

Myriam El Khomri / Dafna Mouchenik

Prendre soin de celles et ceux qui prennent soin de nous

Redonner sens aux métiers du grand âge

Conseil national de la Refondation
La Fabrique du « bien vieillir »

L'émancipation plutôt que la taylorisation

Dans un monde où sont qualifiés d'« inactifs » toutes celles et tous ceux qui ne sont pas en emploi - qu'ils soient au chômage ou à la retraite -, on mesure combien tout projet de société passe aussi et d'abord par une bataille des mots. Il nous faudra donc ici insister sur celles - et parfois ceux - que l'on doit appeler **des « auxiliaires de vie », sans les confondre avec des « aides ménagères » ou des « dames de compagnie »**, comme c'est trop souvent le cas. Il nous faudra aussi apprendre à parler de travail « invisible » et non de travail « improductif », comme le fait injustement la nomenclature administrative. Puisque tout est politique, les termes employés renvoient toujours à une conception de la société : pour changer cette dernière, il est donc fondamental de choisir les mots justes. **S'agissant d'une mission essentielle et des professionnels qui l'assument, la reconnaissance symbolique passe d'abord par une rigueur sémantique.**

Dans un monde qui ne jure que par la « performance » et fait peu de cas de l'utilité sociale des uns et des autres, c'est aussi une bataille des valeurs et des imaginaires qui se joue. Dans un monde où celles et ceux qui occupent des fonctions primordiales ne sont sortis de l'invisibilité et de l'indifférence qu'à la faveur d'une pandémie exceptionnelle, c'est finalement **toute l'échelle des représentations qui mérite d'être repensée**. Ce document n'en a pas la prétention mais il s'inscrit en tout cas dans la volonté, portée par tant d'autres, **d'instaurer une « société du prendre soin » et même une « société du lien », où la bienveillance des uns alimenterait le bien-être des autres.**

Les secteurs sanitaires et médico-sociaux sont confrontés à une crise majeure en matière de ressources humaines. **Cette crise a même un caractère explosif : alors que les besoins actuels ne sont pas couverts, ils ne vont cesser de progresser dans les prochaines années ; l'équilibre opérationnel du secteur, aujourd'hui déjà très périlleux, connaît donc une précarité grandissante pour les années à venir.** Il questionne notre modèle social et la promesse civilisationnelle qui fut jusqu'alors la nôtre : celle du vieillissement et du développement conjoints, permettant aux populations de gagner tout à la fois en espérance de vie et en qualité de vie. Cette perspective semble aujourd'hui potentiellement remise en cause.

Alors que la question du « sens » s'est progressivement imposée dans nos débats – celui que nous donnons à notre modèle de développement, à notre organisation sociale en même temps qu'à nos destinées individuelles -, il va en effet nous falloir enfin surmonter ce double paradoxe : comment **défendre le bien-vieillir et laisser dans le même temps nos aînés subir** les conditions (de fin) de vie que nous leur offrons ? Et comment, d'autre part, la société peut-elle **accorder aussi peu de reconnaissance à celles et ceux auxquels nous confions, au quotidien, la protection** des personnes qui nous sont les plus chères, **nos parents** ?

Dans une forme de **symétrie des attentions**, il est impératif que nous manifestations nous-mêmes de l'empathie et de la bienveillance à l'égard de ces personnes dont nous attendons tant en leur donnant si peu. Une attention de chaque instant, qui passe par **l'amélioration de leurs conditions d'emploi et de rémunération**, qui leur garantisse des **perspectives de vie et de carrière**, qui leur offre davantage de bien-être au quotidien, qui leur permette de **se former** et leur donne **de l'autonomie dans l'organisation de leur travail et la gestion de leur temps**. Les mettre tout simplement en situation de bien faire leur travail et d'en tirer satisfaction et fierté. Avec cette caractéristique, presque réjouissante : tous ces **métiers sont non automatisables, non délocalisables** et ils peuvent même représenter jusqu'à 10% des emplois dans les zones rurales. Surtout, ce sont donc des métiers d'avenir,

qu'il faut **rendre accessibles à tous**, dont il faut faire une chance pour tous, ceux qui les occuperont et ceux qui en bénéficieront, à leur domicile ou en établissement.

Ces métiers, il faut même les penser comme les piliers d'une politique sociale durable. Comment ? En opérant une vraie révolution dans notre approche du grand âge. Un changement systémique qui s'inscrit dans un **nouveau cadre conceptuel, enfin affranchi des logiques de la société industrielle, entre standardisation et chronométrage des tâches**. Comme si l'accompagnement des personnes âgées pouvait s'appréhender comme une forme de travail à la chaîne : tant de personnes à lever, à laver, à nourrir, tant de minutes pour telle tâche, tant de minutes pour telle autre, pas une de plus, sans initiative, sans égards, sans regards, sans empathie. **Une taylorisation du travail synonyme d'infantilisation des personnels et de déshumanisation de la mission**.

C'est en mettant la bienveillance et l'autonomie au cœur de ces métiers que **nous les rendrons attractifs, en valorisant le sens qu'ils ont et en repensant notre rapport au temps**. Car s'il en faut pour s'occuper de personnes âgées et fragilisées, il en faudra aussi pour modifier l'image de ce secteur, repenser le rôle de celles et ceux qui y travaillent, transformer son organisation, revoir sa philosophie et augmenter ses ressources. Avec une bonne nouvelle : **dépenser plus pour le grand âge, c'est en réalité faire faire des économies au secteur sanitaire et médico-social dans son ensemble**, dont les dysfonctionnements et défaillances actuels représentent un coût considérable. Ainsi de la réduction du nombre d'hospitalisations intempestives, du désengorgement des urgences, de la limitation de la consommation de médicaments, de l'amélioration de la santé et du bien-être des bénéficiaires notamment mais aussi de leurs proches et des professionnels qui les accompagnent. Ce sera donc l'occasion de faire mieux sans toujours demander plus. Surtout, cela reviendra à poser la question de ce qui aura de la valeur dans la société de demain. Et ceci n'a pas de prix.

Les éléments rassemblés dans ce document sont le fruit des échanges riches et nombreux auxquels nous avons eu la chance de prendre part au sein des ateliers thématiques et territoriaux menés sous l'égide du Ministre des Solidarités, l'Autonomie et des personnes handicapées, Jean-Christophe COMBE, dans le cadre du Conseil National de la Refondation pour aborder la question du « bien vieillir ». Cette synthèse ne saurait être considérée ni comme un énième rapport ni comme un travail exhaustif relatant l'ensemble des réflexions partagées, au sein desquelles il nous a été nécessaire d'opérer un tri, en distinguant ce qui semblait essentiel et prioritaire. Nous tenons d'ailleurs à la disposition des représentants publics l'intégralité des contributions, pratiques et formations innovantes, nouveaux modes d'organisation et retours d'expérience valorisés lors de ces temps de dialogue. Toutes les mesures sélectionnées ci-après n'ont en outre pas encore fait l'objet d'études d'impact, qu'il sera nécessaire de conduire ultérieurement. Si le présent travail s'emploie à être fidèle à l'esprit des rencontres effectuées, qui ont permis de formaliser des recommandations dont le détail figure en annexe, le rendu ici résumé reprend également des expertises émanant des différents acteurs institutionnels (CNSA, DGCS, DGOS, DGEFP, représentants de l'ADF et de Régions de France, Cour des Comptes, acteurs des branches professionnelles, fédérations, collectifs mobilisés sur certains territoires tels que les Départements d'Outre-Mer, le collectif la Force Invisible, Collectif des professionnels de l'aide et du soin à domicile...).

Panorama général : un système aujourd'hui très fragile et demain en péril ?

En France, le **secteur médico-social public et privé accompagne et soigne près de 1,1 million de personnes, âgées ou handicapées, en établissement ou à domicile**, employant pour cela **730.000 salariés en 2020**.

Malgré le haut niveau de dépenses sociales qui distingue la France, les besoins demeurent mal couverts. Ajoutons que le secteur peine d'ores et déjà à recruter, un poste sur 5 étant aujourd'hui non pourvu. Ainsi **près de 10% des demandes de prise en charge à domicile ne sont aujourd'hui pas satisfaites, faute de personnel**.

Le **coût de la dépendance** représente près de 30Md€ de dépenses publiques - un peu plus de 1% du PIB -, soit un **effort deux fois moins important en proportion que dans les pays scandinaves** par exemple. Si l'argent ne saurait régler tous les problèmes, le manque d'argent en revanche en crée d'insolubles. Et si certaines des rémunérations du secteur sanitaire et médico-social ont fort heureusement été réévaluées lors du Ségur de la santé ou de l'avenant 43 pour la BAD (secteur associatif), le ciblage et l'échelonnement de ces revalorisations salariales en ont fortement limité l'impact, créant ainsi une concurrence accrue entre secteurs.

Complexité supplémentaire, les **disparités locales** existent, **tant au niveau des besoins que des ressources. Le social et le médical** apparaissent en tout cas **étroitement imbriqués** pour traiter de la question des **inégalités** face à la problématique du vieillissement. **Le décroisement du médico-social et du sanitaire** apparaît à cet égard indispensable pour garantir une prise en charge globale, qui garantisse l'efficacité en même temps que l'équité du système.

Poser la question du vieillissement, c'est donc immanquablement poser celle des ressources que nous entendons collectivement y consacrer : malgré un effort sans précédent des pouvoirs publics au cours des années récentes, le secteur demeure largement sous-financé, posant avec acuité le problème du manque de moyens, et plus précisément de la CNSA, des Départements et des ARS.

Vieillir en Ehpad

Parmi l'ensemble des seniors de plus de 75 ans, près de **1 sur 10 réside en établissement d'hébergement**. Actuellement, 44% de ces Ehpad sont publics, 31% relèvent du privé associatif et 24% du privé commercial, fonctionnant avec 430.000 salariés. D'après la DREES, le **besoin en nombre de places supplémentaires dépassera le chiffre de 100.000 d'ici 2030**.

Une sinistralité très élevée

Le secteur se caractérise par un **nombre de jours d'arrêts de travail 3 fois supérieur à la moyenne**, en hausse préoccupante : **+ 40% entre 2016 et 2019**, pour atteindre un total de 17.000 ETP par an, dont le coût se situe, selon la Cour des Comptes, dans une fourchette **de 360 à 800M€**. L'ANAP estime globalement à **10,8% l'absentéisme total dans les ESMS**, ce qui signifie que, pour chaque ETP, **une journée d'absence est comptabilisée tous les 10 jours**. Cette situation nuit évidemment à la

continuité et à la qualité de service, à travers une **désorganisation** de ce dernier, une surexposition aux risques et un **mal-être des personnels**.

Un encadrement insuffisant

Si le **taux d'encadrement** dans ces établissements est **officiellement de 6 professionnels** pour 10 résidents, ce chiffre comptabilise toutes les fonctions présentes sur place, avec une réalité de terrain très différente : **en moyenne 3 aides-soignantes pour 10 personnes dépendantes**. Les **taux d'encadrement, trop faibles, accentuent encore les risques et la dégradation du service**.

Facteur aggravant, les aides-soignants font partie des 15 professions les plus recherchées. Résultat, **l'encadrement est totalement absorbé par ces problématiques de recrutement**, notamment pour remplacer les absents, **au détriment du management courant** et du soutien aux équipes en place. Pour faire face à cette pénurie de personnels, les employeurs n'ont d'autre choix que de **recruter des personnes non diplômées, non formées, non expérimentées**, « faisant fonction » d'aides-soignants dans les établissements.

Vieillir à domicile

L'aide à domicile représente la profession qui a connu la plus forte croissance quantitative depuis 30 ans, passant de moins de 200.000 salariés à près de 600.000 aujourd'hui, malgré des conditions tant de rémunération que de travail jugées défavorables. Le virage domiciliaire repose beaucoup sur la présence d'aidants familiaux dont l'Institut des politiques publiques¹ a récemment rappelé qu'ils pourraient venir à manquer eux aussi à partir des années 2030. **Tout virage domiciliaire doit ainsi nécessairement s'adosser à une politique de soutien aux aidants familiaux et d'une réflexion quant au rôle de ces derniers**.

L'aide à domicile : un espace et un temps de travail éclatés

Le mode de financement du soutien à domicile se traduit par des **emplois du temps très fragmentés** et des **temps de repos réduits**, alliant **morcellement de l'activité professionnelle, temps partiel** et **horaires atypiques pour les salariés concernés**. Les salariés à domicile sont en outre davantage amenés à travailler les samedi, dimanche et jours fériés et 3 sur 10 ne disposent pas de deux jours de repos consécutifs. Le **temps partiel reste la norme du secteur**, avec même près de 30% des aides à domicile qui travaillent moins de 20 heures hebdomadaires. Pour autant, cette faiblesse des durées de travail s'accompagne d'une **forte et préjudiciable amplitude potentielle**. Les fluctuations d'activités liées notamment aux hospitalisations ou aux décès des personnes accompagnées peuvent également **faire varier la rémunération en temps réel**. Résultat, le taux de travailleurs pauvres dans ce secteur atteint un niveau très élevé (18,2% contre 6,9% en moyenne)².

