, les secteurs sont intervenus pendant des années de façon trop cloisonnée sur les différents territoires. Les uns ne connaissant pas le travail des autres, avec un impact sur l'accompagnement (ex : difficultés entre les MECS et les DITEP). Pour autant, ce constat change progressivement. Les professionnels apprennent à se connaître et à coopérer pour le bien-être de la personne en situation de handicap. Ainsi, les connaissances, les compétences et les expertises de chacun sont mutualisées pour améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Des modalités de collaboration entre différents professionnels de différents secteurs se mettent en place pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap (ex : formation et sensibilisations croisées, partage d'outil de communication, développement d'outils de liaison entre le secteur médico-social et sanitaire, etc.). Cette coopération se développe également à partir des équipes mobiles (ex : EMAS) mais aussi des plateformes ou encore de centre de ressources. Les professionnels viennent à la rencontre de leurs confrères, les conseillent et les soutiennent dans leur mission. Peuvent être ainsi coordonnés au sein d'un même dispositif les différents champs d'expertises facilitant leur articulation et améliorant leur visibilité. Cette expertise est aussi mise à disposition du milieu ordinaire. Ainsi par exemple, les professionnels développent différentes actions autour de sport, de la culture, de la musique, etc. Les établissements et services œuvrent également pour renforcer l'accueil des enfants en situation de handicap dans les structures collectives de la petite enfance, tout en y associant les parents. Des structures collectives ont fait le choix de réserver une partie de leurs places pour des enfants en situation de handicap en travaillant des partenariats avec des acteurs du médico-social comme des CAMSP, des IME, etc. Ainsi, il est important pour favoriser l'inclusion de ces enfants, que les professionnels des structures collectives soient sensibilisés et formés à l'accompagnement de la parentalité dans le cadre du handicap. Des dispositifs ont été mis en place et pourraient être développés sur l'ensemble des territoires, comme des « unités mobiles handicap » qui interviennent auprès des structures collectives et favorisent la prévention et le repérage précoce de l'enfant. Concernant la scolarité des enfants en situation de handicap, de nombreux progrès ont été réalisés ces dernières années, comme en atteste les données chiffrées par l'éducation nationale. Toutefois, des efforts doivent se poursuivre comme par exemple la formation et la sensibilisation des enseignants. En effet, par exemple il est constaté que les enseignants ont très peu connaissance de la plateforme CAP Ecole Inclusive, malgré une information et une formation des IEN ASH. Ce sont souvent les EMAS et les Sessad qui font découvrir cette plateforme aux enseignants.

Plateforme d'accompagnement petite enfance et handicap Crescendo (Ile de France)

Plateforme d'accompagnement petite enfance et handicap, composée d'une équipe pluridisciplinaire et dont l'objectif est d'augmenter l'accueil des jeunes enfants en situation de handicap dans les structures de la petite enfance. Elle intervient auprès des professionnels de la petite enfance et accompagne les familles, en lien avec les différents partenaires de soins (Lien)

Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Concernant le troisième niveau d'intervention professionnelle : *« à soutenir, au-delà de l'accompagnement d'une personne particulière, la montée en compétence des acteurs et dispositifs de droit commun, dans leur démarche d'amélioration de leur « accessibilité » et d'ouverture aux*

personnes vulnérables (le professionnel devient ainsi interlocuteur expert de ces dispositifs de droit commun, pour les aider à évoluer). »

La FEHAP,la CRf et Nexem participent activement depuis le début des travaux à la réforme SERAFIN-PH. Ils ont notamment contribué aux travaux d'élaboration des nomenclatures de besoins et de prestations. La nomenclature des prestations propose une grille descriptive des prestations assurées par les professionnels des ESMS notamment vers les acteurs et dispositifs de droit commun, qui permettent de mettre en œuvre l'accompagnement des personnes dans tout leur parcours de vie (éducation, scolarité, insertion professionnelle, logement...).

Différentes fiches actions élaborées par la FEHAP en lien avec ses adhérents décrivent également sous un angle opérationnel l'évolution nécessaire des pratiques des professionnels, en termes de mise en œuvre des actions fondées sur l'autodétermination des personnes et de description des facteurs de réussite.

Par exemple, la fiche-action relative au dispositif d'emploi accompagné décrit les synergies nécessaires des acteurs institutionnels publics et privés, qui passent également par la capacité des professionnels éducatifs et sociaux à aller vers les différents dispositifs spécialisés ou de droit commun : Cap Emploi, Pôle Emploi, FIPHFP, AGEFIPH, Missions locales, PRITH, CNFPT... Ces modèles pourraient être des sources d'inspiration pour généraliser des modes de soutien au milieu ordinaire de travail pour les personnes qui nécessitent un soutien dans l'inclusion.

En l'état actuel de « réceptivité » de la société, l'étayage des acteurs de droit commun par des professionnels de l'accompagnement et/ou spécialisés sur cet axe est probablement une condition incontournable, de la mise en œuvre du mouvement inclusif, probablement tout autant que l'est le soutien à l'autodétermination.

Concernant le quatrième niveau d'intervention professionnelle *« et même d'être reconnu, auprès des personnes morales en ayant la compétence, « prescripteur » de ce qui peut renforcer (voire contraindre !) la démarche de responsabilité qui incombe aux acteurs et dispositifs de droit commun (le professionnel devient ainsi l'interlocuteur d'autorités susceptibles d'exercer une influence transformatrice sur ces derniers, en leur suggérant les points les plus importants sur lesquels faire porter l'effort) »*

C'est le stade ultime de la prise en compte des spécificités des personnes en situation handicap… et le plus critique. C'est aussi à cette aune que doit se mesurer le niveau d'accueil de notre société envers les personnes en situation de handicap.

Aussi, si la dimension culturelle est fondamentale (comment créer un réflexe de prise en compte des différences dans la mise en œuvre des politiques publiques ?), cela peut s'organiser en déterminant des objectifs d'inclusion en milieu ordinaire et en créant les conditions de leur réalisation. Pour ce faire, c'est la valorisation du savoir-faire et du soutien des équipes spécialisées (en l'occurrence du secteur médico-social) à l'étayage de l'accueil des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire : formations, sensibilisation, appui et étayage concernant la gestion des troubles du comportement, bonnes pratiques, veille sur la capacité à rester en milieu ordinaire, organiser un aller-retour dans le secteur spécialisé…

Le contrat de territoire, son animation et son suivi incluant et engageant des cibles de personnes à inclure (ex : taux d'élèves handicapés scolarisés, taux d'emploi des personnes handicapées, augmentation du nombre d'ERP accessibles, taux d'équipements culturels accessibles…) et les besoins en soutien du secteur médico-social pourraient être négociés par département incluant les autorités

publiques en charges des politiques d'accès aux droits, les acteurs économiques, sociaux et culturels et de loisirs.

En conclusion, pour nos organisations, il est important que les professionnels de ces ESMS ne perdent pas leur identité professionnelle, l'inclusion est bien un enjeu auquel ils essaient de répondre, mais ils ne doivent pas pour autant devenir des « conseillers en inclusion ». Professionnel de l'accompagnement ou travailleur social est un vrai métier de la relation à l'autre, qu'il est important de valoriser et de rendre attractif pour poursuivre cette logique d'inclusion. Il faut garder à l'esprit que les professionnels sont aujourd'hui très éprouvés par la crise et ont besoin d'être soutenus et reconnus par les pouvoirs publics.

L'attractivité des métiers de l'accompagnement (au sens large) nécessite le rétablissement de la reconnaissance comme élément charnière de la Transformation de l'Offre et du mouvement inclusif avec une articulation en 6 points :

- ✓ Positionnement politique clarifié quant aux orientations d'accompagnement inclusif relatives aux publics en situation de fragilité (le projet de société),
- ✓ Redéfinition de la gouvernance du champ social et médicosocial : aller vers une gouvernance et des financements uniques.
- ✓ Accord national de méthode et d'engagements réciproques pour la mise en œuvre des dites orientations, avec un repositionnement des parties prenantes (notamment : des autorités publiques qui passent du pilotage des acteurs à l'accompagnement des acteurs)
- ✓ Reconnaissance nationale déclarée et instituée des métiers de l'accompagnement comme essentiels à la nation via la mise en œuvre de ces orientations,
- ✓ Reformulation des missions et des formations des professionnels entre, soutien à l'autodétermination, accompagnement dans le cadre de dispositifs spécialisés et accompagnement dans et des dispositifs de droit commun,
- ✓ Refonte de l'environnement conventionnel incluant une revalorisation salariale attractive et évolutive au regard de l'autonomie et de la responsabilité dans l'exercice des pratiques.

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Selon vous, quelles sont les difficultés (et du coup les conditions de réussite collective) rencontrées dans vos pratiques pour le mener à bien ?

- Concernant les pratiques d'accompagnement
- Concernant le contact avec des acteurs de droit commun, l'intervention auprès des acteurs de droit commun ou dans des environnements de droit commun
- Concernant vos attentes précises en termes d'évolution de ces acteurs de droit commun. (Lesquels en priorité : école, système de soins, entreprises, administrations ? Et quelle aide pourrait-elle leur être fournie par ceux qui accompagnent des personnes vulnérables ?)

Les professionnels des établissements et services sont volontaires et s'inscrivent dans les démarches d'expérimentation pour la transformation de l'offre et dans la politique inclusive. Or aujourd'hui, il y a énormément de campagnes lancées (ex : Serafin PH, forfait soins santé, etc.), et les établissements se retrouvent démunis faute de professionnels suffisants. Les tensions RH actuelles sont telles qu'elles les mettent en difficultés notamment pour assurer un accompagnement de qualité (ex : fermeture de place faute de personnel suffisant/ fonctionnement en mode dégradé). Cette réalité ne peut être ignorée. Il est nécessaire de prendre soin des professionnels tout comme ils prennent soins des personnes accompagnées, de les reconnaître et de les valoriser dans leur travail. Cela passe également par une amélioration de leur qualité de vie au travail pour redonner du sens. Notons par ailleurs, que le directeur d'un ESMS a une obligation de sécurité envers ses salariés en veillant à leur sécurité à la

fois physique et morale, autant de paramètres à prendre en compte en période de crise sanitaire où l'on demande à tous les professionnels des efforts importants.

Les établissements et services regrettent aussi que de nombreuses dispositifs se mettent en place (ex : PCO, EMAS, etc.) sans évaluation préalable de l'existant (ex : absence d'une évaluation nationale de l'impact des PCPE). Il y a aujourd'hui une multitude de dispositifs sans étude d'impact et qui ne facilite pas la transformation de l'offre. Il y a parfois une volonté des pouvoirs publics de développer des dispositifs mais le cadrage est manquant, entrainant ainsi des disparités sur les territoires (ex : des établissements toujours en attente de la publication du cahier des charges concernant les communautés 360). A cela s'ajoute le manque de données objectives et de fait l'absence d'évaluation des politiques publiques. Par ailleurs, les établissements et services sont soumis à un cadre juridique en droit du travail très contraignant et parfois non compris et non pris en compte par les autorités de contrôle et de tarification (ex : refus d'embauche). La FEHAP et ses adhérents demandent la réalisation d'un bilan des dispositifs mis en œuvre dans le cadre de la transformation de l'offre (ex : PCPE, Communauté 360, etc.) qui viendrait en complémentarité du dernier rapport de l'IGAS sur cette question.

Les établissements et services sont également confrontés à des difficultés liées à la gouvernance de la transformation de l'offre. Ils ont un sentiment d'insécurité sur certains dispositifs non pérennes avec le risque de perdre toute l'expertise développée par leurs professionnels, au profit d'un autre établissement (ex : renouvellement du dossier d'habitat inclusif tous les un an et demi). Par ailleurs, les établissements et services ont le sentiment que la charge de la preuve de la nécessité de la transformation de l'offre repose sur eux alors qu'ils devraient être définis dans le cadre d'une politique nationale et locale concertée entre tous les acteurs.

Les professionnels peuvent être confrontés dans leurs pratiques aux souhaits des personnes qui ne rentrent pas dans la politique inclusive voulue par l'Etat. Certains établissements et services précisent que des personnes en situation ont bien compris le sens de l'inclusion, mais ne souhaitent pas vivre seuls à leur domicile. A l'inverse, d'autres souhaitant vivre seuls en milieu ordinaire ne pourront pas le faire faute de moyens financiers suffisants. Ainsi, il y a des difficultés qui nécessitent d'avoir une réflexion globale pour accompagner les propositions d'accompagnement formulées par les dispositifs et plateformes dans le cadre de la RAPT. Les établissements et services constatent également un manque de places sur certains territoires (ex : sollicitation régulière pour accueillir en urgence des personnes en situation de handicap faute de places). Les ESMS précisent que le tout inclusif pour certaines personnes en situation de handicap ne peut se faire que si l'accompagnement à domicile est possible. Or aujourd'hui des personnes en situation de handicap restent en établissement de santé (ex : hôpital, SSR, etc.) car il est impossible de déployer les plans d'aides. Leur parcours est donc bloqué (ex : un patient en SSR peut rester sur une durée supérieure à 12 mois). Comme le précisent des directions, « nous sommes prêts à sortir de nos établissements, mais on ne nous en laisse pas la capacité ».

Globalement, nos organisations constatent actuellement une vision très pessimiste de certains de ses adhérents et de leurs professionnels concernant l'avenir. Toutes les difficultés évoquées précédemment ont de faits des impacts sur les pratiques professionnelles. Les équipes sont soutenues par des directions qui sont également épuisées et dans l'impossibilité de leur donner des visibilités quant à l'amélioration de la situation à long terme. Nos organisations recommandent aux pouvoirs publics de faire confiance aux ESMS ainsi qu'à leurs équipes et de reconnaitre leur expertise de terrain dans la définition des politiques publiques aux côtés de celle des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

En synthèse, ces difficultés se résument ainsi :

- Concernant les pratiques d'accompagnement

Réussite	Difficulté
○ Formation spécifique pour accompagner des personnes en situation de rupture de parcours ou personnes ou présentant une situation complexe ○ Travail partenarial avec les parties prenantes (famille, proche, autres ESSMS)	○ Dégager du temps pour la formation ○ Financement des plans de formation ○ Disponibilités des salariés (rareté des salariés) ○ Expérience et implication des personnes ○ Liens avec l'ensemble des secteurs y compris le milieu hospitalier connaissant peu le handicap et n'ayant pas assez de disponibilité

- Concernant le contact avec des acteurs de droit commun, l'intervention auprès des acteurs de droit commun ou dans des environnements de droit commun

Réussite	Difficulté
○ Travail partenarial avec association sportive, collectivité locale … dans une logique d'inclusion ○ Duo Day et prestations ESAT, entreprises adaptées avec milieu de l'entreprise	○ Manque de connaissance du milieu ordinaire, de ce qu'est le milieu protégé, connaissance du handicap ○ Faible visibilité du secteur handicap

Malgré tout, les ESMS et leurs équipes travaillent au quotidien pour le bien-être des personnes accompagnées. Ainsi leurs attentes sont très diverses concernant les acteurs de droit commun et les évolutions possibles :

- Poursuivre le travail amorcé sur le changement de regard des acteurs de droit commun sur le handicap (cf. réponse question n°1) et interpeller la société sur sa capacité à se décloisonner.
- Développer des passerelles avec les acteurs de droit commun en autorisant les allers retours d'un dispositif à un autre, en s'autorisant à « rêver » et à expérimenter (tout en veillant à évaluer les dispositifs).
- Faire connaître les professionnels entre eux pour comprendre le fonctionnement de chacun, leurs enjeux, leurs leviers, leurs freins ou difficultés pour les lever afin d'apporter une réponse adaptée au besoin de la personne en situation de handicap.
- Poursuivre le développement des conventions de coopérations et de partenariats sur les territoires.

- Mettre en place des moyens supplémentaires pour poursuivre le développement de l'inclusion et la transformation de l'offre.
- Faire évoluer les métiers et les carrières afin de créer une interaction forte avec le milieu ordinaire qui n'est pas suffisamment formé. Il doit acquérir des compétences auprès des professionnels du secteur médico-social.
- Proposer les compétences et l'expertise du secteur médico-social à la société dans son ensemble, pour un vrai projet porteur de sens.
- Mettre le projet de la personne au cœur du modèle doit s'accompagner de la reconnaissance de la légitimité et des compétences des professionnels les plus proches du projet de la personne.
- Favoriser la souplesse des accompagnements en faisant sauter certains verrous administratifs (orientations, dispositifs)
- Renforcer les partenariats entre sanitaire et médico-social pour certains professionnels (médecins, kinés, ergothérapeutes) avec des mises à disposition.
- Mieux prendre en compte et reconnaître le secteur de l'accompagnement à domicile.
- Renforcer la reconnaissance des savoirs expérientiels des personnes et des professionnels.
- Mieux appréhender les nouveaux métiers : coordination de parcours, référent éthique, assistant démarche qualité, coordination sécurité et patrimoine…

Le dispositif d'assistance au projet de vie (APV) et le métier d'APPV

Ce dispositif inclusif a la spécificité de dédier un professionnel, l'assistant aux projets et parcours de vie (APPV) à l'appui au pouvoir de dire et d'agir des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants. Par une approche centrée sur les attentes des bénéficiaires, ce dispositif de proximité soutient les personnes et leurs proches aidants selon leurs propres choix. Il permet de mobiliser les acteurs du territoire autour du projet de vie de la personne, en facilitant ainsi l'accès aux droits dans une approche inclusive.

Le dispositif APV et le professionnel APPV s'adressent à toutes les personnes en situation du handicap, ainsi qu'à leurs proches aidants, à toutes les étapes de la vie, quels que soient leurs demandes, les difficultés rencontrées et l'état d'avancement de leurs démarches.

L'appui apporté favorise l'identification et la mise en œuvre des accompagnements souhaités, en mobilisant à chaque fois que c'est possible le droit commun.

Le dispositif et le professionnel s'appuie sur un décloisonnement entre tous les acteurs : ces derniers et les ressources sont mobilisés en fonction du projet de vie et du parcours de chacun, non pas en partant de l'offre de service existante.

Il s'agit d'un levier important pour la transformation de l'offre médico-sociale et le développement de l'accessibilité des services de droit commun.

Initié et piloté par Nexem et soutenu par ses partenaires, le métier d'APPV a fait l'objet de phases d'expérimentation et de consolidation de 2016 à 2019, dans 3 régions et 8 départements.

Aujourd'hui le métier et le dispositif sont déployés de plus en plus dans différentes régions. En Nouvelle Aquitaine, l'ensemble des départements le déploie, avec le soutien de l'ARS.

Cette dynamique est rendue possible par la mise en place d'une formation structurée que Nexem, en partenariat avec le CNAM, a mis place.

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Les professionnels sont-ils suffisamment outillés, tant en termes de formation initiale que continue, mais aussi de supervision et d'appui concret aux pratiques ? Quels sont les premiers points d'effort ?

La période sanitaire actuelle est venue modifier de façon assez profonde le rapport au travail pour un certain nombre de professionnels. L'enquête réalisée à la demande de l'OPCO Santé à la fin du premier semestre 2021 afin notamment de connaître les besoins des employeurs en matière de recrutement, d'emploi, de compétence et d'alternance met en évidence que :

- Près d'un employeur sur cinq envisageait dans les 12 prochains mois d'augmenter ses effectifs ;
- Dans le même temps les deux tiers des employeurs rencontrent des difficultés de recrutement. On note une corrélation assez nette selon la taille des établissements : de 30,5 % pour les établissements de 1 à 9 salariés, à 96,4 % pour les établissements de 200 salariés et plus ;
- Les difficultés de recrutement se cristallisent sur deux principaux métiers : infirmière (37 %) et aide-soignante (34 %). Viennent ensuite les métiers d'éducateur spécialisé (13 %), de moniteur éducateur (9 %) et de médecin généraliste (8 %).

Face aux enjeux sur l'attractivité des métiers et à la pénurie de personnel, il est impératif de réviser les procédures de recrutement (digitalisation du recrutement…), de proposer un socle de formation

(unique qui pourrait permettre ensuite des parcours professionnels sans opposer les différentes branches de notre secteur).

Or, le secteur à but non lucratif représente naturellement un important vivier d'emplois pérenne pour notre économie. De surcroît, ces emplois sont non-délocalisables et ont réellement un impact social important pour notre société. Il est notamment nécessaire pour le secteur social et médico-social d'attirer davantage de jeunes parmi ses salariés. Des journées portes ouvertes pour les élèves du secondaire pourraient être organisées ou encore la présence sur les salons étudiants.

J'apprends en travaillant
Fondation Ildys (Bretagne)

La Fondation ILDYS propose des apprentissages sur les différents métiers du soin et de l'accompagnement des personnes. En 2021, 61 postes ont été proposés en apprentissage contre une dizaine auparavant. La Fondation contribue à la formation des futurs professionnels ainsi qu'à la connaissance des différents métiers de l'accompagnement (Lien)
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Par ailleurs, en matière de formation, la période de confinement a imposé aux organismes de formation et aux entreprises de s'adapter et la crise sanitaire aura été un accélérateur du développement des formations à distance. De plus, face aux difficultés actuelles de recrutement ainsi qu'à la pénurie de candidats formés, la qualité des accompagnements proposés et des soins suppose l'intervention de professionnels diplômés.

L'apprentissage à la Croix-Rouge française

La Croix-Rouge française a largement ouvert ses écoles à l'apprentissage passante de 300 apprentis aides-soignants en 2020 à plus de 1000 actuellement.
Cf. Annexe 1 pour d'autres actions

Il apparaît également impératif, d'élaborer une politique de l'emploi et de développement des compétences visant à répondre aux besoins de professionnalisation des salariés et d'anticiper l'évolution des accompagnements et des prises en charge. Notre souhait est de pouvoir créer des synergies entre les différentes branches du secteur, mais également de soutenir une politique de l'apprentissage, et de certification avec un accès égal à la formation des salariés, quelles que soient leur catégorie professionnelle et la taille de l'entreprise qui les emploie. Il est de plus nécessaire d'investiguer les parcours d'intégration et de professionnalisation, par le biais des compétences transversales et en favorisant la qualification professionnelle de nos salariés.

Aussi, nous avons le souhait de poursuivre la réflexion sur les modalités d'utilisation et de mise en œuvre dans le secteur des dispositifs tels que Transition Pro et TransCo mais aussi des projets visant à amplifier l'effort de formation en faveur des demandeurs d'emploi, tout en promouvant une logique de certifications des compétences, et en favorisant le développement des formations certifiantes, avec éventuellement un accès progressif par blocs successifs.

Une instruction et une campagne de communication, sur le modèle de celle lancée par la DGCS et la DGEFP en octobre 2020 au profit du secteur du grand âge, va être élargie aux secteurs Santé et Handicap. Aujourd'hui le brief communiqué nous interroge notamment sur la connaissance transmise de la cible et qui ne semble pas mettre suffisamment en avant la construction des parcours professionnels.

Pour rentrer dans le détail, à la lecture de la question, il s'avère que malheureusement, les professionnels ne sont clairement pas suffisamment outillés, tant en termes de formation initiale que continue malgré les différentes démarches entreprises sur les notions de handicap mais aussi précisément sur la notion de l'inclusion et sur les modalités de mise en pratique de celle-ci.

D'une part, sur la formation continue le sujet est vaste.

D'autre part, la formation initiale devrait inclure de façon systématique, des notions théoriques sur les différentes formes de handicap, mais également, sur les évolutions des pratiques professionnelles, également sur les pratiques novatrices à l'international, sur les enjeux face aux familles, mais aussi sur les compétences comportementales que nécessitent les pratiques (prise de recul, …).

Clairement, la part d'acculturation et de prise avec l'expérience de terrain pendant la formation initiale doit être augmentée très fortement. La formation continue doit également aller de pair avec une appréhension des évolutions tenant aux pratiques nouvelles en France mais aussi à l'international et sur tous les aspects : médecins, chercheurs, psychologues, sociologues, philosophes (sur la notion de la bientraitance…) et tant d'autres avec des travaux entre ces différentes spécialités autour du thème du handicap et de l'inclusion.

Tous ces collaborateurs doivent être en capacité de **pouvoir faire évoluer leurs pratiques professionnelles**.

- Compétences théoriques qui évoluent en fonction des études.
- Compétences comportementales (prise de recul, échanges de pratiques professionnelles, savoir faire évoluer sa pratique professionnelle, impulser, conduire et donner du sens au changement, savoir « être surpris » dans sa pratique professionnelle, développement et animation de partenariats…).
- Compétences techniques (communication verbale et non verbale, évaluation des besoins, accompagnements en milieu ordinaire, la communication professionnelle …).

Afin de pouvoir accompagner au mieux les collaborateurs, il apparaît impératif de mettre en place des formations continues, présentielles, distancielles, digitales, en fonction du support le plus approprié et des conditions les plus favorables. Des modules de formation pourraient ainsi être réalisés également par les usagers eux-mêmes (cf. Projet de la MAS de LUNAIN évoqué dans notre réponse à la première question). Bien évidemment, il est extrêmement important de pouvoir mettre en place des formations de management (également des nouvelles générations, des bénévoles) et de revoir les formations des directeurs et de l'encadrement (communication, intégration, ressources humaines…).

Pour l'encadrement, les compétences managériales deviennent d'autant plus primordiales que les situations de travail se complexifient du fait de l'évolution des publics et de l'augmentation du nombre de mesures. Face à cette complexification, peuvent notamment être soulignées : le leadership et capacité à porter et faire vivre le projet associatif de la structure ; capacité à structurer une équipe ; soutenir ses collaborateurs/trices ; savoir gérer le stress. L'essentiel du rôle de directeur doit porter sur la coordination et l'harmonisation des diverses fonctions de l'organisation qu'il dirige et son rapport avec son environnement au service de la réussite d'un projet. le futur dirigeant sera avant tout un développeur et un facilitateur. Il sera aussi en capacité de porter de l'innovation, facteur fort d'attractivité. Enfin, il devra être accompagné pour gérer des situations d'urgence et des risques professionnels : anticiper des situations d'urgence ou de détresse et savoir alerter ; user de tact et de diplomatie face à différents interlocuteurs ; savoir rendre compte… sont autant de compétences mises en avant par les associations, faisant état de l'évolution et la complexification des besoins des publics accompagnés.

Ainsi, nous préconisons :

- De revoir la formation des directeurs et de l'encadrement : formations supérieures plus généralistes en management, sciences humaines, communication, voire en marketing, etc., au détriment de la filière éducation spéciale et de formations trop administratives (CAFDES par exemple à revoir) ;

- De revoir la formation des cadres également :
    - Formation à de nouvelles compétence en particulier le numérique et la gestion des données ;
    - Universitarisation du travail social ;
    - Développement d'un cursus entreprenariat et métier de l'accompagnement ;
    - Développement du pair accompagnement dans la formation initiale et continue.

Par ailleurs, la supervision des pratiques professionnelles peut être un axe d'évolution pour les professionnels. Pour autant il est nécessaire d'une part de disposer de temps et d'autre part des moyens financiers adéquats. Cette supervision permettrait ainsi la prise de recul des professionnels dans leur quotidien, nécessaire à ce jour.

Réponse de CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Quelles sont les évolutions qui, dans le cadre institutionnel qui est le vôtre, permettraient un exercice efficace de ces quatre « niveaux » d'intervention professionnelle ?

En tant que représentants d'une fédération d'employeurs ou gestionnaire d'établissements, notre rôle est d'être présent pour faire évoluer les référentiels métiers/ être à l'origine de nouvelles certifications en fonction des attentes nouvelles du secteur (cf. démarche de Nexem sur APPV soutenue par la CRf et que la FEHAP rejoindra prochainement). Mais notre rôle est aussi de créer avec le Gouvernement les conditions de réussite pour que soient articulés les quatre différents niveaux d'intervention mentionnés supra. On rappellera que les professionnels ne peuvent pas tout, ni d'ailleurs les établissements et services médico-sociaux qui sont une partie de la solution pour que la société soit « accueillante » aux personnes en situation de handicap.

Concernant le quatrième niveau d'intervention, il faut créer les conditions de la capacité à « prescrire » des professionnels spécialisés en milieu ordinaire, et certainement asseoir une gouvernance (Préfet/Recteur/DGARS/SPE/PCDx) qui permette de définir des objectifs d'adaptation du milieu ordinaire aux situations de handicap suite à l'évaluation des situations par les professionnels spécialisés du secteur médico-social.

Concernant les deuxième et troisième niveaux d'intervention, il convient de généraliser les dispositifs de soutien et d'appui médico-social au milieu ordinaire (type EMAS, dispositif d'emploi accompagné...), le fonctionnement en mode Covid (1ere vague) pouvant être un point d'appui tout à fait intéressant en maillant le territoire en fonction de zonages qui font sens dans le milieu ordinaire (ex : carte scolaire, etc.)

Concernant le premier niveau d'intervention, il faut recentrer les professionnels sur l'accompagnement et les « délivrer » des tâches liées à la traçabilité des actes et interventions auprès des personnes en misant sur des SI métiers performants permettant d'automatiser les actes/interventions types nomenclaturées dans les outils métiers. Cela fait lien avec SERAFIN PH, et la nomenclature à utiliser sans attendre l'atterrissage de la réforme et prévoir une bonne prise en compte dans les échelles futures de tarification la mission de prise en compte des attentes des personnes en situation de handicap dans la mise en œuvre des prestations.

