

Document rédigé par :

Société Ubiquis – Tél : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – infofrance@ubiquis.com

Mise en page :

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) - cabinet-communication

Crédits photos :

©Ministères sociaux/ DICOM / Jacky D. FRENOY

**Journée nationale :
Transformations organisationnelles
et secteur médico-social**

Paris, le 3 juillet 2019

Sommaire

Ouverture	6
Cécile TAGLIANA, Adjointe au directeur général de la cohésion sociale	
Qu'est-ce qu'une organisation « innovante » plus ouverte ?	9
Matthieu SIBE, Maître de conférences en Science de gestion, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Université de Bordeaux	
Un nouvel élan pour la transformation des organisations publiques	12
Jérôme D'HARCOURT, Responsable du département Programme de transformation, Directeur de cabinet du Délégué interministériel à la transformation publique (DITP)	
Diffusion d'un extrait du documentaire « Prendre soin »	14
LNA Santé, En présence de Juliette LEFEVRE, Directrice des Ressources humaines et Luca CELLI, ergothérapeute	
Les enjeux de l'innovation organisationnelle : Attractivité, qualité de l'accompagnement, conditions de travail	16
TABLE RONDE	
Des dynamiques territoriales inspirantes	22
Partage d'expériences	
I. L'exemple de la Creuse pour repenser les organisations du travail	
II. Améliorer la qualité de vie au travail, la piste du Cluster médico-social : EHPAD Lann EOL	
III. Echanges avec la salle	

Mieux évaluer les innovations pour les diffuser dans le secteur	26
TABLE RONDE	
Résultats de la concertation grand âge et autonomie sur les métiers	31
Dominique LIBAULT, Président du Haut Conseil du financement de la sécurité sociale, responsable du rapport de la concertation Grand âge et autonomie	
Lancement de la mission sur les métiers du grand âge	32
Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la Santé	
Intervention	39
Myriam EL KHOMRI, Coordinatrice de la mission sur les métiers du grand âge et de l'autonomie	
Mieux répondre aux attentes des professionnels	41
Partage d'expériences	
I. Promouvoir une collaboration vertueuse	
II. Améliorer la QVT et la qualité de service, Centre hospitalier CNP – Projet OpTEAMisme	
Conclusion de la journée	52
Jean-Philippe VINQUANT, Directeur général de la cohésion sociale	



Ouverture

Cécile TAGLIANA

Adjointe au directeur général de la cohésion sociale



« Cette journée est fondée sur des témoignages de terrain qui ont amené la Direction générale de la cohésion sociale à vouloir mettre en lumière des organisations différentes de celles que nous connaissons habituellement dans le secteur médico-social. Ces innovations en matière d'organisation doivent avoir un sens. Dans le domaine médico-social, ce sens provient naturellement de l'humain : c'est en améliorant l'alliance et la communication entre les professionnels, les résidents, les patients, etc., qu'il sera possible pour ces professionnels de se sentir mieux au travail et ainsi de faire progresser l'accompagnement qu'ils proposent. C'est un cheminement vertueux qu'il s'agit de valoriser.

Ces enjeux individuels dans l'organisation du travail rejoignent un enjeu de société majeur. La concertation Grand âge et Autonomie a beaucoup insisté sur la question des métiers de l'accompagnement. Il s'agit

de métiers difficiles, et qui pâtissent d'une mauvaise image, avec une forte sinistralité, beaucoup d'absentéisme, peu de qualité de vie au travail et beaucoup de temps partiels, voulus ou non. Or, il s'agit de métiers indispensables, qu'il faudra donc rendre plus attractifs pour répondre aux besoins de nos aînés. De nombreuses actions sont déjà menées à cet égard, qu'il faut mettre davantage en lumière. Faire progresser la qualité de vie au travail (par le changement des organisations, par la formation, etc.) constitue une piste à laquelle nous croyons beaucoup.

Peut-être ces pistes s'ouvriront-elles au-delà du médico-social, à la protection de l'enfance ou à l'action sociale par exemple. Ces secteurs sont un terreau formidable pour faire un pas de côté et lancer une dynamique nouvelle.

L'objectif n'est pas de normer les organisations selon un modèle unique, mais de fournir à chacun des idées à mettre en place ou des contacts pour la suite. Des actes seront tirés de cette journée, pour permettre à chacun de capitaliser.

Je remercie la sous-direction de la DGCS qui a organisé cette journée. »



03.07
2019
Journées
nationales

**Transformations
organisationnelles
et secteur médico-social :**
vers des organisations
du travail plus ouvertes



Gaël HILLERET

Sous-directeur de l'autonomie, Mairie de Paris, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé

Bonjour. Quand la DGCS m'a proposé d'animer cette journée c'est avec plaisir que j'ai accepté.