¹ « Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux, perspectives », Amélie Carrère, Delphine Roy, Léa Toulemon, Rapport IPP n°41, mars 2023.

² Etude statistique de la DREES, à partir des sources Insee 2019

Les conditions de travail à domicile : isolement et épuisement

Les salariés des services à domicile sont particulièrement exposés aux accidents du travail mais aussi aux accidents de trajet. Les enjeux portent sur la prévention des accidents de la route mais aussi sur l'adaptation des domiciles et des matériels, ce qui requiert un accord de la personne accompagnée et de ses proches. La situation de travailleur isolé, quand le salarié intervient seul, l'expose aussi à des risques d'accidents, plus fréquents et plus graves. Entre pénibilité physique, **contraintes psychologiques et risques d'agression – verbale voire physique³** -, le **risque d'épuisement professionnel est élevé**, notamment lié au **nombre de personnes aidées** et au **fait d'intervenir exclusivement auprès de personnes fragiles**.

L'enjeu : disposer de temps pour retrouver du sens

Problème, même pour ce qui est des actes effectués à domicile, tout ne relève pas d'un temps considéré comme « productif », c'est-à-dire relevant de la réalisation de tâches bien identifiables et contrôlables. Pourtant, **l'activité des aides à domicile touche plutôt à la création de lien et à la mise en autonomie de la personne gardée**. Soit un **objectif de « faire avec » qui ne s'accommode pas d'une acception restrictive des tâches et du temps qui leur est alloué**, pour la préparation d'un repas ou d'une toilette. Le travail médico-social devrait ainsi **reconnaître aux salariées l'autonomie d'arbitrer entre les tâches, en fonction des personnes soutenues et des jours, loin de la logique d'infantilisation qui découle d'une forme de taylorisation de l'aide à domicile**. L'alternative reviendrait à partir, non pas des tâches en tant que telles, mais plutôt **des objectifs sous-jacents, à savoir d'améliorer les conditions de vie globales des personnes soutenues pour les maintenir autonomes le plus longtemps possible**.

³ Cela concerne 4 auxiliaires de vie sur 10 pour les premières, 13% pour les secondes, selon une étude de la DREES de 2012.

1. La révolution du domicile : vers un droit universel de vivre et vieillir chez soi

Le métier d'aide à domicile se construit autour d'une certaine alchimie mêlant intimité et professionnalisme⁴.

Préambule

*Inscrire dans la loi un **droit fondamental pour toute personne de vivre à domicile, financé en fonction de ses besoins**. Décliner ce droit en un droit d'être aidé, accompagné et soigné à domicile, donnant le cadre des interventions auprès des personnes⁵.*

***Garantir une équité de prise en charge**, quel que soit l'âge, le territoire, le mode de financement, le statut du service d'aide choisi et indépendante des choix politiques d'une collectivité locale.*

***Pouvoir vivre de son travail** : Diminuer drastiquement le taux de travailleurs pauvres parmi les intervenants à domicile (18,2% contre 6,9 moyenne nationale) **quel que soit le statut du service qui les emploie** en travaillant sur une convergence des paysages conventionnels des différents secteurs et des financements associés ;*

*Instaurer une nécessaire **distinction entre l'ouverture des droits dévolue à l'organisme de contrôle et l'évaluation des besoins personnalisés d'accompagnement** que les services ont réglementairement le devoir d'assurer : il s'agit de laisser aux services et aux professionnels la latitude pour organiser les modalités d'intervention adaptées à chaque personne (via l'enveloppe accordée : permettre aux services d'accompagnement à domicile de définir la fréquence et l'intensité des interventions nécessaires en fonction des besoins et attentes des personnes accompagnées)⁶.*

***Prendre soin : reconnaître la dimension relationnelle comme prépondérante dans l'activité des aides à domicile**, les distinguant ainsi de la simple exécutante de travaux domestiques. Définir leur activité comme un accompagnement utilisant des compétences sociales, fondées sur l'écoute, le dialogue, la communication, la compréhension, le réconfort et le soutien⁷. Sans oublier leur rôle de vigie dans la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités⁸.*

1- En finir avec l'heure d'intervention prise comme base du temps de travail, ce principe n'étant pas compatible avec l'amélioration de la qualité des emplois dans l'aide à domicile⁹.

- **Ne plus comptabiliser le temps de travail des aides à domicile et de leur service via la télégestion** (c'est un outil pertinent pour beaucoup de sujets mais pas pour la comptabilisation et le financement des interventions des aides à domicile). *Le contrôle du temps – nettement moins pertinent que celui, autrement plus exigeant, de*

⁴ Florence Leduc et Jean-Baptiste Delcourt (2007)

⁵ CONTRIBUTION DES FEDERATIONS ASSOCIATIVES DE LA BRANCHE DE L'AIDE A DOMICILE 2020

⁶ GRAND AGE – QUELLES ACTIONS A QUELLES ECHEANCES POUR QUELLE VISION ? 2022

⁷ Sabau et. al. (2010) Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 DRESS

⁸ CP Ministère 17 mars

⁹ Dossier DREES, « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 ».

la qualité - génère dans ce contexte un « bénévolat subi » ou du travail gratuit, porteur de risques pour les salariés-es, mais aussi pour les personnes auprès desquelles ils/elles interviennent¹⁰.

- **Travailler à la refonte du système de financement du soutien à domicile en France/réforme de l'APA-PCH pour en finir avec le financement à l'heure.** Quelle que soit la formule retenue, elle devra permettre de financer tous les temps « invisibles » et indispensables au bon déroulement et à la qualité de l'accompagnement à domicile : les temps de déplacements mais également les temps de coordination et de concertation, les temps de formation et d'échange de bonnes pratiques, les temps de transmissions avec les autres intervenants à domicile et les proches.
- **Simplifier les financements pour un modèle unique** intégrant APA/PCH/CPOM/habilitation aide sociale/Fongibilité des financements assurance maladie et Conseil départemental, financement pérenne de la coordination SSIAD/SAAD, souplesse des territoires d'intervention¹¹. **Des mesures d'impact doivent être réalisées** très rapidement afin d'identifier un nouveau mode de financement, à travers par exemple soit une forfaitisation selon le GIR soit une dotation globale comme pour les SIAAD. A obligations identiques, financement identique/ A financement identique obligations, exigences identiques. En tout état de cause, la finalité de cette refonte sera, au-delà d'assurer un accompagnement de qualité aux bénéficiaires, de permettre les conditions d'emploi et de rémunération nécessaires aux aides à domicile, l'un n'allant pas sans l'autre.

L'offre de SAAD se caractérise par une grande fragilité économique des services, les tarifs départementaux ayant, pour une grande majorité de territoires, été historiquement inférieurs aux coûts de revient des services.

Au 1^{er} septembre 2021, le tarif moyen départemental de valorisation d'une heure d'aide à domicile était de 21,39€/ heure pour l'APA. Or, la dernière étude de coût commandée par la CNSA et la DGCS en mai 2016 montrait un « coût moyen de production » d'une heure d'aide à domicile de 24,24€/ heure (sur un échantillon de 45 SAAD).

Dans cette perspective, il est urgent de mettre en place des mesures transitoires dans l'attente de cette refonte du financement :

- Permettre l'**annualisation des plans** d'aide APA/PCH. En s'appuyant exclusivement sur les exigences du cahier des charges national de l'autorisation pour tendre vers la qualité nécessaire des interventions, **abonder les 3€ prévus à cet effet au tarif plancher national sans contraindre les services d'aide à domicile à souscrire un CPOM.** Permettre de consacrer **1 heure forfaitaire** par mois dans chaque plan d'aide

¹⁰ DEVETTER (François-Xavier), DUSSUET (Annie), PUISSANT (Emmanuelle), « La réduction du travail au temps "productif" dans l'aide à domicile. Un outil de baisse du "coût" du travail ».

¹¹ CONTRIBUTION DES FEDERATIONS ASSOCIATIVES DE LA BRANCHE DE L'AIDE A DOMICILE.

pour alimenter le budget planification/coordination/temps collectif/contrôle qualité des SAAD.

Bien que très récente, la refonte avec le tarif plancher et les 3 euros qualité ne nous semble pas permettre une réelle amélioration des conditions d'emploi des intervenants à domicile. Elle fait également l'objet de nombreuses critiques dans sa mise en œuvre : disparités territoriales, forte déception quant au faible nombre de structures bénéficiant de CPOM à ce jour, nombreux bénéficiaires impactés par une diminution du volume d'heures mensuel APA (GIR 1 et 2 notamment).

Emploi direct : Comme cela a été fait pour les « heures prestataires », supprimer les disparités territoriales à travers l'élaboration d'un tarif national de référence en emploi direct/mandataire, sous conditions du respect des exigences de qualification/formation

2- Pouvoir vivre dignement de son travail : l'urgence de réduire le taux de précarité des intervenants à domicile

Selon la dernière étude statistique de la DREES à partir des sources Insee 2019, les intervenants à domicile ont généralement des niveaux de vie modestes. Leur taux de pauvreté est de 18,2 % (contre 6,9 % pour l'ensemble des salariés), et le niveau de vie moyen de leurs ménages est de 1 501 euros par mois, soit sensiblement moins que pour l'ensemble des ménages dont au moins un des membres est salarié (1 930 euros par mois). 59 % des intervenants à domicile appartiennent aux 40 % des personnes les plus modestes.

- **Réduire la précarité des intervenants à domicile** doit être un objectif partagé par tous, suivi et évalué précisément, ce qui engage la mobilisation des pouvoirs publics et des partenaires sociaux des branches professionnelles concernées, quel que soit le secteur.
- **Mettre en place un Observatoire des rémunérations**, adossé à un Comité des financeurs avec tous les acteurs concernés, afin d'engager les indispensables actions pour réduire ce taux de précarité, condition essentielle à l'attractivité de ces métiers.

A noter qu'à travers l'avenant 43 (et sa compensation !) pour les aides à domicile du secteur associatif, un pas positif et important de revalorisation a été fait. Néanmoins, au regard des échanges au sein des différents ateliers CNR, il reste mal vécu pour les salariés exerçant hors de la BAD, et leurs employeurs ne pouvant la financer (n'étant pas compensé). Toute réforme du financement devra s'attacher à son impact sur l'amélioration des conditions de rémunération et ainsi la baisse du taux de précarité des aides à domicile.

3- Privilégier le temps passé auprès des personnes accompagnées

- **Mener une politique préventive forte en direction des GIR 3 – 4. Ajouter les 8 heures « convivialité/liens sociaux »**, figurant dans le programme du président de la République, au plan d'aide APA des GIR 3 et 4, afin d'assurer un travail de prévention de 2 heures par semaine (annualisable) en plus du soutien à la réalisation des tâches essentielles à la vie quotidienne déjà assurées.

- **Accorder davantage de temps aux professionnels pour renforcer l'accompagnement des personnes les plus dépendantes** GIR 1 – 2 par une présence plus importante du professionnel (a minima tripler les heures/jour pour un accompagnement digne).
- **En finir avec les interventions au quart d'heure/à la demi-heure** et garantir un temps d'intervention suffisant.

Accorder davantage de temps aux personnes qui en ont besoin, c'est permettre aux aides à domicile de n'accompagner que 2 à 3 personnes par jour tout en réalisant un temps plein, c'est diminuer drastiquement les temps de déplacement, source d'accident, et réduire la charge mentale et le stress de ces professionnelles.

4- Faire avec

L'attribution d'aide financière de soutien à la vie à domicile doit être conditionnée (et expliquée par les équipes qui la délivrent) à la nécessité du « faire avec ». L'aide à domicile doit pouvoir **associer la personne aidée à la réalisation de tous les gestes essentiels de la vie quotidienne** y compris et particulièrement lorsqu'elle assure l'entretien courant du domicile. Elle ne doit ***jamais* « faire à la place »** lorsque la personne peut encore réaliser seule certaines tâches, pour ainsi lui permettre de conserver le plus longtemps possible l'autonomie dont elle dispose encore. La collectivité n'a ainsi pas pour vocation à prendre en charge des heures de « ménage ordinaire ». C'est en cela que l'intervention d'une aide à domicile s'inscrit véritablement dans le champ du médico-social et n'a pas à être confondue avec un service « de confort » et justifie l'effort de solidarité nationale qui en couvre le coût.