Il faut également :

- Revoir l'organisation du travail en laissant plus de place à la responsabilisation, l'autonomie et les prises d'initiatives de chacun, à l'instar des équipes autonomes mises en place par la CRf et la Fondation OVE dans Amicial ;
- Améliorer les conditions de travail en supprimant les horaires coupés, en améliorant le taux d'encadrement, en favorisant le système de garde d'enfants pour les personnes à horaires décalés, en mettant en place une politique QVT ;
- Développer une démarche de Responsabilité sociétale d'organisation ;
- Améliorer l'ergonomie et l'accessibilité : par exemple actuellement, dans son accélérateur d'innovation sociale, le 21 OETH, la CRf accélère un exosquelette "Japet" qui pourrait être très utile pour les salariés ;
- Promouvoir l'innovation comme facteur d'attractivité ;
- Proposer, sur certains territoires, des logements aux personnes recrutées pour faciliter leur installation ;
- Faciliter l'insertion professionnelle des conjoints en nouant des partenariats avec les PME et grandes entreprises des territoires ;
- Créer une plateforme de services pour les salariés en créant une conciergerie : par exemple, un salarié cherche un massage et le trouve via une application ad hoc.

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Si vous deviez décrire les exercices professionnels d'ici 10 à 15 ans en termes de perspectives attractives et valorisantes, quels messages porteurs auriez-vous envie de délivrer ?

La FEHAP, la CRf et Nexem souhaitent délivrer les messages suivants :

- Sensibiliser dès le plus jeune âge à la question du handicap pour changer le regard de la société sur le handicap
- Revaloriser l'ensemble des métiers du secteur de l'action sociale et de la santé, sans aucune distinction entre les secteurs ou les professionnels, tout professionnel quel que soit son métier (de la filière logistique à la filière soignante, éducative et de direction) contribue à l'accompagnement des personnes en situation de handicap
- Développer un plan de formation en faveur des métiers de l'accompagnement avec l'ensemble des acteurs
- Faire évoluer les organisations et les pratiques managériales pour que les professionnels puissent être plus autonomes, participants à l'organisation de leur travail (organisation du travail, recrutement…) et puissent participer à la gouvernance.
- Disposer d'un système d'information collaboratif et interopérable qui permet l'information fiable et sécurisée.
- Définir des politiques en prenant en compte les besoins réels sur les territoires ainsi que les souhaits des personnes en situation de handicap et instaurer une coordination des acteurs qui accompagnent.
- Donner aux ESMS une véritable souplesse de gestion de leur « file active » en les autorisant à expérimenter et à sortir du cadre de l'autorisation lorsqu'un besoin est constaté sur un territoire.
- Restaurer la confiance entre les pouvoirs publics et les gestionnaires d'ESMS ainsi qu'aux professionnels des ESMS qui s'estiment aujourd'hui dévalorisés dans leur travail (cf. revalorisations partielles selon les statuts et les secteurs).

Par ailleurs, la FEHAP s'est engagée au côté de Nexem et de la CRf pour revaloriser l'attractivité des métiers des secteurs qui se déclinent en 5 grands axes :

- La revalorisation des rémunérations
- La formation professionnelle
- L'emploi
- La convergence des conventions collectives vers une convention collective unique : il s'agit d'abord de revoir la classification des emplois dans les conventions collectives pour permettre de valoriser en plus du diplôme ou de la qualification, la fonction exercée, le niveau d'autonomie et de responsabilité, la dimension managériale du poste… Il s'agit d'avoir une classification qui agisse sur l'attractivité des métiers et permettent de reconnaître les nouveaux métiers comme les coordinateurs de parcours par exemple et permettent de construire des parcours professionnels. L'utilisation du SI métier peut permettre d'apprécier ces dimensions (projet Canopée de la CRf) ;
- La communication

Réponse de la CRf, de la FEHAP et de Nexem à la question : Pour les cadres dirigeants ou chefs d'unités : quelles sont les conditions concrètes à réunir pour accompagner, appuyer leurs équipes dans les changements, évolutions qu'elles traversent ?

Dans ce contexte de crise sanitaire, afin de capitaliser sur les bonnes pratiques développées dans l'urgence de la crise, les conditions concrètes à réunir pour accompagner les équipes dans la conduite du changement passe par un renouvellement du dialogue de gestion entre les autorités publiques et les opérateurs.

Il faut redonner une dimension territoriale à la logique de contractualisation entre autorités publiques et organismes gestionnaires. Beaucoup d'ambitions ont été portées sur le CPOM afin d'en faire un véritable outil de transformation de l'offre. Il est essentiel de restaurer la confiance entre l'administration et les organismes gestionnaires, dans une démarche de co-construction des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Les établissements et services constatent en effet des décalages entre la parole du gouvernement et la mise en œuvre pratique sur les territoires par les autorités de contrôle et de tarification sur cette transformation de l'offre. La plupart d'entre elles ont une vision très administrative et financière du CPOM, laissant peu de place au dialogue, au détriment de la qualité de l'accompagnement et constituant un frein à l'imagination et l'innovation, et par voie de conséquence à l'inclusion.

Les établissements constatent également que ces difficultés sont très « interlocuteurs dépendants ». Il est ainsi rappelé le paradoxe dans lequel se trouvent les établissements et services : ils sont incités à opérer une transformation de leur offre qui implique automatiquement des coûts supplémentaires (ex : formation, transformation du bâti) alors qu'ils sont à budget constant, et avec des autorités qui souhaitent modifier l'offre sans en tirer les conséquences sur le plan juridique (à autorisation constante). Les établissements et services peuvent se heurter parfois à la rigidité de certaines autorités de tarification (ex : impossibilité de transformer des places d'internat malgré l'absence de besoin sur le territoire). Ainsi, des professionnels se mobilisent pour construire et proposer des projets, mais ces derniers ne seront pas repris dans le cadre du CPOM, ce qui provoque de la frustration et de l'incompréhension dans les équipes qui se sont mobilisées et impliquées. De ce fait, les directions de ces établissements et services se retrouvent en difficultés par rapport aux équipes.

Autre difficulté importante concernant la tarification est celle de la réalisation de l'activité. En effet, les établissements et services peuvent voir leur dotation diminuer si l'activité n'est pas réalisée (ex : une personne sur des demies-journées, hospitalisations, etc.). Ils se retrouvent ainsi coincés dans des

injonctions paradoxales, faire de l'inclusion au risque de voir baisser leurs dotations, ou ne pas faire d'inclusion mais réaliser leur activité avec l'absence de baisse de leur dotation. La notion de fil active, si elle est bien clairement définie ainsi que les modalités de décompte, peut être une réponse. Certains ESMS le réalisent déjà et constatent une réelle souplesse dans leur activité (création de places, gestion, etc.). Pour autant cela nécessité d'avoir le pédagogie auprès des autorités de contrôle et de tarification.

Sur ces bases, il s'agit de :

- ✓ Généraliser la démarche de contrats de territoire, basée sur une coresponsabilité des offreurs de soins et de prestations et de responsabilité populationnelle (indicateurs de santé publique/précarité adossés au contrat avec modulation tarifaire à la clé en fonction des objectifs définis dans les CPOM et le contrat de territoire) ;
- ✓ Redonner du sens aux CPOM pour un positionnement de l'offre sur le territoire et une stratégie d'évolution de l'offre et des pratiques professionnelles. Les CPOM doivent reposer sur la qualité de la prise en charge et non sur la quantité et le financier.
- ✓ Disposer d'un guide de méthodologique opposable aux autorités de contrôle et de tarification, mais aussi aux organismes gestionnaires afin de diminuer les disparités territoriales.
- ✓ Former les autorités de contrôle et de tarification à la transformation de l'offre et à la contractualisation
- ✓ Augmenter les marges de manœuvre financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux, pour être en mesure d'agir résolument sur les conditions de travail

Dans un cadre renouvelé et simplifié, la temporalité du CPOM et de l'autorisation de frais de siège de l'organisme gestionnaire, tous deux d'une durée de 5 ans, doit débuter et s'achever simultanément. Les dispositions réglementaires du CASF relatives à l'autorisation de frais de siège prévoient la fixation d'une quote-part applicable à l'ensemble des ESMS gérés par l'organisme gestionnaire signataire du CPOM. Or, les ESMS peuvent connaître des situations financières différentes (équilibre, déficit, excédent). Un élément de souplesse et de cohérence appréciable pour les organismes gestionnaires doit permettre la possibilité de répartir pour chaque ESMS la quote-part de frais de siège. Cet assouplissement serait neutre sur le plan des financements et aurait toute sa cohérence dans le cadre de CPOM renouvelés en termes d'initiative et de responsabilisation des gestionnaires.

Ces mesures permettraient de soulager les responsables de sites de certaines fonctions administratives et de support (gestion, ressources humaines...), qui seraient assurées par les directions générales des organismes gestionnaires. Ils pourraient ainsi se consacrer davantage aux changements et aux évolutions dans l'accompagnement des personnes, et trouver ainsi davantage de sens à leurs missions.

Annexe 1 : Exemples d'actions des adhérents de la FEHAP, et des établissements et services de la CRf

Les professionnels des ESMS innovent dans leurs pratiques professionnels pour accompagner au mieux les personnes en situation de handicap en veillant à respecter leurs souhaits et leurs besoin, ainsi que leur bien-être. L'Observatoire Innovation (Nov'AP) regorge d'actions innovantes des adhérents de la FEHAP, dont vous trouverez ci-dessous quelques exemples.

Actions relatives aux droits et libertés fondamentaux des personnes en situation de handicap

- **Des contes pour mieux connaître ses droits de la MAS de Sainte Marie, région Occitanie** (Lien)
  La MAS de Sainte Marie en région Occitanie a modifié le format et illustré sa charte du résident pour permettre à ses résidents de mieux approprier et assimiler leurs droits (utilisation de la première personne du singulier, contes illustrés sous un format ludique, etc.).

- **Des acteurs à l'ESAT, ESAT Saint Joseph, Association Hospitalière Sainte-Marie, Région Auvergne Rhône Alpes** (Lien)
  Pour rendre son règlement plus compréhensible et plus dynamique, l'Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT) Saint-Joseph l'a traduit en saynètes filmées, interprétées par des travailleurs de l'ESAT.

Actions relatives aux changements de regard sur le handicap

- **Une œuvre qui raconte mon handicap, Alpha Plappeville, Région Grand Est** (Lien)
  Les objectifs du projet sont de lever les freins à l'insertion socio-professionnelle grâce à un travail en groupe sur les représentations du handicap, finalisé par la création d'une oeuvre (peinture, écriture, sculpture, expo photos, etc.), dont le choix est libre, et sa présentation par le groupe lors d'une manifestation institutionnelle à laquelle sont conviés partenaires, financeurs et prescripteurs. Un budget de 100 € a été attribué à chaque groupe. Un partenariat a été institué avec l'Institut régional des travailleurs sociaux afin que les étudiants éducateurs techniques specialisés co-animent les séances avec les équipes pédagogiques.

- **Parentalité et handicap : des journées inter-associatives pour changer le regard, APF SESSD, Ile de France** (Lien)
  Organisation de journées annuelles de sensibilisation vise à modifier les représentations sociales imaginaires liées au handicap et à améliorer l'accueil des parents d'enfants handicapés dans les dispositifs communs (crèches, écoles, centres de loisirs, associations de loisirs et sportives). Ces journées ont également vocation à créer du lien entre partenaires, professionnels et parents au niveau du territoire.

- **Escape Game Handigmatic, Délégation du Bas-Rhin et du Haut-Rhin - APF France handicap, région Grand Est** (Lien)

Mise en place d'un Escape Game pour sensibiliser de façon ludique au handicap, grâce à des énigmes et des mécanismes sophistiqués. Retour d'expérience des participants à l'issue du jeu en présence d'experts et de personnes en situation de handicap.

- **Regards sur l'invisible, Forum Travail & Handicap, Association Les Maisons Hospitalières, Région Grand Est** (Lien)
  Organisation d'un forum « Travail & Handicap » autour de trois ateliers et de dix stands, pensés de façon ludique et pédagogique. Ateliers réservés à des groupes définis, composés de professionnels et d'élèves aide-soignant. Stands accessibles à tous. Clôture de la demi-journée par un jeu afin de redonner un sens global et cohérent aux informations entendues et de les compléter si nécessaire.

- **Le sport partage : La Course de la solidarité de la Teppe pour lutter contre les préjugés sur l'épilepsie et le handicap, Etablissement médical de la Teppe, région Auvergne Rhône Alpes** (Lien)
  La marche ou la course solidaire de La Teppe a été une rencontre festive et solidaire, non chronométrée et non compétitive, organisée le 7 juin 2017 dans le parc du site de La Teppe à Tain l'Hermitage.
  Chaque participant était invité à parcourir une boucle d'un kilomètre environ qu'il pouvait parcourir jusqu'à 10 fois. A la fin de la journée, le compteur a pu comptabiliser plus de 2000 kilomètres parcourus tous ensemble. Une animation musicale orchestrée par une fanfare a rythmé l'évènement. Des stands donnant à voir les créations réalisées par les patients et résidents des différents ont par ailleurs permis de donner à voir les réalisations des patients : floriculture, maraîchage, création artistiques.

- **Handi'mallette : sensibiliser les enfants au handicap, L'ADAPT Bourgogne, région Bourgogne Franche-Comté** (Lien)
  Qu'est-ce que le handicap ? C'est quoi une personne handicapée ? C'est pour répondre à ces questions et sensibiliser les enfants au handicap et à l'accueil des élèves en situation de handicap que L'ADAPT Bourgogne a développé en 2013 une handi'mallette à destination des publics de 3 à 12 ans.

- **Rallye du partage : changer le regard sur le handicap, ESAT de l'ADAPT Cher, région Centre Val de Loire** (Lien)
  L'ADAPT Cher a organisé le 13 septembre 2012 un Rallye du Partage, à Bourges (18). Ce projet innovant, organisé en partenariat avec des entreprises présentes dans le Cher, vise à changer le regard sur le handicap à travers une journée d'échanges et de convivialité entre usagers de l'ESAT, équipes professionnelles et salariés d'entreprises.

- **« Tous différents, tous semblables », SESSAD de l'Association Accueil Savoie Handicap, Région Auvergne Rhône Alpes** (Lien)
  Depuis plus de 20 ans, le Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) de l'association Accueil Savoie Handicap (Auvergne- Rhône-Alpes) accompagne des enfants en situation de handicap. Au sein des écoles, le service développe une intervention innovante pour sensibiliser les enfants au handicap et à la différence au sens large.

Actions relatives à l'accessibilité des personnes en situation de handicap et à leur autonomie

- **Bras robotisé d'aide à la prise des repas Open Source, FAM d'Imphy - APF France handicap, région Bourgogne Franche Comté** (Lien)
  Le FAM de la Nièvre a construit un bras robotisé d'aide à la prise de repas pour ses personnes accompagnées. Conçu grâce à des imprimantes 3D et en partenariat avec des écoles

d'ingénieurs, ce bras robotisé a pour ambition d'être vendu à bas coût pour en faire bénéficier le maximum de personnes possibles.

- **Main mécanique imprimée en 3D, Centre d'éducation motrice, Association Accueil Savoie Handicap, Région Auvergne Rhône Alpes** (Lien)
  Impression d'une main mécanique en 3D par l'association Accueil Savoie Handicap adaptée aux besoins des personnes souffrant d'analgésie.

- **HandiMathKey, ASEI, Région Occitanie** (Lien)
  Le Centre Spécialisé d'Enseignement Secondaire Jean Lagarde de l'ASEI a développé un outil de saisie informatique « HandiMathkey » pour favoriser l'autonomie des jeunes et leur apprentissage en leur permettant de gagner du temps grâce à une accessibilité facilitée

- **La Carte Sonore, de traces en traces..., La Maison des Aveugles, Région Auvergne Rhône Alpes** (Lien)
  Mise en place de dispositifs innovants (audio-guide, carte web, table sonotactile, carte en relief) pour les résidents non-voyants ou malvoyants leur permettant de se réapproprier leur lieu de vie grâce à l'utilisation de repères sonores et sensoriels.

- **La compagnie Idées Mobiles passe une semaine au sein de la MAS de Lorris, Maison d'accueil spécialisée de Lorris, Région Centre Val de Loire** (Lien)
  La maison d'accueil spécialisée (MAS) de Lorris qui accueille des adultes en situation de polyhandicap et de grande dépendance, a ouvert ses portes durant six jours à la Compagnie Idées Mobiles qui comprend 11 artistes et techniciens, pour la répétition de son spectacle « Le grand voyage avec la machine à voyager ».

- **Formation de référents vie affective et sexuelles dans tous les établissements de la CRf**
  Dans tous les établissements pour personnes en situation de handicap de la CRf ont été formés des référents vie affective et sexuelle. Ils sont formés et animés spécifiquement sur cette thématique.

- **Le bus des solutions**
  Dispositif mobile de la CRf d'accompagnement des personnes en situation de handicap dans les territoires
  Lancement d'une expérimentation du dispositif en PACA - Fin 2021

- **Développement de la communication alternative améliorée (CAA) dans tous les établissements de la CRf**
  Il s'agit de proposer à toute personnes en situation de handicap n'ayant pas accès à la communication verbale, un outillage numérique pour lui faciliter la communication et lui permettre de se développer. Des référents numériques ont été formés à ce sujet dans tous les établissements concernés.

Actions relatives à l'autodétermination et au pouvoir d'agir des personnes en situations de handicap

- **Handi CAP vers la maternité, Groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille, Région Haut de France**
  Le groupement des hôpitaux de l'institut catholique de Lille (Haut de France) a développé une action intitulé « Handi CAP vers la maternité » au sein de la maternité de l'hôpital Saint Vincent

de Paul et offre un accompagnement personnalisé des femmes en situation de handicap de leur désir d'enfant, à la grossesse et lors du retour à domicile.

- **Favoriser l'accès aux soins gynécologiques des femmes handicapées, Région Ile de France** (Lien)
  Les femmes en situation de handicap se voient faciliter l'accès aux soins gynécologiques dans le cadre d'un projet porté par la Fondation hospitalière Sainte-Marie à Paris, en Île-de-France. À partir de cette expérience, il s'agit de former l'ensemble des personnels à la problématique de l'accès aux soins des femmes handicapées, pour aller vers des programmes d'éducation à la santé et à la sexualité, pour dépister des pathologies spécifiques et organiser un suivi.

- **Périnat et handicap, Handi SSIAD 47, région Nouvelle Aquitaine** (Lien)
  Le SSIAD propose un accompagnement global à la maternité pour les personnes en situation de handicap moteur ou sensoriel. Cet accompagnement se caractérise par un suivi allant de la période couvrant le désir de grossesse jusqu'au 1 an de l'enfant. Le SSIAD accompagne également les maternités et structures médico-sociales et sociales accompagnant la personne en sensibilisant les professionnels et en les formant aux spécificités du handicap.

- **Dispositif d'hébergement adapté, SAVS / SAMSAH APF, Région Occitanie** (Lien)
  Le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS/SAMSAH), gérés par l'Association des paralysés de France, situés dans l'Aude (Occitanie), proposent des appartements adaptés à des personnes vieillissantes en situation de handicap, en collaboration avec le mouvement solidaire pour l'habitat SOLIHA.

- **Dispositif gradué d'habitat inclusif de l'ALGEEI, région Nouvelle Aquitaine** (Lien)
  Avec la mise en place d'un dispositif gradué d'habitat inclusif, l'ALGEEI permet aux usagers d'avoir leur propre domicile en fonction de leur autonomie, d'avoir la garantie d'une réponse adaptée dans une proposition d'offre graduée ascendante ou descendante et d'avoir un projet éducatif et/ou de soins adapté.

- **Le dispositif PasseR'aile : innovation et créativité au service du projet de l'usager, MAS Irène Pierre – ALAGH, Région Grand Est** (Lien)
  Mise en place d'un dispositif, PasseR'aile, destiné à accueillir des patients sortant d'une hospitalisation en SSR, afin de les accompagner dans la mise en œuvre de leur projet de vie (intégration d'un appartement seul ou partagé, entrée en établissement médico-social…). Dispositif articulé autour d'un hébergement relais médicalisé adossée à une MAS et à une équipe mobile d'accompagnement médico-social.

- **Dispositif Liberté, Foyer de Vie René Bossoutrot - APF France handicap** (Lien)
  Dispositif composé de cinq appartements d'apprentissage à une vie autonome, d'un appartement expérimental, d'un centre de ressources et d'expérimentation de courts séjours d'une vie à domicile et d'un espace collectif, dont l'objectif à terme est d'aider les personnes en situation de handicap à intégrer un logement de droit commun adapté.

Actions relatives à l'innovation dans l'accompagnement et le soin

- **Des handi-branchés pour la rééducation et la réinsertion - ORSAC Centres SSR Orcet et Mangini, Région Auvergne Rhônes Alpes,** (Lien)
  Le centre de Soins de suite et de réadaptation (SSR) ORCET/MANGINI (Ain, Rhône-Alpes), en partenariat avec l'organisme parcours aventure du Bugey, permet aux patients et à leurs familles de profiter d'un parcours d'aventure et d'accrobranche à vocation rééducative et réadaptative

- **Jardin potager écologique : De la graine à l'assiette, MAS Les Iris - Vivre et devenir, Villepinte-Saint-Michel, Région PACA,** (Lien)
  Réalisation, par une Maison d'Accueil Médicalisée, d'un jardin fondé sur des techniques de culture innovantes dans une perspective de durabilité. Ce projet permet de développer l'autonomie des résidents et de développer leur épanouissement intellectuel.

- **Kiné-sport » au service des jeunes en situation de Handicap, Centre d'éducation motrice de l'Association accueil Savoie Handicap, Région Auvergne Rhônes Alpes** (Lien)
  Le Centre d'éducation motrice (CEM) de l'Association accueil Savoie handicap (Rhône-Alpes) propose aux adolescents en situation d'handicap moteur ou de polyhandicap une pratique innovante associant les sciences de l'activité physique adaptée, à la kinésithérapie et à la médecine physique et de la réadaptation, autour de 4 activités sportives : cyclisme, natation, escalade et parcours variés.

- **Earlybot**
  En plus de la formation de tous ses professionnels de crèches à la détection des troubles précoces de l'autisme, la CRf a développé un chatbot qui permet aux professionnels et aux parents de suivre le comportement de leur enfant et d'être rapidement orientés si ce comportement nécessite un diagnostic plus poussé.

Actions relatives aux relations avec les familles et les aidants, et à leur soutien

- **Le théâtre d'improvisation pour améliorer la cohésion d'Équipe et les relations avec les Familles, APF - Foyer d'Accueil Médicalisé, Région Bourgogne Franche Comté,** (Lien)
  Le foyer de vie et le foyer médicalisé (FAM) de l'Association des paralysés de France (APF) de Besançon (Doubs, Franche-Comté) proposent au personnel des techniques issues du théâtre d'improvisation. À travers des outils ludiques, l'idée est de chercher, individuellement et en équipe, une posture professionnelle qui permette de ne pas répondre aux agressions par la violence ou le dénigrement de soi.

- **La Maison des familles pour promouvoir, maintenir et préserver les liens, Centre d'Education Motrice de l'Association Accueil Savoie Handicap, Région Auvergne Rhône Alpes** (Lien)
  Sur le site du Centre d'éducation motrice (CEM), une « Maison des familles » a été créée pour que les aidants puissent partager des instants privilégiés avec leurs enfants.

- **Les Fenottes : redonner du souffle aux aidants, SESVAD 69 de l'APF, Région Auvergne Rhônes Alpes** (Lien)

Les Fenottes est un service de répit et de soutien pour les aidants familiaux de personnes en situation de handicap. L'objectif principal du service des Fenottes est de permettre aux aidants familiaux de disposer de moments de répit. Mais il s'agit aussi de proposer un soutien psychologique et des espaces de parole pour redonner du souffle à ceux qui donnent le leur aux autres.

- **Equipe mobile handicap adulte, Foyer occupationnel Jenny Lepreux – ADGESSA, Région Nouvelle Aquitaine**, (Lien)
  Mise en place d'une Équipe Mobile Handicap Adulte pour repérer les familles en difficultés, évaluer la situation globale de la personne accompagnée, mettre en place des actions permettant d'améliorer la situation à domicile et promouvoir la continuité des parcours de vie.

- **Aidforpoly**
  Formation en ligne et en présentiel de proches aidants de personnes polyhandicapées, en partenariat avec le CESAP Formation

Actions relatives à l'inclusion en milieu ordinaire et à l'autonomie, coopérations entre les acteurs

- **Insertion d'un jeune trisomique dans l'équipe de l'USLD, Hôpital Privé Gériatrique Les Sources, région Provence Alpes Cotes d'Azur** (Lien)
  L'hôpital privé gériatrique Les Sources a enclenché depuis cinq ans une politique de prévention du handicap. Il prolonge les actions déjà menées dans l'établissement en faveur du handicap en employant un jeune homme trisomique.

- **Favoriser les transferts de compétence dans le domaine des loisirs - APF Foyer Poètes Cèdres et Service d'Accueil de Jour - APF France handicap, Région Auvergne Rhône Alpes** (Lien)
  Mise en place d'un projet destiné à améliorer l'accès aux activités et loisirs visant à capitaliser les expériences via une formation-action des professionnels / usagers et à valoriser les pratiques existantes afin de lever les appréhensions des acteurs du droit commun.

- **Passerelle pour une vie d'adulte - Dispositif de Réhabilitation Psychosociale et de Préprofessionnalisation Jeunes 16-25 ans, UGECAM, région Normandie** (Lien)
  Création d'un dispositif de réhabilitation psychosociale et de préprofessionnalisation pour des jeunes âgés de 16 à 25 ans, proposant un accompagnement personnalisé autour de deux volets : expertise / évaluation / orientation puis accompagnement

- **La Boutique, IME Belle Estello, Région PACA**
  L'IME Belle Estello a développé une boutique basée uniquement sur le fonctionnement en troc. Ce qui permet au résident de travailler sur leur autonomie mais également de participer à la vie citoyenne en développant des pratiques éco-responsables.

- **Solidarité au Togo, IME Excelsior, Vivre et Devenir, Ile de France**, (Lien).
  L'institut Médico-Educatif Excelsior, Vivre et Devenir Villepinte-Saint-Michel a réalisé un chantier international solidaire au Togo avec une association de jeunes apprentis et de jeunes handicapés vivant en IME.

- **Accompagnement et répit pour enfants en situation de handicaps, Centre d'éducation motrice (CEM) de l'Accueil Savoyard**, Région Auvergne Rhône Alpes (Lien)

Face aux situations complexes (inadaptation temporaire des structures, retours d'hospitalisations, épuisement des aidants), de handicap rare et de perte d'autonomie de ses usagers, le Centre d'éducation motrice (CEM) de l'Accueil Savoyard a repensé ses dispositifs de soins et d'accompagnement. Décloisonnements et partenariats ont été déployés afin de proposer des solutions adaptées.

- **Accompagnement du polyhandicap : une formation-action, IEM SESSAD APF de Villeurbanne, Région Auvergne Rhône Alpes** (Lien)
  L'Institut d'éducation motrice et le Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (IEM-SESSAD) de Villeurbanne (Auvergne-Rhône-Alpes), qui accompagnent 50 enfants polyhandicapés, ont choisi d'impulser une formation-action, en partenariat avec le Centre régional d'études, d'actions et d'information (CREAI) Rhône-Alpes et avec l'Éducation nationale.

- **Ensemble dansons dedans dehors, Association MELIORIS, Région Nouvelle Aquitaine** (Lien)
  Afin de développer les liens sociaux, rompre l'isolement des personnes en situation de handicap et accueillies en SSR, et visibiliser le handicap dans la société, l'association MELIORIS imagine un projet Culture et Santé où la pratique artistique deviendrait un levier d'ouverture à soi.

- **Les rencontres avec la musique – EHPAD – ESAT, EHPAD La Providence, Région Grand Est** (Lien)
  L'EHPAD La Providence, situé dans le centre-ville de Troyes (Aube, Champagne Ardenne) organise depuis 2013, les « Rencontres avec la musique », associant les adultes handicapés d'un ESAT et des personnes âgées dépendantes de l'EHPAD. Extériorisation des émotions et valorisation des résidents résultent de cette expérience qui apporte apaisement et confort dans un contexte de maladie neurodégénérative.

- **Une équipe mobile pour améliorer l'accompagnement du handicap, Centre mutualiste de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Kerpape, région Bretagne** (Lien)
  La mutualité française, à Ploemeur, en Bretagne, a mis en place une équipe mobile pour soutenir et conseiller les équipes soignantes du territoire. financée par l'ARS, cette équipe sensibilise aux situations de handicap, afin d'améliorer les conditions de vie mais aussi pour penser la prévention et l'accès aux soins courants. Il s'agit d'un modèle de formation d'équipes vers d'autres équipes.

- **Réalisation d'un spectacle public multi-culturel et multigénérationnel entre un foyer de vie et deux EHPAD, Foyer de Vie Les Cascades, APF France Handicap, région Occitanie** (Lien)
  Trois directrices ont mis en place un projet ambitieux : co-produire un spectacle culturel avec la participation des résidents, de leurs familles, les salariés et des bénévoles. Un spectacle qui s'est avéré être un succès !

- **Handicap et Cancer, Centre Philiae de l'ASEI en collaboration avec l'institut Universitaire du Cancer Toulouse Oncopôle, Région Occitanie**, (Lien)
  Afin de faciliter la prise en charge des enfants et adultes en situation de handicap et atteints d'un cancer, les établissements de l'ASEI et l'IUCT-O ont mis en place une coopération via des formations croisées, le partage d'outils de communication et de liaison, et la création d'un numéro unique pour les prises de rendez-vous.

- **Un complexe sport loisir Handicap, Association de lutte contre les fléaux sociaux, Région Occitanie** (Lien)

Géré par l'Association de lutte contre les fléaux sociaux (ALLFS), le Complexe Euro-Méditerranéen de Montrodat (Lozère ; Occitanie), à la fois village de gîtes et complexe sportif, est accessible aux personnes handicapées pour des vacances et des activités sportives.