Les représentants des établissements et services sociaux ou médico-sociaux sont majoritaires dans l'assistance, ce qui constitue une très bonne nouvelle, car cette journée leur est principalement adressée.

J'aperçois toutefois également des représentants des autorités en charge des autorisations et financements des organisations et services : ARS, Conseils départementaux, Directions régionales et départementales de la Cohésion sociale etc., ainsi que des représentants d'Instituts, d'organismes de formation et de ministères.

Qu'entendre par « organisations ouvertes » ? J'appelle Matthieu SIBE, maître de conférence en science de gestion, à me rejoindre sur scène pour en parler.

Qu'est-ce qu'une organisation « innovante » plus ouverte ?

Matthieu SIBE

Maître de conférences en Science de gestion, Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Université de Bordeaux



« Dans *Reinventing organizations, vers des communautés de travail inspirées* (2015), Frédéric Laloux, consultant en organisation, se demande :

« **Avons-nous la capacité de créer des organisations qui seraient à l'abri des pathologies que l'on ne constate que trop souvent dans les environnements de travail ? Des organisations sans politique, sans bureaucratie, sans conflits internes ; à l'abri du stress et du burn-out ; où ne règnent pas la résignation, le ressentiment et l'apathie ; sans postures directoriales en haut ni travail d'esclaves en bas ? Est-il possible de réinventer nos organisations, de concevoir un nouveau modèle qui rende le travail productif, épanouissant et riche de sens ? Pouvons-nous créer des environnements de travail – écoles, hôpitaux, entreprises, associations – qui aient une âme, où nos talents puissent se développer et nos vocations se réaliser comme elles le méritent ? »**

et nos vocations se réaliser comme elles le méritent ? »

J'ai souhaité entamer ce bref exposé sur les organisations ouvertes par cette citation car elle pose le défi organisationnel et managérial auquel nous sommes confrontés : Est-il possible de réinventer nos organisations, de concevoir un nouveau modèle qui rende le travail productif, épanouissant et riche de sens ? Est-ce cela une organisation ouverte et innovante ?

L'ouverture n'est pas un concept propre aux sciences des organisations. En économie, l'ouverture désigne la liberté d'échange commercial ; en psychologie, l'appétence de nouveautés envers de nouveaux projets et émotions ; en théorie des systèmes, la perméabilité des systèmes ; en architecture, les vides permettant la communication entre intérieur et extérieur ; en musique, les préludes. D'une manière plus philosophique, l'ouverture correspond à un esprit tolérant, une position mise en valeur par des processus de décision communautaires entre les différentes parties plutôt que par une autorité centralisée.

L'ouverture n'est pas non plus un concept récent en théorie des organisations. Dès les années 1950, Burns et Stalker envisageaient un modèle organique des organisations, fondé sur la **capacité d'adaptation** à l'instabilité de l'environnement où les individus s'informent et coordonnent leur activité **en dehors du système hiérarchique** établi et accordent de l'importance à l'innovation.

Le modèle organique s'oppose au modèle mécaniste de l'organisation taylorienne, fait de règles, de procédures, de modes de contrôle très hiérarchisés et de description stricte de postes.


D'autres organisations ouvertes ont été pensées. L'organisation apprenante de Senge et Argyris dans les années 1990 (d'après les travaux de Piaget sur l'apprentissage chez l'enfant) est une **organisation humaine** qui met en œuvre un ensemble de pratiques et de dispositions pour **rester en phase avec son écosystème**, qui apprend de son expérience et tire les bénéfices des compétences qu'elle acquiert. Au début des années 2000, on retrouve le vocable d'organisation ouverte chez Chesbrough et aussi chez J. Whitehurst, CEO de Linux, qui promeut « *une organisation qui fait participer l'ensemble des communautés à l'intérieur et à l'extérieur d'elle* », expliquant qu'elle « *répond aux opportunités plus rapidement, développe un accès aux ressources et aux talents à l'extérieur de l'organisation, et inspire, motive et donne du pouvoir à tous les acteurs pour qu'ils s'impliquent à tous les niveaux* ». A cet égard, il est intéressant de noter que cette définition de l'organisation ouverte nous vient du terrain (à l'instar de Taylor qui était lui-même un ingénieur industriel et a théorisé l'organisation scientifique du travail).