5- Faciliter (et limiter autant que faire se peut) les déplacements des professionnels

- Négocier dans le cadre de France 2030 une offre nationale compétitive pour faciliter l'équipement des accompagnants à domicile en véhicules propres (**aide au financement tant pour l'achat que pour l'assurance et son entretien**) ; Aider à l'obtention du permis de conduire en fin de formation ; Point de vigilance pour les coûts pour les Départements d'Outre-Mer (octroi de mer)
- Attribuer une **voiture de service** (avec remisage à domicile) à celles et ceux qui parcourent le plus grand nombre de kilomètres **avec fiscalité réduite** ;
- Mettre en place des **véhicules de service sectorisés et partagés** notamment dans les zones rurales et péri-urbaines ;
- **Prendre en compte l'ensemble des distances réellement parcourues sur une journée de travail**, ne plus considérer ces frais comme un complément de rémunération mais comme un remboursement lié à des dépenses professionnelles (notes de frais) ;
- **Prendre en charge à 100% les titres de transports** lorsque les transports en communs sont les principaux moyens de déplacement (sans que cela ne soit considéré comme un avantage en nature et permettre de déduire des charges ce coût supplémentaire pour les employeurs) ou mettre en place la gratuité des transports pour les professionnels concernés.
- **Favoriser la sectorisation des interventions d'une même aide à domicile** à chaque fois que cela est possible afin de limiter les temps de trajets, en lien direct avec une

organisation managériale basée sur la confiance, et une organisation des emplois du temps qui réponde aux besoins de chacune.

6- Doter les aides à domicile d'une carte professionnelle pour faciliter la reconnaissance des aides à domicile dans leur activité et leurs déplacements :

Instaurer la carte professionnelle, véritable levier de reconnaissance en garantissant au préalable :

- L'uniformisation de la carte au niveau national et sa reconnaissance par les pouvoirs publics.
- La définition, avec les collectivités, d'une liste de professionnels prioritaires, parmi lesquels figureraient les aides à domicile (quel que soit le statut et ou secteur, conditionnée à un diplôme et/ou qualification, ex pour les salariés du particulier employeur : assistant de vie dépendance) pour leur donner accès à la gratuité du stationnement. Ainsi, la carte professionnelle serait équivalente à une exemption de paiement du stationnement.

7- Respecter une obligation de formation/qualification

Que ce soit dans le cadre de l'emploi direct ou dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, le-la professionnel-le qui intervient auprès d'un public fragile/vulnérable bénéficiant de l'APA/PCH doit disposer a minima d'une formation courte obligatoire permettant de commencer à exercer le métier d'aide à domicile, dans l'objectif de l'obtention d'un diplôme d'Etat sous deux ans en situation de travail. Ceci afin de ne plus faire intervenir auprès de personnes fragiles des salariés non formés.

8- La prévoyance complémentaire, levier d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques : l'étendre pour tous les aides à domicile intervenant dans le cadre APA/PCH, avec un soutien des pouvoirs publics, le cadre d'accord négocié au niveau des conventions collectives ;

9- Instaurer des temps d'échange obligatoires (a minima 4h/mois) avec d'autres professionnels, autour des pratiques métiers et sur des sujets de transmission/coordination autour des personnes accompagnées.

Certains travaux montrent que les temps de travail collectifs, réalisés en dehors des domiciles privés des personnes soutenues, constituent d'importants outils de prévention des risques professionnels ¹².

Rendre obligatoire l'analyse des pratiques professionnelles et les échanges des bonnes pratiques y compris dans le cadre de l'emploi direct/mandataire ;

Financer des temps de coordination avec tous les intervenants agissant pour/auprès de la personne (au-delà des collègues de son propre service) : infirmières, médecins,

¹² (Dussuet, 2012).

ergothérapeutes, travailleurs sociaux, mandataires judiciaires (lorsqu'ils accompagnent et soutiennent la même personne).

10- Au-delà du plan Vivier développé par Pôle Emploi depuis octobre 2022, Inscrire les Professions de l'aide et du soin à domicile comme métiers en tension sur l'ensemble du territoire national pour ainsi faciliter les processus de régularisation des ressortissants non Européens souhaitant s'engager dans le champ médico-social et sanitaire, et ce quel que soit le secteur (privé commercial, associatif, public).

11- Privilégier un fonctionnement donnant une responsabilité partagée à tous au sein de l'offre de soins et d'accompagnement à domicile. Favoriser les **évolutions managériales** des services d'accompagnement à domicile, en associant les auxiliaires de vie à l'organisation de leur temps de travail. Confier la mise en place et l'organisation des plans d'aide aux aides à domicile et leurs services. Cette mise en place doit se faire en concertation avec la personne soutenue ainsi que ses proches et pourra être adaptée en fonction de la situation afin de toujours coller au plus près des besoins de la personne. Renforcer la formation des cadres dirigeants et des cadres de proximité en matière d'innovation organisationnelle, managériale et technique.

12- Mettre en place des mesures spécifiques de soutien aux aides à domicile

Renforcer le **soutien social et psychologique** des aides à domicile (ligne d'écoute, suivi de psychologue, d'assistante sociale). Mettre en place un accompagnement lors du décès d'un bénéficiaire. Créer des solutions de garde pour les jeunes parents.

2. Une autre qualité de vie au travail pour ne jamais perdre le sens de ce dernier

Prendre soin de ceux qui prennent soin : on ne devrait jamais avoir à s'abîmer l'âme et le corps pour prendre soin des autres, notamment dans un cadre professionnel.

La QVT est définie par l'ANI de 2013 comme un « *sentiment de bien-être au travail* », conjuguant 3 dimensions : les conditions de travail et d'emploi, la capacité d'agir, le contenu du travail. Si la rémunération est évidemment une variable importante, elle n'est pas celle qui contribue de la façon la plus décisive à la QVT, alors même que la charge de travail, le soutien organisationnel, la reconnaissance symbolique, le management, l'autonomie et l'équilibre vie pro-perso comptent de façon déterminante. En outre, la QVT n'est pas seulement un facteur d'attractivité, elle est une condition de la performance des organisations et de la satisfaction des bénéficiaires du service.

La sinistralité dans le secteur du grand âge est trois fois supérieure à celle de la moyenne des autres secteurs : en 2019, l'indice de fréquence des accidents du travail était de 106 pour les services à domicile et de 101 dans les EHPAD contre une moyenne de 33,5 tous secteurs d'activité confondus.

Dans le secteur du grand âge, les accidents du travail (AT) sont principalement provoqués par des traumatismes internes (environ 30% des AT), et se concentrent principalement sur le dos (environ 1/3 des AT) et les membres supérieurs (environ 1/4 des AT).

La quasi-totalité des maladies professionnelles concernent les troubles musculo squelettiques (TMS) : entre 89% (EHPAD) et 94% (domicile)

Ces pathologies sont majoritairement dues à la mobilisation et aux transferts des personnes âgées qui obligent les professionnels à des postures contraignantes.

La sinistralité a des conséquences sur l'organisations des établissements et services. En effet, en 2020 ce sont plus de 4,5 millions de journées qui ont été perdues dans les EHPAD et services à domicile (soit une moyenne de 12 jours d'absence par salarié pour cause d'accident du travail). Ainsi, le taux élevé d'accidents du travail et de maladies professionnelles contribue au taux d'absentéisme global du secteur relativement élevé. Pour exemple, en décembre 2021, un tiers des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) avaient 5 salariés ou plus absents.

Préambule

L'augmentation continue des arrêts de travail dans les ESMS fragilise la qualité des soins et des accompagnements des personnes âgées ou handicapées. Cela appelle des actions résolues pour améliorer la santé et la sécurité au travail des personnels des ESMS.

La hausse qualitative de l'accompagnement repose sur une symétrie des attentions (attentions portées aux personnes soignées et accompagnées et, en regard, attentions portées aux soignants et à l'ensemble des professionnels).

1- Augmenter le nombre de personnels d'aide et de soin au plus près des résidents dans les EHPAD et augmenter le **temps passé auprès des personnes** soutenues pour les professionnels à domicile, et ainsi ne jamais avoir à choisir entre « faire vite » et « faire bien », condition sine qua non pour améliorer les conditions de travail mais aussi le temps d'accompagnement auprès des personnes.

2- Renforcer la présence d'autres professionnels

Disposer d'un outil de repérage des fragilités permettant de déterminer le moment opportun pour déclencher un fonctionnement en binôme. Favoriser les processus d'auto-organisation/d'autogestion de pair à pair permettant ensuite d'aller chercher les professionnels complémentaires et nécessaires à la situation de chaque personne soutenue. Permettre le développement d'équipes pluridisciplinaires composées notamment d'ergothérapeutes, orthophonistes, nutritionnistes au service des personnes accompagnées mais également des professionnels. Permettre les interventions en binôme auprès des bénéficiaires les plus dépendants, et/ou des situations complexes (violences, troubles cognitifs lourds...). Opter pour la présence de secrétaires médicales au service des infirmières en EHPAD afin de leur permettre de consacrer leur temps au soin et à l'encadrement plutôt qu'à des tâches administratives. Renforcer la coordination entre tous les professionnels.

3- Prévenir l'usure professionnelle en développant et diffusant les équipements et les nouvelles technologies permettant de réduire la pénibilité au travail

Soutenir le recrutement de préventeurs chargés de développer l'analyse des risques sur les lieux de travail et de définir des actions de prévention. Financer des équipes mobiles d'ergothérapeutes mutualisées SAAD-SIAD/EHPAD en soutien des professionnels. Intensifier la formation « gestes et postures » et à l'utilisation du matériel des professionnels ainsi qu'aux aidants familiaux et les bénéficiaires (pour mieux faire accepter et dédramatiser). Développer les exosquelettes pour les professionnels du secteur. Développer l'activité sportive préventive pour les équipes et les formations au réveil musculaire/étirements personnalisés. Développer une offre de formation sur la prévention de la sinistralité dans chaque région en direction des cadres et dirigeants et des intervenants des structures et former systématiquement tous les nouveaux intervenants.

4- Apporter les meilleures réponses aux situations de pénibilité et d'usure professionnelle vécues

Développer la polyvalence permettant de partager son temps entre le terrain et la formation des apprentis ou intégration des nouveaux embauchés. Diversifier les métiers et carrières, aide-soignante/auxiliaire de vie coordonnatrice, secrétaire médicale avec préparation pharmacie, aide-soignante/auxiliaire de vie formatrice, tuteur apprentis (en prévoir une valorisation financière). Permettre des aménagements de carrière (réduire le temps de travail et la charge physique pour éviter les inaptitudes), retraite progressive. Créer des réseaux pluridisciplinaires en soutien des professionnels (équipe mobile de psy).

Financer des projets de transition ou reconversion professionnelle tout en sécurisant la clause de dédit formation.

- 5- **Renforcer et mutualiser les ressources et initiatives territoriales existantes pour instaurer une culture de la santé/sécurité au travail.** Mieux organiser et financer leur déploiement sur les territoires (Plan de prévention, professionnels spécialisés...) afin de fidéliser les salariés et faire baisser la sinistralité sur le long terme, à l'instar du secteur du bâtiment/Travaux Publics (qui a créé il y a plus de 70 ans un organisme professionnel (paritaire) de prévention des risques professionnels)... Soutenir la démarche faite en ce sens d'AXESS et les partenaires sociaux dans le cadre de la négociation d'une convention collective unique pour le sanitaire et médico-social associatif. Encourager les autres secteurs (public et privé) à s'engager dans ce type de démarche.

- 6- **Créer et déployer les outils** de suivi de qualité de vie au travail transparents pour chaque service et établissement, outils ou indicateurs de proximité faisant sens pour les professionnels de terrain. Faire vivre les outils déjà existants au quotidien comme le document unique d'évaluation des risques professionnels. Nécessité de travailler une culture de la mesure, avec des indicateurs de suivi et de pilotage ainsi que des objectifs à atteindre. Déployer l'enquête QENA EHPAD et QENA Domicile (à venir/expérimentation dans les Landes) afin de disposer d'une même analyse du ressenti des conditions de travail.

- 7- **Développer des formations spécifiques** pour les cadres et les dirigeants pour **promouvoir la qualité de vie et les conditions de travail** : Organiser des temps collectifs aussi pour les managers : « vis ma vie », événements spécifiques, y compris au niveau régional, territorial...Déployer des programmes de type I Mano (formation développée en Nouvelle Aquitaine)

Lors de la conférence des métiers du 18 février 2022, **le premier ministre Jean Castex a confirmé le lancement d'un programme spécifique de la branche ATMP dédié à ce secteur**, ce dernier est dans les objectifs de la COG ATMP 2023-2027 en lien avec les partenaires sociaux. Ce plan spécifique (de 50M€ sur quatre ans) permettrait d'amplifier les actions à destination des EHPAD, des SAAD et des SSIAD du secteur privé.

3. Former les personnels du soin et prendre soin pour créer une société du lien

Préambule

Pour accompagner dignement les personnes fragiles, âgées ou en situation de handicap, le secteur du grand âge doit déjà et devra attirer d'ici cinq ans plusieurs centaines de milliers de professionnel-le-s. La formation est un levier majeur pour y parvenir, constituant le premier pan visible pour quiconque envisage d'exercer un métier d'aide ou de soin.

La qualification rapide et urgente des « faisant fonction » dans le secteur de l'autonomie et, dans une autre mesure, des professionnels de l'aide à domicile est une priorité ; cependant les moyens financiers, les dispositifs de formation et le cadre réglementaire pour y contribuer sont restreints.

La frontière établie entre le secteur du prendre soin et celui du soin des métiers du grand âge constitue elle aussi un obstacle majeur.