- **Les ateliers SO NO Limit, SESSAD APF de Besançon – APF France handicap, Région Bourgogne Franche** Comté (Lien)
  Organisation de trois ateliers d'expérimentation musicale pour permettre à des enfants en situation de handicap de jouer de leurs instruments. Mise en place d'une exposition photo à travers des clichés en noir et blanc et des captations vidéo prises au cours des ateliers de fabrication des instruments.

- **Plateforme d'Appui et de Coordination Territoriale, Accueil Savoie Handicap, Région Auvergne Rhône Alpes**
  L'Accueil Savoie Handicap (Auvergne Rhône-Alpes) a mis en place une plateforme d'appui et de coordination territoriale (PACT) qui est un dispositif de services et d'appui ressources transversales tant à destination des usagers, que de leurs aidants et des partenaires. Sont ainsi coordonnées au sein d'un même dispositif les différents champs d'expertises facilitant leur articulation et améliorant leur visibilité.

- **Centre de ressource polyhandicap, ADAPEI 54, Région Grand-Est** (Lien)
  L'ADAPEI 54 a mis en place un centre de ressources à destination de tous les acteurs concernés par le polyhandicap et répondant à 5 missions : diffusion d'information et d'outils dans le domaine de l'accompagnement ; soutien et apports d'une expertise aux organisations et réseaux ; développement des savoirs et des compétences des acteurs ; dynamisation des réseaux et des partenariats ; participation à des évaluations et des études.

- **Crèche itinérante (La Roulotte des Petits, Lien) ou multi-accueil (La Halte des Petits, Lien) de la Fondation Ellen Poidatz, Région Ile de France.**
  Des places sont réservées pour les enfants porteurs de handicap ou atteints de maladie chronique afin de favoriser l'inclusion en milieu ordinaire

- **Les tiers lieux**
  La dynamique de Tiers lieux initiée au sein de la Croix-Rouge française, est un véritable vecteur d'inclusion et de transformation de notre offre de services dans une culture de l'innovation sociale qui consiste justement en la création de réponses nouvelles à des besoins sociaux mal ou peu satisfaits, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés

- **Croix-Rouge vacances**
  Création d'une nouvelle offre de service au sein d'une entreprise adaptée de la Croix-Rouge française : Un service de tour opérateur, par et pour les personnes en situation de Handicap

- **Transformation des EA et ESAT de la CRf**
  Inscrire les travailleurs dans un véritable parcours professionnel favorisant l'insertion en milieu ordinaire et garantissant la prise en compte de leurs propres choix

- **Accélérateur de la CRf : 21 OETH**
  Il s'agit de favoriser l'emploi des travailleurs en situation de Handicap grâce à un programme d'accélération de projets innovants.

- **Accélérateur de la CRf en partenariat avec Nexem**
  Il s'agit d'accélérer l'innovation au service du handicap grâce à un programme d'accélération de projets innovants.

Actions à destination des professionnels accompagnant les personnes en situation de handicap

- **Journée bien-être des salariés au travail, MAS Irène Pierre - ALAGH Association Lorraine d'Aide Aux personnes, Région Grand Est** (Lien)
  Organisation d'une journée « Bien-être au travail » pour découvrir des activités autour de différentes thématiques : activités et ateliers (Shiatsu, marche, nutrition, la sieste…), repas diététique, tombola…

- **Mise en place d'équipes autonomes au sein d'Amicial et expérimentations à la CRf**

  Les constats sont nombreux dans le secteur du Grand âge, l'attractivité des métiers est entachée et le modèle d'organisation et de management nécessite aussi une évolution pour répondre à une plus forte attractivité et fidélisation des professionnels.
  C'est dans cette perspective et en lien avec les objectifs du rapport El Khomri, que la Croix-Rouge française en tant que contributeur et acteur du rapport à souhaiter s'engager dans la mise en oeuvre des préconisations à travers 2 expérimentations qui ont été lancées courant 2020/début 2021 au sein du pôle gérontologique de Nîmes et au sein du pôle EHPAD et SSIAD de Fournes en Weppes dans les Hauts de France.
  Dans la lignée de Burtzorg, l'entreprise de soins à domicile des Pays Bas ayant révolutionné le secteur avec un modèle basé sur la mise en place d'équipes autonomes, la Croix-Rouge française fait le pari que donner un cadre bienveillant aux équipes, respectueux de leur professionnalité et maximisant l'autonomie est une des solutions permettant d'améliorer la qualité de vie au travail et la qualité d'accompagnement des personnes accompagnées. La dynamique a été initiée fin 2020 avec l'accompagnement d'une entreprise spécialisée qui assure un parcours de formation et des coachings.

Annexe 2 : Campagne de recueil des initiatives 2021 - Nexem

Dans le cadre de la campagne de recueil des initiatives 2021, Nexem a développé une nouvelle plateforme en ligne (**https://nexem.consultvox.co/)** pour recueillir et valoriser les initiatives de ses adhérents.

A titre d'exemples, ci-après quelques projets portés par des associations gestionnaires d'ESMS :

La Maison des parcours et de la participation – www.maisondesparcours.fr

La Maison Des Parcours et de la Participation est une plateforme de services à destination de toutes personnes en situation de vulnérabilité. Elle est une passerelle opérationnelle entre les établissements / services spécialisés et les structures du milieu ordinaire ou généralistes et apporte une réponse ciblée « sur mesure » en fonction des souhaits et besoins exprimés...

La Maison est structurée selon une logique de parcours construite autour du projet individualisé et articulée autour de16 parcours bien identifiés.

Des coordinateurs de parcours évaluent les compétences et besoins des personnes et coordonnent une réponse " sur mesure" en mobilisant les ressources du territoire. Des animateurs socio-culturels et des bénévoles viendront compléter l'équipe.

Serious Game "Etendons-nous bien" ! – www.entendonsnousbien.com

Imaginé et conçu par les professionnels du Centre Auguste Jacoutôt de l'Association Adèle de Glaubitz, à Strasbourg, « Entendons-nous bien ! » est le premier serious game de France sensibilisant sur la réalité de la surdité et des handicaps auditifs. Son objectif : sensibiliser le grand public à cette situation de handicap par le biais d'une vidéo interactive, afin qu'elle soit mieux comprise par tous.

La vidéo interactive interpelle et implique le spectateur dans la réflexion sur ce qu'il vient de voir, au-delà du simple support vidéo.

Ces années incroyables – www.cesanneesincroyables.fr

« Ces années incroyables » (CAI) est un programme de soutien à la parentalité basé sur l'éducation positive, développée et validée depuis 40 ans aux Etats Unis, en Norvège, au Québec… Il place le parent au cœur du développement de son enfant et permet aux relations dans la famille de s'apaiser.

Le programme CES ANNÉES INCROYABLES, déployé par l'association le PRADO, est destiné à tous ceux qui se questionnent et se sentent parfois impuissants face aux comportements et gestes d'enfants.

Il s'organise en sessions en groupe animé par un professionnel formé à la méthode CAI. Depuis 2019, l'association a également créé une plateforme en ligne collaborative à destination des parents et professionnelles (accès sous forme d'abonnement).

TECAP (Travail, Evaluation, Compétences, Apprentissage Pré-professionnel) – www.centarpents.fr

Le dispositif TECAP (Travail, Evaluation, Compétences, Apprentissage Pré-professionnel) fait partie intégrante de la plateforme de service mise en place par l'Institut Les Cent Arpent (Saran-45) dans une stratégie de transformation de son offre de service.

Il offre aux jeunes et personnes en situation de handicap et au-delà pour toute personne vulnérable désirant accéder ou reprendre une activité de travail, une solution préparatoire et inclusive. Il leur permet de poser un regard de faisabilité sur leur projet professionnel en s'appuyant sur la mise en situation en secteur de production et l'évaluation partagée.

TECAP bénéficie également d'une palette de solutions d'insertion professionnelle élargie à disposition des personnes accompagnées (évaluation au savoir-habitat, conduite adaptée, stages en immersion, stage performances).

Une contribution est demandée pour les personnes accompagnées de plus de 24 ans.

Développement des activités physiques et sportives adaptées avec les associations sportives ordinaires

Le projet vise à renforcer l'inclusion des personnes en situation de handicap en permettant aux personnes accompagnées par l'APHL de pouvoir aller et pratiquer un sport comme tout le monde, avec tout le monde au sein des structures sportives ordinaires.

Ce projet nécessite la construction d'un réseau de partenariats solides avec les clubs sportifs de l'Agglomération d'Orléans et de leur fédération pour construire et adapter le projet sportif des clubs aux spécificités du handicap dans une visée totalement inclusive.

Le projet MEDIA (Mainstream for the Empowerment of Disabled people in an Inclusive Approach)

Le projet MEDIA concourt à l'inclusion des personnes en situation de handicap par la création d'un nouveau métier : le facilitateur d'inclusion, personne à l'interface entre les personnes en situation de handicap, les dispositifs de droit commun

MEDIA participe ainsi au mouvement d'autodétermination des personnes en situation de handicap par une approche inclusive en s'appuyant sur les besoins et attentes des personnes accompagnées, de leurs proches, des professionnels et des partenaires du territoire.

Sport et Handicap - création d'une activité d'inclusion inter associative en Indre et Loire

Développement d'une activité d'inclusion (running) inter associative partagé avec 12 ESAT en Indre et Loire.

L'initiative consiste en la création d'équipes sportives mixtes composées de personnes en situation de handicap et de salariés du milieu ordinaire en Indre et Loire.

Par cette initiative, le porteur de projet souhaite encourager l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap en leur apportant la confiance qui les amènera à se projeter dans une démarche de travail en entreprise.

Le projet vise in fine à convaincre les employeurs, par l'échange et la proximité des acteurs, des compétences et atouts dont disposent les travailleurs handicapés pour leur entreprise.

Ensemble accompagner chacun – https:\\arroch.fr

Le projet de l'IME le 3 Mâts s'inscrit en cohérence avec le dynamisme de son association, AR ROC'H, qui encourage l'innovation aux services des personnes accompagnées. Il vise à développer l'insertion professionnelle des jeunes CRETON par un partenariat renforcé avec les entreprises du milieu ordinaire ; notamment en implantant une antenne médico-sociale au sein d'une entreprise comme tremplin à l'inclusion.

A plus long terme, le projet vise à ouvrir un espace de restauration tenu par des jeunes en situation de handicap et des bénévoles provenant des entreprises voisines.

Le projet bénéficie actuellement dans sa conception du soutien d'un cabinet conseil *Consol et Cie* dont la mission d'arrêt prochainement.

Note à Denis PIVETEAU

Lettre de mission PM du 24/11/2021

La présente note a pour objet de présenter, les contributions de la FISAF et de Trisomie 21 Nouvelle-Aquitaine, à Mr Denis PIVETEAU dans le cadre de la mission que lui a confiée le Premier Ministre par lettre du 24/11/2021.

La note s'organise de la manière suivante :

- **Une première partie** qui donne un cadre, une lisibilité, une cohérence aux diverses mesures proposées dans la deuxième partie constituée des contributions écrites des membres du groupe de travail. Cette première partie s'efforce de répondre à l'impératif de retrouver de « puissantes ressources de sens » qui sous-tendent « les ressorts les plus profonds de l'engagement des professionnels », pour reprendre les expressions du PM.
  Pour redonner du sens et du contenu aux métiers de l'accompagnement et du lien social, quatre domaines d'actions doivent être envisagés qui correspondent à quatre enjeux indissociables de réforme :
  - Les réformes systémiques basées sur l'effectivité des droits des personnes en situation de handicap et la coopération avec les acteurs de droit commun pour assurer l'accessibilité de la société.
  - La réforme des formations associant le droit commun et le médico-social
  - La nature de la relation tripartite entre financeurs/régulateurs, représentation des personnes (la demande) et prestataires de services (l'offre)
  - Les mesures incitatives au monde ordinaire pour qu'il devienne plus inclusif (logement, école, entreprise, hôpital, loisirs, culture,

sport…). Ces mesures supposent aussi de développer des mesures incitatives pour le milieu spécialisé et surtout pour la coopération entre ces acteurs.

- **Une deuxième partie** qui reprend l'ensemble des propositions écrites des participants au groupe de travail. Ces propositions émanent de personnes en situation de handicap et de praticiens de l'accompagnement exerçant auprès de personnes dans la diversité de leurs situations et de leurs handicaps. Elles sont, pour la plupart, opérationnelles et elles s'inscrivent dans l'un ou l'autre des quatre items de réforme rappelés ci-dessus. Les noms de leurs auteur(e)s figurent en tête de la contribution.

1ère PARTIE : LES REFORMES.

Les réformes systémiques

Deux réformes systémiques sont proposées qui sont **la réponse à deux facteurs** qui contribuent fortement à la perte de sens constaté par les professionnels (et les populations) aujourd'hui.

- **Le premier facteur** est celui des **inégalités**, des iniquités et donc du sentiment d'injustice qui caractérisent le fonctionnement du système actuel construit depuis 75 ans sur des logiques d'aide sociale. La multiplication des financeurs et des régulateurs (101 CD, l'Etat, l'AM, la CAF…) et donc **l'illisibilité des politiques publiques** qui en découle a participé à ce que de profondes inégalités soient maintenues, voire se creusent entre territoires du triple point de vue des prestations et aides à la personne, du financement des établissements et services et désormais des rémunérations des professionnels exerçant pourtant les mêmes métiers.

  PROPOSITION : la création d'une « vraie » 5ème branche autonomie de protection sociale sur le modèle de notre Sécurité

Sociale de 1945. (Voir note en 2ème partie : « pour une branche de protection sociale »).

- **Le deuxième facteur** est celui de **l'incompréhension de l'évolution des attentes et des besoins des personnes** en situation de fragilité, des **évolutions sociétales** qui les accompagnent et des **politiques publiques** qui les encadrent.
  Il faut donner **du sens et de la lisibilité** au mouvement inclusif en posant comme désormais fondamental que **c'est la « demande » des personnes qui détermine « l'offre »** des prestataires et que **l'autodétermination, le droit d'agir et de choisir**, sont les moteurs de cette évolution sociétale basée sur l'**accessibilisation**.
  L'enjeu est donc, tout à la fois, pour les acteurs**, de retrouver le sens perdu, de s'adapter aux évolutions sociétales, de donner de la lisibilité aux réformes nécessaires, de les inscrire dans la durée,** et ce, **en étayant la demande et garantissant la mise en œuvre des solutions pour une véritable effectivité des droits et une autodétermination des différents acteurs de la coopération.**

  PROPOSITION : une loi de programmation sur la société inclusive (sur le modèle notamment des lois de programmation Justice et Recherche) est de nature à répondre à l'ensemble de ces enjeux : clarification des objectifs, lisibilité des réformes, inscription dans un calendrier. Les chapitres de la loi pourraient traiter des principaux enjeux : déploiement sur les territoires des dispositifs d'appui à la demande (APV, etc...), formation, transformation de l'offre, mesures incitatives, financement, école, accès aux soins…

  Voir notes « Fondation Delta Plus » et « pour un plan handicap 2030 » mais aussi toutes les autres notes dont les propositions pourraient trouver leur place et une mise en cohérence dans une loi de programmation.

La formation

L'ensemble des contributions de la deuxième partie font des propositions en matière de formation. Ces propositions ne se limitent pas aux seuls professionnels ; elles visent des publics plus larges et elles impliquent les personnes en situation de handicap à toutes les étapes.

Les propositions prônent les principes d'évolution ci-dessous :

- Réorganisation des diplômes du travail social sur la base LMD
- Révision profonde des référentiels avec place centrale de l'autodétermination et du droit d'agir
- Participation des personnes aux formations en tant que formateurs/expertises d'usage (Réf : Handidactique)
- Formation des professionnels à l'accompagnement mais aussi à l'accessibilité, à l'action auprès du monde ordinaire pour faciliter le mouvement inclusif et l'adaptation de la société
- Formation des personnes elles-mêmes (Réf : Pair-aidance, E.pop)
- Formations croisées des professionnels des dispositifs de droit commun et de l'accompagnement associant des experts d'usage (personnes, parents, professionnels) dans la conception et l'animation.
- Formation de l'encadrement sur les nouvelles modalités telles que le développement du pouvoir de dire et d'agir, l'approche territoriale et populationnelle, l'émergence de la demande et l'adaptation de l'offre, le management participatif.
- Formation des gouvernances institutionnelles à ces nouvelles politiques inclusives et coopératives.

Voir les propositions de la note « FISAF/IRTS Paris Ile-de-France », ainsi que les propositions des autres notes dont la plupart traitent des enjeux de formation.

Les politiques contractuelles

Historiquement, le développement de l'offre, en France, est le résultat de la « mobilisation » de la société, des personnes handicapées elles-

mêmes ou de leurs représentants ; L'Etat intervenant comme régulateur et financeur.

La transformation de l'offre pour une société plus inclusive ne pourra se faire qu'en respectant cette histoire : celle d'une société en mouvement et d'un Etat régulateur et financeur.

Une stratégie de politique contractuelle entre l'Etat et les acteurs marque la reconnaissance de cette histoire et constitue, pour l'avenir, **le moteur du changement.**

La politique contractuelle doit pouvoir se traduire à deux niveaux :

- **Au niveau national**, la contractualisation du gouvernement avec les fédérations, les réseaux, les acteurs nationaux doit fixer des objectifs d'inclusion et d'accessibilité et traduire des engagements réciproques en matière de formation continue, d'ingénierie de transformation de l'offre, de diffusion de l'innovation, de certification, de recherche appliquée…
- **Au niveau territorial**, la contractualisation avec les acteurs doit se traduire par des CPOM de nouvelle génération sur des objectifs d'accessibilité et d'inclusion. Ces contrats doivent pouvoir être multipartites du côté des pouvoirs publics (ARS, Education nationale…) et du côté des acteurs (plateformes associatives…)

Dans tous les cas, les personnes handicapées ou leurs représentations doivent être partie prenante de la contractualisation.

Ce point est essentiel pour que leurs attentes soient prises en compte et donnent lieu à des engagements réciproques.

Voir, plus précisément, les propositions des quatre notes suivantes : « Contribution à lettre de mission de Denis Piveteau » ; « Fondation Delta Plus » ; « Propositions en vue de la conférence sociale des métiers de l'accompagnement » et « Pour un plan handicap 2030 »

Les mesures incitatives

Les mesures incitatives au milieu ordinaire permettent, à la fois, de rendre plus effectifs les parcours inclusifs et de changer les pratiques et le regard sur les personnes.

Ces mesures pourraient concerner la médecine de ville, la formation des acteurs du milieu ordinaire, l'école ordinaire, les entreprises, l'hôpital.

Elles sont également liées à la transformation de l'offre médico-sociale, laquelle en se décentrant doit être en mesure de coopérer avec les environnements pour les rendre accessibles.

Ces mesures doivent notamment pouvoir prendre appui sur des espaces de co-construction territorialisés favorisant une coopération équitable entre les différents partenaires (personnes en situation de handicap, droit commun et droit spécialisé) afin de faire émerger de nouvelles solutions.

Les mesures envisagées sont d'ordre **budgétaire ou tarifaire** (médecine de ville, hôpital, école) ou de **nature fiscale** (un **crédit d'impôt inclusion** pour les entreprises).

Elles peuvent notamment toucher aux politiques d'habitat inclusif et aux politiques d'investissement immobilier pour les acteurs de droit commun et du champ médico-social en développant des espaces partagés à visée inclusive.

Voir plus particulièrement les propositions des notes du « Centre de preuves » ; « Contribution à lettre de mission de Denis Piveteau » ; « Fondation Delta Plus » et « Propositions en vue de la conférence sociale des métiers de l'accompagnement »

2ème PARTIE : LES CONTRIBUTIONS AUX REFORMES.

Liste des contributions :

- Pour une « vraie » branche de protection sociale, autonomie. FISAF, Rédacteur : Philippe CALMETTE
- La formation comme levier des transformations, FISAF/IRTS Paris IDF, Rédacteurs : Florence Delorière et Manuel Pélissié
- Pour un plan handicap 2030.T21 Nouvelle-Aquitaine, Rédacteur : Pierre HARISTOUY

- Propositions en vue de la conférence sociale des métiers de l'accompagnement. IDSD Le Phare, Rédactrice : Nathalie JEKER WASMER
- Note de la Fondation Delta Plus, Rédacteur : Raymond VOLONDAT, président
- Eléments contributifs en réponse à la sollicitation de la FISAF et de T21 NA. CENTRE DE PREUVES, Rédacteur : Eric PIRIOU
- Contribution à lettre de mission de Denis Piveteau. DG ADAPEI, Rédactrice : Anne-Valérie DOMMANGET
- Contribution écrite par mail de T21 Alpes-Maritimes. Rédactrice : Audrey SERRE
- Contribution écrite par mail de l'IRSAM (13). Rédacteur : Philippe PILLON.

POUR UNE « VRAIE » BRANCHE DE PROTECTION SOCIALE, AUTONOMIE

En 1945/46, dans l'immédiat après-guerre, les représentations politiques, syndicales et de la société française issues du Conseil National de la Résistance ont considéré qu'il leur appartenait de poser les bases d'une société plus solidaire, plus juste et donc plus unie. Ainsi est née la sécurité sociale à la française, facteur de reconstruction et d'unité nationale, qui s'est développée pour répondre aux enjeux identifiés à l'époque comme étant essentiel pour assurer la cohésion sociale du pays.

Se sont ainsi structurées et développées au fil du temps les 4 branches de protection sociale[18] que nous connaissons et auxquelles les Français sont profondément attachés, faisant ainsi la démonstration que le pari de solidarité et de cohésion sociale qui avait été celui, il y a 75 ans, du CNR, était aujourd'hui gagné.

Les principes fondamentaux d'une branche de protection sociale

Si ce pari a été gagné et si, depuis ¾ de siècle les français tiennent tant à leur sécurité sociale, c'est pour l'essentiel parce que les principes fondateurs d'une branche de protection sociale ont été, malgré quelques entorses[19],respectés : **universalité des droits, égalité de traitement et financement par la solidarité**.

Un système inéquitable et à bout de souffle

Dans la France d'aujourd'hui, plusieurs constats s'imposent :

- Un nouveau risque d'exclusion et de fracture sociale est progressivement apparu, celui lié aux situations de perte d'autonomie, quelles qu'en soient les causes : handicap, grand âge, situation sociale
- Le risque « perte d'autonomie » depuis 75 ans, contrairement aux branches de notre protection sociale, a été géré dans le cadre de politiques d'aide sociale dont les principes sont très éloignés de ceux d'un régime de protection sociale ou de sécurité sociale.

[18] Les quatre branches : maladie, retraite, famille, accidents du travail et maladies professionnelles. Depuis une cinquième branche « technique » est venue se rajouter : la branche cotisation et recouvrement.

[19] Par exemple, la multiplication des régimes de retraite a été une entorse au principe d'égalité de traitement des personnes.

- Là où la protection sociale appelle des financements solidaires, l'aide sociale apporte des ressources d'origine et de philosophie très différentes en provenance de l'Etat, des caisses de sécurité sociale, de la fiscalité territoriale, des personnes elles-mêmes dont la capacité contributive est très variable, creusant ainsi les inégalités entre riches et pauvres.
- Là où la protection sociale garantit l'universalité des droits et l'égalité de traitement, l'aide sociale introduit des règles disparates et variables suivant les territoires et les financeurs, accentuant les inégalités
- Là où la protection sociale garantit une gouvernance et un pilotage bien identifié, lisible et cohérent des politiques publiques, l'aide sociale balkanise les politiques publiques entre une multitude d'acteurs, services déconcentrés de l'Etat et collectivités territoriales, certes bien intentionnés mais avec des moyens sensiblement différents et des priorités politiques variables.

- Les inégalités d'accès aux droits, de financement, de qualité et de contenu des réponses apportées aux personnes en situation de perte d'autonomie se sont creusées au fil des années. Deux chiffres pour illustrer cette situation : le montant de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) pour les personnes âgées et de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) pour les personnes handicapées, qui sont les deux prestations de compensation de base, varie dans un rapport de 1 à 1,4 suivant les départements. De même, si l'on regarde du côté des établissements accueillant des publics fragiles, les écarts sont encore plus significatifs : de 1 à 2,6 pour les foyers d'hébergement ou de vie, par exemple.
- Enfin, l'éclatement de la gouvernance et du pilotage entre Etat et Collectivités territoriales génère des cloisonnements entre régulateurs et financeurs mais aussi entre prestataires de services, ce qui nuit aux développement des parcours de vie, de santé et de soins qui est pourtant, avec le « mieux travailler ensemble », l'une des clés de l'amélioration de l'efficience de notre système de santé. De même, comment imaginer des plans d'investissement nationaux, là où ils sont pourtant si nécessaires (plateau technique des Ephad, résidences services, télé-médecine au domicile, système d'information entre professionnels de
-

l'accompagnement et du soin) quand pour les mettre en œuvre il faudra réunir l'accord d'autant de financeurs et de régulateurs ?

- **Une opportunité historique de réforme**

Dans le contexte actuel de crise sociale et de besoin d'unité nationale et de cohésion sociale, l'opportunité apparait, portée par la volonté gouvernementale, de créer une 5ème branche de protection sociale dite branche autonomie.
C'est une occasion unique, historique de doter notre pays d'un nouveau système de protection sociale doté d'une gouvernance unique associant tous les acteurs y compris les représentants de la société civile (la branche) et d'un pilotage cohérent et ordonné des politiques publiques garantissant réellement l'universalité des droits, l'égalité de traitement des personnes et le financement par la solidarité.

Pour une « vraie » 5ème branche

En résumé, les enjeux d'une « vraie » 5ème branche consistent à passer d'un financement hétérogène aujourd'hui à un financement solidaire demain, d'une gouvernance balkanisée à une gouvernance unifiée, des inégalités d'aujourd'hui à l'universalité et à l'égalité de traitement demain, de l'actuel fonctionnement en silos à des pratiques transversales de construction de parcours de vie et de santé.
Nous appelons au courage politique pour réformer notre fiscalité, revoir la place et le rôle des institutions nationales et territoriales, faire une place à la démocratie sociale, associer les bénéficiaires, permettre aux innovations de se déployer et créer les conditions d'une réforme continue permettant l'adaptation du système à l'évolution des besoins et des capacités des populations.

Contribution IRTS Paris IDF - FISAF

La formation comme levier des transformations

20 décembre 2021

En raison des nombreuses réformes conduites depuis une dizaine d'années, la formation professionnelle, particulièrement dans le champ sanitaire, social et médico-social a connu de profonds bouleversements.

Ceci touche tant son périmètre, que les acteurs, le contenu et ses modalités pratiques. Sur ces plans, il s'agit d'une évolution tout à fait parallèle à celle du secteur social et médico-social.

Concernant le **périmètre**, la formation a connu des élargissements sur l'ensemble des voies d'accès à la formation : formation initiale, apprentissage, VAE, formation continue. **Les acteurs** de la formation ont évolué et notamment les publics en formation. Sur les **contenus**, la réingénierie des diplômes est en cours mais dans le désordre (réforme du DEAES en premier, puis réforme des diplômes ES, ETS, EJE, CESF, ASS ensuite, réforme CAFDES et CAFERUIS actuellement, et réforme ME, TISF, DEIS à venir). Enfin sur les **modalités pratiques**, que ce soit QUALIOPI, l'arrivée de Parcoursup dans le secteur, l'ancrage dans l'enseignement supérieur, chaque année apporte son lot de bouleversements.

Il apparait ainsi que malgré des efforts d'optimisation de toutes sortes, le secteur sur le plan de la formation est assez illisible et peu visible. Il y a, en conséquence, encore des difficultés à rendre attractifs les métiers.

- **Trois constats partagés émergent :**

- La nécessité d'une réforme systémique fondée sur les enjeux partagés et leurs déclinaisons en matière de formation.
- La formation -initiale et continue- constitue un levier essentiel pour renforcer l'attractivité des métiers et contribuer à une transformation « culturelle » en faveur de la société inclusive.
- Les contenus des formations initiales ne sont plus adaptés aux enjeux qui sont les nôtres. Cela a des incidences sur la « culture professionnelle initiale » puis sur le développement de compétences tout au long de la trajectoire professionnelle.

- **Les préconisations :**

La formation ne répondra aux attentes du secteur sanitaire social et médico-social que si elle arrive à retrouver une certaine cohérence. C'est en ce sens que les propositions sont faites. Elles prônent les principes d'évolution ci-dessous :

Quant au périmètre :

- Reconnaissance d'un véritable périmètre, compris par tous, par l'émergence d'une discipline « travail social », comme c'est déjà le cas à l'international dans de très nombreux pays.

- Réorganisation des diplômes du travail social sur la base LMD ; Licence, Master, Doctorat, avec un accolement de nos diplômes aux grades, véritable reconnaissance de ceux-ci.

- Emergence des titres et Certificats de Qualification Professionnelle (CQP) et Certificats de Qualification Interprofessionnelle (CQIP) afin d'avoir une véritable politique de certification élargie et répondant pleinement aux attentes du secteur, en complément de la politique de formation.

- Formation des personnes elles-mêmes, des familles et de leurs proches (Réf : Pair-aidance, EPOP) sur la mobilisation de leurs droits pour renforcer leurs capacités à se positionner et à mettre en mouvement leurs capacités et compétences.

Quant aux contenus :

- Passerelles entre les formations initiales, avec un tronc commun pour l'ensemble des professionnels de l'accompagnement, afin de favoriser les évolutions de carrières et les mobilités (et donc les démarches de GPEC).

- Révision profonde des référentiels d'activités et de compétences avec une place centrale consacrée à l'autodétermination, au droit d'agir et à l'intervention des professionnels de l'accompagnement auprès des acteurs de droit commun.

- Compétences et les postures des professionnels devant évoluer dans une démarche « d'aller vers » qui se déploie dans les différentes dimensions de l'accompagnement.