Au final, on peut faire l'hypothèse que l'ouverture organisationnelle résulte d'une sélection darwinienne des organisations sur les marchés. Selon Scott (1981) décrit cette évolution des organisations passant d'un modèle taylorien au début du 19^{ème} siècle, fondé sur une organisation scientifique unique visant la rationalisation technique des systèmes fermés de production, à des formes plurielles d'organisation où l'important consiste à mobiliser les acteurs sociaux de l'organisation, qui est ouverte sur son environnement.

Aujourd'hui, il n'existe pas une organisation ouverte mais des formes multiples d'organisation ouvertes constituant un ensemble divers : organisations agiles, libérées, opales, sociocratie, holocratie, etc. Leur point commun est l'auto-détermination, l'empowerment défini comme la capacité d'agir des individus. L'organisation participe à leur qualité de vie au travail, mais aussi à leur qualité de vie en général. Il s'agit également d'organisations plates et décentralisées.

Dans le domaine médico-social, un certain nombre d'organisations ouvertes existent, comme Buurtzorg aux Pays-Bas, qui rassemble plusieurs entités autonomes de soins à domicile sur un petit territoire. Pour ma part, j'ai beaucoup travaillé quant à moi sur le modèle des hôpitaux magnétiques (Magnet Hospitals) fondé sur le care managérial et l'empowerment des équipes, consistant à partager le pouvoir au sein d'une gouvernance collégiale, respectueuse de l'expertise de chacun.

Les organisations constituent ainsi une ressource pour la qualité de vie au travail, à condition d'être considérées de manière positive, au sens de la psychologie positive. Les résultats des études menées par les chercheurs attestent de résultats favorables sur les attitudes au travail, la qualité de vie au travail, son efficacité et la réduction des événements indésirables.

Ainsi l'ouverture organisationnelle semble une belle opportunité d'innovation managériale et organisationnelle pour les établissements et service du médico-social en les invitant à donner de la capacité d'agir aux acteurs et à leur faire confiance. Toutefois, il est prudent de relire un ancien article de Chris Argyris, intitulé « L'empowerment ou les habits neufs de l'empereur » et paru dans la respectable Harvard Business Review en 1998. Argyris y souligne la nécessité d'un vrai empowerment organisationnel, qui ne soit pas de façade, mais repose sur un alignement réel entre les valeurs et pratiques de l'organisation et celles des acteurs. 

Un nouvel élan pour la transformation des organisations publiques

Jérôme D'HARCOURT

Responsable du département Programme de transformation, Directeur de cabinet du Délégué interministériel à la transformation publique (DITP)




« La réflexion sur les modes d'organisation plus ouverts ne se limite pas à votre secteur. Elle constitue un des axes prioritaires de la transformation des services publics qui a été engagée depuis 2 ans, avec la certitude que celle-ci ne sera durable que si elle est accompagnée d'un changement profond des modes de fonctionnement. Le 1^{er} février 2018, le Comité interministériel à la transformation publique en a donné les grandes orientations suivantes : faire confiance et responsabiliser, donner plus de marges de manœuvre aux managers locaux notamment en matière de ressources humaines, être transparent sur les résultats.

Je donnerai quelques exemples de ces chantiers. La transparence sur les résultats et la qualité de service des administrations accueillant du public, tout d'abord : le Gouvernement s'est engagé à ce que toutes les administrations en relation avec les usagers publient des indicateurs de résultats et de qualité de service d'ici 2020, pour engager une logique vertueuse et afficher de manière claire la place centrale de l'utilisateur dans nos services publics. Ces indicateurs sont disponibles sur resultats-service-public.fr. La loi de transformation de la fonction publique, ensuite, aboutissement du grand chantier sur le « nouveau contrat social » engagé dès le 1^{er} CITEP, donne de nouvelles marges de manœuvre aux employeurs et managers publics (extension du recours au contrat, ouverture aux contractuels des emplois d'encadrement supérieur, ...) mais aussi aux agents eux-mêmes (mobilités notamment). L'engagement du Premier ministre, enfin, à rapprocher l'administration du terrain se traduira par 95 % des décisions administratives individuelles qui seront dorénavant prises dans les services déconcentrés.

Notre cap et nos convictions sont claires : les organisations doivent être plus souples, agiles et ouvertes pour être plus efficaces, et répondre ainsi aux attentes des usagers, qui souhaitent obtenir des services de plus en plus personnalisés, adaptés aux réalités des différents territoires et dans des délais de plus en plus courts.

Mais nous savons aussi que cette transformation interne prend du temps, que ses effets sont peu visibles, peu communicants aussi. Ce sont pourtant des leviers indispensables car ils rendent possible tout le reste, mais pour lancer la dynamique collective il faut les faire connaître et susciter l'adhésion.