- 1- Faire de la formation un axe central du parcours des professionnels du grand âge et harmoniser les appellations** des certifications pour les professionnels de l'aide et du soin, la multiplicité actuelle nuisant à la lisibilité et à la reconnaissance de ces métiers. Ainsi, pour le seul secteur de l'autonomie, France Compétences publiait en 2020 une étude établissant l'existence de 82 certifications des niveaux 3 à 7 - certaines sont pleinement équivalentes, quand d'autres présentent des correspondances -, préconisant déjà leur convergence vers 12 certifications. L'organisation en « blocs de compétences » et le développement de la VAE à compter de 2023 pourraient favoriser fortement la mobilité des salariés et agents engagés dans les métiers du soin et de l'accompagnement. Engager un vaste chantier mobilisant les différents ministères certificateurs (Santé, Travail, Education nationale, Enseignement supérieur et recherche, Agriculture), et l'ensemble des branches professionnelles détentrices de certifications, pour mettre en évidence les équivalences et construire les passerelles entre les familles de métiers qu'il conviendra de constituer, est ainsi plus que nécessaire.

Dans cette perspective et sans attendre, l'urgence est de diplômer l'ensemble des collaborateurs « faisant fonctions AS dans les EHPAD : au regard de la situation il est proposé d'élaborer un « parcours spécifique » entre ASH et Aide-Soignant , permettant une qualification rapide, une sécurisation du parcours et une formation de qualité.

- 2- Repenser et simplifier les parcours de formation** afin de les rendre cohérents et efficaces. Aussi, il est nécessaire de réduire le champ des diplômes et de proposer une pédagogie centrée sur la posture et un parcours clair, qui pourrait être, à terme, en 3 étapes :
Etape 1 : proposer une formation courte (2 mois) - - permettant de mettre le pied à l'étrier, dans l'objectif d'un diplôme d'Etat après une année en situation de travail (AFEST). Ceci permettrait d'éviter l'embauche de personnels non formés et de les fidéliser.
Etape 2 : Rapprocher les référentiels et les instituts de formation des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux, dans la perspective d'une fusion à terme des référentiels de formation afin de permettre la jonction entre le prendre soin et le soin. Une nouvelle profession d'« auxiliaire de santé / professionnelle de l'autonomie » pourrait être envisagée,

en garantissant une vision globale de la prise en charge des personnes fragiles à domicile sous tous ses prismes, et non ceux uniquement dus à l'âge. Il est souhaitable à terme de fusionner les actuelles formations d'AES et d'Aide-soignant dans un seul et même métier pour favoriser l'émergence des futurs « Services Autonomie » en sachant qu'un bloc de compétences est d'ores et déjà commun entre les deux diplômes. Réformer les référentiels de formation actuels qui traduisent une vision trop normée du métier en les renforçant d'une dimension humaine et pratique également.

Etape 3 : Faciliter le parcours vers le diplôme d'infirmier, aujourd'hui bien circonscrit. Il s'agit d'ouvrir la filière IDE en 2ème année d'IFSI pour les aides-soignant-e-s expérimenté-e-s, après un parcours dit « réussite » (évaluation de l'expérience acquise, accompagnement sur 20% de son temps moitié en IFSI et moitié en tant qu'étudiant aux côtés d'un IDE chez son employeur pour apprendre les gestes appris en 1ère année de soins infirmiers), puis 2 années de formation, si possible via l'alternance. Cela facilitera et sécurisera les parcours mais aussi permettrait d'attirer les professionnels vers le métier d'aide-soignant en rendant visibles les possibilités effectives de progression de carrière.

Ces trois paliers clairs et traçant un parcours motivant nécessitent d'être mis en œuvre pour attirer de nouveaux professionnels et les fidéliser, les perspectives d'évolution de carrière étant un vrai levier d'engagement.

- 3- Au-delà des compétences techniques, il convient également ***d'intégrer dans la formation de l'ensemble des professions du soin et du prendre soin des modules de sensibilisation et de formation systématique à l'éthique, la bientraitance et les droits des personnes accompagnées*** que les équipes doivent intégrer dans leurs actions quotidiennes¹³. Cadre juridique et éthique, référentiels de bonnes pratiques et recommandations pratiques seront des alliés forts pour un accompagnement de qualité et une valorisation des métiers. Ouvrir sur des contenus de formations aux axes préventifs plus forts permettant la montée en compétence et rendre plus diversifiées les missions quotidiennes également. Privilégier les formations par les pairs.
- 4- ***Construire et déployer un parcours pour les managers*** du médico-social en établissement comme à domicile : favoriser les évolutions managériales en s'appuyant à chaque fois que c'est possible sur un fonctionnement horizontal et participatif. Tous les encadrants de proximité doivent pouvoir disposer a minima d'un diplôme de niveau 6 dans le secteur médico-social.
- 5- ***Donner la possibilité aux aides-soignants, en fonction de leurs compétences et souhaits, d'évoluer vers des métiers d'Aide-Soignant Formateur en IFAS***, (annonce de la Ministre Agnès Buzyn février 2020) en assouplissant le niveau requis de Licence pour pouvoir former et reconnaître les compétences acquises sur un exercice professionnel pluri annuel et en rendant obligatoire pour les Aides-Soignants souhaitant intégrer cette perspective professionnelle une formation de formateurs certifiante afin de maîtriser l'ingénierie pédagogique (outils et méthodes pédagogiques) et les techniques d'animation pédagogiques.
- 6- ***Poursuivre et développer l'alternance, pour les jeunes***, sur les métiers de l'aide et du soin des métiers à domicile, d'AS et y intégrer les IDE. Presque totalement absentes du paysage

¹³ Feuille de route Collectif Domicile

jusqu'en 2019, plusieurs certifications, notamment le DEAS et le DEAES, sont à présent de plus en plus fréquemment préparées par la voie de l'apprentissage. Ce n'est pas le cas du diplôme d'IDE compte tenu de la durée incompressible de la formation (3 ans) et de la grande rigidité du référentiel de formation, qui n'a pas été conçu pour la voie de l'apprentissage. Pour développer l'apprentissage à ce niveau, il convient, au sein du référentiel de formation d'IDE, de créer une filière particulière intégrant les spécificités de la voie de l'apprentissage.

Une vraie dynamique enclenchée depuis 2019 sur l'apprentissage AS AES AVS (Données partielles 2022) :

Accompagnement éducatif et social (AES) :

En 2021 : 4986 entrées en contrat d'apprentissage visant à titre principal le métier d'AES

En 2022 : 6933 entrées en contrat d'apprentissage visant à titre principal le métier d'AES

Auxiliaire de vie sociale (AVS) :

En 2021 : 5038 entrées en contrat d'apprentissage visant à titre principal le métier d'AVS

En 2022 : 6947 entrées en contrat d'apprentissage visant à titre principal le métier d'AVS

Aide-soignant :

En 2021 : 1274 entrées en contrat d'apprentissage pour préparer un DEAS

En 2022 : 3192 entrées en contrat d'apprentissage pour préparer un DEAS

- 7- Développer l'alternance pour les salariés en reconversion via la pro A en augmentant le niveau de prise en charge** (aujourd'hui, les restes à charge pour les entreprises sont beaucoup trop élevés, surtout sur les formations d'IDE). Ce niveau pourrait être atteint par un effort conjoint de l'Etat (FNE) et des branches professionnelles (via leurs contributions conventionnelles). Une autre solution, qui s'intégrerait dans une réflexion plus large, consisterait à étendre la possibilité d'embaucher en contrat de professionnalisation des adultes non – demandeurs d'emploi mais s'engageant dans une reconversion professionnelle.
- 8- Développer et sécuriser l'apprentissage** : pérenniser l'aide financière pour prolonger la dynamique engagée ; Supprimer la limite d'âge à 29 ans pour les métiers en tension ; Ouvrir l'apprentissage aux professionnels en reconversion. Ne pas diminuer les niveaux de prise en charge sur ces formations au moins pour les 5 premières années pour donner de la visibilité pluriannuelle aux organismes de formation (notamment IFAS) s'engageant dans cette voie.
- 9- Rassembler les branches concernées par les métiers du soin et du prendre soin intervenant auprès d'un même public âgé, fragile et vulnérable au sein du même OPCO.**

Pérenniser et amplifier les financements de la Pro A au sein des OPCOS et également pour le secteur public : ex l'OPCO santé a bénéficié dans le cadre du Plan de Relance de crédits supplémentaires à hauteur de 92 Millions d'euros (Décision d'Elisabeth Borne alors Ministre du Travail). Pour promouvoir ces parcours et ainsi mieux fidéliser les salariés/agents, un soutien financier pérenne est nécessaire. En effet par exemple en octobre 2022, une AS ne pouvait plus se faire financer une Pro-A, les crédits étant épuisés pour l'année 2022. De plus la Pro A ne peut être utilisée pour les IDE (niveau 6) alors que les bénéficiaires de la Pro A doivent être au plus titulaires d'un niveau 3, et la Pro A ne permet la prise en charge que de deux années de formation au maximum (IDE 3 ans).

10- Fluidifier les conditions d'accès à la VAE

Favoriser et simplifier à chaque fois que c'est possible la VAE (en tenant compte des enseignements de l'expérimentation REVA en cours qui concerne les principales certifications du secteur : DEAS, titre ASMS, titre ADVF, DEAES...).

Encourager et ouvrir largement des dispositifs de validation des acquis de l'expérience. Accroître le nombre de jurys pour la validation des acquis de l'expérience et diminuer les délais d'attente pour leur organisation (qui sont aujourd'hui de près de 9 mois).

Pour atteindre cet objectif, il s'agirait de donner aux ministères de la santé et de la cohésion sociale la possibilité de déléguer aux CPNE des branches concernées les tâches d'organisation des jurys, dans le strict respect d'un cahier des charges ; pérenniser l'aide de 3 000€ (sur le fonds de professionnalisation) mise en œuvre par les OPCO, pour la validation des acquis de l'expérience. Intégrer une dimension pratique aux jurys VAE : venir sur le terrain/évaluer aussi le savoir-être, pas seulement le savoir-faire sur « papier ».

11- Prévoir et financer de véritables parcours d'intégration et de formations passerelles vers d'autres métiers du prendre soin

12- Promouvoir la formation en continu

La formation en continu aide à s'aguerrir sur cette dimension de "prendre soin" et doit permettre de se former sur des compétences spécifiques, liées à l'environnement et au type de public accompagné. Il convient de donner davantage de moyens aux établissements et services. Intégrer dans l'accompagnement au maintien dans le poste des temps d'analyse et d'échange des pratiques professionnelles. Permettre l'acquisition des diplômes par la capitalisation de blocs de compétences sur plusieurs années pour des salariés dans une perspective de qualification.

13- Valoriser la transmission, le rôle des tuteurs/formateurs potentiellement internes, les outiller via les méthodologies de l'Action de Formation En Situation de Travail (AFEST), levier pour faciliter la formation de tous les publics, en minimisant l'absence sur le poste de travail.

14- Intégrer dans le cadre de la réforme Pôle Emploi/France Travail les actuelles plateformes métiers de l'autonomie (au nombre de 20 aujourd'hui), afin de leur donner de réels moyens d'accompagner les SAAD et EHPAD, dans leurs besoins de recrutement RH et de dynamiser leurs relations avec les acteurs de l'emploi et les OPCO. Dans le cadre du renforcement de leur couverture territoriale, en créer d'urgence dans les Départements d'Outre-Mer (Martinique Guadeloupe et Réunion de toute urgence) afin de développer une filière spécifique de recrutement avec tous les dispositifs locaux (SMA, Mission locale...)

En guise de conclusion...

La mission que nous avons accepté de conduire dans le cadre du CNR a constitué une opportunité unique de multiplier des rencontres, des débats et des réflexions partagées avec des « citoyens professionnels » au sein d'ateliers dédiés. L'expertise des participants, de toute première valeur, nous aura permis de rentrer rapidement et efficacement dans le concret des sujets afin de conjuguer grands principes et actions concrètes, possibilité d'actions à court terme en même temps que projections à plus long terme. Les solutions portées ici, reposant sur le bon sens et le pragmatisme de celles et ceux qui savent et qui font, ont ainsi le mérite d'être réalistes et de fournir une forme de guide pour l'action. Si tout ne peut pas être mis en œuvre, ici et maintenant, d'un claquement de doigts, l'urgence à agir exige que de premières briques soient posées sans délai. D'abord parce qu'il faut toujours un temps certain pour apprécier les effets d'une décision ; ensuite parce qu'il est essentiel d'envoyer un signal rapide et fort aux professionnels qui, sur le terrain, se démènent quotidiennement en étant confrontés à un vrai risque d'essoufflement, pour ne pas dire d'effondrement...