- Intégration du « savoir expérientiel » de la personne, de son libre choix et de ses capacités à agir doivent être au centre des formations et donc des pratiques (et plus seulement fondées sur des logiques de protection et d'adaptation).

Cela est nécessairement corrélé à la prise de conscience du « savoir » du professionnel de l'accompagnement, favorisant ainsi l'émergence de la capacité à faire et de la collaboration croisée. Les espaces de coopération entre les acteurs doivent être favorisés.

- Développement de la « fonction-ressources » des professionnels de l'accompagnement avec de nouvelles compétences basées sur l'accessibilité à travers la sensibilisation, l'information « contextualisée » selon les secteurs d'intervention, les modes de compensation et les actions concrètes en tant que prescripteurs.

- Formation des managers sur ces enjeux et sur les modèles organisationnels à déployer. Les pratiques managériales et partenariales doivent valoriser l'autodétermination et favoriser le pouvoir d'agir des professionnels, dans une organisation plus « horizontale » favorisant la confiance et la prise de risque.

- Formation couplée à l'innovation sociale et à la transférabilité des « bonnes pratiques » pour valoriser et démultiplier les initiatives et les projets des professionnels sur les territoires. En déclinaison de la discipline « travail social », il faut faire des métiers du « care » des métiers de l'excellence (des doctorats, de la recherche mais aussi un modèle qui pourrait s'inspirer des « compagnons du devoir »)

<u>Quant aux acteurs :</u>

- Facilitation de la voie de l'apprentissage en levant les freins habituels (financiers, modalités…)

- Généralisation de la participation des personnes aux formations en tant que en tant que « pair-formateur », référent de l'expertise d'usage (Réf : Handidactique) avec un statut reconnu et non plus en valeur de témoignage.

- Formation initiale des acteurs de la société civile à l'accessibilité des actions et outils qu'ils déploient (enseignants, managers de l'entreprise, responsables informatiques, architectes, magistrats, médecins, acteurs culturels…).

<u>Quant aux modalités pratiques :</u>

- Formation des professionnels à l'accompagnement mais aussi à l'accessibilité, à l'action auprès des acteurs du droit commun pour faciliter le mouvement inclusif et l'adaptation de la société et reconnaissance de cette formation par des certifications.

- Formation basée sur des approches pluridisciplinaires et interdisciplinaires de façon à décloisonner les pratiques et les réponses.

- Andragogie adaptée de la part des formateurs afin de sensibiliser, contribuer à l'appropriation des concepts, à l'expérimentation et à l'application. Les formateurs eux-mêmes doivent re-questionner leurs méthodes apprenantes et faire l'objet d'un processus continu de professionnalisation intégrant la dimension des savoirs expérientiels et du pouvoir d'agir. La méthodologie de la formation-action doit être favorisée, dans une logique d'aller-retour entre la théorie et la pratique.

- Formations croisées pour favoriser les cultures communes et la culture du « travailler ensemble en faveur de la société inclusive » (avec les enseignants, les professionnels de la santé, les préventeurs en entreprise …)

- Evaluation des impacts des formations en impliquant ceux et celles auxquelles les actions s'adressent.

Pour un plan handicap 2030

Le modèle réparateur visant à protéger les personnes en situation de handicap au sein d'établissements spécialisés, développé dans la période d'après-guerre, est aujourd'hui dépassé à plusieurs titres. La société, en effet, a su évoluer vers plus d'acceptation des différences et une profonde réflexion sur les références à la norme. Et de fait, des personnes en situation de handicap et leur entourage se repositionnent en tant que citoyens ayant non seulement une place, mais également un rôle à jouer dans cette nouvelle mixité. Depuis 2010, en outre, l'adhésion de la France à la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées pose un nouveau cadre. Pour correspondre à ces nouvelles attentes, ce dernier doit modifier ses modes d'organisation et, pour cela, activer différents leviers.

Lors de la conférence nationale du handicap en mai 2016, le président François Hollande se demande si *« cette politique du handicap est figée pour toujours ».* Reconnaissant les initiatives historiques alors nécessaires pour protéger des personnes vulnérables, il regrette qu'elles aient eu pour conséquence « *d'enfermer le handicap autour du handicap ».* La France entend alors se convertir au modèle inclusif, où la personne est définie par ses capacités, vit en milieu ordinaire et choisit librement des prestations d'accompagnement in situ. Elle est accompagnée dans la définition de ses choix et les acteurs du milieu ordinaire sont soutenus. Les prestations sont coordonnées par une plateforme de services installée sur un territoire de proximité.

Dix ans après, soit deux mandatures présidentielles, l'objectif est-il atteint ?

Tous les chantiers sont ouverts

Dans la lignée des engagements pris, ce qui témoigne du caractère consensuel de ces visées, la Présidence Macron a ouvert la plupart des chantiers d''institutionnalisation du modèle inclusif :

- Définition de territoires de proximité (400 communautés d'accompagnement 360),
- Déploiement du métier d'APPV pour accompagner le libre choix des prestations,
- Solvabilisation de la demande (la réforme SERAFIN PH permet le choix des prestations),
- Création d'outils numériques pour coordonner les prestataires des futures plateformes,
- Transformation des places d'ESSMS en services avec le plan Ambition 2019 2022
- Expérimentation de l'orientation unique vers une plateforme (DITEP, etc.),
- Montée des CPOM pour permettre un financement inter-secteurs et inter-organisations au sein des plateformes,
- Reconnaissance des aidants et des pairs dont le rôle est essentiel dans le modèle inclusif,
- Promotion du développement du pouvoir d'agir et de l'autodétermination (DPA),
- Travail sur les mentalités avec des actions de communication comme le duoday.

La transformation des métiers du social, est la dernière pièce du puzzle pour construire un modèle inclusif. En vue de la conférence des métiers du 15 janvier 2022, Denis Piveteau oriente leur redéfinition autour de deux points : une relation d'aide fondée sur les capacités de la personne et le développement de son pouvoir d'agir ; une nouvelle fonction d'appui aux acteurs du milieu ordinaire qui acceptent de faire une place à la différence.

Les questionnements qui émergent :

Force est de constater que malgré tous ces chantiers, sur le terrain la conversion au modèle inclusif n'est pas effective. Les derniers rapports de l'ONU sont venus confirmer que le compte n'y est pas. Rien d'étonnant à cela, les sciences sociales nous apprennent qu'un changement de modèle ne se compte pas en années mais plutôt en décennies. Échapper à la dépendance au sentier emprunté, aux difficultés d'implémentation des politiques publique, bien connues en sciences politiques, demande du temps. Des questions se posent alors :

Si 10 années n'ont pas suffi à passer à un modèle inclusif, à quoi ont-elles servi ?

Combien de décennies seront nécessaires pour atteindre l'objectif ? 20, 30, 40 ?

Allons-nous simplement arranger à la marge le modèle protecteur qui restera dominant ?

10 années de préparation du terrain

La notion d'inclusivité, en effet, déborde aujourd'hui largement le seul champ du handicap : du management au monde de la mode, en passant par le cinéma et l'écriture, la société tout entière est désormais familiarisée avec cette notion. Le monde du travail social a pour sa part compris que la conversion était engagée. Qu'ils soient pour ou contre, les travailleurs sociaux ont tous entendu parler du changement de modèle en cours. Sur le terrain les dirigeants d'ESSMS prêts à s'engager radicalement dans l'abandon du modèle protecteur sont de plus en plus nombreux. Tout comme les parents qui réclament une vie inclusive pour leurs enfants, quitte à faire valoir leurs droits devant un tribunal. Les collectifs de personnes handicapées dénonçant le caractère validiste du modèle protecteur deviennent de plus en plus audibles. Les nouvelles façons de faire du modèle inclusif ont quant à elles prouvé leur efficacité et leur efficience. Des expérimentations telles que l'APPV ou des exemples étrangers bien connus montrent que la vie en milieu ordinaire est possible, y compris pour les personnes les plus handicapées.

Ces années de préparation du terrain ont donc atteint leur objectif : la porte est entrouverte.

Le temps de la rupture est venu

Sans disparition massive des façons de voir et de faire du modèle protecteur, comme cela a pu se faire dans d'autres pays d'Europe, ces chantiers pourraient se solder par une somme de changements incrémentaux. Le modèle protecteur resterait dominant et se recyclerait en adoptant les apparats du modèle inclusif. Et les rapports de l'ONU viendraient à nouveau pointer les lacunes françaises. Pour réussir cette mutation en France, la stratégie pour les dix années qui viennent doit viser la rupture, la disparition du modèle protecteur. Sinon :

- Pourquoi accueillir un enfant à l'école, quasiment sans moyen, quand des millions d'euros sont dépensés dans l'IME d'à côté, pensé pour l'accueil de ces enfants ?
- Comment des managers formés sur l'ancien modèle ne se heurteront-ils pas à des travailleurs voulant porter la rupture ?
- Pourquoi des associations gestionnaires cesseraient-elles de défendre le modèle protecteur qu'elles ont bâti et en feraient le deuil pour s'engager pleinement dans la conversion ? Le poids actuel de ce type de structures empêche le changement.
- Pourquoi ceux qui se déclarent experts de la vulnérabilité d'autrui cesseraient-ils d'orienter les usagers vers les places du modèle protecteur ?

Renverser la table ne consiste cependant pas uniquement à fermer des établissements. Cela reviendrait à les remplacer par d'autres plus légers (des IME hors murs, par exemple), lesquels continueraient à créer une barrière hermétique entre le droit commun et le milieu spécialisé. Le

changement à l'œuvre repose sur un ensemble de mesures qui doivent modifier le cadre de lecture des organisations et sur une profonde mutation des ressources humaines.

Et pour que les défenseurs du modèle protecteur puissent en faire le deuil, il faut leur donner à voir leur réalité dans 10 ans, des aspects financiers sécurisés, la continuité de l'aide des personnes les plus handicapées et leur propre accompagnement dans cette conversion.

Un plan handicap 2030 sur le modèle du plan France 2030, doté de moyens importants, doit pouvoir clarifier l'horizon pour les acteurs inquiets et sécuriser les aspects financiers.

Nos recommandations :

Des réformes systémiques

Réformer en profondeur le secteur pour que le changement de modèle guide le fonctionnement des institutions et les process d'accompagnements.

→ Un plan de financement sur au moins 5 ans doit permettre aux OG d'investir massivement dans la transformation de leur offre. Avec pour objectif de passer de manière progressive de leurs activités classiques à l'accessibilisation de l'environnement.
→ La première source de financement réside dans une participation importante de l'Etat et de ses services déconcentrés.
→ La seconde se trouve dans la capacité des associations gestionnaires à puiser dans leurs réserves de compensation et d'investissement[20].
→ Une troisième source de financement pourrait être imaginée via une participation de la société civile (entreprises, écoles, hébergements, activités sociales…), par de la mutualisation de locaux, du mécénat de compétence, un crédit d'impôt inclusif, etc.

Passer à un système piloté par la demande, où la personne peut décider de sa vie, accéder à ses droits, et à laquelle l'offre s'adapte.

→ L'assistance au projet de vie soutient la demande, permet la formulation des attentes et des besoins qui y sont liés.
→ La personne choisit le parcours et les ressources qu'elle souhaite mobiliser dans le droit commun et dans le secteur spécialisé.
→ Le système de coopération se construit autour des dimensions du projet et du parcours.
→ La politique territoriale s'ajuste au regard des projets et des parcours, en faisant remonter l'information utile à un pilotage réactif et anticipatif.

Changer d'angle d'approche pour penser et conduire une politique du bien-être (la santé au sens OMS est un terme facilement réduit à la vision sanitaire).

→ La personne accompagnée est sujet de droit et capable de mobiliser les moyens adaptés à la réalisation de son projet (définition de l'autonomie), non plus une personne fragile et objet de soins.
→ Viser le bien des personnes, pour se donner une chance d'accueillir et de mieux éduquer chaque acteur, dans une perspective contributive et d'enrichissement réciproque.

[20] Les fonds propres constitués de ces associations proviennent de legs, de dons, d'excédents non repris par les autorités de tutelle et de tarification, des produits des ESAT, du foncier acquis par des programmes d'investissement supportés par les deniers publics.

Repositionner les métiers du social pour les rendre plus attractifs.

→ En leur redonnant de l'autonomie décisionnelle et en les déchargeant d'une forme de responsabilité qui ne leur appartient finalement pas (choix de vie, avenir de la personne…).
→ En affirmant le rôle des dispositifs médico sociaux comme agents d'accessibilité : en agissant sur (et avec) l'environnement des personnes accompagnées, ils contribuent à l'accessibilité. Il convient donc de réinterroger « vigoureusement » la formule « un accompagnement centré sur la personne » de la loi de 2002-2.
→ Le transfert des connaissances des travailleurs vers la montée en compétence de l'environnement constitue la pierre angulaire de la transformation de l'offre. Car ce n'est qu'à ce prix, une fois les différents lieux soutenus et accessibilisés, que les établissements pourront achever leur mutation.

Des politiques contractuelles, à redéfinir

Une dernière modalité de financement peut également être imaginée par le biais de modalités plus ouvertes, comme les CPOM inter associatifs.

Mettre en œuvre une nouvelle forme de contractualisation avec les associations gestionnaires, contenant un accord de transformation globale de leur organisation et de leurs pratiques.

→ Qui soutient les directions générales dans l'optimisation des bâtis.
→ Qui les incite à procéder à des ventes d'établissements, libérant ainsi des mètres carrés pour investir et soutenir des espaces partagés avec les acteurs du droit commun (co-constructions écoles / établissements).

Des réformes dans la formation & des révisions nécessaires

Favoriser l'intégration d'enseignements liés au modèle inclusif.

→ Sur l'approche inclusive de l'activité : école inclusive, entreprise inclusive, etc.
→ Sur la compréhension des politiques publiques, des demandes internationales, des changements attendus par les personnes.
→ Sur l'autodétermination des professionnels du médico-social, le système équitable de coopération, les nouvelles modalités d'accompagnement.
→ Sur les nouvelles technologies (casques de réalité virtuelle, outils numériques, etc.).

Développer les formations croisées entre professionnels de l'accompagnement et professionnels des dispositifs de droit commun.

→ Les formations croisées EN/ESMS ou MDPH/ ARS, déployées sur l'ensemble du territoire de 2014 à 2018, ont montré l'appétence des acteurs de terrain pour ce type de dispositif qui permettent de découvrir les fonctions, potentialités et contraintes respectives.
→ Cette connaissance des besoins et compétences de chacun doit permettre d'installer des coopérations de terrain.

Former l'encadrement sur les mêmes modalités que l'ensemble des professionnels, mais également et surtout sur la capacité à se positionner en facilitateur.

→ Les capacités à manager à distance et à faire confiance sont des supports pour les équipes.
→ A contrario, le contrôle aveugle déresponsabilise les équipes et neutralise les initiatives.

Travailler à une GPEC de tous les personnels du médico-social, y compris l'encadrement, avec des mesures concrètes de reclassement (qui pourront, le cas échéant, permettre de changer de voie si le nouveau projet ne respecte pas leurs anciennes valeurs).

→ Mise en place de CEP dédiés et de conseillers en insertion professionnelle.
→ Travail avec les professionnels des établissements des OG sur leur projet professionnel en dehors du médico-social.
→ Financer les formations même extérieures au secteur médico-social, favoriser la création d'entreprise et ouvrir massivement la possibilité de ruptures conventionnelles.

Investir et équiper les professionnels de moyens de mobilités.

→ Gsm, ordinateur portable, véhicule, etc.
→ Trouver des espaces leur permettant de se retrouver en équipe.
→ Les outiller sur des solutions numériques nomades (drive, nouveau logiciel, application numérique de révision d'agenda, etc.).

Des mesures incitatives au milieu ordinaire pour développer les parcours inclusifs

Conditionner le montant des subventions de fonctionnement à la mise en accessibilité des dispositifs et à l'accueil des publics en situation de handicap.

Prévoir pour chaque nouveau bâtiment public de la place pour les personnes en situation de handicap, au regard des programmes d'investissement prévus sur chaque territoire. En construisant par exemple dans une nouvelle école un espace médico-social, pour les enfants polyhandicapés ou en situation de handicap sévères.

Fermer progressivement les lieux d'accueil en milieu protégé, qui justifient les mécanismes d'exclusion du droit commun.

IDSD Le Phare

Propositions en vue de la conférence sociale des métiers de l'accompagnement

Propos liminaires :

Contexte

La situation au sein des ESMS s'avère de plus en plus explosive.
Le climat social se dégrade.
Les postes vacants se font de plus en plus nombreux et sur des périodes de plus en plus longues.
⇨ **Le nombre et la qualité des accompagnements proposés sont maintenant mis à mal aggravant ainsi la situation des personnes en situation de handicap.**

Dans ce contexte, la conférence sociale des métiers de l'accompagnement fait naître l'espoir.
Elle est maintenant au cœur de toutes attentes.

Qu'au sein de cette conférence soient interrogés – de manière systémique ! - les leviers de la transformation de l'offre et ceux de la transition vers une société inclusive est rassurant.
Ces éléments, inscrits dans le moyen et le long terme, peuvent fournir un « cadre de sens » et contribuer à une vision commune de l'avenir de notre secteur ; un secteur dont le positionnement doit évoluer (vers l'appui aux acteurs du milieu ordinaire notamment).

Toutefois, cette conférence sociale arrive tard.
Elle arrive alors que les tensions ont pu se diffuser, s'exacerber, s'agglomérer.
Elle arrive alors que le sentiment de dévalorisation est partagé du plus grand nombre.

Sans décisions fortes et rapides (sur la question des rémunérations principalement), toute projection, toute nouvelle injonction au changement seront perçues comme une marque de dédain.
On a dit aux acteurs du sanitaire, vos salaires sont revalorisés « **parce que vous le valez bien** ».
Et on dirait aux acteurs médico-sociaux, vos salaires pourraient être revalorisés **« si vous nous montrez que vous le valez bien** » ?

1. Réformes systémiques

- **Constats :**
  A ce jour, se multiplient sur les territoires les dispositifs de coordination et d' qui visent à fluidifier les parcours (ex : EMAS, PCPE, équipe relais handicap rare, communauté 360, etc…). Bien qu'indépendamment leur conception soit des plus intéressantes :
  - Leurs champs d'intervention ne sont pas lisibles et parfois ils se superposent créant des formes concurrences plus ou moins vives,
  - La plupart de ces dispositifs ou plateformes segmentent les réponses au lieu de les regrouper.

  Ils apparaissent comme un mille-feuille et non comme des instruments de fluidification des parcours et d'optimisation des moyens.

  En outre, leur action étant temporellement cadrée, les acteurs du territoire ont vocation à prendre le relai à un moment ou à un autre.

  ⇨Multiplication des « chefs d'orchestre » alors que les « musiciens » dans la fosse sont de moins en moins nombreux (⇨ Démotivation des « musiciens »)
  ⇨ Difficultés pour les parents et les usagers : absence de lisibilité de l'offre ⇨ errance avant de trouver le bon interlocuteur.

- **Axe de progrès et objectif**
  La transformation de l'offre ne pouvant être pensée comme un mille-feuille de dispositifs ou de plateformes, créer un véritable dispositif de coordination clairement repéré et repérable sur chaque territoire.

- **Mesure à prendre**
  Supprimer la majorité de ces dispositifs au profit d'une plateforme de coordination et d'appui…
  - **Territorialisée (territoire de proximité versus territoire très étendu),**
  - **Regroupant la totalité des acteurs (ESMS, EN, des acteurs de la médecine de ville, MDPH, ARS, représentants des usagers etc…)**

  Cette plateforme de coordination (Communauté 360 **ou autre**) **ne peut être portée par un organisme gestionnaire**. Elle se devrait d'être un espace d'échange et de concertation permettant à des acteurs divers - reconnus pour leurs compétences - de mutualiser leurs ressources et de mettre en synergie leurs expertises.

2. Formation initiale / formation continue

La formation des professionnels de l'accompagnement

- **Constats :**
  - **Nombre de formations initiales ne préparent pas les professionnels aux exigences de la société inclusive et aux réalités « terrain » qu'ils vont rencontrer**. Pour exemple, des contenus perçus comme essentiels (l'autodétermination, l'émergence des besoins et des attentes, la création de partenariat, la transmission des connaissances et compétences auprès des acteurs du milieu ordinaires etc…) n'y sont pas ou peu abordés.
    - ⇨ Ce décalage entre la théorie et la pratique engendre…
      - Un sentiment de malaise et d'insécurité chez les professionnels (pire, ils découvrent parfois sur le terrain que l'exercice professionnel auquel ils se sont préparés ne répond pas à leurs attentes).
      - Une inadéquation entre les compétences attendues et celles dont disposent les professionnels.
  - **Peu ou pas de passerelles existent entre les formations qualifiantes.**
    Les formations n'étant pas pensées dans une logique modulaire (modules de base qui peuvent être communs, modules à capitaliser année après année), les professionnels peuvent se sentir contraints de demeurer dans leur métier initial. De plus, **les VAE s'avèrent insuffisamment développées et insuffisamment qualitatives**.
    - ⇨ Peu de perceptives d'évolution de carrière pour les professionnels concernés (⇨ peu d'attractivité de ces filières assez cloisonnées).

- **Axes d'amélioration et objectifs visés :**
  - **Renforcer l'adéquation entre les formations proposées et les attentes de la société inclusive**
  - **Ouvrir des perspectives d'évolution de carrière**

- **Mesures à mettre en place pour atteindre les objectifs visés :**
  - **Penser l'offre de formation de manière modulaire** (modules communs à différentes formations, capitalisation possible des modules sur plusieurs années).
  - **Faire évoluer les référentiels métiers et les référentiels de formations**. Faire figurer dans ces derniers :
    - Des contenus afférents à l'autodétermination, à la société inclusive, à l'intervention en ambulatoire, aux modalités d'appui et de transmission aux acteurs du milieu ordinaire, aux outils et à la posture nécessaire à l'émergence des attentes et des besoins en situation…
    - Faire intervenir systématiquement dans chaque formation des usagers experts notamment dans une logique de co-intervention.

La formation managers des professionnels de l'accompagnement

- **Constats :**
  Peu d'entre eux sont formés au management de professionnels en ambulatoire et, qui plus est, au management de professionnels intervenant dans le cadre de la société inclusive.

- ⇨ **Incohérence entre les attendus des « cadres » vis-à-vis de leur équipe** (souplesse, agilité, prise en compte de l'usager comme un acteur de plein droit…) **et le contexte d'intervention qu'ils créent autour de ces mêmes professionnels** (rigidité, prises de décision sans concertation…)
- ⇨ Face aux **injonctions paradoxales,** malaise voire mal-être de certains professionnels.

- **Axe d'amélioration et objectif visé :**
  Développer ou renforcer la cohérence entre modalités de management et modalités d'accompagnement afin de minorer les injonctions paradoxales et renforcer l'attractivité des métiers.

- **Mesure à prendre :**
  Faire évoluer les formations initiales et continues proposées aux managers (ex : adjonction de modules : manager des professionnels en ambulatoire, manager dans le cadre de la société inclusive).

La formation des acteurs du milieu ordinaire

- **Constats :**
  L'école inclusive est prônée ; elle est portée en étendard par les pouvoirs publics. Toutefois, **si les AESH et les enseignants sont maintenant assez souvent « sensibilisés » aux situations de handicap (quelques heures déci-delà), ils n'y sont pas formés**.
  - ⇨ Non outillés pour gérer ces situations, ils ne sont pas en capacité d'adapter à bon escient les méthodes pédagogiques qui sont les leurs (non qu'ils ne le veuillent pas mais qu'ils ne le peuvent pas).

- **Objectifs visés :**
  Former les enseignants et les AESH à la gestion des situations de handicap (et plus précisément à celles auxquelles ils sont confrontés).

- **Mesures à prendre :**
  - Majorer le temps dédié aux situations de handicap au sein des formations initiales et formations continues (**quotité d'heures incluse dans les programmes afin de permettre une réelle formation**).
  - En formation, **faire intervenir des usagers experts ou des parents d'usagers dans une logique de co-intervention.**
  - Parce qu'une formation généraliste, ne peut toujours permettre des adaptations propres à un individu donné, dans une situation donnée, **prendre appui sur les acteurs du médico-social (soin et accompagnement) pour faciliter le développement de compétences spécifiques (quotité d'heures reconnues et valorisées).**

3. Politique contractuelle

CPOM et mesure de l'activité des ESMS

- **Constats :**
  - Les négociations CPOM ne s'appuient aucunement sur les avis et les attentes des bénéficiaires. **Ils sont exclus d'une négociation qui pourtant les concerne au premier chef**.
  - Dans le cadre de la société inclusive, les acteurs du médico-social jouent de plus en plus **un rôle d'appui au milieu ordinaire** en lien avec les accompagnements effectifs (personnes notifiées) mais aussi bien au-delà. Cette part croissante de leur activité est **peu ou pas valorisée**.

    ⇨ Sentiment de dévalorisation ressenti par les professionnels (non reconnaissance d'une partie de leur rôle dont le développement est pourtant souhaitée).

    ⇨ Les organismes gestionnaires ne sont pas réellement incités à développer leur fonction ressource et appui ressources qui s'avèrent pourtant un des accélérateurs de la société inclusive.

    Nous définissons :
    - *La **fonction ressources** comme les compétences et l'expertise projetées par les acteurs des ESMS auprès des acteurs du milieu ordinaire dans le **cadre de l'accompagnement d'une personne singulière** –personne accompagnée par l'ESMS-.*
    - ***L'appui ressources** (au sens de SERAFIN PH) comme les compétences et l'expertise projetées auprès des acteurs du territoire **sans lien direct avec un accompagnement donné.***

- **Axes de progrès et objectifs visés :**
  - **Reconnaitre et s'appuyer sur la parole des personnes accompagnées dans les négociations CPOM** (le nouveau référentiel d'évaluation élaboré par l'HAS pourrait y contribuer mais il resterait toutefois insuffisant).
  - **Valoriser la fonction ressources en lien avec les accompagnements et l'appui ressources aux acteurs du territoire**.

- **Mesure à prendre :**
  - **Introduire dans le process de négociation des CPOM a minima un échange avec des représentants d'usagers** (via le Conseil de la Vie Sociale notamment)
  - **Valoriser les actes réalisés dans le cadre de la fonction ressources et de l'appui ressources dans le cadre des rapports d'activité** produits chaque année par les établissements. Il s'agit notamment de faire en sorte que ces derniers soient **pris en compte dans le calcul du taux d'activité réalisée.**
  - Dans le cadre de la réforme de la tarification, **dédier une partie de la « part socle » à la fonction ressources et à l'appui ressources (tous deux dûment tracés)**.
    Cette option est d'ores et déjà interrogée par la CNSA ; toutefois, **le pourcentage ad hoc doit être à la hauteur des enjeux.**

4. Mesures incitatives destinées au milieu ordinaire afin de favoriser les parcours inclusifs

Médecine de ville :

- **Constats :**
  - A ce jour, les orthophonistes bénéficient d'une majoration de leurs actes s'ils interviennent auprès :
    - D'enfants de moins de 3 ans (+6 euros),
    - De personnes en situation de handicap (forfait annuel de 50 euros).

    Or, de **telles mesures n'existent pas en ce qui concerne la médecine de ville** (une majoration est bien appliquée mais elle ne concerne que l'élaboration du 1er certificat médical permettant d'incrémenter le dossier de demande MDPH).
  - Les acteurs de la médecine de ville sont rarement formés aux interactions avec les personnes en situation de handicap.
  - Ceux d'entre eux qui ouvrent (réellement !) leur cabinet aux personnes en situation de handicap, ne sont pas toujours repérés sur les territoires.

- **Axe de progrès et objectif visé :**
  - **Inciter les acteurs de la médecine de ville à intervenir auprès de personnes en situation de handicap.**
  - **Les former afin de minorer leurs réticences ou craintes vis-à-vis de ces derniers.**
  - **Rendre visible (et valoriser) les praticiens qui accueillent des personnes en situation de handicap.**

- **Mesures à prendre :**
  - **Majorer les consultations ou, pour les médecins généralistes référents un forfait handicap**. Bien évidemment, ces majorations seraient prises en charge par la CPAM et non par le patient.
  - **Mettre en place des modules de formation spécifique compris en formation initiale.**
  - **Mettre en place un label « Médecine inclusive » (qui pourrait être attribué notamment aux « Maisons de Santé »).**

Formation des acteurs du milieu ordinaire (cf. partie 2)

Pour finir, et en lien avec les mesures incitatives ciblant les acteurs du milieu ordinaire…

L'intégration du médico-social à l'éducation nationale, une fausse bonne idée ?

La fréquentation de l'école est cruciale.
Elle est un droit pour tous et pose les bases de la société de demain ; une société inclusive qui accueille les singularités et au sein de laquelle chaque individu voit reconnu son pouvoir d'agir.

L'école inclusive est l'un des fondements de la société inclusive que nous appelons de nos vœux.
Mais quelle place doivent avoir les acteurs du médico-social dans le cadre de ce projet « inclusif » ? **Les ESMS dédiés au moins de 20 ans ont-ils vocation à intervenir en appui dans les établissements scolaires, aux côtés des enseignants, AESH et équipes éducatives ? Ou ont-ils vocation à être intégrés à l'éducation nationale dont-ils dépendraient ?**

Pour répondre à ces questions, trois autres interrogations s'imposent :

- L'accompagnement médico-social est-il centré sur l'enfant (incluant l'élève) ou sur l'élève ?
- L'apprentissage de l'autonomie et du pouvoir d'agir a-t-il vocation à se restreindre au seul environnement scolaire ?
- **L'école inclusive est-elle une finalité ou un moyen en vue d'atteindre une finalité ?**

Pour le dire autrement, que souhaitons-nous ? Créer les conditions d'une participation sociale pleine et entière ? Accompagner les enfants vers l'autonomie ? Faire d'eux des citoyens et des adultes « droits dans leur bottes » ; des citoyens à même de faire valoir leur « pouvoir d'agir » ?