C'est pourquoi nous avons lancé une étude intitulée « Vers un modèle d'organisation plus ouvert » pour voir, à partir de différents exemples, ce que donne la mobilisation simultanée de tous ces leviers et rendre visibles les démarches de transformation déjà engagées. Sur les dizaines de cas examinés, les résultats sont éloquentes : l'attractivité des structures et des métiers est relancée, les baromètres sociaux se redressent, l'engagement professionnel des agents s'améliore, la qualité de service rendu aux usagers est en hausse.

L'autre enseignement, c'est que toutes les démarches, dans leurs différents volets (pratiques managériales, modes de fonctionnement, outils et environnement de travail), ont en commun d'encourager l'initiative des agents, de vouloir libérer les énergies, mais qu'il n'existe pas de modèle unique pour cela. A chacun de construire et d'engager sa démarche, sur-mesure, pour aller vers des organisations de travail plus ouvertes. 

Diffusion d'un extrait du documentaire « Prendre soin »

LNA Santé

En présence de Juliette LEFEVRE, Directrice des Ressources humaines et Luca CELLI, ergothérapeute



Juliette LEFEVRE

Bonjour. Ce documentaire a été tourné en 2017 dans trois EHPAD LNA Santé comprenant 6 000 collaborateurs. Il dure environ 1 heure 30. Il y a 10 ans, en arrivant dans le secteur du soin, j'ai été marquée par la compétence de la relation à l'autre dont faisaient preuve les soignants, avec des personnes âgées ou ayant des problèmes de santé. J'ai alors réfléchi à la manière de former à cette compétence. Nous avons développé une formation à la bien-traitance, avec l'aide d'un philosophe sur les manières de créer les conditions d'un débat éthique au sein des équipes, afin qu'elles puissent prendre du recul et aller et venir entre penser et agir. Avec des formateurs de terrain, dont Luca Celli, nous avons également travaillé sur l'empathie et la manière de tenir dans la durée ou de progresser en équipe.

Il y a 5 ans, nous nous sommes toutefois aperçus qu'après les formations, les réflexes acquis finissaient généralement par disparaître à nouveau. Nous avons donc mis en place des comités bien-traitance, réunissant des professionnels de tous métiers dans un espace d'échange sans hiérarchie, d'abord pour améliorer la vie des résidents, puis, très rapidement, la vie des professionnels également, car il est immédiatement ressorti qu'il n'était pas possible de bien traiter sans être bien traité soi-même.

De nombreux freins institutionnels (démarches qualité, réglementation, risques, etc.) ont dû être levés depuis 5 ans pour que les idées qui émergeaient puissent être mises en œuvre.

Il y a 2 ans, le philosophe et le sociologue avec lesquels nous travaillons sur cette démarche de bien-traitance ont voulu rendre visibles ces moments de complicité et d'humanité dans les EHPAD. Le sociologue en question étant réalisateur de documentaire, l'idée de ce film est apparue. 70 professionnels de l'établissement ont été formés pour accompagner ce film et le présenter en témoignant de leur expérience et de leur amour de ce métier dans des instituts de formation et des lycées professionnels, notamment. Il s'avère qu'il parle même aux personnes qui ne sont pas des professionnels du métier. Chez ces derniers, il produit une émotion positive, de réassurance et d'estime de soi. Le film devrait sortir en octobre au cinéma.

Luca CELLI

Faire son travail, avec ses difficultés quotidiennes, devant une caméra n'est pas facile. Ce film, dont le but ambitieux est de créer des vocations, montre cependant très bien que la gestion de l'humain ne repose pas sur des recettes. L'ergothérapeute ne fournit pas aux patients leur autonomie, mais doit leur faire réaliser ce potentiel qu'ils portent. J'ai enseigné en Italie à l'école d'ergothérapie. Je disais à mes étudiants d'apprendre leur manuel, mais qu'il allait surtout leur falloir travailler sur l'humain et la relation humaine. Aujourd'hui, je ne suis plus ergothérapeute, mais je m'occupe, au sein de l'école de formation, du développement des comités de bien-traitance pour les aider à trouver des solutions face aux complexités des situations rencontrées dans les établissements.

J'ai trouvé dans cette démarche une approche familiale. La bienveillance vis-à-vis des collaborateurs permet de les fidéliser. L'autonomie des comités de bienveillance est indispensable pour instaurer une réelle qualité de vie au travail adaptée à la réalité de chaque établissement. Les questionnaires de satisfaction font ressortir l'appétence des salariés pour les journées permettant aux professionnels de se rencontrer : là encore, c'est la relation humaine qu'il faut valoriser.