Nous revendiquons crânement d'avoir su nous doter d'un modèle social dont nous avons longtemps vanté l'ambition, en peinant à voir combien celui-ci se fissurait progressivement. Nous sommes semblablement fiers d'avoir inscrit la fraternité dans notre triptyque de valeurs fondamentales, censée inspirer notre vision du monde, notre rapport à l'autre, notre définition de l'intérêt général et l'architecture de nos politiques publiques. Force est de constater combien cette position de principe peine de plus en plus à trouver les voies de son déploiement, avec un fossé croissant entre l'ambition affichée et la réalité constatée. Le récent débat sur la réforme de notre système de retraites a rappelé combien notre rapport au travail et nos attentes collectives en matière de protection sociale imposaient de redéfinir les piliers de notre solidarité nationale. Celle-ci, pour ne pas être rudement mise à l'épreuve, doit prendre à bras le corps ce défi inédit du vieillissement, auquel aucune société n'a jamais été, dans l'histoire, ainsi confrontée. Aux nobles valeurs qui doivent nous servir de boussole, il est impératif d'ajouter des réponses simples, concrètes, précises. Nous formulons le vœu que celles ici rassemblées permettront d'enclencher cette dynamique de transformation et d'espoir que nous devons à nos aînés et à celles et ceux, si nombreux, qui se portent quotidiennement à leurs côtés. C'est à tous ceux-là, dont l'engagement force l'admiration et l'émotion, que nous avons pensé au cours de ces mois de travail, en ayant constamment à cœur de leur être aussi utiles que possible.

ANNEXES

VERBATIM

« Travailler moins pour gagner plus » (Sandra, aide à domicile)

« Combien de personnes accueillent encore nos auxiliaires de vie, seau et serpillière dans l'entrée ? C'est à les dégoûter de faire ce métier, tant il est mal compris. » (Directrice de SAAD)

« Nos auxiliaires sont des spécialistes du domicile. Nous leurs confions en autonomie des personnes dépendantes, lourdement handicapées ou en fin de vie. Un spécialiste n'est pas payé au SMIC. La variable d'ajustement ne doit plus être le salaire des auxiliaires. » (Rodolphe LELIARD, Directeur SAAD)

« J'exerce le métier d'aide à domicile. C'est une fierté tous les matins. C'est une joie immense de partager le quotidien de mes usagers. Ce métier, je le fais parce que je l'aime. Je veux aller à la rencontre des personnes avec qui je vais échanger et je vais leur apporter le meilleur de moi-même. Aujourd'hui, plus que jamais, le métier d'aide à domicile a besoin de gens pour accompagner au quotidien les personnes qui ont besoin de nous. » (Elisabeth, aide à domicile).

Mesures de soutien au secteur de l'aide à domicile financées par la CNSA depuis 10 ans (hors « budget d'intervention »)

Texte portant création de l'aide	Objet de l'aide	Montant en €
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013	Fonds d'aide à la restructuration de l'aide à domicile	25 Millions d'€
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014	Fonds d'aide à la restructuration de l'aide à domicile	30 Millions d'€
Loi de finances rectificative pour 2015	Fonds d'aide à la restructuration de l'aide à domicile	25 Millions d'€
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017	Fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des SAAD	50 Millions d'€
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 + crédits exceptionnels mis au budget de la CNSA en 2021 et 2022	Préfiguration d'un nouveau modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile	43,8 Millions d'€ en 2019 16,4 Millions d'€ en 2021 14,9 Millions d'€ en 2022
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2020	Aide aux départements pour le financement de la prime exceptionnelle mentionnée à l'article 11 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020 pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile	80 Millions d'€ en 2020
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 – Article 47	Aide aux départements finançant un dispositif de soutien aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile en matière de revalorisation salariale	80,5 Millions d'€ en 2021 261 Millions d'€ prévisionnels en 2022
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Mise en place d'un tarif plancher pour les SAAD prestataires au 1 ^{er} janvier 2022. (22€ en 2022, 23€ en 2023 et indexation selon les mêmes critères que les plafonds d'APA à compter de 2024)	189 Millions d'€ en 2022 (réalisé), 310 Millions d'€ en 2023 (prévisionnel)
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Mise en place de la dotation complémentaire pour les SAAD (3€/heure d'APA/PCH, indexé sur l'inflation)	44 millions d'€ en 2022 (prévisionnel), 321 millions d'€ en 2023 (prévisionnel)

ANNEXES : comptes rendus des 3 ateliers en région.

Conseil National de la Refondation « Bien Vieillir »
Thématique « Valoriser les métiers »
Sous-thématique « Revaloriser le métier d'aide à domicile »
Synthèse de l'atelier du 25 novembre 2022

Lieu : Lille

Nombre de participants : 90

Déroulé :

- Allocution du PCD du Nord
- Introduction du Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées
- Cadrage de la thématique par les 2 pilotes
- 4 ateliers de 2h
- Restitution par les animateurs
- Réaction et conclusion du Ministre

Support animation : ANAP

Atelier n°1 : Faciliter les déplacements des aides à domicile

Animation : Noor-Yasmin Djataou (conseillère métiers) et Myriam L'Haridon

Mise de jeu global :

La question de la mobilité doit d'abord et avant tout se travailler par la diminution simple de cette même mobilité : regrouper les patients ; mettre en place une sectorisation resserrée ; diminuer les amplitudes horaires.

Pour cela, il s'agit de faire confiance aux professionnels qui savent s'organiser au mieux et faire converger intérêts particuliers et intérêt général. Nécessaire de favoriser la flexibilité dans les changements d'emploi du temps, pour une meilleure adaptabilité.

Tenir compte des réalités territoriales et géographiques pour répondre aux besoins réels : rural / urbain/ zones à faible émission mobilité etc.

1. Comment peut-on faciliter l'accès à un véhicule de fonction ou de service pour les aides à domiciles, à moindre frais (voiture et vélo) ?

Constats :

Les véhicules personnels comportent de nombreux risques / limites :

- Coût de l'entretien très onéreux entraînant de nombreux arrêts de travail
- Risque sur la sécurité des professionnels

Les professionnels parcourent un nombre de kilomètres important.

Plusieurs suggestions / propositions de mesures ont été évoquées :

- Etendre aux professionnels du domicile la mesure annoncée par le Président permettant disposer d'un véhicule électrique à 100€ / mois.
- Mettre en place des véhicules de service sectorisés et **partagés** notamment dans les zones rurales et péri-urbaines
 - ⇒ *Cela suppose d'avoir une équipe de confiance afin d'éviter les turn over et parvenir à amortir l'investissement.*
 - ⇒ *Cela va dépendre du nombre de véhicules à acheter et donc du nombre de professionnels, car cela a un coût pour l'employeur*
- Plus globalement, selon les situations, il est nécessaire d'analyser les besoins au regard de la typologie du territoire et des professionnels :
 - Non-titulaires de permis : une voiture sans permis ?
 - Voiture de fonction pour celles et ceux qui font le plus de Km
 - Mobilité douce pour ceux en centre-ville
- Le conventionnement avec des associations / administrations pour collectiviser les parkings et mettre en place : des points relai pour les véhicules de service et réduire les aller-retours
- L'augmentation du remboursement des frais kilométriques n'est pas une solution pour les professionnels puisque cela est considéré comme du complément de rémunération, ce qu'il ne devrait pas être. Ceci étant dit, il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des distances parcourues sur une journée de travail.
- Sur les transports en commun : n'est un levier que si les secteurs sont en ultra centre-ville.
 - Des aides pourraient être renforcées pour une prise en charge à 100% des titres de transports
 - Mettre en place la gratuité des transports pour les professionnels concernés
- L'habitat inclusif permet également de limiter les déplacements et donc de répondre à la moindre mobilité

Nb : la réflexion écologique est fortement liée à la dimension économique.

2. Et s'il existait une carte professionnelle qui facilite la reconnaissance des aides à domicile dans leur activités professionnelles et déplacements ?

Constats :

L'enjeu de reconnaissance pour les professionnels est essentiel, et notamment après le contexte de la crise sanitaire. Gros traumatisme de l'absence de masque / d'autorisation professionnelle etc. ?

La question de la sémantique a été posée : aide à domicile, auxiliaire de vie ou bien accompagnant de vie ?

Nécessaire d'avoir un travail interprofessionnel pour que la valorisation des aides à domicile passe également par les professionnels de santé et pour qu'une complémentarité s'installe par exemple entre aides-soignants et aides à domicile.

Par ailleurs les professionnels vivent aujourd'hui de véritables difficultés de stationnement qui compliquent leur exercice : devoir changer de ticket de stationnement durant une intervention à domicile pour ne pas payer de contravention ; absence de tolérance sur des stationnements temporaires ; difficultés à trouver des places de parking etc.

Propositions :

La carte professionnelle peut être un véritable levier de reconnaissance mais pour cela il est nécessaire de garantir certains préalables :

- Uniformiser la carte au niveau national et lui garantir une reconnaissance des pouvoirs publics
- Négocier avec les collectivités une liste de professionnels prioritaires, parmi lesquels figureraient les aides à domicile pour leur donner accès à la gratuité du stationnement. Aussi la carte professionnelle serait équivalente à une exemption de paiement du stationnement.

Pour conclure :

- L'organisation du travail semble être la clé du bon fonctionnement des organisations
- La confiance et la reconnaissance, deux valeurs clés

Mise de jeu :

Une réalité constatée par le terrain est celle du morcellement du temps de travail des auxiliaires de vie, avec de fortes amplitudes horaires ; c'est la réalité du quotidien des aides à domicile aujourd'hui : **51% des aides à domicile n'ont pas les mêmes horaires tous les jours et 29% n'ont pas 48H de repos consécutives**

Aujourd'hui, le respect de l'équilibre vie privée /vie professionnelle est majeur pour les professionnels. Mais pas seulement, le temps de travail effectif omet parfois les temps d'échange de pratiques, de coordination, qui permettent aux professionnels de gagner en qualité d'intervention auprès des bénéficiaires. Ce temps qualitatif en permettant de « faire équipe » fluidifie et facilite les échanges entre les professionnels et évite le sentiment de solitude auquel ils sont parfois confrontés.

Principes structurants de la réflexion :

- Symétrie des intentions
- Subsidiarité des professionnels
- Humilité dans les postures managériales
- Cohérence et engagement territorial
- Besoin pluriprofessionnel/besoin d'être en lien
- Pouvoir faire avec, pas à la place

Des constats unanimes :

- La nécessité d'un « Ségur du domicile » : permettre à toutes les auxiliaires de vie d'être augmentées, quel que soit le statut du service dans lequel elles travaillent (idem pour les aides à domicile du particulier employeur et du mandataire).
- Chevauchement auxiliaire de vie/aide-soignante/ infirmière : difficulté du qui fait quoi avec une problématique de glissement de tâches très forte dans le secteur de l'aide à domicile.
- Un cadre de financement trop rigide : **plans d'aide insuffisants** pour bien des gens, qui ne sont adaptés ni pour la personne soutenue ni pour l'aide à domicile (souvent compensés par du temps personnel de la professionnelle). **Prévoir plus de temps auprès des gens.**
- Temps de déplacement non financés par les plans d'aide.

1. Comment utiliser les 2h de convivialité/ de temps social en plus sur le plan d'aide ?

- Freins identifiés : la question du reste à charge (aujourd'hui les plans d'aide APA ne sont pas utilisés dans leur totalité alors qu'en sera-t-il pour la convivialité ?), le manque d'effectivité.
- Rappel : le temps social se fait aussi sur le temps du prendre soin, si ce temps est insuffisant, les deux heures de convivialité n'ont pas de sens.
- Propositions/ axes d'amélioration :
 - Annualiser ces 2h pour tenir compte des besoins réels des personnes accompagnées ;
 - Lorsqu'ils sont possibles dans un 1/3 lieu en collectif,

- Ce temps peut être l'occasion de former des auxiliaires de vie ;
- Se concerter avec la personne et son entourage quant à l'organisation de ce temps.

2. **Et s'il existait des temps d'échange avec d'autres professionnels autour des pratiques et de coordination autour des personnes qu'elles et ils accompagnent ?**

Nécessaire mise en œuvre de temps d'échanges entre professionnels financés

- Supervision par un professionnel psychologue ;
- Analyse et échanges des bonnes pratiques ;
- Des temps de coordination financés avec tous les intervenants agissant pour/auprès de la personne (au-delà des collègues de son propre service) ; Les auxiliaires expriment à la fois le besoin de disposer temps de concertation avec leurs collègues et hiérarchie de leur propre service mais également avec les autres professionnels du territoire : infirmières, médecins, ergothérapeute, travailleurs sociaux, mandataire judiciaire (lorsqu'ils accompagnent et soutiennent la même personne) ;
- Accompagner le deuil, les moments douloureux ;
- Former à la prise de parole qui n'est pas dans la culture ni dans la formation des auxiliaires de vie ;
- Avoir des temps pour échanger sur une situation particulière avec son service ;
- Outils de communication digitaux (tablette, application...).

Favoriser l'intégration des auxiliaires de vie dans le maillage territorial médicosocial notamment au travers de formation.