Dans ce cas, l'école est un moyen.

Ou souhaitons-nous « simplement » que tous les jeunes fréquentent l'école et y acquièrent des connaissances minimales voire obtiennent des diplômes les plus élevés possibles ?

L'école ici devient une finalité.

Si l'école est une finalité, les services enfants du médico-social doivent y être rattachés.
Si l'école est un moyen, ces mêmes services doivent-être des appuis solides à la fois <u>dans et en dehors de l'institution scolaire</u> ; ils ne peuvent y être rattachés sans remettre en cause la notion d'accompagnement global sur tous les lieux de vie de l'enfant.
Dans le cadre d'une société inclusive, les professionnels des ESMS ne sont-ils pas interfaces et liants entre tous les espaces de vie des enfants (et des adultes) accompagnés ?

Vous vous demandez peut-être sur quoi se basent de telles affirmations.
Elles se basent sur des constats émanant d'une expérience de plus de 13 ans.
L'IDSD Le Phare a été précurseur en termes d'inclusion scolaire. En 2008, toutes les classes internes étaient fermées et, depuis, les 290 enfants accompagnés le sont en ambulatoire (notamment au sein des 143 établissements scolaires avec lesquels nous travaillons).
Durant les 10 premières années, nous avons été quasi entièrement focalisés sur l'école (de la maternelle jusqu'au lycée voire à l'université).
De fait, nous avons bien souvent réduits les besoins de l'enfant à son statut d'élève.
Résultats ?

- *L'accès aux droits peu ou pas travaillé,*
- *La vie affective et sexuelle peu abordée,*
- *L'autonomie dans la vie quotidienne ou la participation sociale jugée non prioritaire (l'important c'est l'école, non ?)…*

Ainsi, nous avons vu des jeunes finir leur scolarité sans être outillés pour faire face à la suite de leur parcours ; des jeunes qui parfois étaient dans l'incapacité de prendre le

bus seuls ou même d'acheter leur pain dans une boulangerie (exemples réels parmi une myriade d'autres…).
Par la même, nous avons créé des ruptures de parcours.
Où sont ici l'autonomie et le pouvoir d'agir ?

Conscients des impacts engendrés par une centration sur « l'accompagnement à la vie d'élèves » (cf. prestations SERAFIN PH), nous avons depuis lors réorienté notre action. Heureusement…

Si les services enfants des ESMS actuels étaient intégrés à l'éducation nationale, quid de l'accompagnement global couvrant l'ensemble des lieux de vie de l'enfant ou du jeune adulte ? Quid de la volonté affirmée d'une société inclusive reconnaissant les capacités de tous fussent-elles exprimées hors contexte scolaire ?

Le rattachement des ESMS à l'éducation nationale serait une fermeture du champ des possibles et non une ouverture sur l'ensemble des aspects de la société inclusive.

Panazol, dimanche 27 février 2022

Objet et rappel du contexte :

La FISAF et Trisomie 21 Nouvelle Aquitaine ont souhaité apporter leurs contributions à la mission que le Premier Ministre a confié à Monsieur Denis Piveteau.

Pour cela, et compte tenu des délais très courts, nous avons convenu du programme de travail suivant :

- *Une première réunion, en visioconférence, pour rappeler les attendus et fixer les objectifs de nos travaux. Celle-ci aura lieu* ***jeudi 09 décembre de 15h à 17h.***

- *Une deuxième réunion, en visioconférence, pour arrêter les propositions sur lesquelles nous aurons travaillées entre les 2 réunions. Celle-ci aura lieu* ***mercredi 15 décembre de 11h à 13h.***

Philippe Calmette a rappelé, en préambule de notre première réunion de concertation le 9 décembre, que nos propositions doivent parvenir à Monsieur Denis PIVETEAU avant Noël. Il a précisé que les propositions de chacun doivent être transmises par courriel à tous les membres, et de façon synthétique en deux points :

- *Faire apparaître les problématiques et les freins…*
- *La proposition synthétique qui apporte une solution à chaque problématique*

Voici ci-après les propositions de la Fondation Delta Plus sur les 4 thématiques retenues, en précisant que certaines de nos propositions sont transversales sur plusieurs des 4 thématiques :

I. Réformes systémiques nécessaires :

1. Les constats et les freins relatifs à l'accès aux droits des personnes :

- Inéquité des droits (et des conditions d'accès aux droits) des personnes en situation de handicap en fonction de leur département de résidence.
- Inéquité des conditions d'octroi du financement des services et structures d'accompagnement des personnes en situation de handicap selon les départements.
- CDAPH qui répondent (encore) aux besoins des personnes en termes de places institutionnelles disponibles sur le territoire concerné, mais rarement aux besoins réels des personnes et sans prendre en compte leurs souhaits

Première proposition de réforme systémique :

Création d'une 5° branche d'assurance sociale dite branche autonomie :

- Garantie d'une équité des droits des personnes sur tout le territoire
- Garantie d'un accès aux droits sur tout le territoire
- Garantie d'un financement équitable des mesures nécessaires pour une pleine autonomie des personnes, quel que soit leur lieu de résidence
- Obligation pour les CDAPH de proposer un plan global d'accompagnement incluant des solutions, adaptées aux besoins, tenant compte du choix et du lieu de vie des personnes
- Solvabilisation directe des personnes

2. Les constats et les freins relatifs à l'attractivité des métiers de l'accompagnement des personnes dans leur projet de vie singulier :

- Non,-coordination et cloisonnement encore durable des acteurs.
- Formation des professionnels centrée sur l'offre et non sur la demande.
- Formation professionnelle sur des postures centrées majoritairement sur la protection,
- Absence de formation spécifique sur l'autodétermination et sur le libre choix du projet de vie et sur les cas complexes, de façon globale sur les concepts innovants favorisant l'accompagnement des parcours (sauf cas particulier).
- Multiplicité d'acteurs et d'offres, encore majoritairement, centrés sur l'institution et sur la protection exclusive des personnes, qui produisent une assistance émiettée dans un univers décalé et surprotégé produisant peu (ou pas assez) d'effet bénéfique.
- Une action médico-sociale caractérisée par une rigidité institutionnelle, qui propose une multitude de services et d'assistances, profitant aux usagers de manière très partielle, et qui reste dans l'incapacité de s'adapter avec efficacité aux besoins du parcours de vie des personnes fragiles et vulnérables.
- Des métiers non reconnus par les (trop nombreuses) conventions collectives, oubliés des médias et du gouvernement pendant la crise sanitaire (hors EPHAD), et avec des inéquités de traitements sur les primes dites du Covid19, en fonction des départements.
- Manque de lisibilité et de connaissance (voire de reconnaissance) du secteur.
- Aucune notoriété du secteur, pas de visibilité à l'extérieur.

Deuxième proposition de réforme systémique :
Mise en place d'une <u>stratégie nationale de santé* et de prévention</u> (* sens OMS, bien-être des populations) et une évolution des textes réglementaires.

- Mise en place d'une stratégie nationale 2030 s'appuyant sur le déploiement de la RSE, et sur la mesure d'impact de notre secteur en fonction des ODD sur le long terme.
- Renforcement de la demande : Déploiement des APPV, Libre choix des personnes (APPV)
- Proposer des offres globales répondant aux besoins et aux choix de vie des personnes.
- Anticipation des situations critiques et prévention des ruptures de parcours.
- Fin de la logique de place, remplacée par des réponses aux besoins des personnes.
- Plan d'accompagnement à la transformation des institutions, prenant en compte les investissements structurels.
- Questionnement de l'AAH : déconjugalisation, retraite….
- Convergence conventionnelle des métiers de l'accompagnement prenant en compte tous les métiers, y compris les métiers nouveaux (APPV, …) et ceux du domicile
- Instauration de plans d'accompagnement globaux (hors cas complexe) proposés par les CDAPH
- Prise en compte au niveau national des besoins de formation des personnes handicapées
- **…**

II. <u>Les politiques contractuelles, à redéfinir.</u>

1- **<u>Frein à l'action</u>** : les MDPH sont trop souvent des services des départements

Déclinaison de la stratégie nationale par un CPOM entre état et Département/MDPH

2- **<u>La formation : les révisions nécessaires.</u>**

<u>Freins à l'action :</u>

- La formation des professionnels qui est centrée sur l'offre et la protection des personnes est un frein au virage inclusif et à l'accès aux droits des personnes.
- La formation des personnes en situation de handicap dans les centres spécifiques, exemple CRP, ne permet pas aux personnes de s'intégrer dans le travail ordinaire et les laisse majoritairement sans solution à l'issue de leur formation.

- Causes croisées avec proposition 2 ci-dessus (stratégie nationale de santé et de prévention).

Troisième proposition de réforme de la formation :

- Suppression des centres de formation exclusivement centrés sur des formations en dehors des entreprises (CRP, …)
- Renforcement et financement, sans coûts supplémentaires pour la dépense publique, des dispositifs d'emploi accompagné, DEA
- Révision profonde des modules de formation des professionnels des métiers de l'accompagnement intégrant : le libre choix des personnes sur leur parcours de vie, un accompagnement répondant à la demande et non à l'offre, la notion d'autodétermination, les transferts d'expertise, la pair-aidance, le compagnonnage, le portage de la qualité (certification, RSE….)….

3- Les mesures incitatives au milieu ordinaire pour développer les parcours inclusifs :

Les mesures incitatives à l'insertion en milieu ordinaire de travail :

Les freins :

- Orientation par défaut en ESAT.
- Rigidité du statut de travailleur d'ESAT (PMSMP pas assez longue ni renouvelable).
- Les entreprises embauchent pour répondre à leur obligation et faire une œuvre sociale, le tout soutenu par l'incitation fiscale.
- Aucune reconnaissance concrète pour les sorties positives (aussi bien pour les personnes que pour les ESAT).
- Aucune aide financière spécifique pour les supports d'activités innovants (trésorerie commerciale et sociale non à disposition libre pour investissements dans l'innovation sociale).
- Méconnaissance du secteur de travail protégé par les entreprises ordinaires et collectivités.

Quatrième proposition : insertion par le travail,

- Généralisation de l'emploi accompagné dans une logique renforcée de soutien et d'information aux entreprises (salariés, direction)
- Aide au poste en milieu ordinaire de travail

- Favoriser l'embauche des personnes en milieu ordinaire en s'appuyant sur leurs compétences et sur leur productivité, et non pas seulement sur leur handicap et les aides financières qui y sont associés
- Crédit d'impôts pour les entreprises et collectivités (non cumulable avec l'aide au poste)
- Plan de transformation des ESAT favorisant l'accompagnement des personnes vers le milieu ordinaire de travail en favorisant la formation sur les métiers
- Valorisation financière pour les structures ESAT selon le taux de sorties positives.

Les mesures incitatives pour le développement du logement inclusif API :

Les freins :

- Les guichets financeurs refusent certaines aides sous prétexte de ne pas être sûrs de la part dédiée à la population désignée (ex. : CARSAT ne finance pas une construction intergénérationnelle, car elle ne sait déterminer la part qui profite aux personnes âgées plutôt qu'aux autres personnes…).
- Pas d'aide spécifique au logement API (tant pour les résidents que pour les promoteurs).
- Pas de prêt spécifique API

Cinquième proposition : Développement du logement inclusif et accompagné dit « logement API », logement Accompagné, Partagé et Inséré.

- Prêts spécifiques API ouvrants des droits aux bailleurs (exonération taxes foncières…)
- Favoriser les sources d'aide au financement multiples par le décloisonnement des acteurs,
- Convention spécifique API entre les bailleurs et l'état (TVA à Taux réduit, prise des charges supplémentaires dues à l'entretien des espaces communs…)
- Aides adaptées pour les personnes, permettant le financement de l'animation et le supplément de loyer relatif aux locaux communs (complément d'APL)
- Libre choix des personnes d'habiter dans un API,
- Agrément de places dédiées API (aujourd'hui places PLS).

CENTRE DE PREUVES
SOCIETE INCLUSIVE

Éléments contributifs en réponse à la sollicitation de la FISAF et de Trisomie 21 NA

Cible : Préparation rencontre de travail avec Mr Denis PIVETEAU le 20/12/2021, portant sur les réformes à proposer dans le cadre de la « *Conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social* » prévue le 15/01/2022.

Préambule : Les recommandations énoncées ci-après par le Centre de Preuves Société Inclusive, émanent exclusivement du domaine des données probantes internationales *(i. e. : éléments conceptuels, résultats de recherches et meilleures pratiques, respectant le design des données probantes)* et sont conformes à une des missions du CPSI, à savoir faciliter la diffusion des connaissances internationales, reconnues en données probantes comme favorisant l'inclusion sociale. Le CPSI se tient à la disposition du lecteur pour apporter toutes les références sur lesquelles sont basées ses préconisations.

4 sujets d'échanges souhaités lors de cette sollicitation :

1. Les réformes systémiques nécessaires ;
2. Les politiques contractuelles, à redéfinir ;
3. La formation et les révisions nécessaires ;
4. Les mesures incitatives au milieu ordinaire pour développer les parcours inclusifs

Réformes systémiques :

La promotion de l'inclusion sociale passe par la reconnaissance de la diversité dans notre société. Nos structures doivent s'adapter à des gens dont l'ethnicité, la culture, les conditions de vie, les croyances, les capacités et les besoins varient énormément : combattre toute forme d'exclusion sociale. (1) ***L'exclusion personnelle*** quand des individus ne participent pas à la vie communautaire parce qu'ils ont des difficultés sur le plan personnel et qu'ils manquent de confiance en eux, (2) ***l'exclusion circonstancielle*** quand des circonstances, telles que la perte d'emploi ou un déménagement conduisent à l'exclusion, (3) ***l'exclusion structurelle*** quand les structures empêchent les gens qui ont des besoins particuliers d'accéder aux biens et services et enfin (4) ***l'exclusion économique*** empêche les personnes à faible revenu de se faire entendre et de participer

- En s'appuyant sur les éléments établis et les recommandations d'experts internationaux, tant en termes d'efficience de la dépense publique que de respect du droit humain *(cf. notamment la recommandation CM/Rec(2010)2 du comité des ministres du Conseil de l'Europe)* : fermer les structures d'accueil résidentiel spécialisé *(i. e. : IME, ESAT, FAM, …)* et transférer l'ensemble des moyens humains disponibles vers des services de soutien aux personnes, directement inclus dans les lieux communs où s'exerce le droit commun *(i. e. : les lieux d'enseignement et de formations, d'exercice de la sécurité et de la justice, de santé médicale, de logement, de loisirs, de travail, de mobilité …)* ;

CENTRE DE PREUVES
SOCIETE INCLUSIVE

- En optimisant les « leviers » récemment implantés dans le paysage sociétal *(ex. : les Communautés 360 basées sur l'approche populationnelle et l'inconditionnalité de l'accompagnement)* : adopter une démarche de coresponsabilité communautaire *(se substituant à une démarche de sur-responsabilité d'un nombre limité d'acteurs)* placée sous l'influence directe des usagers partenaires ;
- Conformément aux recommandations de la CDPH, aux termes de l'audition de la France par l'ONU en août dernier :
  - Respecter la définition du handicap fondée sur le modèle des droits humains et non sur le modèle médical, en abandonnant la notion abusive de toute notion de « place à acquérir » pour avoir accès aux soutiens nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté : reconnaissance que tout citoyen a « de droit » déjà sa place au sein de la société dans laquelle il vit ;
  - Accompagner une refonte complète des associations représentatives, afin de séparer clairement deux rôles distincts : associations de défense des droits des personnes *(recensement des attentes, soutien à la recherche thématique, paire-aidance, informations…)* distinctes d'une association co-gestionnaire *(sous pilotage direct des représentants de l'Etat)* des services de soutien communautaires *(réunissant sous une seule et même coordination, l'ensemble des moyens humains nécessaires sur un bassin populationnel déterminé)* ;
  - Supprimer des « statuts légaux » qui, malgré leur volonté de protection, éloignent les personnes auxquelles on attribue ces statuts du droit commun et les isolent des progrès sociaux reconnus à l'ensemble de la population *(ex. le statut de travailleur en « milieu protégé » qui désaffilie du droit du travail / le fonctionnement de la CDA des MDPH qui vise « l'ouverture de droits spécifiques » aux personnes concernées pour qu'elles puissent avoir accès aux « soins » que nécessite leur état de santé – au sens de la définition d'Ottawa - ce qui, de fait, statue que les personnes ne sont pas reconnues a priori comme ayant ce droit commun d'accès au soin)*.

<u>Politiques contractuelles</u> :

Une politique basée sur le principe de l'inclusion devrait s'adresser à l'ensemble de la collectivité et, au moment de son impulsion, prioritairement à deux groupes en particulier : un premier groupe, que nous appellerons « les dirigeants » *(comprend les élus à l'échelle municipale, départementale,*

régionale, nationale, les gestionnaires et les directions d'organismes), le second est celui des « intervenants » *(comprend les professionnels d'intervention de terrain, quelles que soient la nature de leur cœur de métier)*.

- En lien avec les points évoqués plus haut : contrat visant les aspects structurels, pour s'assurer de la disparition d'un financement « à la place » vers un financement au « service communautaire » et d'une fermeture des « structures » vers une animation de plateformes pluri professionnelles, en coordination étroite avec les responsables des lieux communs d'exercice du droit commun ;

CENTRE DE PREUVES
SOCIETE INCLUSIVE

- Afin de s'assurer de l'efficience de l'utilisation de l'argent public issus de la solidarité nationale et locale : démontrer des compétences de mesure d'impact sur la qualité de vie des personnes soutenues et asseoir les interventions professionnelles, sur les meilleures pratiques reconnues en inclusion sociale et ayant fait leurs preuves en matière de données probantes ;
- Pour s'assurer d'une contribution réelle des personnes concernées au pilotage des actions à mettre en œuvre sur le plan des pratiques et organisations professionnelles spécialisées leur venant en soutien : instaurer une direction partagée avec un ou des représentants des usagers partenaires.

<u>Formation et révisions nécessaires</u> :

- Au regard de l'expérience des pays qui ont déjà acté et réalisé la transition inclusive en soutien aux personnes en situation de handicap *(Amérique du Nord et Europe du Nord pour ceux qui ont le plus d'années d'expérience et d'expertise dans ce domaine)*, il est indiqué que les mesures suivantes sont efficaces en matière de formation, pour mobiliser les professionnels et acteurs concernés :
    - Repenser dans sa globalité la formation initiale des travailleurs sociaux, en l'appuyant prioritairement sur les connaissances *(théories et pratiques)* faisant consensus dans la communauté internationale de recherche et de pratiques ;
    - Intégrer des usagers partenaires comme co-dispensateur de formation, au titre de l'expertise d'usage ;
    - Appuyer les pratiques professionnelles des différents métiers du soutien spécifique, sur les programmes et méthodes ayant fait leurs preuves, en termes d'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées et d'efficience *(différentes échelles d'évaluation selon le défi à soutenir, connaissances relatives aux milieux capacitants et développement des capabilités, pratique de l'approche milieu, pratique de l'usager partenaire, intervention guidée par la rétroaction…)* ;
    - Structurer les différents métiers du soutien spécifique *(éducateurs, psychologues, orthophoniste …)* sur des ordres professionnels, pour notamment s'assurer de l'effectivité de la mise à jour des connaissances des professionnels au regard des plus récentes recherches et pratiques faisant consensus sur le plan international ;

- Prévoir des actions spécifiques de reconversion professionnelle des travailleurs sociaux ne se reconnaissant pas dans les nouvelles attributions confiées aux professionnels du secteur social et médico-social ;
- Prévoir des actions spécifiques de reconversion professionnelle des cadres de direction des ESMS, pour ceux qui ne se reconnaissent pas dans les nouvelles attributions du secteur social et médico-social, mais aussi au-delà, car fonctionner en coresponsabilité communautaire et en visant l'efficience des services rendus aux personnes, le nombre de poste de direction et cadres sera forcément moindre que dans le système actuel ;
- Prévoir un brassage *(professionnels issus des ESMS, professionnels issus du droit commun – cette terminologie distinctive devrait elle-même disparaître car elle indique une différence de droits pour l'accès à ces deux catégories de professionnels – proches, personnes concernées)* obligatoire dans toute formation partageant des données généralistes sur la reconnaissance des personnes et de leur accès aux droits humains *(autodétermination, développement du pouvoir d'agir, valorisation des rôles sociaux…)* ;
- S'assurer que les agents publics qui auront pour mission d'accompagner et de contrôler les actions et organisations professionnelles de soutien spécifique, sont initialement et régulièrement formés aux connaissances théoriques et informés des meilleures pratiques, faisant consensus au niveau international en matière d'inclusion sociale.
- Réformer les lieux d'enseignement, tant dans la priorisation de ses objectifs, que son processus et ses méthodes pédagogiques. S'inspirer de la définition faisant consensus de l'école inclusive : elle s'inscrit dans une logique de dénormalisation au sens où elle considère les différences individuelles comme faisant partie de la norme. Elle se donne comme mission d'assurer le plein développement du potentiel de chacun de ses apprenants. Pour ce faire, l'école mise sur chacun des acteurs proximaux qui gravitent en ses murs et sur les acteurs distaux qui y sont les bienvenus. Dans cette école, l'expression « plein potentiel » ne se limite pas au potentiel scolaire, mais comprend aussi toutes les formes d'expression de l'intellect et de l'affect.

Mesures incitatives au milieu ordinaire :

- A l'instar de programmes nationaux qui ont démontré leur pertinence et leur efficacité dans différents domaines de vie *(ex. le programme fédéral Canadien Ready Willing & Able / Prêts Disponibles et Capables)* :
  - Diffuser auprès des différents acteurs du milieu ordinaire, les connaissances et données probantes qui indiquent que dans chaque domaine de vie *(i.e. : social, santé, sécurité, mobilité, éducation, logement, loisirs, justice, aménagement du territoire…)* faire recours à la diversité humaine est une source d'enrichissement collectif et participe à la résolution des défis inhérents à chaque domaine de vie.
  - Intégrer dans tout cursus de formation initiale et professionnelle des modules de formation sur les processus de production du handicap, amenant chaque acteur de la société à réfléchir quant à son rôle et ses responsabilités dans l'apparition des

situations de participation sociale et des situations de handicap et/ou d'exclusion, vécues par les personnes.

- Il s'agit ici de passer d'une logique issue du modèle des incapacités, dans laquelle on sollicite une action sociale des acteurs de droits communs *(avec des compensations financières pour les dédommager de leur engagement social)* à une logique du modèle des droits humains, dans laquelle on démontre que les personnes issues de la diversité font partie des ressources pour trouver des solutions aux défis rencontrés par les différents acteurs de la société dans leur domaine propre *(ex. : manque de main d'œuvre compétente pour un employeur, difficulté de bonne cohabitation entre locataires pour un bailleur, rupture de service pour un opérateur de transports collectifs …)* et que les professionnels qui les soutiennent permettent un enrichissement global des compétences des professionnels du secteur concerné.

- Promouvoir deux avenues possibles pour contribuer à l'inclusion en milieu ordinaire :
  - Sensibiliser au changement le regard sur l'autre : en démontrant de la valorisation et de la reconnaissance dans les façons de voir l'autre et d'agir envers lui *(i. e. questionner et revoir les représentations sociales-favoriser une réflexion sur l'évolution de la construction identitaire* ;
  - Orienter les décisions politiques : en cessant de privilégier les catégories sociales « rentables » sur le plan électoral, au détriment des autres *(i. e. de fragiliser les programmes sociaux en les renvoyant vers des niveaux de responsabilités infra national, occasionnant des inégalités en raison de la diversité des niveaux de pouvoir, p. ex. des départements, de municipalités)*.

Eric PIRIOU, CPSI pour la FISAF et Trisomie 21 NA

Décembre 2021

Contribution à lettre de mission de Denis Piveteau

Objet et rappel du contexte :

le Premier Ministre a confié à Monsieur Denis Piveteau la mission de travailler à esquisse de réforme des politiques du Handicap

. Programme et méthodologie de travail :

- *Une première réunion,* ***jeudi 09 décembre .***
- *Une deuxième réunion,* ***mercredi 15 décembre***

les propositions doivent être transmises de façon synthétique en deux points :

- *Faire apparaître les problématiques et les freins…*
- *La proposition synthétique qui apporte une solution à chaque problématique*

les 4 thématiques retenues :

Les réformes systémiques

Les politiques contractuelles

Les formations

Les mesures incitatives au milieu ordinaire pour développer des parcours inclusifs

III. Réformes systémiques nécessaires :

3. Les constats et les freins :

- L'ensemble des textes qui régissent le secteur médico-social est lourd, cloisonné et peu compréhensible car il s'est constitué par couches successives parfois en contradiction
- Il n'y a pas de mesure d'impact systématique des textes
- Les décrets d'applications sont parfois pris avec plusieurs années de retard vidant de tout son sens la mesure
- Les réformes ne sont pas dans le bon ordre (loi 2002 /loi 2005)
- Les réformes sont peu accessible pour les citoyens et pour les personnes concernées
- Le principe d'accès universels aux droits des personnes en situation de handicap n'est toujours pas mis en œuvre (parcours du combattant, compensation et non accessibilité)

- Iniquité de traitement et perte de chance selon le territoire et fonction des financements

- L'organisation actuelle ne permet pas l'émergence de l'autodétermination des personnes (conflit dans la représentation des gestionnaires et des publics)

proposition de réforme systémique :

Principe de simplification administrative du CASF

Mise en œuvre de Mesure d'impact systématique

Séparer les représentants des gestionnaires des représentants des publics (dans une logique d'autodétermination)

Création d'une 5° branche d'assurance sociale dite branche autonomie

Réorganisation des structures de droit commun pour un accès direct des personnes en situation de handicap (étayer par les structures et les professionnels spécialisés)

Un Plan de transformation Nationale de l'action du secteur médico -social pour qu'il devienne soutien/ressource (transfert de compétence) au droit commun (passer d'une logique de compensation à une logique d'accessibilité, d'une logique de protection à une logique d'autonomisation)

IV. Les politiques contractuelles,

4- **Frein à l'action** :

disparité du niveau de contractualisation selon les territoires et les financeurs (ARS/CD…)

la contractualisation ne s'organise autour des projets individuels des personnes en situation de handicap

disparité des niveaux d'objectifs attendus pas toujours en cohérence avec les politiques de Santé ou les schémas

pas d'évaluation systématique

propositions sur la contractualisation

Systématiser la contractualisation avec l'ensemble des autorités pour l'ensemble des structures d'un même gestionnaire (pour favoriser les parcours)

Organiser les cpom inter gestionnaires (pour favoriser les coopérations)

Revoir la méthodologie de construction des cpom (partir des Projets personnalisés et des droits des personnes ONU)

Garantir la mesure d'impact et d'évaluation annuelle

Faire participer les personnes en situations de handicap a chaque étape de construction et de suivi du cpom

Favoriser les cpom au niveau national (fédération) pour collecter les pratiques et expérimentations de terrain innovant/transformant et favorisant les dispositifs inclusifs pour permettre leur essaimage et transmission au plus grand nombre de gestionnaires (bibliothèque d'objectifs …)

Réformer évaluation et contractualisation (HAS/ANAP/HANDEO) ?

Les formations

Freins à l'action :

- La formation des professionnels reste centrée sur l'offre et la protection des personnes est un frein au virage inclusif et à l'accès aux droits des personnes.
- Il n'y a pas de passerelle de formation entre les différents secteurs (sanitaire, social, …)
- Pas de mixité des publics en formation (professionnels, familles, intervenant du milieu ordinaire, personnes en situation de handicap….)
- La formation des personnes en situation de handicap dans les centres spécifiques n'est pas adaptée (processus d'apprentissage durée des formations…)

- Les organisme de formations de droits commun ne sont pas accessible aux personnes en situation de handicap

Propositions

Reformer la formation des professionnels des secteurs (revoir les éléments du RNCP base commune)

Favoriser les passerelles VAE entre le sanitaire le social le médico-social

Introduire des formations spécifiques au changement de métiers lié a la transformation de l'offre, le fonctionnement en dispositif, le nomadisme, le numérique, la participation des usagers …

Favoriser les formations conjointes familles/salariés et personnes en situation de handicap

Les mesures incitatives au milieu ordinaire pour développer les parcours inclusifs :

Reformer les dispositions fiscales (revenu et entreprises)

Prévoir un « BAFA » accessibilité (Kit minimum d'accès aux différents handicap) pour l'ensemble de la population/ valoriser l'utilisation du CPF

Bonus/malus des entreprises et des Institutions sur la formation des professionnels au handicap, emploi, logement …

Création d'un index accessibilité comme sur l'égalité homme/femme

Obligation des duo day annuels dans toutes les entreprises et institutions

Il est nécessaire que les personnes en situation de handicap soient reconnues en tant qu'expertes (expertise expérientielle) de façon qu'elles apportent leur contribution dans les changements systémiques à venir, mais également qu'elles puissent faire valoir leurs demandes et leurs choix de vie au quotidien, et notamment dans les accompagnements médico-sociaux.

Propositions :

- Mise en place de gouvernances participatives, et ce à chaque échelle dans les organisations médico-sociales
- Participation des personnes bénéficiaires en qualité de co-formatrices à la formation des futurs professionnels du secteur mais aussi à l'accompagnement des dispositifs et partenaires du droit commun de façon à ouvrir le champ des possibles.

La mise en œuvre de systèmes de coopération doit permettre la montée en compétences complémentaire des acteurs concernés.

Audrey Serré

Directrice plateforme ressources Trisomie 21 AM

04-93-80-24-62 / 06-68-31-73-85

1. Réforme systémique :

Créer une passerelle entre l'éducation nationale et les ESMS du champ de la déficience sensorielle pour que nos salariés enseignants disposent de facilités pour rejoindre l'éducation nationale.