3. **Comment peut-on comptabiliser différemment le temps de travail effectif en prenant en compte les contraintes de déplacement ?**

Nécessité de prendre en compte et de financer les temps de travail non directement liés à la prestation effectuée au domicile

- **Annualisation des plans d'aide** : en finir avec les interventions au quart d'heure/à la demi-heure. Garantir un temps d'intervention a minima de deux heures.
- **Ne plus compter le temps de travail des aides à domicile et de leur service via la télégestion** (c'est un outil pertinent pour beaucoup de sujets mais pas pour la comptabilisation et le financement des interventions des aides à domicile).
- **Déléguer au service (comme c'est le cas pour les EHPAD) l'évaluation des plans d'aide** et ainsi dégager du temps aux départements pour soutenir et accompagner les services à bien accompagner la population ;
- **Confier la mise en place et l'organisation des plans d'aide aux aides à domicile et leurs services.** Cette mise en place se fera en concertation avec la personne soutenue et ses proches

et pourra être adapté en fonction de la situation afin d'être au plus proche des besoins de la personne.

- Sectoriser les interventions d'une même aide à domicile : lui permettre de travailler près de chez elle et à défaut, prendre en charge le premier trajet (celui de son domicile à sa première intervention).

Atelier qui a été dédoublé en deux kiosques.

1. Comment peut-on assurer une meilleure prise en compte de la qualité d'intervention tout en assurant le respect de la vie personnelle des aides à domicile ?

Les participants organisent leurs constats autour de 4 grandes thématiques :

- La première concerne les conditions de travail :
 - Peu de temps d'échanges et de concertation
 - Horaires coupés qui ont un impact sur la vie personnelle
 - Temps de déplacement non pris en charge (course permanente)
 - Salaire trop faible
 - Tarification horaire, c'est une pression
 - Pas suffisamment de temps pour bien s'occuper des gens
 - On oblige le bénéficiaire à s'adapter alors que ça devrait être l'inverse
 - La télégestion est comprise comme un moyen de flicage
 - Absentéisme et arrêts maladie qui entraînent une surcharge de travail
 - Des difficultés de recrutement et des problèmes d'attractivité

- La seconde concerne le fonctionnement des aides aux personnes :
 - Des familles qui ne savent pas qu'elles peuvent demander une réévaluation
 - Des délais de demandes d'évaluation trop longs
 - Une APA qui n'est pas assez flexible

- 3^{ème} constat sur la charge mentale :
 - Des pros qui mettent en place des stratégies de survie inacceptables
 - Une charge mentale source de souffrance
 - Un sentiment de maltraiter qui pèse sur le moral

Les propositions portent sur :

3 grandes familles de proposition émergent nettement :

- **Sur les conditions de travail :**
 - Travailler en binôme
 - Des temps collectifs et de partage
 - Intervenir auprès des mêmes personnes
 - Bénéficier d'un temps minimal d'intervention
 - Avoir des interventions qui ne sont pas trop éloignées ou qui soient desservies par les transports en commun
 - Anticiper la trajectoire de carrière
 - Valoriser les temps nécessaires à faire le lien

- Utiliser les données réelles de pointage pour analyser les besoins
 - Annualisation de l'APA (flexibilité)
 - Travail posté (exemple : que les matins)
 - Equiper les auxiliaires pour se déplacer
 - Prendre en compte les temps de transport et de coordination
 - S'appuyer sur les services civiques
 - S'appuyer sur les personnes en réinsertion par le travail
 - Avec une sous-thématique relative au « faire confiance » :
 - Exploiter la connaissance terrain de l'auxiliaire (sur l'évolution des besoins, comme pendant le covid)
 - Pouvoir faire ses plannings entre elles
 - Equipes de proximité autonomes
- **Sur la mise en place de mesures spécifiques de soutien :**
- Renforcer le soutien psychologique des aides à domicile (ligne d'écoute, du temps de psychologue, d'assistante sociale)
 - Mettre en place un accompagnement lors de la décès d'un bénéficiaire
 - Créer des solutions de garde pour les jeunes parents
 - Améliorer les perspectives d'évolution pour les professionnels qui subissent une inaptitude

2. **Comment peut-on assurer que les professionnels de l'aide à domicile interviennent dans un milieu de travail préparé et adéquat aux interventions ?**

Les constats sont les suivants :

- Concernant le matériel :
 - Manque de matériel adapté et d'aides techniques
 - Difficultés des familles à acquérir le matériel
 - Refus de certains actes si manque de matériel (lève-personne)
 - Des familles qui refusent l'utilisation de certains équipements
 - Manque de place chez les personnes pour le matériel
 - Problèmes de financement
 - Manque de compétence sur l'aménagement du logement
- Concernant les formations :
 - Pas de formation à l'utilisation du matériel
 - Peur du patron pour demander des formations
 - Formations perçues comme une remise en cause des comportements
- Et enfin, est évoqué un sentiment de culpabilité et une tendance à continuer même lorsque l'on a mal

Les membres ont proposé d'améliorer cette situation, par les actions suivantes :

- Développer le travail en binômes
- Réaliser des évaluations au domicile avec les équipes qui vont intervenir et avec un ergothérapeute
- Sur les formations :
- La formation est un élément d'attractivité et de fidélisation

- Former les auxiliaires au matériel
 - Former les directeurs à détecter les besoins en formation
 - Formation « gestes et postures » devrait être obligatoire tous les ans
 - Formation aux premiers secours obligatoire
 - Travailler pour la prévention
 - Mutualiser les formations avec d'autres employeurs
 - Faciliter le parcours des auxiliaires qui souhaitent devenir formatrices
 - Donner des possibilités d'évolution
 - Aider à avoir un projet professionnel, une trajectoire professionnelle
- Améliorer la connaissance terrain des directions

Reconnaître le métier : le valoriser et valoriser les compétences.

Pour conclure, cet atelier a relevé l'importance, du temps, et d'une meilleure organisation du travail, **pour faire mieux et plus longtemps**. Faire mieux pour les bénéficiaires, c'est faire mieux pour les professionnels. La question du temps semble donc majeure et transcende l'ensemble des sous thématiques. Elle s'accompagne d'une notion fondamentale, celle de la confiance, par la mise en place de nouvelles méthodes d'organisation du travail, qui redonnent toute leur place aux professionnels.

Conseil National de la Refondation « Bien Vieillir »

Thématique « Valoriser les métiers »

Sous-thématique « Améliorer la qualité de vie au travail et les conditions de travail »

Synthèse de l'atelier du 03 février 2023

Lieu : Evian-les-Bains

Nombre de participants : 80

Intervention des élus locaux

Introduction du Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

Cadrage de la thématique par les 2 pilotes

4 ateliers de 2h

Restitution par les animateurs

Réaction et conclusion du Ministre

Support animation : ANAP

Thématique 1 : Anticiper et éviter la dégradation des conditions de travail et de qualité de vie au travail

Animation : Dafna Mouchenik (Pilote)

On constate aujourd'hui que les actions en faveur de la QVT interviennent trop souvent en réaction à des dysfonctionnements...

Comment peut-on réintroduire une réelle prévention primaire qui repose sur l'organisation du travail, sur des changements des conditions de travail, et sur une posture managériale plus préventive ?

Il s'agit là d'un changement de paradigme majeur : le secteur doit cesser de considérer la pénibilité des métiers comme inéluctable et, de ce fait, traiter l'usure professionnelle a posteriori et de façon curative. Les DUERP (Document unique d'évaluation des risques professionnels) sont trop souvent perçus comme une obligation légale et non pas comme un vrai outil d'évaluation des risques professionnels.

Ainsi, pour anticiper les éventuels effets sur la santé physique et mentale de l'activité salariée, il apparaît nécessaire :

- 1) De redéfinir collectivement l'organisation du travail, et notamment la meilleure affectation possible des ressources humaines
- 2) De réinvestir les formations comme outil de prévention des mauvaises conditions de travail et d'une mauvaise qualité de vie au travail

A noter en préambule :

- Si les solutions existent, rien ne sera possible sans moyens supplémentaires et courage politique.
- Le CNR s'est déroulé dans le territoire spécifique d'Evian-les-bains, frontalier avec la suisse. Le rapport des professionnels à leur métier a pu être influé par l'offre de ce voisin.

Des constats unanimes :

- Le désir de liberté : « travailler quand on veut avec qui on veut ». Ce désir de liberté pousse bon nombre de professionnels à quitter un poste en CDI, en établissement ou en service, au profit de l'intérim, de CDD, ou du particulier employeur. Aujourd'hui, ce sont les

personnes en poste qui servent de variables d'ajustement à ceux qui disposent ainsi de leur temps.

- Par ailleurs, le CDD prévu initialement pour compenser la précarité de celui qui ne dispose pas d'un CDI, utilisé dans le cadre de la liberté, est perçu comme une récompense à l'infidélité, le CDI étant emprisonnant et plus mal payé.
- Il nous faut collectivement recréer un sentiment d'appartenance positif et valorisant.
- Manque de temps auprès des personnes accompagnées. Allonger les plans d'aide à domicile/ un soignant pour un patient.

Principes structurants de notre réflexion :

- L'importance des valeurs portées par l'établissement ou le service, autant que les conditions de travail et de rémunération, sont déterminantes et ce sur tous les sujets : écologie, justice sociale, sociétale...
- Prendre soin de soi pour prendre soin des autres

Mesure 1 : Et si l'on renforçait la présence d'autres professionnels (interventions en binôme, ergothérapeutes, ...) auprès des bénéficiaires les plus dépendants, et/ou des situations complexes (violences, troubles cognitifs lourds...) ?

- L'idée du travail en binôme aurait pour intérêt de permettre au professionnel jusque-là seul de se recentrer sur son métier. Aujourd'hui, il est souligné un glissement de tâches important (les aides à domicile assurant du soin, les infirmières assurant plus de tâches administratives que de soins...). Ce renforcement doit avant tout permettre de se recentrer sur son métier (expérimentation d'une secrétaire médicale au service des infirmières dans un EHPAD par exemple).
- Maillage territorial pour optimiser les ressources humaines du territoire. Savoir qui est disponible et le savoir en temps réel afin d'être capable de répondre aux interventions ne pouvant attendre, cela pour palier dans un premier temps l'absence de soignant.
- Processus d'auto-organisations/d'autogestion de pair à pair pour ensuite aller chercher les professionnels complémentaires et nécessaires à la situation de chaque personne soutenue.
- Créer un vrai lien partenarial entre soin/aide/social
- Renforcer la coordination, créer des coordinateurs de parcours.
- Soutien aux aidants
- Équipe polyvalente : nutritionniste/psychomotricien/temps de secrétaire médicale/
- Activité sportive préventive pour les équipes
- Outil de repérage des fragilités permettant de déterminer à quel moment déclencher les équipes en binôme

Mesure 2 : Comment intégrer la formation tout au long du parcours professionnel pour agir en prévention d'une mauvaise qualité de vie et de mauvaises conditions de travail ?

- Dans un premier temps et sans attendre que nos métiers redeviennent attractifs, alterner en plus des formations en présentiel indispensables avec de petites formations distancielles « libre-service » ;
- Former les cadres et les managers, leur permettre d'avoir du temps pour être au plus près des équipes sur le terrain
- Nécessité de temps d'échange et de formation de pair à pair

- Formation préqualifiante pour celles et ceux qui souhaitent s'engager dans nos métiers
- Porter à connaissance ce qui existe déjà
- Mentoring
- Formation au fil de l'eau sur le lieu de travail
- Formation terrain valorisante de pair à pair
- Fin de carrière : ne pas laisser partir expérience et compétence, si les corps sont fatigués, le « cœur » peut encore transmettre et partager bonnes pratiques professionnelles, savoir être et savoir-faire.

Thématique 2 : Apporter les meilleures réponses aux situations de pénibilité et d'usure professionnelles vécues

Myriam El Khomri (Pilote)

Séquence 1 : Comment peut-on développer et diffuser les équipements et les nouvelles technologies permettant de réduire la pénibilité au travail ?

Il existe diverses situations de pénibilité au travail. S'agissant de la pénibilité physique, elles se caractérisent notamment par des activités jugées difficiles et fatigantes propres au secteur et engendrant l'usure professionnelle. On peut citer par exemple :

- La question des transferts de personnes qui doit d'après l'ensemble des participants être considérée comme un soin
- Les postures pénibles mais aussi les charges lourdes : surreprésentation des TMS surtout au niveau du dos, et principalement les membres supérieurs (épaules, cou, tête)
- La charge de travail, exemple : utiliser un lève-personne prend 15 min

A cela s'ajoutent les difficultés et freins rencontrés par les professionnels, en termes d'accompagnement :

- La difficulté pour les aides à domicile de faire accepter, connaître et financer les aides techniques : les aides financières sont méconnues des familles, un manque d'information sur les dispositifs techniques qui dépendent en outre de la volonté des familles, la décision ne revenant pas au bénéficiaire, le délai d'obtention du matériel est assez long
- Un manque de formation pour les professionnels à l'usage du matériel mis à disposition
- Un manque de temps du personnel pour les utiliser, ex : bénéficiaires qui restent toute la journée avec le harnais du lève personne
- Peu ou pas d'accès aux services de prévention (conseil d'un ergothérapeute pour les gestes de prévention, rôle des aidants dans l'accompagnement)
- Un besoin d'actualisation de l'aide technique en cas d'évolution de l'état de santé de la personne accompagnée

Les besoins sont multiples et les discussions ont été riches car pluridisciplinaires.

Diverses mesures pourraient être mises en place, et notamment l'accès à une information claire, sur l'ensemble des aides techniques et des adaptations du logement possibles et ressources financières mobilisables.

On notera donc comme pistes de réflexion à mener pour réduire la pénibilité :

- Financer des équipes mobiles d'ergothérapeutes mutualisées SAD/EHPAD en soutien des professionnels
- Considérer le transfert de personnes comme un acte de soin
- La formation des professionnels (sur les gestes à adopter et l'utilisation de l'équipement) avec les aidants familiaux et les bénéficiaires (pour mieux faire accepter et dédramatiser)
- Guichet Unique : information systématique des familles et des bénéficiaires sur les aides financières, techniques et les enjeux de pénibilité pour les professionnels ainsi que les moyens d'adaptation des logements

- Mieux s'adapter à l'évolution de la situation du bénéficiaire en permettant aux professionnels d'alerter un guichet unique sur l'urgence de procéder à des modifications du plan d'aide
- Créer des filières de ressourcerie/recyclerie d'aides techniques
- Créer un outil guide des bonnes pratiques
- Développer les exosquelettes pour les professionnels du secteur
- Favoriser les interventions en binôme quand la situation de dépendance le réclame

En conclusion, oui aux nouvelles technologies, oui aux aides techniques mais besoin de collaborer, de coconstruire avec les parties prenantes (Ergothérapeute/professionnel/aidant/bénéficiaire) sur le diagnostic et la formation.

Séquence 2 : Et si l'on développait de nouveaux dispositifs pour l'ensemble des professionnels pour mieux prévenir l'usure professionnelle ?

Divers facteurs peuvent engendrer l'usure professionnelle :

- La charge mentale, la charge émotionnelle et/ou physique (charges lourdes, postures pénibles)
- On pourrait croire que la question de la pénibilité intervient en fin de carrière mais tous les participants ont été unanimes sur le fait que cette situation se pose très vite après l'entrée dans le métier et qu'il est difficile de se projeter sur le long terme, cela explique en grande partie le turn over, les taux importants d'absentéisme, et les licenciements pour inaptitude

Pistes et dispositifs à développer :

Quels sont les dispositifs existants pour prévenir l'usure professionnelle et à quoi ressembleraient les nouveaux à mettre en place ?

- Travailler les organisations du travail pour favoriser l'autonomie des équipes, plus vigilantes à l'usure de leurs collègues
- Rendre chaque salarié acteur de la prévention des risques professionnels, groupe d'analyse des pratiques
- Imposer des temps collectifs financés
- Développer la polyvalence : Partager son temps entre le terrain et la formation pour les apprentis ou intégration des nouveaux embauchés
- Diversifier les métiers et carrières : AS coordonnatrice, secrétaire médicale avec préparation pharma, AS formatrice, tuteur apprentis avec primes de tutorat
- Nommer des tuteurs diplômés pour l'accompagnement des nouveaux arrivants => rémunérés à 100€/mois
- Faire des aménagements de carrière (réduire le temps de travail et la charge physique pour éviter les inaptitudes), retraite progressive
- Créer des réseaux pluridisciplinaires en soutien des professionnels (équipe mobile de psy)
- Financer des projets de transition ou reconversion professionnelle : (manque de financement de la formation des salariés), sécuriser la clause de dédit formation
- Mettre en place des pairs formateurs pour former les aidants et professionnels afin de transmettre les savoirs (ex Grenoble)

Thématique 3 : Organiser au mieux les ressources existantes sur les territoires

Pauline Sassard (Conseillère métiers)

Il existe de nombreuses ressources sur les territoires : ARACT, CARSAT, ARS, départements, médecine du travail, ... sans qu'il ne soit toujours évident de bien les connaître et de les articuler entre elles.

Séquence 1 : Et si on mutualisait les ressources et initiatives territoriales existantes ? (Plan de prévention, professionnels spécialisés, ...)

Constats

Un certain nombre de constats préalables ont été posés, avant d'aborder la question de la mutualisation des ressources.

- Une méconnaissance voire une absence de connaissance par les professionnels des principaux acteurs de la prévention. Ainsi ni l'ANACT, ni l'ARS, ni les OPCO, ni les CARSAT ne sont identifiés spontanément comme des acteurs de prévention.
En outre, cette méconnaissance est renforcée par l'importante évolution récente du secteur de la prévention.
- En revanche, les outils de prévention sont davantage connus, tels que le DUERP, la formation, la commission qualité, le CSE.
- Enfin, le secteur est vaste, avec des métiers très différents, qui questionne la question de la mutualisation des ressources.

Propositions

La mise en place d'un pilotage paritaire unique et territorial a davantage été évoqué pour répondre à ce fourmillement d'acteurs.

- Le caractère territorial doit permettre de s'assurer d'un recensement et portage des besoins du territoire.
- Cette instance serait là pour assurer l'animation des acteurs de la prévention du territoire.
- Elle doit être légitime mais aussi visible.

Cette instance aurait vocation à collecter les incidents et à y répondre, notamment pour appuyer et aider le management de proximité, en produisant de l'outillage et en modélisant des bonnes pratiques (notamment en analysant les incidents par des techniques de retour d'expérience - REX ou RETEX). Elle pourrait aussi cartographier les outils disponibles, permettre de partager des informations, proposer des conférences thématiques.

Séquence 2 : Et s'il existait des outils de suivi de qualité de vie au travail transparents pour chaque structure ?

- Des outils / ou des indicateurs de proximité
 - o Qui fassent sens pour les professionnels du terrain
 - o Pratico-pratiques
- Importance de faire vivre les outils déjà existants au quotidien comme le document unique d'évaluation des risques professionnels

- Avoir un soin particulier pour l'évaluation du besoin de l'utilisateur avec deux approches complémentaires
 - Les professionnels au moment où ils réalisent leur remontée d'information ;
 - La structure, à une fréquence à définir.

Un point de vigilance concernant la nécessité de ne pas démultiplier les outils.

Thématique 4 : Instauration d'une culture de la santé / sécurité au travail pour fidéliser les salariés et faire baisser la sinistralité sur le long terme ?

Charly Chevalley (Conseiller métiers)

L'absentéisme est une conséquence, un symptôme et non pas un mal que l'on peut traiter directement. Ses impacts sont nombreux : organisation du travail, charge sur les collègues, charge de travail des cadres (temps de recrutement), impact financier (coût de la non qualité, recours à l'intérim), image de l'organisation, ...

De mauvaises conditions de travail entraînent une augmentation de l'absentéisme qui entraîne à son tour une dégradation de la qualité des accompagnements : travailler sur l'absentéisme, c'est donc travailler à la qualité des accompagnements.

Une forme de fatalisme a gagné les organisations qui ont pris l'habitude « de faire avec » et ont intégré l'absentéisme dans une forme de normalité, alors que nous devrions avoir pour ambition d'agir en amont et sur la durée.

Le collectif de travail doit intégrer une démarche d'amélioration continue qui permet une meilleure identification des causes d'accidents afin de mener les actions correctrices en temps réel.

Séquence 1 : Comment peut-on amplifier les temps collectifs pour instaurer une culture de la qualité de vie au travail ?

Les temps collectifs cotés comme « temps improductifs » sont mal reconnus et pourtant jugés par tous nécessaires.

La mise en place et la valorisation de séances collectives apparaît comme incontournable. C'est un vecteur de la qualité de l'accompagnement des bénéficiaires mais aussi de l'attractivité et de la fidélisation des professionnels permettant de créer du lien entre eux qui, sans cette possibilité, se retrouvent isolés dans leurs pratiques et dans leurs problématiques. On peut distinguer différents types de temps collectifs :

- Les réunions de service : analyse des pratiques professionnelles (avec une psychologue), soutien technique, retour de formations...
- Les réunions de concertation : approche clinique d'une situation en particulier,
- Les temps de travail en binôme :
 - o auprès d'un bénéficiaire dont la situation le nécessite
 - o dans une logique d'accompagnement à une prise de poste
 - o dans une logique de formation à des pratiques spécifiques (montée en compétences)
- Les formations
- D'autres temps, en lien avec le « prendre soin » des salariés eux-mêmes :
 - o Temps conviviaux
 - o Temps sportifs
 - o ...

Certains temps collectifs peuvent aussi associer les familles et les bénéficiaires.

Les mesures proposées sont :

- Changer la terminologie et cesser de parler de « temps improductifs ».

- Mieux prendre en compte ces temps qui ne sont pas passés auprès des bénéficiaires. Ils sont parfois comptabilisés dans les CPOM, mais le sont-ils à la bonne hauteur ?
- Prévoir une enveloppe pour cela (moyens dédiés).

Séquence 2 : Et si on développait des formations spécifiques pour les cadres et les dirigeants pour promouvoir la qualité de vie et les conditions de travail ?

Les fondamentaux cités pour la formation « idéale » des cadres sont déclinables en 3 catégories :

- Pilotage de la structure :
 - Maîtriser et exploiter les outils de mesure
 - Maîtriser les outils et règles de gestion (budgétaire, RH, ...)
- Management des équipes :
 - Conduire des entretiens annuels
 - Manager une équipe autonome
 - Communication non violente
 - Savoir reconnaître les membres de son équipe
 - Actions de fidélisation
 - Développer le sentiment d'appartenance
 - Leviers de motivation d'une équipe
- Qualité de vie et conditions de travail, gestion des risques psychosociaux :
 - Construire un document unique d'évaluation des risques professionnels
 - Promouvoir la qualité de vie au travail
 - Prévenir les risques professionnels

Les mesures retenues par le groupe :

- Dans le cadre de l'égalité homme- femme, proposer des mesures pour attirer les hommes dans des métiers où ils sont largement minoritaires
- Organiser des temps collectifs aussi pour les managers : « vis ma vie », événements spécifiques, y compris au niveau régional, territorial...
- Permettre le développement d'outils disruptifs en phase avec leur époque (projet d'un Tik Tok du médicosocial).
- Nécessité de travailler une culture de la mesure, avec des indicateurs de suivi et de pilotage ainsi que des objectifs à atteindre.
- Mettre en place un référent qualité de vie au travail à l'ARS ou au CD qui suit ce sujet.

Conseil National de la Refondation « Bien Vieillir »
Thématique « Valoriser les métiers »
Sous-thématique « Formation et parcours professionnels »
Synthèse de l'atelier du 03 mars 2023

Lieu : Laval

Nombre de participants : 80

Intervention des élus locaux

Introduction du Ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

Cadrage de la thématique par les 2 pilotes

4 ateliers de 2h (3 thématiques, dont l'une est dédoublée)

Restitution par les animateurs

Réaction et conclusion du Ministre

Support animation : ANAP

Thématique 1 : Rendre la formation initiale plus attractive

Animation : Dafna Mouchenik (Pilote)

A noter en préambule :

- Décloisonner les âges, mélanger la population, faire en sorte de vivre ensemble à toutes les étapes de la vie ;
- Communiquer dans la sphère publique autrement sur les métiers du grand âge, la presse doit changer d'angle (stop à l'EHPAD bashing) mais la société tout entière aussi ;
- Aligner grilles de rémunération et conventions collectives pour qu'à travail identique, salaire et conditions de travail soient identiques ;
- Redonner du temps aux équipes de direction, envisager d'autres solutions que celles de l'appel à projet (trop chronophage) pour obtenir les moyens de travailler ;
- Former ses équipes, c'est aussi prendre le risque de les perdre mais il est à souligner que ces professionnels ne sont généralement pas perdus pour le secteur
- Transférabilité des compétences à faciliter « on ne cherche pas les compétences (faciles à acquérir) mais les talents ! ».

Mesure 1 : Établissements scolaires/ Organismes de formation/ Employeurs : Et si on favorisait les liens entre ces acteurs pour rendre les parcours plus lisibles pour les stagiaires et étudiants ?