L'éducation nationale dans le cadre de l'inclusion scolaire n'aura pas les ressources suffisantes et nécessaires pour inclure les déficients sensoriels.

L'éducation nationale ne reconnait pas les compétences pédagogiques de nos professionnelles car non Education Nationale, donc autant transférer les nôtres. On

se priverait alors de notre réponse apportée aux besoins d'entrée dans les apprentissages des jeunes accueillis dans les IDA et IDV, est-ce notre vocation ??

Sur les territoires, la mise en œuvre des PEJS par exemple qui incombe à l'éducation nationale prend des réalités différentes selon la qualité de partenariat avec les académies.

Supprimer la médecine scolaire qui est en baisse drastique d'effectifs. Ils ne permettent plus de réaliser les missions de prévention de la médecine scolaire. Celles-ci devraient être confiées au secteur sanitaire et médico-social afin d'entrer dans des programmes d'éducation à la santé et thérapeutique. Pour les enfants en situation de handicap, cela pourrait permettre de dépister précocement les problèmes et définir les actions nécessaires tant en direction de l'enfant que de sa famille.

Entrer de façon plus volontaire dans des organisations par Dispositifs avec simplification des agréments de façon à faciliter les parcours des personnes accompagnées.

2. Formation :

Mettre en place un socle de formation commun à tous les métiers du sanitaire, social et médico-social afin de faciliter les mobilités professionnelles le long d'une carrière et de permettre une certaine polyvalence des professionnels au quotidien. Ce pourrait être une licence.

Questionnement sur le devenir des IRTS

3. Contractualisation :

Reconnaitre et solvabiliser la fonction ressource sensorielle sur les territoires.

Pérenniser les équipes mobiles d'intervention.

Assurer la fonction de coordination : de parcours, entre les intervenants de secteurs différents.

4. Mesures incitatives pour développer les parcours inclusifs :

Réflexions à partir de l'atelier du congrès FISAF sur l'inclusion avec le changement de paradigme : passer de la logique de compensation de la situation de handicap à la logique de l'accessibilité. C'est l'enjeu de la société dite inclusive avec des motivations fortes à trouver pour y parvenir.

Il faudrait peut être un plan quinquennal de la politique inclusive avec des déclinaisons au niveau du citoyen, de l'entreprise, de la ville, des territoires...

On a mené cette réflexion lors d'un Comité de Direction avec les directeurs d'établissements et du siège. Beaucoup de participants ont exprimé leur lassitude et un engagement très relatif dans cette réflexion au regard de la crise que nous traversons, notamment dans les difficultés de recrutement. Ils ne comprennent pas que l'on doive encore passer par une phase de réflexion pour des mesures qui auraient très peu de chance d'aboutir, de surcroît dans le contexte préélectoral que l'on connait.

Philippe PILLON

Directeur Général

Mission Denis Piveteau

« Contribution de la Fédération Nationale de la Mutualité Française »

Date	16 décembre 2021
Destinataire	Denis Piveteau
Émetteur	Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Synthèse

En sa qualité de représentante d'un réseau de près de 175 établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap, la Mutualité Française porte un intérêt particulier aux questions qui touchent le cœur même de l'action sociale et médico-sociale, confrontée à des évolutions profondes **dans une logique inclusive** portée par nombre d'acteurs. Elle s'inscrit, avant tout, dans l'évolution des demandes des personnes et de leurs aidants. C'est en ce sens que les notions **d'autodétermination et de « pouvoir d'agir »** prennent tout leur sens. C'est reconnaître la personne dans ses singularités et l'expression de ses capacités et lui offrir un champ des possibles élargi.

A l'instar de nombreux acteurs du secteur, elle estime que la crise sanitaire a été un révélateur supplémentaire du rôle décisif des professionnels qui interviennent dans ces secteurs et leur a permis d'expérimenter des modes d'accompagnement plus souples**. Mais les revalorisations financières allouées aux professionnels de santé seuls ont introduit une inégalité de traitement avec les professionnels d'accompagnement et creusé des écarts non pertinents en termes de reconnaissance de professionnels qui travaillent ensemble chaque jour**. Cela a induit, pour ces professionnels, des départs vers les secteurs mieux rémunérés, le secteur sanitaire et celui des personnes âgées.

Afin de contribuer aux réflexions menées actuellement**,** et en vue de la Conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social prévue avant le 15 janvier prochain, la Mutualité Française a souhaité contribuer aux travaux confiés à Monsieur Denis Piveteau **pour tracer des perspectives afin de mieux répondre aux attentes des personnes en transformant les modalités de l'accompagnement par les professionnels**. En effet, la valorisation du rôle et de la place des professionnels qui y exercent, afin de consolider ces secteurs, sécuriser les pratiques et résoudre les problématiques de turn-over et d'attractivité de ces métiers, constitue aujourd'hui un enjeu majeur de bonne construction des parcours de vie, qu'ils soient institutionnels et/ou domiciliaires.

Ainsi la présente note résume les principales propositions formulées par la Mutualité Française, **lors de son audition du 10 décembre**, étayées d'exemples d'actions, de réussites concrètes :

1) **Agir sur la valorisation, la fidélisation des salariés et les perspectives de carrières ;**
2) **Agir sur la rémunération, la considération des professionnels ;**
3) **Agir sur la qualification, la formation et la communication ; faire émerger et reconnaitre de nouveaux métiers comme les « case managers » ;**
4) **Agir sur le management, le crédit accordé à l'expérience terrain, la prévention des risques et la sinistralité ;**
5) **Agir sur la fluidification d'une approche globale et intersectorielle, l'assouplissement des règles d'autorisations des ESMS, des règles de droit social ; poursuivre sur la dynamique importante de décloisonnement rencontré pendant la crise.**

Afin d'introduire les réponses aux questions posées, nous avons repris les éléments de la note d'entretien en date du 30/11. La thèse qui sous-tend, à ce stade, l'entrée dans ce sujet est que « l'autodétermination » de la personne accompagnée va installer, pour le professionnel accompagnant du secteur social ou médico-social, **quatre** niveaux d'intervention. Ce professionnel est en effet appelé :

1°) à faire évoluer sa relation directe à la personne qu'il accompagne, afin que s'y exprime l'objectif consistant à renforcer son pouvoir d'agir (c'est la dimension la plus immédiate de la transformation des pratiques professionnelles, seul ou en équipe).

2°) à projeter ses compétences et expertises au contact, voire au sein d'environnements de vie ordinaire. On peut presque parler d'un nouveau « contrat d'accompagnement » de la personne qu'il accompagne (le professionnel s'insérant ainsi dans un cercle d'accompagnement élargi à des personnes « non spécialistes »)

3°) à soutenir, au-delà de l'accompagnement d'une personne particulière, la montée en compétence des acteurs et dispositifs de droit commun, dans leur démarche d'amélioration de leur « accessibilité » et d'ouverture aux personnes vulnérables (le professionnel devient ainsi interlocuteur expert de ces dispositifs de droit commun, pour les aider à évoluer).

4°) et même d'être reconnu, auprès des personnes morales en ayant la compétence, « prescripteur » de ce qui peut renforcer (voire contraindre !) la démarche de responsabilité qui incombe aux acteurs et dispositifs de droit commun (le professionnel devient ainsi l'interlocuteur d'autorités susceptibles d'exercer une influence transformatrice sur ces derniers, en leur suggérant les points les plus importants sur lesquels faire porter l'effort)

Vous reconnaissez-vous dans cet objectif général et dans sa description en quatre « niveaux » potentiels d'intervention professionnelle ?

Les équipes se reconnaissent dans le cadre général posé ci-dessus et dans la description des 4 niveaux potentiels d'intervention professionnelle.

Cependant, en fonction des modalités d'exercice, établissements ou services, le degré d'appropriation et de déclinaison de ces 4 niveaux peut être différent par les professionnels de terrain.

Sur le premier objectif, les professionnels manquent parfois d'outil à disposition pour faire émerger cette parole ou l'inscrire en tant que telle dans le projet d'accompagnement personnalisé. Les démarches de communication alternative améliorée mériteraient d'être diffusées de façon plus

large. La juste place de la parole des familles ou des proches est également à prendre en considération ainsi que la reconnaissance de leur savoir-expérientiel.

Sur le second objectif, « à projeter ses compétences et expertises au contact, voire au sein d'environnements de vie ordinaire », les professionnels sont engagés sur les territoires à travailler avec des partenaires pour éviter les ruptures de parcours. Les freins au déploiement de démarche plus complète sont principalement règlementaires (par exemple, pas toujours de double orientation par les MDPH), financiers (par exemple, absence de financements spécifiques ou alors très ponctuels), et « culturels » (crainte que le secteur ordinaire ne puisse répondre aux besoins spécifiques et/ou crainte du milieu ordinaire d'être dépassé et en difficulté sur les situations à accompagner).

Sur le troisième objectif, « à soutenir, au-delà de l'accompagnement d'une personne particulière, la montée en compétence des acteurs et dispositifs de droit commun », les actions de sensibilisation du milieu ordinaire, les modalités de transfert de compétences, d'étayage, mériteraient d'être partagées au sein de communauté de pratiques, d'être modélisées, formalisées pour sécuriser à la fois les professionnels du secteur médico-social et ceux du milieu ordinaire dans la mise en œuvre. Ceci pour soutenir la confiance qui doit s'établir entre eux et c'est une condition de succès pour les usagers.

Sur le quatrième objectif, « prescripteur » de ce qui peut renforcer (voire contraindre) la démarche de responsabilité qui incombe aux acteurs et dispositifs de droit commun », celle-ci sera rendue possible si les trois premiers objectifs sont atteints. Aujourd'hui, l'absence de cadre général du champ des passages de relais, des responsabilités partagées ou non, des missions et champs d'expertise respectives, ne permet pas encore de remplir complètement cet objectif en tout point du territoire et sur tous les parcours.

Avez-vous des expériences réussies (ou des échecs instructifs) à partager sur l'un de ces quatre niveaux ?

Le développement du concept de psychoéducation dans les pratiques professionnelles (en pièce jointe note de présentation de la démarche).

Alors que la France rénove son modèle d'accompagnement social et médico-social pour aller vers une **désinstitutionalisation** et une **société plus inclusive** le réseau mutualiste voit à travers cette approche l'opportunité de favoriser « l'empowerment », d'améliorer l'autonomie et d'augmenter la capacité des personnes accompagnées à être actrices de leur vie et décider de leur parcours. L'intervention de proximité inspirée de la psychoéducation développée par le Groupe JP Robin Psychoéducteurs[21] prend la personne dans sa globalité, tous ses milieux de vie, et utilise comme point de départ les capacités adaptatives.

L'intérêt du réseau mutualiste pour la psychoéducation se traduit aujourd'hui par la proposition d'une **action expérimentale à visée inclusive, destinée à favoriser la participation sociale des personnes dites fragilisées par l'implantation du concept de psychoéducation dans les pratiques de professionnels du réseau mutualiste accompagnant des personnes en situation de perte d'autonomie.** L'expérimentation porte sur la modification des pratiques professionnelles par le développement de cette approche de la perte d'autonomie. Depuis 2019, le réseau mutualiste a formé une trentaine de professionnels de profils et de niveaux d'étude différents, dans le champ du handicap. **Cette action de formation a reçu le soutien de la CNSA et a fait l'objet d'une évaluation**

[21] Grande entreprise privée en santé mentale du Québec

en 2021 de l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives. Vous trouverez en pièce jointe la synthèse de cette évaluation.

Exemples concrets d'expériences réussies de professionnels ayant suivi cette certification, dans le secteur **Aesio Santé** :

- Dans la mise en place de rendez-vous en situation écologique : la démarche d'inspiration psychoéducative a conduit à réinterroger les modalités d'accompagnement, notamment en ce qui concerne l'intervention en milieu naturel. Le milieu naturel est le lieu permettant à la personne de se sentir à l'aise et dans de bonnes conditions pour être soutenue et accompagnée. Ainsi les accompagnements psychologiques des personnes en appartement autonome (offre d'accompagnement avoir un ailleurs pour les résidents et les professionnels) ont pu se faire sur leur lieu de vie ou dans un lieu familier pour elles (café, parc).

- Dans la ré-implication des familles et du réseau de proximité : en proposant des lieux d'écoute et de partage d'expériences tels que le Café des Aidants, des rendez-vous d'écoute, de soutien et de travail autour du résident.

- Dans l'implication renforcée de toutes les démarches et productions : en mettant en pratique les enseignements tirés de la démarche d'inspiration psychoéducative concernant l'écrit collaboratif, par exemple. Il permet à la personne de s'approprier son projet en choisissant avec le professionnel les mots adaptés à la rédaction d'un compte-rendu d'entretien, d'un bilan. C'est le résident qui fait ses démarches et le professionnel qui l'accompagne, l'aide, le soutient.

- Dans l'évaluation et dans l'acquisition de compétences et aptitudes : en évaluant systématiquement les résidents concernant leurs habitudes de vie, leurs aptitudes afin de les accompagner d'une façon adaptée : ni « faire à la place de » si la personne sait faire, ni laisser une totale autonomie si la personne n'est pas en mesure de réaliser une action seule.

Exemple d'une expérimentation dans le secteur Personnes âgées Vyv3 Pays de la Loire sur la formation et le déploiement de poste **d'agent d'accompagnement** : une formation sur mesure de 210H de professionnels ayant des missions sous la responsabilité de l'infirmière, aide aux repas, aide aux levers et aux couchers des transferts simples, assistant la personne dans les gestes d'hygiène, aide à la toilette (en binômes), participation à l'animation, contribution au confort en mettant tout à disposition après les soins.

Le recrutement des professionnels a été réalisé par Adecco/pôle emploi. Les deux agences ont recherché des profils en reconversion. La formation comportait une partie théorique sur les effets du vieillissement et 70h d'immersion sur le terrain avec les équipes. La formation s'est tenue sur le 1er trimestre 2021. Un tuteur issu des équipes a accompagné deux professionnels nouvellement formés. Sur les 16 personnes formées, certaines d'entre elles s'engagent désormais dans une formation d'aide-soignante au sein des EHPAD. Cette formation a permis de faire émerger la capacité à s'inscrire dans un métier, à prendre confiance en soi pour s'inscrire de nouveau dans un processus de formation et à conforter le travail en équipe.

Selon vous, quelles sont les difficultés (et du coup les conditions de réussite collective) rencontrées dans vos pratiques pour le mener à bien ?

Concernant les pratiques d'accompagnement

En fonction du handicap accompagné, les pratiques d'accompagnement ont pu évoluer de façon hétérogène. Le constat le plus largement partagé, c'est le rôle majeur de l'encadrement qui peut le rendre possible. Les nouvelles pratiques ou nouveaux modes d'accompagnement doivent être mis en œuvre de façon méthodique, être évaluées et prendre en compte une approche systémique.

Le rôle de l'encadrement est de permettre le déploiement des nouvelles pratiques dans un cadre sécurisant, adaptatif en privilégiant les méthodes multiples, multi-répondants avec des objectifs clairs et réalistes.

La résistance rencontrée sur le terrain, qu'elle soit celle de la direction, de l'encadrement, de membres des équipes elles-mêmes a des origines diverses : la crainte du lâcher-prise, de l'exploration du champ des possibles, du bénéfice-risque, de la singularité des personnes accompagnées, des modalités d'accompagnement dans des situations variées.

Le sens de l'action, la reconnaissance des compétences, la part laissée à l'autonomie des professionnels dans un cadre d'exercice très réglementé, des perspectives d'évolution de carrières, des formations initiales et continues, des rémunérations faibles sur certains métiers, sont autant de freins aujourd'hui à ces évolutions.

La psychoéducation évoquée plus haut est une pratique permettant d'engager ces nouvelles pratiques s'inscrivant dans la transformation de l'offre.

- **Concernant le contact avec des acteurs de droit commun, l'intervention auprès des acteurs de droit commun ou dans des environnements de droit commun**

Tous les acteurs de droit commun en matière d'habitat – d'inclusion scolaire – de formation et d'emploi – de soins de premier et de second recours – de participation sociale et d'autonomie sont concernés.

De réelles actions sont engagées avec les acteurs de droit commun mais elles sont encore peu réfléchies en associant la totalité des acteurs. Nous raisonnons encore trop par typologie de besoins. La mise en place des « communautés 360 » ouvertes à tous les acteurs de droit commun devrait permettre d'avancer sur ce point. Les MDPH ou MDA devraient pouvoir fédérer les acteurs de droit commun autour du projet des personnes, or les CDAPH sont surtout composées de professionnels.

En matière de santé, la mise en place de dispositif renforcé en matière d'accès aux soins (Dispositif Handisoins ou Handisanté) des personnes en situation de handicap est un progrès, les rémunérations de consultations longues ou spécifiques seront de nature à le permettre de manière plus large auprès des professionnels libéraux. Le système de santé et d'accompagnement doit se coordonner pour proposer une réponse adaptée et accessible pour faciliter le parcours de soins.

L'inclusion scolaire est pour les enfants déficients sensoriels aujourd'hui très avancée. Les équipes de transcription qui adaptent les documents pédagogiques dépendent encore des établissements médico-sociaux, tant que l'accessibilité ne sera pas une mission propre de l'éducation nationale, cette inclusion ne sera pas complète. Les professionnels du droit commun sont parfois insuffisamment accompagnés pour permettre cette inclusion à 100%, le nombre d'AVS en milieu scolaire est à chaque rentrée pointé comme y faisant obstacle.

Le secteur médico-social joue déjà un rôle important en matière de sensibilisation, de formation, de transfert de compétences auprès des acteurs de droit commun mais il est insuffisamment mis en valeur et absolument pas financé.

La Mutualité a également un partenariat avec l'association CoActis Santé qui propose des outils d'information adaptés aux personnes en situation de handicap. Cette association a, notamment, développé une boite à outils pédagogiques (SantéBD-Handiconnect) pour comprendre et expliquer la santé avec des images et des mots simples.

- **Concernant vos attentes précises en termes d'évolution de ces acteurs de droit commun. (Lesquels en priorité : école, système de soins, entreprises, administrations ? Et quelle aide pourrait-elle leur être fournie par ceux qui accompagnent des personnes vulnérables ?)**

Tous les secteurs sont concernés par le parcours des personnes en situation de handicap. Tant que l'on abordera les besoins des personnes en situation de handicap comme spécifiques et non communs à tous les citoyens, les différences de traitement et d'accompagnement perdureront. Le milieu ordinaire doit être autant que possible celui du droit commun, dans lequel l'offre des services du handicap le rend possible.

Le lieu d'exercice des professionnels du champ du handicap est aujourd'hui encadré. Par exemple un SESSAD n'est pas une équipe mobile : ainsi rendre possible l'intervention des professionnels là où le besoin s'exprime sera déterminant pour qu'il n'y ait pas de « cloisonnement » mais plutôt de la porosité entre les milieux.

Les équipes sont prêtes à :

- Informer – former – aider - accompagner les différents acteurs partenaires
- Ouvrir les établissements pour informer / faire évoluer les représentations
- S'ouvrir au milieu ordinaire.

Pour avancer sur ce point, il convient d'obtenir l'accord des acteurs et caler les modalités selon leurs moyens disponibles. Le financement de ces modalités d'actions doit être prévu pour que l'on diffuse largement ces actions au-delà des expériences ponctuelles.

Sur les territoires, le développement des liens (information…) fluides et réactifs avec les acteurs de la société civile, avec lesquels les résidents sont en lien, est possible.

Exemple : résidents d'un foyer d'hébergement qui pratiquent des activités de loisirs dans les clubs du quartier ; le restau-troc d'Angers par exemple agit en termes d'insertion qui fournit les repas du soir au même foyer d'hébergement, etc…

Les professionnels sont-ils suffisamment outillés, tant en termes de formation initiale que continue, mais aussi de supervision et d'appui concret aux pratiques ? Quels sont les premiers points d'effort ?

Oui et non

Les professionnels sont insuffisamment outillés dans des perspectives de pratiques partagées, d'accompagnement des personnes dans des parcours variés, sur-mesure et adaptées à chacun.

Les premiers points d'efforts identifiés sont :

- **Des stratégies et des programmes d'actions et de formation annuels de déploiement de la psychoéducation** : « Dans le cadre d'une intervention réalisée en milieu naturel, soutenir la personne accompagnée dans la mise en œuvre d'un projet de vie autodéterminé en le fondant sur l'évaluation et la valorisation de ses capacités adaptatives ainsi que des ressources de son environnement. » ;
- **Des formations initiales revues avec des stages pratiques** – formation des formateurs. Valoriser des savoirs expérientiels, de validation des acquis, formation tout au long de la vie, …, sont des enjeux majeurs à un moment où l'attractivité des métiers est au cœur des préoccupations ;

S'interroger sur le pourquoi de la désaffection sur les métiers de l'accompagnement sera déterminant pour envisager des cursus de formations initiales et continues adaptées ;

- **Des formations spécialisées ou des pratiques avancées pour d'autres professionnels que les IDE ;**
- **Un soutien auprès des cadres pour accompagner les équipes**, à la fois dans leurs actions individuelles mais aussi collectives (Co-développement, théâtre forum par exemple).

Quelles sont les évolutions qui, dans le cadre institutionnel qui est le vôtre, permettraient un exercice efficace de ces quatre « niveaux » d'intervention professionnelle ?

Le cadre d'exercice est très réglementé voire rigide. La Mutualité Française est favorable :

1. A la mise en œuvre des préconisations du **rapport Bohic – Le Morvan**[22] qui permettraient d'introduire plus de souplesse et d'adaptation au champ PH. La Mutualité a contribué aux travaux menés par la Mission Bohic- Le Morvan, en début 2021.
2. Une adaptation du droit du travail aux spécificités des besoins en matière d'accompagnement ;
3. En termes de formation, à proposer une approche, telle que la Psychoéducation, permettant d'offrir des connaissances et outils permettant aux professionnels :
   - De s'adapter à des situations variées ;
   - De favoriser le développement de compétences transversales ;
   - De s'adapter à différents professionnels œuvrant en relation d'aide, peu importe leur formation initiale ;
   - De s'adapter à différents publics.

La psychoéducation, c'est :

- **Une approche systémique** : agir avec les proches, considérer l'environnement de la personne, construction des projets de vie avec la personne ;
- L'évaluation inductive et l'intervention basée sur les **capacités adaptatives** : porter une attention particulière sur les habitudes de vie et les rôles sociaux de la personne, souligner les situations positives et refléter ses capacités adaptatives ;
- **L'autodétermination** : permettre aux personnes de faire des choix et respecter ces choix s'il n'y a pas d'enjeu majeur de sécurité ;
- **L'intervention en milieu naturel** : intervenir dans le milieu de vie de la personne ou dans des lieux publics significatifs pour la personne ;
- **Faire avec et vivre avec** : prendre part au moment du quotidien, au-delà du rôle d'observateur, transformer l'expérience en situation d'apprentissage ;
- **Une évaluation et intervention rigoureuse sans rigidité** : privilégier les méthodes multiples, multi-répondants, objectifs clairs et réalistes.

[22] Rapport - « mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap » permettrait d'introduire plus de souplesse et d'adaptation - *mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap »* Mai 2021, Nicole Bohic, Franck Le Morvan, membres de l'inspection générale des affaires sociales.

Si vous deviez décrire les exercices professionnels d'ici 10 à 15 ans en termes de perspectives attractives et valorisantes, quels messages porteurs auriez-vous envie de délivrer ?

Les perspectives attractives et valorisantes identifiées d'ici 10 à 15 ans sont de plusieurs ordres. Pour la Mutualité française, certaines d'entre elles devraient être déployées à plus court terme.

Il s'agit au préalable de répondre aux questions : pourquoi ces métiers sont-ils moins attractifs ? S'agit-il seulement d'une problématique de rémunération ? de conditions de travail ? D'équilibre vie professionnelle – vie personnelle ?

La question du sens est certainement au cœur de l'engagement de professionnels dans ce domaine d'activité.

Travailler dans un environnement très contraint en matière de réglementation, de financement, de cadre parfois rigide, mais aussi très changeant et incertain, ne permet pas de donner ce sens au métier.

Permettre un parcours professionnel varié, adapté aux moments de vie des professionnels, où il se sentent soutenus, valorisés reconnus, autonomes mais sécurisés dans leurs pratiques est indispensable. Pour rendre cela possible, c'est la gouvernance, le management, l'organisation qu'il faut revoir. Aujourd'hui mobiliser les équipes autour d'un projet reste porteur de sens. Pourquoi n'arrivons-nous pas à la transposer à une échelle plus globale ?

Le traitement différencié des professionnels en distinguant professionnels de santé d'un côté, professionnels de l'accompagnement de l'autre, la distinction entre les lieux d'exercice, certains éligibles aux mesures du Ségur et les autres non, a percuté un travail de collaboration, de complémentarité que la crise sanitaire était venue grandement renforcée. Il faut désormais restaurer la confiance de professionnels dans le champ du handicap qui ont désormais le sentiment d'avoir été maltraité en étant si peu reconnu.

Favoriser l'accompagnement plus souple et plus agile des personnes dans leur parcours.

Rejoignant les conclusions du **rapport Bohic-Le Morvan**, visant notamment à lever les freins au parcours des personnes, il convient d'assouplir certaines dispositions : par exemple, en permettant aux équipes d'un établissement d'intervenir à domicile pour continuer à suivre l'usager en situation de handicap (reconnaitre les compétences « hors les murs »), en favorisant le transfert de compétence pour les équipes à domicile en relais. **Exemple : Un SESSAD autisme précoce pendant la crise sanitaire qui se transforme en équipe mobile, pour assurer une continuité de l'aide et de l'accompagnement de l'usager.**

Agir sur la valorisation de ces métiers, la fidélisation des salariés et ouvrir les perspectives de carrières.

- Apporter une **vigilance particulière au bien-être et à la valorisation des professionnels tout au long de leur parcours** : de leur embauche (vigilance sur le contrat, organisation cohérente des missions, respect des amplitudes horaires, vigilance sur les distances à parcourir par jour, perspectives d'évolutions professionnelles) à leur fin de carrière (aménagement du poste de travail, évolution sur un poste administratif lorsque cela est possible), en passant par un accompagnement permanent tout au long de la vie professionnelle (actions de formations, VAE, facilitation des passerelles).
- Développer une politique de **qualité de vie au travail** qui comprenne la dimension de prévention des risques (TMS, accidents du travail, RPS…), une organisation du travail permettant un juste équilibre vie personnelle - vie professionnelle, des temps de répit pour les professionnels
- Développer l'accès à des places en crèche et tout type de **mode de garde à horaire atypique pour les enfants des salariés** qui ont des horaires décalés (y compris les professionnels des pools de remplacement de jour comme de nuit).
- Faciliter la **mise à disposition des logements** pour les salariés et les remplaçants afin de favoriser la mobilité géographique.
- **Donner** le temps pour le soin relationnel **pour permettre aux professionnels d'apporter, au-delà d'un accompagnement « technique » et de soins, un véritable soutien psychologique et social aux personnes accompagnées.**

Agir sur la qualification, la formation et communication

- Des formations de base « revues » notamment dans la sphère éducative ;
- Des critères d'obtention des formations plus rigoureux permettant de valoriser les diplômes ;
- Des organisations qui permettent l'autonomie professionnelle (valorisant les compétences individuelles autres) et la possibilité d'initiative des professionnels (Méthode Burzorg, Alenvi) ;
- Des organisations qui prennent en compte la vie familiale et les besoins des salariés (ex : 1 WE sur 3 ou 4 / moins de prises de poste…) ;
- **Encourager les formations :**
    - (1) **initiales :** en mettant en avant les métiers du handicap et du service à domicile et en favorisant les possibilités de suivre un cursus en apprentissage et/ou en alternance ;
    - (2) **continues** : en incitant les professionnels non formés à s'engager dans une action de formation et en informant sur les possibilités de financement (ex. CPF).
    - (3) **spécialisées pour des handicaps très spécifiques** (Déficiences sensorielles, TSA et handicap psychique par exemple)

- Intégrer dans les formations **des éléments-clés** relatifs à la prise en compte de la collaboration avec les proches aidants, l'approche pluridisciplinaire et à l'approche psychosociale pour garantir une évaluation et un accompagnement multidimensionnels ;
- Développer les **démarches d'accompagnement d'inspiration psychoéducative** organisées sen cohérence avec les 4 niveaux :
    - Travail autour de l'autodétermination pour les résidents,
    - Accompagnement réalisé en milieu naturel et avec l'entourage familial,
    - Formation / information des acteurs du droit commun sur les spécificités et les habiletés différentes des résidents accompagnés
    - Réhabilitation psychosociale
- Développer des possibilités de **parcours professionnels multiples** permettant d'évoluer sur plusieurs formes de handicap et/ou en compétences métiers ;
- Proposer **un « vrai » lieu ressources** pour accompagner les changements majeurs de philosophie d'intervention : information / formation / appui technique / partage d'expérience / outillage technique et en matériels…
- Engager un effort **de mise en place de passerelles** entre les diplômes et les professions afin de permettre à chaque professionnel d'espérer des perspectives d'évolutions professionnelles au cours de sa carrière ;
- **Solliciter les acteurs locaux de l'emploi** (Pôle Emploi, missions locales, Plan local pour l'insertion et l'emploi, IFSI-IFAS, centres de formation), mais aussi les organismes permettant d'accéder plus facilement à la formation professionnelle, afin de favoriser la montée en compétences et l'embauche de personnes sans emploi qui souhaitent intégrer le secteur du handicap ou plus globalement le secteur social-médico-social. Les formations proposées dans ce cadre doivent être complètes ;
- **Sécuriser les étudiants concernant le financement des formations**, développer l'alternance, et apporter une aide financière significative pour aider à l'obtention du permis de conduire, souvent indispensable pour exercer dans le champ social, médico-social et encore plus dans le secteur du domicile ;
- Lancer une **grande campagne de communication nationale** véritablement impactante (publicités dans les médias, salons étudiants, salons des métiers, intervention dans les lycées, etc.) pour :
    - Promouvoir les métiers du handicap, de l'accompagnement
    - Promouvoir leur rôle central pour l'autonomie et la solidarité ;
    - Déconstruire les *a priori* ;
    - Faciliter les recrutements,
    - Sensibiliser à notre enjeu de société.

Agir sur la fluidification d'une approche globale et intersectorielle

- **Fluidifier la coopération** entre l'hospitalisation à domicile, les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile **en faisant de la coordination des acteurs et de ces différents dispositifs la pierre d'angle du parcours domiciliaire** ;

- Dans une logique d'ouverture des perspectives de carrière pour les métiers du handicap et du domicile, **renforcer les passerelles et permettre des exercices mixtes entre différents secteurs** (sanitaire et médico-social) et modes d'exercice (domicile et établissements) ;
- Faciliter (incitations, règlementations, référentiels) les **délégations de tâches** entre professionnels, les pratiques avancées, valoriser les savoirs-expérientiels ;
- **Favoriser la complémentarité entre les métiers de l'accompagnement et du soin** pour reconnaitre la place et l'apport de chaque professionnel auprès des personnes en situation de handicap, en fonction de leur handicap et des situations rencontrées. Ne pas opposer les professionnels entre eux par des mesures catégorielles qui excluent ou mettent en opposition et génèrent des tensions sociales.

Agir sur la revalorisation des conditions d'emploi et de rémunération

- **Revaloriser les conditions d'emploi et de rémunération des conventions collectives du handicap** car l'attractivité de ces métiers, ainsi que la reconnaissance du caractère indispensable de ces professions ;
- Si le Ségur de la Santé acte des revalorisations salariales pour certains métiers, tous les professionnels du handicap ne sont pas encore concernés. Il est plus que nécessaire d'acter des mesures qui reconnaissent l'action et le rôle de tous les professionnels qui accompagnent les usagers du secteur pour mettre fin rapidement aux fuites de ces professionnels vers d'autres secteurs ;
- Dans le contexte qui a été posé en introduction, la question du statut et de la reconnaissance de nouveaux métiers interroge le cadre juridique, la relation employeur-employé. L'enjeu des évolutions des conventions collectives nationales, du droit social doivent permettre de montrer aux jeunes professionnels qu'ils peuvent faire carrière dans notre secteur.

Pour les cadres dirigeants ou chefs d'unités : quelles sont les conditions concrètes à réunir pour accompagner, appuyer leurs équipes dans les changements, évolutions qu'elles traversent ?

Les conditions concrètes à réunir pour accompagner, appuyer leurs équipes dans les changements

- Des équipes de directions solides et en mode projet ;
- Des équipes de direction renforcées par des compétences en expertises cliniques (notamment en psycho éducation). ;
- Des équipes de direction formées dans l'accompagnement du changement et sur des compétences transversales qui dépassent les compétences métiers : management – communication – animation…
- Des modes de management renouvelés, collaboratifs, renforçant les liens entre les équipes, avec la direction… ex des séjours organisés en équipe ;
- Des modules de formations internes adaptés aux réalités et spécificités des handicaps.

Pour aller plus loin, il nous semble important d'agir sur le management, le crédit accordé à l'expérience terrain, la prévention des risques et la sinistralité :

- **Favoriser l'autonomie et la responsabilisation, le management collaboratif** en impliquant les professionnels à l'élaboration de leur plan de travail et emploi du temps. Faire gagner les équipes en autonomie dans la gestion des plannings ;
- **Renforcer les temps de coordination et mettre en place des espaces de parole, des temps d'analyse des pratiques professionnelles ou de supervision** afin de permettre aux professionnels d'échanger et de déposer leur stress, leurs préoccupations et permettre de réfléchir collectivement sur les bonnes pratiques professionnelles. Tenir compte de la charge mentale et permettre des temps de respiration aux professionnels ;
- Coconstruire au niveau national, sur les territoires et dans les établissements et services des **réponses en matière d'innovation organisationnelle, de renforts RH et de choix d'organisation** plus respectueux des vies privées (équilibre vie privée / vie professionnelle).
- Créer des communautés de pratiques entre professionnels, entre cadre (co-développement) par exemple)
- **Mieux appréhender les risques professionnels** (troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux, etc.) **et la pénibilité** liée aux métiers du handicap. Engager des actions de compensation, de prévention, etc.
- **Associer les professionnels du champ social et médico-social tout entier à l'évaluation de l'impact et des conditions d'utilisation de solutions innovantes** et des nouvelles technologies sur les conditions de travail.
- Renforcer les démarches de **questionnement éthique et de bientraitance** dans tous les domaines.

GROUPE POLYHANDICAP FRANCE

A Monsieur Denis Piveteau, Conseiller d'Etat

Paris le 15 Décembre 2021

Objet : perte d'attractivité des métiers du médicosocial, l'exemple du Polyhandicap : Manque de reconnaissance des professionnels/ Insuffisance de budget des ESMS/ Insuffisance de nombre et de qualification des professionnels / Manque de formation initiale et continue/ Insuffisance de solutions d'accompagnement et manque de fluidité du parcours des personnes accompagnées/ Manque de perspectives d'évolution des professionnels/ Manque de perspectives claires

Cher Monsieur

Le Groupe Polyhandicap France s'efforce de faire connaitre et reconnaitre le polyhandicap et d'être force de proposition auprès des pouvoirs publics. Nous avons été largement sollicités et interpellés dans le contexte de crise professionnelle qui secoue actuellement le monde médicosocial.

Le public polyhandicapé fait partie de ceux qui ont le besoin d'accompagnement professionnel le plus prégnant. Ce besoin est, comme leurs aspirations, immense et singulier, et son expression reste souvent difficile à comprendre. Les personnes polyhandicapées ont donc besoin d'être entourés continûment de professionnels disponibles, suffisamment nombreux, et convenablement formés. Et surtout motivés.

Certes, le monde médico-social n'est pas composé que de personnes polyhandicapées : elles font pourtant partie des publics les plus demandeurs, de celles qui ont besoin d'être accompagnées au sein d'un établissement dédié, bienveillant et ouvert sur l'extérieur plutôt que d'être précipitées au sein d'une société encore bien peu inclusive. Les besoins de ces personnes sont exemplaires : Si on parvient à les comprendre et à les satisfaire, si on est capable de comprendre et de satisfaire les professionnels qui les accompagnent, si on est capable de créer ce vivre-ensemble harmonieux entre personnes polyhandicapées, professionnels, familles et société, on est capable de comprendre et de satisfaire tous les publics, dont les besoins sont d'une intensité semblable ou moindre. C'est dans ces établissements, ou services à partir des établissements, que la crise est la plus forte et la plus inquiétante, (jusqu'à 30% des professionnels manquants). Et ce n'est que d'eux que je parlerai, d'une place d'association non gestionnaire mais à l'écoute des représentants des personnes polyhandicapées, familles et professionnels.

Aujourd'hui les professionnels ont perdu leur motivation et sont en quête de sens. Ils s'en vont. Le mal a des racines profondes et complexes ; les problèmes de salaires, bien que réels et tout à fait

justifiés ne sont pas les seuls coupables, ils ont été le déclencheur, le catalyseur d'un mal-être que la crise sanitaire avait révélé en le poussant à son paroxysme.

Il ne nous appartient pas de définir les désirs des professionnels du polyhandicap, ni du handicap. Réenchanter le quotidien ? Excellente idée, mais peut-être faudrait-il demander leur avis aux professionnels concernés et prendre en compte ce qu'ils expriment avant de proposer des solutions « venues d'en haut », comme nous le faisons depuis des années !

Vous et nous avons vu, dans le recueil de témoignages que nous vous avons envoyé, à quel point ils souffrent d'être contraints à ce qu'ils qualifient eux-mêmes de maltraitance, faute de moyens et surtout de moyens humains. Mais il ne s'agit pas non plus que de cela.

C'est pourquoi, espérant que les revalorisations de salaires vont leur être acquises, et les considérant comme un prérequis, nous aimerions porter nos regards sur d'autres besoins, qui vont eux aussi demander des moyens.

Il nous parait maintenant indispensable de lancer une enquête sérieuse, approfondie auprès de ces mêmes professionnels. Les nombreux entretiens que nous avons eus mais qui ne suffisent pas nous conduisent à vous proposer quelques pistes simples, d'autres plus complexes.

Les professionnels ont perdu jusqu'à l'étoile polaire. Les messages gouvernementaux sont confus, brouillés, à la fois contradictoires et réducteurs. Ils font état d'une politique globale et majoritairement tournée vers une inclusion massive, et inappropriée pour certains handicaps très spécifiques. Mais ces handicaps ne sont jamais nommés, suscitant une forte inquiétude des parents comme des professionnels. Personne ne s'y retrouve, les professionnels se demandent où ils vont, qui croire, si les établissements vont fermer ou non, si l'on tient compte de ce qu'ils sont. Les exemples sont nombreux qui leur donnent raison.

Les professionnels, particulièrement dans le secteur hébergement adulte, mais aussi dans les secteurs hébergement enfant, ne sont pas assez nombreux pour assurer un accompagnement convenable et confortable. Là, ce n'est plus le salaire qui est en jeu mais les moyens de l'établissement, notamment dans les FAM, considérés pour partie comme de l'hébergement social et qui souffrent d'un taux d'encadrement encore plus insuffisant. Contraindre quelqu'un, qui a choisi de s'occuper des autres, à la maltraitance par manque de temps, par faute d'un nombre de professionnels suffisant, est d'une immense violence. Vider de son sens le travail de ces personnes est facteur de désespérance. Venir dire ensuite que le Covid est la cause de tout cela est proprement mensonger. La pandémie n'a servi que de révélateur…

Les formations initiales des AES ne mentionnent pas les handicaps complexes, et les débutants doivent apprendre sur place, en espérant tomber sur une équipe accueillante et sympathique, ce qui n'est pas toujours le cas, tant ces équipes sont sous-dotées, débordées, et de plus en plus confrontées à des professionnels remplaçants, vacataires, qu'on doit former sans cesse car ils changent tout le temps. Quel gâchis d'énergie, de temps, d'attention !! Et quant aux budgets de formation continue, ils sont bien trop insuffisants pour dispenser des formations régulières à tout le monde, et ne comprennent pas le remplacement de ceux qui sont partis en formation, pourtant indispensable pour ne pas « dégarnir » les équipes.

La protocolisation, la multiplication des process et des réunions, le besoin de conformité, tout cela est légitime. Doit-on cependant le faire à moyens constants, alors même que les normes et les exigences ne cessent de se multiplier, demandant ainsi aux professionnels de prendre sur leur temps de travail, si précieux auprès des personnes polyhandicapées, encore une fois faute d'un nombre de professionnels suffisant ?

Les directions et l'encadrement sont de plus en plus souvent assurés par des personnes qui ont certes les meilleures capacités en termes de management et de RH, mais qui ne sont plus issues du sérail et sont parfois éloignées d'un terrain qu'elles ne connaissent pas, d'autant que le polyhandicap regroupe des personnes à besoins très spécifiques. Cet éloignement, quand il existe, aggrave le malaise avec les professionnels.

Tout cela constitue des éléments de désenchantement et de démotivation bien réels. Et nous ne parlons que du malaise des professionnels, mais bien sûr, ce mal-être, ces difficultés retombent sur les personnes accompagnées, souvent dotées d'une affectivité très forte, qui le ressentent d'autant plus. Et les professionnels le voient et cela s'autoentretient, augmentant ce malaise. Certains professionnels nous ont dit « n'avoir pas choisi ce métier là pour ça… »

Il reste à ajouter l'inquiétude de ces mêmes professionnels qui voient les difficultés, les angoisses des familles lorsqu'il s'agit de trouver un nouvel établissement, notamment lors du passage à l'âge adulte, et nous bouclons ainsi un tableau de personnes qui au-delà d'un aspect de réalisation pleinement humaine se heurte sans cesse à des obstacles évitables, que l'on pourrait résoudre avec un peu de volonté politique de prise en compte des plus démunis…et de moyens !

Il nous semble qu'il faut trouver des solutions :

En termes d'analyse des raisons du malaise : nous allons mettre en place au GPF une enquête sur ce que souhaitent les professionnels.

- Peut-être votre mission peut-elle préconiser une enquête généralisée, car nous ne nous adresserons qu'aux professionnels du polyhandicap chez les enfants et aux MAS et FAM dans le champ des adultes. Il vaut toujours mieux partir des besoins exprimés par les professionnels pour proposer les solutions les plus adéquates.

En termes de communication, il y a à mieux mesurer les propos sur l'inclusion, et la désinstitutionalisation.

- Les associations ont été les seules à protester contre les verdicts de l'ONU, et la ministre ne s'est prononcée que dans des cercles restreints où il y avait peu de chance que les professionnels des établissements l'entendent. Au moins eut-elle pu déclarer, ce qui est un des articles (19) de la CIDPH de l'ONU, son attachement au choix du lieu de vie, établissements compris. Et la désinstitutionalisation pointe son nez partout, notamment avec les fermetures de places qui se rencontrent de plus en plus, et pas simplement pour des raisons de manque de professionnels. L'autonomie et le milieu ordinaire sont partout, et on en parle toujours sans mentionner d'alternative, ni de restriction comme s'il n'y avait qu'un choix possible …

- Il faudrait enfin réfléchir les établissements comme des lieux d'ouverture sur l'extérieur adaptée aux fragilités comme aux aspirations des personnes, et les sortir de cette notion d'enfermement qui n'est souvent liée qu'à un manque d'effectifs ; ainsi pourrait-on concilier les notions de société inclusive voulue par beaucoup, et notamment nos « décideurs », et les notions de protection liées à la vulnérabilité de ces personnes à qui les établissements sont nécessaires.

En termes de conditions de travail :

Il est indispensable de revoir les organisations et les budgets des établissements avec hébergement, des hébergements pour adultes notamment, de façon à pouvoir avoir suffisamment de professionnels pour accompagner correctement les personnes polyhandicapées, et suffisamment qualifiées pour ne pas interrompre les apprentissages, notamment en termes de communication. Imagine t on la détresse d'une personne polyhandicapée qui a appris une méthode de communication pendant des années en EEAP et qui arrive dans la seule MAS où elle a trouvé une place, et où personne ne pratique cette méthode ??? Et partant, si cela induit troubles du comportement, dépression, ou redoublement d'épilepsie les difficultés supplémentaires que cela pose aux professionnels ?

- Il faut encourager la création d'établissements pour grands adolescents et jeunes adultes, type « Petite MAS » (Hauts de France), et fluidifier ainsi les parcours des personnes, plutôt que de les réduire à deux types d'accueil, enfants/adultes. Cela faciliterait le travail des professionnels d'avoir à faire à des écarts d'âge, des besoins des aspirations plus cohérents.
- Encourager la multimodalité des accueils façon plateforme dans les établissements pour enfants et pour adultes pour respecter au mieux et répondre au plus près aux besoins des personnes et de leurs familles. Tout cela rendrait les établissements plus vivants, et plus agréables à vivre pour les professionnels aussi.
- Revoir les taux d'encadrement auprès des personnes accompagnées, bien insuffisants pour les personnes très dépendantes
- Repenser qui doit remplir les tâches « protocolisées », l'accompagnement humain vs le recueil administratif. C'est aussi une affaire de nombre de professionnels

- Adapter les budgets de formation comprenant aussi le remplacement des bénéficiaires de ces formations, et donner aux professionnels la possibilité d'évoluer et de progresser dans leur métier, ce qui existait il y a trente ans mais qui est devenu très difficile aujourd'hui

Ces trois derniers points dépendent directement des budgets des établissements qui sont de plus en plus contraints, cela implique bien sûr de revoir engagements des financeurs. Il est à noter que le GPF a réalisé une étude des coûts à la place fondée sur le cadre réglementaire défini par le Code de l'action sociale et des familles, et le plateau technique minimal répondant aux besoins complexes et spécifiques des personnes polyhandicapées tel qu'il est décrit à l'article D312-88 du Code de l'action sociale et des familles. Cette étude fait apparaître qu'entre les coûts ainsi calculés et les coûts réels (CNSA, 2020), il existe une variation du simple au double. En d'autres termes, à peine un peu plus de la moitié des professionnels nécessaires est financée puisque nous savons que 75% des budgets des établissements couvre la masse salariale…(DREES)

Il y a un dernier point qui contrarie beaucoup les professionnels, surtout quand ils ont un peu d'expérience, ce sont les directeurs et responsables qui ne sont pas issus du terrain, et ne connaissent PAS suffisamment les personnes que leur établissement accompagne. Cela les conduit à mésestimer le temps de travail, la difficulté, les spécificités et dans le cas des personnes polyhandicapées leur temporalité propre. Cela devient vite source de conflit et d'incompréhension de la part des professionnels qui se sentent eux-mêmes mésestimés. Il faudrait que dans le cadre de leur formation de dirigeants, ces personnes puissent passer un temps suffisamment long dans un établissement en tant que second, stagiaire, encadrés par un dirigeant d'expérience.

En termes d'attractivité des métiers

Enfin, pour susciter des vocations, nous avions évoqué l'idée d'une campagne de photos mettant en scène de façon duelle le lien entre professionnels et personnes handicapées, l'idée étant d'illustrer cette phrase que l'on entend beaucoup dans nos milieux : « on arrive parfois dans le polyhandicap par hasard, mais ce n'est jamais par hasard qu'on y reste ». Le lien, l'humain comptent pour beaucoup, malgré les difficultés. Cette idée de lien avait été illustrée de façon remarquable dans une exposition d'une photographe (Nathalie Tirot) sur le lien entre parents et enfants, il y a de cela une vingtaine d'années. Le CESAP, si vous vous le rappelez, avait utilisé cette campagne pour illustrer le livret de son projet associatif, en format A5. A noter qu'une campagne sur le polyhandicap avait été prévue dans le volet Polyhandicap mais…

Nous pensons qu'une campagne de ce type dans les centres de formation et d'orientation, dans les lycées où ce n'est habituellement pas présenté, dans les centres d'orientation sur les métiers serait de nature, peut-être, à susciter de l'intérêt, et peut être des vocations.

Pour finir, je voudrais revenir sur ces notions d'autonomie, et aussi d'autodétermination, d'inclusion, de citoyenneté. Il s'agit là, certes, de beaux et bons objectifs. Ils répondent à une idéologie louable, désirée par certains, plus difficilement accessible pour d'autres. Ne devrait-on pas éprouver au moins

un scrupule à défendre les objectifs de la majorité des personnes handicapées, et à ne pas tenir compte de ces minorités maltraitées par ignorance, voire par désintérêt ? Sauf….

Sauf si l'on reconnait, enfin, haut et fort, que l'autonomie comme la citoyenneté ont de multiples visages et qu'elles doivent être d'abord la réponse aux besoins des personnes, quelles qu'elles soient. Ce n'est qu'ainsi qu'une société peut les inclure en les respectant et non pas en tachant à tout prix de les « normaliser », partant du principe que « l'égalité avec les autres » passent par une égalité de respect avant de passer par une égalité de traitement, au mépris des spécificités de chacun. Ce n'est qu'à ce prix que les personnes polyhandicapées retrouveront leur place au cœur de la société, fût-ce via un établissement, et que les professionnels qui les accompagnent retrouveront le goût de l'accompagnement qui les a quittés…. Les personnes polyhandicapées ont besoin d'un accompagnement en équipe pluridisciplinaire ; et elles ont besoin que ces équipes aient des échanges transdisciplinaires qui seules peuvent pallier leurs carences et leurs limites d'expression ; et c'est au travers de ces équipes que les professionnels donnent du sens à leur engagement, échangent, progressent et sont heureux de leur métier. Ce n'est qu'au travers de ces équipes formées que peut se produire une rencontre avec les personnes polyhandicapées. Rares sont ceux, non acculturés qui en prennent le risque. Et pourtant, elle est indispensable à ces personnes, comme elle est indispensable aux professionnels.

Le Groupe Polyhandicap France et les personnes polyhandicapées ne se reconnaissent pas dans un objectif trop généraliste, ni dans les économies de bouts de chandelle. Là où le privé fait des profits et l'Etat des économies, quelle place, quelle reconnaissance pour les professionnels, ??
Nous ne pouvons que constater l'échec du médico-social à retenir ses professionnels, sur lesquels on fait peser depuis des années des contraintes diverses sans jamais leur demander leur avis. Les demandes sont faites aux représentants des personnes, aux responsables associatifs et non pas aux professionnels eux-mêmes.

Mais, je vous le demande, ces échecs sont- ils instructifs si nous n'en tirons pas un certain nombre de conséquences, telles que nous vous les décrivons plus hauts pour certains publics, bien spécifiques, qui n'ont que le tort d'être très dépendants d'un accompagnement continu, et trop peu nombreux pour qu'on leur accorde un regard ?? Car c'est ce que font beaucoup d'ARS, qui se sont empressées de nommer des responsables autonomie dont certains n'ont jamais vu une personne polyhandicapée de leur vie. Nous pourrions vous en citer bien des exemples… Est-ce cela l'égalité avec autrui dont on nous rebat les oreilles ?

Enfin, où sont passées, pour reprendre les mots du Premier Ministre dans la lettre qu'il vous adresse : « les attentes légitimes des personnes en situation de handicap et de leurs proches » ?

Il ne s'agit ici que d'une catégorie de personnes ; celle qui ne peut progresser dans son autonomie de façon notable, et qui est si souvent oubliée, qui a si souvent l'impression, personnes polyhandicapées, familles et professionnels confondus, qu'elle n'intéresse personne?

Hélas, certains ne peuvent rentrer qu'à petits pas, et de façon sporadique, par le biais et avec l'appui de professionnels d'établissement, dans cette société qui comme nous le disions plus haut est encore loin d'être inclusive pour une altérité trop marquée. Faut-il pour autant les ignorer jusqu'à ne pas les nommer, jusqu'à ne pas dire que si les solutions prônées conviennent à une écrasante majorité de personnes il existe des exceptions qu'il s'agit de prendre en compte, sous peine de déni d'humanité ? Et qu'il est des situations ou le droit commun trouve ses limites ??

Voilà, cher Monsieur, quelques idées du Groupe Polyhandicap France. Certes, ce texte ne concerne que le polyhandicap, mais le malaise actuel concerne les établissements, bien plus que le milieu ordinaire, et donc les personnes polyhandicapées en première ligne. Peut-être est-ce une occasion historique de resituer les professionnels à leur juste place et de changer en profondeur nos établissements. Il est temps !

Nous ne savons pas si vous aurez la possibilité de nous recevoir, ce qui explique la longueur de cette lettre. Nous restons à votre disposition et à votre écoute.

En vous remerciant par avance de l'intérêt que vous ne manquerez pas de porter à ce courrier,

Le Groupe Polyhandicap France vous prie de croire à l'assurance de son engagement sans faille auprèsdes personnes polyhandicapées.

*

Marie-Christine Tezenas du Montcel
Présidente

L'évolution des contenus de formation des futurs travailleurs sociaux [23]

Marcel JAEGER

Président de l'UNAFORIS

Classiquement, l'évolution des contenus des formations professionnelles relève d'un souci d'ajustement à des besoins en termes d'emploi et d'utilité sociale. Le principe est celui d'une adéquation de compétences dans un écosystème qui implique les prescripteurs de formation, les employeurs, les financeurs, formateurs, les certificateurs, les étudiants et stagiaires et, *in fine*, les publics concernés au titre de leurs difficultés.

Chacun des éléments de cet écosystème non seulement interagit avec les autres, mais peut être une source de transformation de l'ensemble ainsi constitué. Par ailleurs, plusieurs éléments de contexte pèsent sur ses évolutions : des données économiques, politiques, et aujourd'hui des urgences sanitaires justifiant, par exemple, un accent mis sur les questions de coopération et de coordination. Ainsi, l'actualité amène des changements de regard sur le monde qui ont inévitablement un impact sur les contenus de formation.

Pour autant, ce tableau très général ne rend pas compte de l'ampleur des mutations en cours dans la formation des futurs travailleurs sociaux et intervenants sociaux. Le terme « évolution », en ce sens, est faible. Il suggère une continuité dans un processus marqué, en réalité, par des ruptures considérables dans l'histoire de l'action sociale et médico-sociale comme dans celle de la formation des futurs professionnels.

Un élargissement des contenus de formation

Depuis les années 1960-1970 qui ont vu se développer les diplômes d'Etat, le paysage de la formation des travailleurs sociaux s'est beaucoup transformé avec, notamment, l'institution de référentiels (de compétences, de formation, de certification…), la validation des acquis de l'expérience, l'apprentissage, la référence au processus de Bologne et au triptyque LMD (licence, master, doctorat). La diversification des métiers, et donc des formations, n'a cessé de s'accentuer, quitte à rendre un paysage segmenté de moins en moins lisible.

Parmi les changements les plus importants ces dernières années, nous retiendrons l'extension du périmètre de l'intervention sociale, avec des politiques plus offensives dans des domaines jusque-là

[23] Article paru dans la *Tribune Fonda*, n° 253, mars 2022.

sous-investis, tel l'accompagnement à domicile, ou avec une multiplication d'initiatives relevant de l'économie sociale et solidaire. Il en est résulté de nouveaux besoins de compétences auxquels les établissements de formations sociales n'ont pas toujours été en capacité de répondre, dans un premier temps, pour des raisons différentes, qui tiennent à l'histoire de cultures professionnelles ou à des clivages idéologiques (secteur des personnes âgées en perte d'autonomie, publics concernés par des problématiques de santé mentale, autisme…). La situation s'est beaucoup améliorée, avec une mobilisation des organismes de formation pour combler les décalages entre leur offre de formation et les attentes des politiques comme des employeurs.

Un des temps forts dans la définition de nouvelles orientations a été la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : elle a donné lieu à la conception d'un « Plan de formation des travailleurs sociaux » assez ambitieux qui devait être doté d'un financement de 30 M€ sur trois ans.

Six thématiques prioritaires de formation ont ainsi été retenues,:
- la participation des personnes accompagnées,
- le développement social,
- l'« aller vers »,
- le travail social et le numérique,
- l'insertion sociale et professionnelle,
- le travail social et les territoires.

Cette Stratégie Pauvreté et son plan de formation n'a pas produit tous les effets espérés. Néanmoins, la mise en avant de ces six thématiques a eu des effets inspirants sur l'offre de formation, aussi bien en formation continue, « tout au long de la vie », que sur les contenus des formations initiales. Un premier signe a été la signature d'un accord cadre national signé par l'Etat et par un grand nombre de conseils départementaux et d'acteurs de la formation le 7 décembre 2020. La formation des professionnels de la petite enfance en a plus particulièrement bénéficié jusque-là. Mais le message sur la nécessité de renforcer les compétences irrigue l'ensemble du champ de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que celui de la formation aux différentes catégories de métiers, aussi bien en amont pour les futurs professionnels préparant des diplômes d'Etat qu'en aval pour les professionnels déjà en exercice.

Cette inflexion de l'offre de formation conduit à une deuxième caractéristique des mutations amorcées du point de vue des contenus de formation : le développement des approches transversales, susceptibles de favoriser le décloisonnement des secteurs d'intervention. L'accent a ainsi été mis sur la définition d'un socle commun de compétences et de connaissances des formations du travail social.

Dans un premier temps, un décret et un arrêté du 22 août 2018 ont défini deux finalités, plus particulièrement pour les formations initiales : une approche intégrée des situations des personnes accompagnées et l'acquisition d'une culture commune propre à favoriser la coopération et la complémentarité entre les travailleurs sociaux. Les connaissances communes aux différents

diplômes ont été définies ainsi : l'histoire du travail social et des métiers, l'éthique et les valeurs en travail social, les connaissances des publics, l'initiation à la démarche de recherche, accès aux droits, la participation et la citoyenneté des personnes accompagnées.

Il existe ici un point commun avec la liste du plan de formation de la Stratégie Pauvreté, la thématique de la participation et un décalage concernant le développement social et le numérique ; décalage provisoire certainement, aussi provisoire que l'absence de référence explicite aux thématiques de l'inclusion, de la référence de parcours ou de l'économie sociale et solidaire.

On pourrait voir dans ces redéfinitions des contenus de formation un double mouvement contradictoire : une diversification des formations et l'amorce d'une unification autour d'un « socle commun ». Ce chaînage entre des mondes professionnels organisés autour d'identités fortes a toujours plus ou moins existé du fait de valeurs de référence communes aux travailleurs sociaux : les notions d'humanité, de démocratie, d'engagement, de justice… telles qu'elles sont rappelées dans le code de l'action sociale et des familles. La nouveauté est que la coopération et la coordination des professionnels sont devenus des objectifs prioritaires, qui se déclineront maintenant par des contenus de formation plus transversaux aux différentes filières.

Cette nouvelle façon de penser la formation des travailleurs sociaux trouve un écho en amont, dans les attendus des formations conduisant au diplôme d'Etat d'assistant de service social, au diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants, au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé et au diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé. L'arrêté du 10 janvier 2019 définit un « cadre national » sur ces attendus qui fait état de qualités humaines indispensables à la fois à l'exercice des métiers de l'accompagnement et pour l'entrée en formation : capacités d'empathie, de bienveillance, d'écoute, de gestion de ses émotions et de son stress face à des situations humaines difficiles ou complexes, intérêt pour les questions sociales et une ouverture au monde, intérêt pour l'engagement et la prise de responsabilités dans des projets collectifs… Ainsi, la référence aux *soft skills* (soit les compétences comportementales, transversales et humaines) est censée aider à surmonter les effets des approches catégorielles et l'enkystement des pratiques.