- L'importance de la première expérience/si ce premier RDV est manqué avec le secteur nous perdons pour toujours ce potentiel professionnel en devenir, aussi tout déployer pour un accueil de qualité ;
- Sensibiliser bien avant que la question de l'orientation se pose !
- Les bacs pros, toujours à la bonne place. Peu d'erreur d'orientation lorsque les lycéens s'engagent dans les métiers du grand âge et du soin/ beaucoup d'échecs via les bacs généraux car peu de rencontres avec le terrain avant le choix d'orientation ;
- Nécessité d'un ancrage territorial aux formations. Parcours Sup peu pertinent dans ce cadre. Seuls 50% des étudiants infirmiers sont issus du département/région ;

- Le GÉrontopôle assure via sa plateforme la mise en lien des chercheurs de stage et les établissements médicosociaux du territoire, en assure l'accompagnement ;
- Difficulté liée à l'absence de prise en charge des frais qu'occasionnent les stages de moins de deux mois : transport, logement notamment ;
- Les services civiques (ni formation/ni stage/ni job) donnent à voir notre secteur autrement et donnent lieu à de belles rencontres entre jeunesse et grand âge ;
- Service Sanitaire porté par les étudiants du prendre soin et du soin dans le cadre d'action de prévention auprès de tout public, une autre façon de donner à voir nos métiers ;
- Ouvrir les EHPAD aux enfants du personnel durant et à chaque vacance scolaire pour décloisonner les âges ;
- Encadrement insuffisamment valorisé, manque de temps/ absence de valorisation du tutorat ;
- Créer des viviers sur le territoire même et dans chaque territoire par la présence d'écoles de formation ;
- Valoriser le travail d'équipe pour attirer jeunes et moins jeunes ;
- Mise en place des semaines découvertes, ouvrir nos maisons/services.

Mesure 2 : Et si l'on améliorait l'orientation vers les métiers du soin et du prendre soin pour des secondes carrières (demandeurs d'emplois, bénéficiaires du RSA...) ?

- En formation initiale ou qu'il s'agisse d'une nouvelle orientation, l'accueil et l'engagement que cela nécessite de la part des professionnels en place restent le même ;
- Permettre aux demandeurs d'emplois de s'immerger dans nos maisons ;
- Souligner les limites d'accueil de nos établissements et services pour des personnes trop éloignées de l'emploi et abimées par la vie : pour pouvoir travailler auprès des plus fragiles, il faut soi-même être solide ;
- Favoriser les immersions ;
- Mise en place de parcours découvertes ;
- Faire monter en compétences les personnels en place souvent peu ou pas qualifiés ;
- Contrat aidé : une bonne solution insuffisamment déployée ;
- Nécessité de prendre en charge les difficultés sociales des personnes s'engageant dans nos métiers, pour les aider à les surmonter/ pré requis pour accompagner des personnes elles même vulnérables ;
- Plébisciter la formation en situation de travail, résultat très probant ;
- Accentuer les transitions collectives dans le cadre de plans sociaux ;
- Coaching pour interroger et rendre acteur la personne qui se forme/ en finir avec le management vertical ;
- Résorber les inégalités entre formation initiale et reconversion ;
- Place des migrants dans nos dispositifs, complexité administrative et manque de formation Français écrit et parlé

Thématique 2 : Fluidifier les parcours et les perspectives d'évolution de carrière

Myriam El Khomri (Pilote)

Mesure 1 : Et si on rendait le paysage des certifications et des formations plus clair et plus fluide pour les auxiliaires de vie ?

Il a été rappelé que les professionnels du domicile contribuent directement aux actions de prévention en santé. Des interventions de qualité réduisent donc la fréquence des hospitalisations. Il apparaît nécessaire d'adopter une approche holistique qui n'empile pas les difficultés des personnes les "unes au-dessus des autres" mais bien dans leur globalité. De la même manière, le métier n'est pas une succession de gestes mais bien une prise en compte de l'ensemble des fragilités des individus.

Les constats partagés :

- Une multiplication des titres, des diplômes, des certifications et une incertitude sur la terminologie :
 - o Auxiliaire de vie utilisé quand en possession du diplôme
 - o AES peu ou pas utilisé
 - o Les rôles impliquent des tâches de différentes natures et degrés de difficultés. Les diplômes et certifications apportent une reconnaissance financière.
- Formation, face à une population vieillissante dont la volonté est de rester à domicile :
 - o Une formation AES qui est riche sur les thèmes du grand vieillissement
 - o Mais aussi des formations non adaptées car vues comme une succession de gestes alors que la valeur centrale est dans la création de liens (d'autres participants ont souligné que cet aspect apparaît bien au cœur des formations).
 - o Besoin que les formations transmettent la posture pour aider à la prise de décision : s'adapter à la personne et se sentir autorisé à prendre des décisions et des initiatives.
- Quelques exemples inspirants :
 - o Diplôme universitaire dédié à l'accompagnement des personnes à fragilités multiples
 - o Formations interdisciplinaires AS/ergothérapeute/kinésithérapeute
 - o Formation entre pairs à Grenoble (Pairformhand Expairtises)

Les propositions abordées :

- Décloisonnement entre AES et AS (entre le médicosocial et le sanitaire) dans une approche globale et domiciliaire.
- Toute personne qui travaille auprès d'une personne en perte d'autonomie doit être formée. Faire une formation de type Assistant de soins en gérontologie (ASG) afin de pouvoir prendre en charge l'ensemble des fragilités des individus et notamment les troubles cognitifs apparaît comme nécessaire.
- La collaboration dans la formation est une piste intéressante pour les participants (exemple de formation entre AES / ergothérapeute / kinésithérapeute) avec une interdisciplinarité au plus tôt qui permet un meilleur soutien entre professionnels sur le terrain.
- 3 niveaux de reconnaissance pour favoriser un parcours professionnel continu :

- 1er niveau accompagnateur du prendre en soin
- 2ème niveau AES AS
- 3ème niveau IDE

Le fait d'avoir un parcours en progressions (AS- ASG- IDE) a été souligné comme permettant une meilleure compréhension et coopération entre collègues sur le terrain au quotidien- "à 18 ans, j'avais la sensation que le métier d'AS était très technique et que j'avais besoin d'une vraie montée en compétence".

- Besoin de développer les savoir être et savoir-faire adaptés aux personnes Gir 1 et Gir 2 particulièrement.

Mesure 2 : Et si l'on raccourcissait d'un an le passage d'AS à IDE ?

Les réactions sont multiples :

- Si la formation est écourtée, crainte de voir manquer certaines bases essentielles
- ASH : fondamental de faire tout le cursus
- Satisfaction des AS qui passent la formation IDE sur le contenu de la formation.
- Allègement des formations s'opère déjà notamment via la dispense de stage.
- Les employeurs se posent la question des formations écourtées et des compétences non acquises
- Les formations AS durant le covid ont été mentionnées : par exemple, les encadrants se questionnent sur la fragilité de la formation délivrée alors en visio et si c'est suffisant pour laisser une personne seule à domicile.
- Faire une formation complète ne crée pas de sentiment de retour en arrière ou de non reconnaissance (hors financier) des compétences et pratiques, c'est motivant.
- Côté employeur pas assez de flexibilité pour permettre les formations IDE

Les motivations des professionnelles à faire une formation complète

Faire une formation complète est perçue comme la construction de son identité professionnelle et cela passe par ces passages et ces évolutions marquées :

- Se remettre à niveau, se sécuriser
- Souhait d'apprendre et de ré-apprendre
- Pair-émulation
- Etre en formation c'est une transformation concrète et ça prend du temps

Le soutien des formations par les employeurs est un vecteur de fidélisation : Soutenir une formation longue (ex : AS vers IDE) est souhaité par les professionnelles.

L'alternance est perçue comme une voie souhaitable :

- L'alternance pour les infirmières est perçue comme une sécurisation d'entrée à l'emploi et une assurance de rémunération
- L'alternance est perçue comme une bonne alternative à la formation classique pour répondre aux mêmes besoins et motivations
- Le terrain est la source d'expérience clé et c'est aussi une aide pour les professionnels employés

Thématique 3 : Aller au-delà de la formation initiale : Amplifier la formation tout au long de la vie

Thématique doublonnée

Pauline Sassard et Charly Chevalley (Conseillers métiers)

La formation n'est plus seulement le sésame nécessaire pour accéder à un emploi, c'est aussi devenu progressivement un rendez-vous régulier tout au long de sa carrière pour conserver un niveau de compétences et de connaissances satisfaisant, ainsi qu'un atout pour s'ouvrir des perspectives d'évolution professionnelle.

Pour autant, dans de trop nombreux cas, des professionnels commencent leur carrière sans diplôme ou certification.

Il en est ainsi des « faisant fonction » définis comme des « professionnels exerçant la même activité qu'un autre, donc la même fonction, sans pour autant exercer le même métier, car leur formation comme leur rôle théorique dans l'organisation s'en écartent ». Les « faisant fonction » sont en majorité des auxiliaires de vie, recrutées sans qualification, qui réalisent des tâches d'aides-soignants au sein des EHPAD ou à domicile. Dans une moindre mesure, cela peut aussi concerner des postes d'accompagnant éducatif et social, d'éducateur spécialisé ou des fonctions d'encadrement.

Comment amplifier la formation pour ces acteurs dont les missions exigent une expertise relationnelle et technique toute particulière ?

Et comment favoriser l'alternance, qui est aujourd'hui encore trop peu développée ?

Mesure 1 : Et si on développait l'alternance sur les métiers de l'aide et du soin des métiers à domicile, d'AS et d'IDE ?

Il a été rappelé en préambule que les contrats professionnels et d'apprentissage constituaient un grand intérêt en termes d'activité et de formation.

Le point d'attention majeur évoqué est le manque d'accompagnement et d'encadrement sur le lieu d'exercice.

L'alternance sur ces métiers a été plébiscitée pour les raisons suivantes :

- Grand vecteur de fidélisation, une façon d'augmenter sa marque employeur
- Témoignage de réussite à date
- Fonctionne très bien pour le domicile (dans la mesure où elle permet le travail en binôme)

En balance, il a été exprimé le risque qu'une personne quitte l'organisation, une fois le diplôme obtenu.

Quelques préalables qui paraissent importants :

- Prévoir l'accueil, l'accompagnement et l'encadrement sur le lieu d'exercice
- Communiquer autour de témoignages de réussite (incitation à...)
- Sujet de l'harmonisation entre les OPCO
- Permettre de développer l'alternance quand il y a de multiples employeurs

- Prévoir les moyens suffisants en termes d'encadrement et de compétences pédagogiques. Un temps pour se former avant d'accueillir est nécessaire
- Valoriser et reconnaître les tuteurs et maîtres de stage

Mesure 2 : Et si la VAE devenait un levier de qualification massif pour les faisant-fonction ?

Freins actuels à la VAE :

- La rédaction pour la VAE est un gros frein : Sentiment d'évaluation de la capacité à savoir écrire et à savoir remplir un dossier plus que la capacité à faire réellement, nécessité également de d'une maîtrise de la langue française qui n'est pas évidente pour tous.
- Référentiel compliqué
- Crainte du départ du professionnel une fois sa VAE obtenue
- Quelle valorisation salariale après une VAE ?
- Distinguer les VAE nécessaires (car le diplôme est une exigence) les VAE de reconnaissance (car le diplôme est souhaité)
- Démarche très solitaire, sans encadrement ou accompagnement ou encouragement
- Crainte de l'organisation pour organiser les éventuelles absences et remplacements
- Jury de VAE : trop complexe, besoin de faciliter la conception des jurys et le rythme.
- La mobilité est également un critère important
- Pour les démarches en ligne : attention à une possible fracture numérique

Propositions :

- Un parcours de VAE qui intègre un parcours sur le terrain et prend en compte compétences pratiques et savoir-être
- Mettre en place deux types de VAE : une pour entrer dans le métier et une seconde plus en fin de carrière.
- Formations pré-qualifiantes pour sécuriser et valoriser le travail du quotidien sans diplôme
- Modules pratico-pratiques pour ne pas faire d'efforts supplémentaires pour avoir une reconnaissance du travail.
- Validation blocs par blocs puis faire des liens entre les blocs avant de valider le titre complet (moins de silos, créer des passerelles)
- Pas plus de 2 jours en entreprise

Exemples inspirants :

- REVA projet de VAE inversé- amélioration d'accès
- ANFH : projet de VAE collective pour bénéficier de l'émulation commune.

3. Et si l'on généralisait une formation pré qualifiante pour tous professionnels en lien avec une personne en perte d'autonomie ?

L'idée d'une formation pré-qualifiante fait consensus et semble de fait nécessaire.

Les freins remontés sont :

- Les ressources humaines nécessaires pour permettre de remplacer les professionnels mobilisés sur leurs temps de formation
- La prise en charge du salaire du professionnel pendant sa formation
- Actuellement le manque de candidatures (motivation à évaluer)

Besoins et propositions remontés :

- Envisager 2 pré-qualifications : une spécifique pour le domicile et l'autre en EHPAD. Avec un socle commun autour de la prévention :
 - o Aides techniques de transfert
 - o Environnement domiciliaire
 - o Détection de situation à risque ou situations nécessitant un aménagement spécifique (dénutrition, maltraitance, perte d'autonomie, troubles cognitifs)
- Socle qualité = 5 jours
- Envisager un BAFA Sénior d'1 semaine
- Formation obligatoire au bout de 6 mois / 30h
- Analyse des pratiques / formation continue
- Formations financées par la région pour reconversion professionnelle.
- Diversification du métier pour éviter la lassitude
- Généraliser la présence d'ergothérapeute
- Exploiter ce qu'il est possible de faire avec les AFEST : Action de formation en situation de travail

Acteurs impliqués :

CARSAT référent sénior

Organisme de formation et modules ad hoc

Personnes en poste à détacher pour préparer et dispenser la formation