Un nouvel agencement des savoirs

Les nouveaux contenus de formation appellent simultanément de nouvelles pratiques pédagogiques. Avec le souci ancien de mieux préparer les futurs professionnels aux réalités de terrain, les établissements de formation sont amenés à tirer les conclusions de nouvelles dispositions réglementaires très novatrices.

Le décret du 6 mai 2017 qui introduit la définition du travail social dans le code de l'action sociale et des familles indique que le rappel des valeurs fondatrices du travail social ne suffit plus. Il s'agit toujours de permettre « l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté », dans un but d'émancipation des personnes, mais d'une part d'affirmer la possibilité de développer les capacités des personnes à agir pour elles-

mêmes et dans leur environnement, d'autre part de faire passer d'une conception institutionnelle, pour ne pas dire administrative de la participation à une entrée par les savoirs.

Ce texte réglementaire très novateur invite à reconnaître trois types de savoirs qui se doivent se croiser : des savoirs universitaires en sciences sociales et humaines, dits savoirs académiques, des savoirs pratiques et théoriques des professionnels du travail social et des « savoirs issus de l'expérience des personnes bénéficiant d'un accompagnement social, celles-ci étant associées à la construction des réponses à leurs besoins ».

Il existe donc désormais une référence juridique qui permet non seulement de donner une assise forte aux réponses à des « besoins », mais aussi de mieux impliquer les personnes elles-mêmes dans les actions menées en faveur de leurs demandes, attentes et préoccupations, notamment dans la formation des travailleurs sociaux.

Un préalable est posé : l'acceptation de savoirs qui débordent les connaissances livresques, académiques. Un mouvement s'opère en réalité en deux temps : d'abord, par la recherche-action, un croisement des savoirs de chercheurs avec ceux de professionnels de l'action sociale et médico-sociale ; puis, par une conception plus large de la recherche participative et collaborative, en associant des personnes accompagnées.

Le mouvement ATD (Agir Tous pour la Dignité)-Quart Monde a joué un rôle essentiel dans cette transformation, à travers son engagement pour le « croisement des savoirs ». Il défend depuis longtemps l'idée selon laquelle les personnes en situation de pauvreté, même les plus démunies, détiennent les moyens d'analyser leur propre situation et peuvent accéder à un degré de généralité pouvant même répondre aux exigences d'une démarche scientifique.

Ce type de démarche permet de faire émerger de nouvelles questions, de nouveaux objets de recherche et conduit à produire de nouveaux concepts. Les travaux participatifs en croisement des savoirs visent à produire des connaissances utiles pour la science et mobilisables pour l'action, pour les politiques publiques, pour les acteurs associatifs.

Cette mutation radicale de la conception de la formation des professionnels, y compris dans la composante recherche, représente un défi majeur pour les processus de certification qui continuent souvent de faire des publics de l'action sociale un objet d'étude plus qu'une opportunité pour développer des interactions pédagogiques.

Paris, le 17 décembre 2021.

Contribution de Paralysie Cérébrale France

Mission Denis PIVETEAU

DGCS / IGAS

Comment ré-enchanter les métiers de l'accompagnement du handicap

et, plus largement, de l'accompagnement social et médico-social,

en prenant appui sur les perspectives ouvertes par ce qu'on appelle

la transformation inclusive ?

1. La paupérisation, la déqualification et le manque de reconnaissance de la filière médico-sociale :

   a. La faiblesse des salaires et l'effondrement du pouvoir d'achat :

– Le gel du point d'indice a entraîné, en dix ans, un recul de près de 21% du pouvoir d'achat ; certains salariés du secteur médico-social sont maintenant assimilables à des travailleurs pauvres,

– Cette perte de pouvoir d'achat a notamment touché les métiers plus qualifiés comme les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens qui ont progressivement basculés vers le secteur libéral plus souple et plus rémunérateur,

- La faiblesse des salaires est aujourd'hui la principale explication de la dislocation en cours du secteur médico-social,

- Les récentes annonces gouvernementales sur la revalorisation des salaires sont intervenues beaucoup trop tardivement (et ne sont, dans la plupart des cas, toujours pas effectives) après que les ESMS aient fait face à une hémorragie de leurs ressources humaines et un départ des personnels les plus qualifiés : le secteur mettra des années à s'en relever si tant est que les financeurs se donnent les moyens de remettre à niveau un secteur que l'on a cessé de tirer vers le bas,

- Un sentiment de colère prédomine actuellement car ces revalorisations partielles - *qui ne permettent pas de rattraper le retard accumulé* - ont exacerbé un climat social déjà très tendu.

b. Une déqualification et un contexte « post Covid » qui tirent l'ensemble du secteur vers le bas :

Les conséquences de la crise actuelle sont multiples et d'une brutalité sans précédent :

- Le secteur « adulte » est notamment très durement impacté au niveau des fonctions d'hébergement et en raison des exigences liées à la lourdeur de certains handicaps,

- Les postes vacants tirent vers le bas l'ensemble des effectifs : les interventions sont de plus en plus concentrées sur des fonctions basiques au détriment de projets et d'approches innovantes (quid de la transformation de l'offre dans ce contexte ?),

- La pénurie de fonctions centrales (AS / AES) accentue le sentiment d'une déqualification des encadrants : ceux-ci pallient une insuffisance de ressources ou de qualification,

- De nombreux postes de coordination disparaissent au profit de fonctions d'aides-soignants ou d'accompagnateurs éducatifs et sociaux ou ne sont plus pourvus : éducateurs spécialisés, moniteurs / éducateurs, … éloignant les professionnels en activité de leur cœur de métier indispensable à la qualité de l'accompagnement,

- La baisse des taux d'encadrement est une tendance de fond dans les ESMS, qui ne permet plus de travailler sur la qualité de l'accompagnement,

- La revalorisation des seuls métiers du soin a enfin accentué un sentiment de déclassement des fonctions d'accompagnement (filière éducative). Les directions d'ESMS sont maintenant confrontées à des professionnels éducatifs qui refusent de réaliser des actions de soins puisque celles-ci ne sont pas reconnues (absence de revalorisation salariale).

c. Un secteur médico-social qui souffre d'un déficit d'image et de reconnaissance :

- Le modèle institutionnel français fait l'objet d'une description souvent caricaturale - *tant en France que dans les instances internationales* - et peu motivante pour les collaborateurs qui y exercent et pour ceux qui seraient tentés de le rejoindre,

- Le thème de la « transformation de l'offre », aussi important soit-il, a laissé imaginer que les établissements et services médico-sociaux étaient des structures du passé, appelés à disparaître au profit d'une démarche dite « inclusive » faisant fi du besoin d'accompagnement des handicaps les plus complexes,

- Ce manque de reconnaissance du secteur médico-social s'est d'ailleurs traduit, pendant la crise, par l'absence quasi-totale de référence au secteur médico-social lié au handicap pendant les conférences de presse du Premier ministre et du Ministre des solidarités et de la santé,

- Comment ne pas comprendre, dans ces conditions, que les professionnels se posent des questions quant à leur utilité sociale et leur investissement au service des personnes concernées, de leurs familles et de la société tout entière ?

2. Un schéma d'organisation et de financement inadapté à la fluidité des parcours :

La présence de plusieurs interlocuteurs sur les politiques publiques du handicap est une source de complexité pour la mise en œuvre de projets individualisés des personnes :

- cas d'un usager en MAS qui souhaite expérimenter un projet de vie en habitat inclusif (on passe du financement de l'assurance maladie à de la PCH relevant des départements),

- cas d'un usager qui souhaite changer de département pour des raisons familiales ou conjugales,

- on parle très souvent de « pouvoir d'agir » et d' « auto-détermination » mais les choix de vie des personnes sont encore trop souvent dictés ou rigidifiés par un cadre institutionnel totalement inadapté à la transformation de l'offre.

3. Réinvestir dans le médico-social pour renforcer son attractivité au service de la qualité et de l'individualisation des accompagnements :

a. Aller le plus rapidement possible vers une convention unique de branche qui tire vers le haut l'ensemble des salaires :

- Il convient de sortir très vite - *la crise actuelle le démontre* - de la concurrence déloyale qui s'instaure entre secteurs et qui ne peut se faire qu'au détriment des usagers : moins de professionnels, des professionnels moins bien formés, plus de « turn-over », …

- Il faut mettre en place un mouvement puissant de revalorisation des carrières et des salaires autour d'un plan pluriannuel à 5 ans avec pour objectif de rattraper le retard accumulé ces dernières années,

- Il faut, sans délai, appliquer les revalorisation « *Ségur* » pour tous les professionnels du secteur et sans distinction.

b. Prendre en compte la pénibilité des métiers :

- Le secteur adulte est particulièrement exposé parce qu'il est peu valorisé : il faut ainsi reconnaitre la pénibilité de certaines fonctions caractérisées par des horaires atypiques ou la lourdeur de certains accompagnements (handicaps complexes, travail de nuit, travail les week-ends et jours fériés),

- La pénibilité doit se traduire dans les grilles de salaires par des primes associées sur des critères objectifs.

c. Engager un vrai « big-bang » de la formation initiale et continue des métiers du soin et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap :

- La transformation de l'offre nécessite de repenser de fond en comble l'ensemble des parcours qualifiants,

- Les formations de directeur d'ESMS ne sont, par exemple, plus adaptées : l'apparition de sièges et de fonctions support nécessitent que les directeurs d'établissement ne soient plus des gestionnaires mais bien des chefs de projet centrés sur l'accompagnement des personnes et l'animation de la pluridisciplinarité,

- Trop de professionnels arrivent encore dans les ESMS sans avoir une idée précise des réalités du handicap : il est indispensable que les étudiants, dans le cadre de leur cursus, s'immergent très tôt dans les spécificités de cet accompagnement,

- L'Association d'Aide aux IMC du Nord et de l'Est a, par exemple, formalisé un partenariat avec la faculté de médecine de Reims consistant à former des étudiants de 2ème et 3ème année aux spécificités du handicap : ce partenariat est un excellent exemple de ce qu'il convient d'introduire dans les modules de formation en cherchant à confronter les futurs professionnels aux réalités de cet accompagnement,

- Paralysie Cérébrale France a, dans cet esprit, décidé de conduire un **projet fédéral ambitieux de formation d'experts d'usages - *ou intervenants pairs* - destiné à participer à la montée en compétences des futurs professionnels du soin et de l'accompagnement.**

Il s'agit de proposer aux centres de formation des futurs professionnels des interventions de qualité délivrées par des personnes en situation de handicap (accompagnées par des établissements ou des services médico-sociaux), préparées et formées pour porter le message qu'elles souhaitent et qu'elles jugent importants :

- Permettre aux personnes en situation de handicap de se représenter elles-mêmes en valorisant et partageant leurs savoirs expérientiels,

- Proposer aux écoles et centres de formation des interventions construites par des personnes en situation de handicap (ex. : travailler en ESAT, agir citoyennement sur son lieu de vie, se déplacer en ville…) afin de mettre en avant de véritables compétences et habiletés et faire évoluer les représentations.

Nous avons la volonté de créer, à terme, un réseau national d'intervenants pairs à l'intérieur de la fédération à l'image d'une communauté de pratiques.

– Au-delà du seul secteur du médico-social, tous les acteurs du droit commun doivent également se préparer et se former aux spécificités du handicap (éducation nationale, santé, travail, culture, accessibilité…) afin d'accompagner la transformation de l'offre qui nécessite l'adhésion et la mobilisation de tous : il s'agit de réaliser un gigantesque mouvement de pivot ensemble et en même temps.

d. Accompagner le changement systémique du secteur médico-social :

- **Engager les financeurs dans une véritable culture de la confiance, de l'évaluation et de la qualité du projet d'accompagnement :**

– Le secteur médico-social s'est d'ores-et-déjà engagé dans le virage de la transformation de l'offre mais il le fait avec des partenaires qui n'y sont pas toujours préparés,

– Si les CPOM entrent pleinement dans cette logique de responsabilisation et d'autonomie, on constate encore trop souvent des financeurs qui s'appesantissent sur des détails d'organisation au détriment de la qualité des parcours et du projet d'ensemble,

– Les financeurs ne doivent plus être amenés à consolider des projets d'établissement mais des projets de pôles de compétences ou de plateformes de services : c'est la réalité des organisations qui se mettent en place pour permettre concrètement la transformation de l'offre,

– Les financeurs ne « challengent » pas sur les projets d'ensemble mais le plus souvent seulement sur un indicateur : le nombre de places et les coûts associés,

- Il est essentiel que les relations entre les opérateurs et les financeurs entrent dans un cercle vertueux de confiance en mettant en place une véritable culture de l'évaluation qualitative des projets,

- L'accumulation de dispositifs expérimentaux - *qui ne mobilisent pas toujours les moyens attendus sur la durée (temps partiels, CDD…)* - vient encore complexifier la lisibilité des rôles de chacun et du parcours des enfants.

  - **Un secteur médico-social qui s'engage résolument dans la transformation de l'offre et qui interroge la pertinence des politiques publiques** :

- Le projet associatif de l'ADIMC de la Sarthe a, par exemple, entrepris d'inverser complètement l'échelle des valeurs : alors que les usagers devaient le plus souvent s'adapter aux contraintes des organisations, ce sont à présent les organisations qui cherchent à s'adapter aux projets de vie des résidents,

- L'ADIMC de la Sarthe a ainsi fait le choix d'organiser ses MAS sur le modèle des habitats inclusifs centré sur le service à la personne ou comment accompagner la personne dans la réalisation de son projet de vie et l'accomplissement de ses aspirations,

- Cette inversion de la hiérarchie des attentes questionne et remet beaucoup en question les professionnels, qui doivent être progressivement formés et évalués à cette nouvelle approche,

- Ce changement de paradigme doit être accompagné par la création d'une PCH « vie sociale » permettant d'entrer véritablement dans l'individualisation des projets et par un taux d'encadrement garanti dans la durée.

En conclusion :

Il revient aux pouvoirs publics de créer les conditions favorables pour permettre au secteur médico-social de réussir sa transformation. Six conditions sont nécessaires :

- la revalorisation rapide des carrières et des salaires des professionnels (avec, dans un premier temps, la mise en œuvre des revalorisations « *Ségur* » pour tous les professionnels sans distinction),
- la prise en compte de la pénibilité de certaines fonctions et leur valorisation,
- la refonte des cursus de formation initiale et continue afin de permettre d'adapter les métiers aux réalités de la transformation de l'offre,
- l'accompagnement du changement systémique du secteur médico-social :
  - instauration d'une véritable culture de la confiance et de l'évaluation entre les financeurs et les opérateurs,
  - adaptation des politiques publiques à l'individualisation des parcours.

- la prise en compte, à grande échelle, de la fonction « coordination » pour multiplier les passerelles avec tous les acteurs et dans une perspective d'inclusion dans la vie ordinaire,
- l'adaptation du modèle institutionnel aux handicaps les plus complexes (comme le polyhandicap) en mobilisant, dans une démarche la plus inclusive possible, les moyens nécessaires à un accompagnement adapté et de qualité.

Contacts :

Jacky VAGNONI, président - 06 75 37 67 91 - jvagnoni@paralysiecerebralefrance.fr

Pierre-Yves LAVALLADE, délégué général - 06 66 07 84 32 – pylavallade@ paralysiecerebralefrance.fr

Paralysie Cérébrale France a vocation à représenter toutes les personnes avec paralysie cérébrale (avec ou sans polyhandicap). Paralysie Cérébrale France fédère 25 associations situées tant en métropole que dans les territoires ultra-marins, gestionnaires et nongestionnaires de dispositifs médico-sociaux, couvrant plus de la moitié des départements français. Ces associations gèrent plus 400 M€ de budget de fonctionnement / investissement et emploient près de 6 300 collaborateurs (ETP). Le réseau de Paralysie Cérébrale France accompagne, chaque jour, près de 8 000 personnes (enfants, adolescents et adultes) à travers près 200 établissements et services médico-sociaux. Il s'agit au total d'une « force militante » de quelques 25 000 personnes, proches-aidants et professionnels, mobilisée en soutien des personnes avec paralysie cérébrale. Membre du comité de gouvernance du CNCPH et du Conseil de la CNSA, Paralysie Cérébrale France est un acteur national de premier plan ayant pour mission de participer à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques liées au handicap à toutes les étapes de la vie : petite enfance, scolarisation, formation professionnelle, emploi, habitat, prévention et offre de soins, offre médico-sociale, soutien à la recherche.

www.paralysiecerebralefrance.fr

L'INVESTISSEMENT SOCIAL :

UN LEVIER D'AVENIR POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES

Une approche à « hauteur d'homme »

La Commission européenne définit l'investissement social comme le fait d'« investir » dans les personnes en adoptant des mesures pour renforcer leurs compétences et leurs capacités, leur autonomie et leur permettre de participer pleinement au monde du travail et à la société ». C'est une réorientation très significative par rapport aux modèles traditionnels de protection sociale, davantage fondés sur l'assurance et la gestion des risques que sur la prévention et la résilience face aux risques sociaux.

Dépenser aujourd'hui c'est limiter des coûts demain

Le secteur public et la société dans son ensemble ont beaucoup à gagner à long terme si des coûts sociaux futurs sont évités. Investir dans les personnes, renforcer leurs capacités d'adaptation et de résilience, leurs compétences et leur autonomie serait bien plus rentable que de continuer à assurer et gérer les risques sociaux (comme le font la majorité des États providence aujourd'hui). En clair, prévenir serait plus efficace que guérir.

Par exemple, s'ils les taux d'emploi sont plus élevés à l'avenir, la demande à l'égard de la protection sociale baissera et la génération suivante bénéficiera de l'investissement réalisé par la génération actuelle.

Autre exemple, les soins de santé qui atténuent des symptômes mineurs et renforcent le bien-être relèvent de la consommation au même titre qu'une coupe de cheveux, tandis que d'autres services de santé améliorent incontestablement la santé et la productivité des individus.

L'éducation, en revanche, permet d'accroître le capital humain et se classe donc dans les investissements.

Un des arguments centraux de la stratégie d'investissement social est le fait que loin d'être une dépense à perte qui grève l'économie, les budgets sociaux représentent un investissement dont on peut escompter des bénéfices à moyen et long terme : croissance économique et augmentation des

taux d'emploi, viabilité des systèmes sociaux, fertilité plus soutenue, mais aussi réduction du coût de l'exclusion sociale et des inégalités.

Le risque est que le débat autour de cette stratégie ne se cantonne à une vision purement productiviste de l'intervention sociale, réduisant celle-ci à une stratégie d'accumulation de compétences et de conditions favorables à la productivité de la main-d'œuvre, laissant de côté la question des retombées sociales. Cette conception a été en effet perçue par certains comme une justification pour les politiques sociales de s'éloigner d'une vision solidaire et redistributive, tournée vers la prise en charge des conséquences des problèmes sociaux.

Un objectif plus ambitieux serait de s'interroger sur la façon dont cette stratégie peut contribuer à renouveler le projet de citoyenneté sociale et politique, en permettant à chacun d'accéder pleinement à une égalité de droits et d'opportunités.

La mise en œuvre de l'investissement social suppose une analyse économique rigoureuse.

Elle doit permettre de montrer en quoi une dépense de protection sociale à un moment donné ne se limite pas à une consommation, c'est-à-dire à un transfert monétaire simple que les physiciens qualifieraient de « dissipatif », car il n'aurait qu'un effet à court terme.

La notion d'investissement suppose que les sommes mises en jeu produisent un effet, qui, dans le cas de la protection sociale, ne peut se mesurer, le plus souvent, qu'à moyen ou long terme.

Certaines formes d'investissement social peuvent toutefois produire des gains immédiats et substantiels pour la société. Par exemple, les mesures qui facilitent l'accès des femmes (en particulier) au marché du travail peuvent se traduire par une augmentation du PIB et des recettes fiscales. En l'absence de telles mesures, de nombreuses mères célibataires risqueraient d'être tributaires des allocations. L'emploi des femmes est donc positif pour les finances publiques. L'effet net sur les finances publiques correspondrait dans ce cas à la différence entre le coût des services d'aide proposés par l'État (crèches, services aux personnes âgées) et la somme du surcroît d'impôt payé et des prestations auxquelles renonce la personne ainsi « activée ». Ces mesures peuvent également être bénéfiques pour l'égalité entre hommes et femmes, ce qui représente une externalité positive.

Le calcul de la rentabilité de l'investissement social et la manière de le mettre en œuvre font l'objet de débats méthodologiques et normatifs intenses, pour calculer sa rentabilité, mais aussi pour évaluer son caractère redistributif vis-à-vis de ses bénéficiaires et pour optimiser la gestion du risque entre l'État, les individus et les investisseurs privés.

Une littérature scientifique abondante évalue déjà l'effet de politiques assimilables à de l'investissement social : la collecte de ces informations est un prérequis pour engager de nouvelles réformes d'investissement social.

Les pilotes des politiques publiques doivent donc en ce sens

- Adopter une démarche de collecte systématique et d'analyses statistiques, en produisant davantage de méta-analyses

- Intégrer les résultats des évaluations d'impact dans des modèles de calculs socioéconomiques, afin de comparer les bénéfices des investissements ainsi identifiés aux coûts réels et sociaux de leur mise en œuvre. Le succès de cette étape suppose toutefois de surmonter deux obstacles importants :

- Améliorer les données disponibles sur le coût des investissements sociaux mais aussi trouver la valeur monétaire des effets induits par l'investissement social ;
- Prendre en compte la grande incertitude des estimations d'impact et de coût.

Une stratégie d'investissement social s'intègre en ce sens plus largement dans le champ des politiques publiques fondées sur la preuve et suppose alors de s'intéresser davantage aux détails qu'aux politiques globales. L'apport de l'évaluation d'impact et des travaux les liant avec les coûts vise à hiérarchiser la pertinence de certains dispositifs et à soutenir les politiques sociales en démontrant leurs effets et leur rendement.

Pour juger du contenu en investissement social des différentes dépenses sociales, quatre types de critères apparaissent à retenir :

- Le contenu de facteur productif de la dépense et notamment son impact soit sur la participation au marché du travail soit sur le capital humain ;
- La nature préventive de la dépense ;
- La nature de nouveau risque de la dépense ;
- Le caractère de « buffer » (amortisseur social) de la dépense.

Les différents champs de dépenses n'appellent ainsi pas nécessairement l'application des mêmes critères : pour les dépenses de santé, le critère « préventif » est particulièrement adapté alors que pour les dépenses « petite enfance », le critère de « facteur productif » est particulièrement opérant.

On pourrait retenir la grille de pondération suivante, dans une perspective de scoring :

- ✓ un score de 1 à 4 en cas de contenu positif en investissement social ;
- ✓ 0 en cas d'impact neutre en termes d'investissement social ;
- ✓ -1 en cas de désinvestissement social.

Comment valoriser les bénéfices (sociaux) de l'intervention sociale ?

Dans le cadre politique des restrictions budgétaires, les acteurs de l'intervention sociale se voient imposer une logique de coûts financiers, sans que celle-ci soit contrebalancée par une autre logique : celle des bénéfices (financiers et sociaux).

Ce déséquilibre est lié à deux aspects fondamentaux :

- D'une part, à la difficulté inhérente à l'évaluation de toute action sociale par des résultats très souvent qualitatifs et non-monétaires,

- D'autre part à la culture et la tradition de l'action sociale, qui omet trop souvent de parler de « bénéfices », comme si agir en terme d'intervention sociale était automatiquement synonyme de conséquences positives pour la société.

Quelques exemples (suisses), proches de l'intervention sociale :

- ✓ Le retour sur investissement : <u>une campagne de prévention</u>, coûtant 100.000 CHF, convainc 1.000 cyclistes de porter un casque de vélo. Toute blessure évitée peut être calculée sur la base du cas hypothétique suivant : si un cycliste de 55 ans ne portant pas de casque est victime d'une grave blessure à la tête, les frais médicaux se monteraient à 100.000 CHF, la perte de revenu liée à l'arrêt de l'activité professionnelle se chiffreraient à 500.000 francs suisses, et la perte de qualité de vie liée à l'invalidité à 500.000 CHF, soit un total de 1.100.000 CHF.

Ainsi, le rapport entre les coûts de la campagne et les coûts totaux évités (= les bénéfices de prévention) est de 1 à 10, soit un retour sur investissement de 10 *(Brunold H., Spycher S., 2010, pp. 2-3).*

- ✓ La création d'une crèche : une étude en Suisse de 2002 *(Mackenzie Oth L., 2002)* montre que c'est l'absence d'une crèche qui coûte, non son existence. Par exemple, à Genève, cette étude montre qu'investir dans l'accueil professionnel de la petite enfance coûterait 1'056'000 CHF, mais que cet investissement rapporte en avantages directs plus de 1.901.000 CHF (sous forme de revenus et d'impôts supplémentaires, de contributions au système de protection sociale, etc.), et un nombre importants d'avantages indirects non chiffrés, comme une meilleure qualité de vie pour les parents et les enfants, une meilleure intégration sociale de la famille, une meilleure égalité des chances entre les enfants et pour les entreprises, un plus grand potentiel de personnel qualifié ou un plus faible taux de rotation du personnel.

- ✓ Les coûts engendrés par la violence domestique : cette étude parue en Suisse en 2013 *(BFEG, 2013)* illustre les différents coûts que peuvent subir une personne victime de violence domestique. Elle distingue 3 catégories de coûts : les coûts directs tangibles (= directement engendrés par l'acte violent, comme les frais de santé, les frais de soutien, d'accompagnement ou les frais de justice et de réparation), les coûts indirects intangibles (= coûts d'opportunité liés à la perte de revenu de la personne victime de violence), et les coûts intangibles (= coûts non mesurable, comme l'altération de la qualité de vie, liée à la peur, la souffrance, la douleur, vécue par la personne, ses enfants, son entourage, etc.). Ainsi, malgré les difficultés à procéder à des calculs précis, cette étude donne un ordre de grandeur très interpelant des coûts totaux engendrés par ces actes de violence : des coûts tangibles (directs + indirects) annuels entre 164 et 287 millions de francs suisses, et une évaluation des coûts intangibles de la violence dans les relations de couple (encourus tout au long de la vie), qui représentent presque 2 milliards de francs suisses.

En France, les politiques publiques commencent à avancer dans cette direction, s'inscrivant dans les politiques européennes d'investissement social

- ✓ La petite enfance : toute petite enfance et préscolarisation *(Rapport mondial de suivi de l'éducation pour tous - 2012)*
    - Amélioration des compétences non cognitives et notamment : meilleur niveau d'attention, d'efforts, de participation aux cours et de discipline ; meilleures autonomie et motricité.
    - Amélioration des compétences cognitives : bénéfice en terme de développement cognitif et en matière de langage.
    - Amélioration en conséquence des résultats scolaires : meilleure préparation à l'école ; meilleurs résultats scolaires en primaire
    - Augmentation du nombre d'années de scolarisation : la fréquentation de l'enseignement préscolaire tendrait également à accroître le nombre d'années d'éducation finalement accumulées par les enfants.
    - Bénéfice majoré pour les plus pauvres : des études ont montré que la fréquentation de l'enseignement préscolaire pouvait être particulièrement bénéfique pour lutter contre les désavantages sociaux.

- ✓ Investir dans l'éducation primaire et la santé des enfants

  La courbe de rendements des investissements dans l'éducation est fortement décroissante : un investissement dans l'éducation primaire a un taux de rendement plus élevé que dans l'enseignement secondaire, supérieur ou encore que dans l'éducation des adultes. Protéger la santé pendant l'enfance serait plus important qu'à aucun autre âge de la vie car la mauvaise santé pendant les premières années de l'enfant a un impact permanent sur toute sa vie.

  De plus, la littérature confirme qu'une attention doit être portée sur la mauvaise santé comme mécanisme de transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Les enfants nés dans des familles pauvres ont une plus mauvaise santé, reçoivent des investissements en capital humain plus bas et ont une plus mauvaise santé en tant qu'adultes. Ils auront des salaires plus bas une fois adultes.

  Pour ce qui concerne l'alimentation des enfants, des études ont montré que les enfants dont le développement avait été entravé par la malnutrition et des carences en micronutriments risquaient plus que les autres de commencer l'école en retard par rapport à l'âge légal, d'avoir des résultats d'apprentissage médiocres et d'interrompre leur scolarité.

  L'investissement dans la santé et la nutrition des enfants a donc des résultats en termes de capital humain.

- ✓ Investissement social en direction des NEETS
  Des réponses en termes de prévention du décrochage (repérage, accompagnement parental, médiation école-famille, accueil des jeunes et suivi individualisé de proximité), de formation (retour à une formation générale : dispositifs et classes relais, micro lycée, école de la 2nde chance …, formation professionnelle, responsabilisation des jeunes et de leurs parents …)

- ✓ Investir dans la formation et l'emploi tout au long de la vie

- ✓ …

Conclusion

In fine, ces approches économiques sont pour l'heure très complexes à mettre en œuvre. C'est ainsi que le champ social n'a pas, du fait de sa complexité, mobilisé les chercheurs (sociologues, économistes, …) à la hauteur de ce qui existe dans le champ de la santé par exemple.

Pour autant, même sans pouvoir chiffrer précisément, on voit bien que l'enjeu est capital de révolutionner l'approche en matière de politiques sociales.

Il semble grand temps de considérer que les bénéfices non seulement sociaux mais économiques (encore débattus et discutés aujourd'hui mais sur lesquels planchent nombre d'économistes « hétérodoxes » partout dans le monde) que sont à même de procurer **l'intervention sociale sur le plan de la cohésion sociale, de la qualité de vie et du vivre ensemble, doivent être désormais considérés comme des investissements. Des investissements qui doivent constituer le socle des sociétés contemporaines et de leur renouveau**.