Une intervenante

Ce film est excellent. En tant qu'ancienne salariée de LNA, c'est bien ainsi que le travail se passe au quotidien. Les Ressources y sont réellement très humaines.

Les enjeux de l'innovation organisationnelle : Attractivité, qualité de l'accompagnement, conditions de travail

TABLE RONDE



Participants à la table ronde :

- Saïd ACEF, ARS Nouvelle Aquitaine, Directeur délégué à l'autonomie
- Guillaume ALSAC, Collectif L'humain d'abord, Fondateur de Soignons Humain
- Loïc LE NOC, CFDT, Secrétaire fédéral
- Hélène LEMASSON-GODIN, UNA, Directrice des Ressources humaines Réseau

Saïd ACEF

Lorsqu'on m'a demandé d'indiquer comment le secteur médico-social pouvait s'ouvrir aux démarches d'innovations organisationnelles, j'ai immédiatement estimé qu'il fallait d'abord se demander comment les ARS et les autorités publiques pouvaient s'ouvrir à ce type de démarches et les rendre possibles sur le terrain.

Dit autrement, les mutations en cours dans ce secteur nécessitent autant une évolution des pratiques, des organisations et de la coopération territoriale qu'une évolution des leviers d'actions, en l'espèce ici ceux des ARS.

Pour rester dans le sujet qui nous intéresse (innovation dans et par les organisations/collectifs de travail : focus QVT et qualité de l'accompagnement). Une instruction de la DGCS (juillet 2017) a permis de stimuler, renforcer ces actions dédiées à la QVT au sein des ARS (et leurs partenaires). Sur ce sujet comme sur bien d'autres, le défi pour une ARS est de plusieurs registres :

- D'abord, pouvoir jouer à plusieurs autorités autour de ce sujet en associant, de la phase de diagnostic territorialisé jusqu'au déploiement des plans d'actions, ses partenaires institutionnels et les financeurs concernés : les conseils départementaux, les CARSAT, l'assurance-maladie.etc. ; une telle démarche existe déjà dans plusieurs territoires et ce qui se structure peu à peu dans le cadre des conférences des financeurs montre probablement la voie à suivre.
- Identifier, soutenir les démarches territoriales via des procédures souples de sélection des initiatives. Ainsi, les appels à projets classiques sont peu à peu remplacés par des appels à manifestation d'intérêt (AMI) dont les critères sont resserrés, les marges de manœuvre des acteurs plus fortes et appelant systématiquement à des réponses collectives. L'esprit d'une co-construction de l'action publique anime ce type de démarches.
- Toujours au titre de cette co-construction et du ciblage plus fin tant au niveau des territoires que des difficultés spécifiques de tel ou tel dispositif médico-social, l'analyse des données existantes (dont les données issues des ESMS eux-mêmes, données territoriales, référentiels et données probantes sur les démarches QVT) nécessite probablement d'être renforcée.
- Structurer une veille active sur l'évolution des réalités de terrain permettant à la fois de capter les nouvelles difficultés mais aussi les innovations locales susceptibles d'un changement d'échelle ;

A titre d'exemple parmi bien d'autres actions concrètes : en 2017, un « défi performance » (au sens de la performance globale et non pas seulement sous l'angle de l'efficacité financière) a par exemple été lancé à une centaine d'EHPAD de Nouvelle Aquitaine identifiés comme fragiles en termes de qualité de vie au travail. Ce pré-ciblage fait, l'ARS a proposé aux établissements d'entrer dans un défi sur deux ans devant leur permettre d'avancer sur les deux ou trois axes définis. Les équipes ont la totale liberté de leur levier et stratégie d'actions. L'ARS leur a versé un forfait d'appui à leur démarche QVT/Qualité de l'accompagnement et des soins des résidents. L'ARS leur fournit également un appui externe via la structure régionale d'appui à la qualité (le CECCQA) et ce à deux niveaux :

- une analyse de leur plan d'actions pour en discuter la cohérence, la faisabilité...etc. ;

- la participation à des communautés de pratiques (COP) par « groupe homogène de préoccupations/thématiques » afin de partager les problématiques, les bonnes idées... ;

Ce programme se termine en 2019 avec une analyse individualisée de la démarche et des résultats (effets intermédiaires produits au sein de l'équipe, impact sur les indicateurs pré-ciblés, motivation et engagement des équipes...etc.) ainsi qu'une évaluation du processus collectif (notamment des COP).

D'autres initiatives de ce type concourant à promouvoir les innovations organisationnelles existent en Nouvelle Aquitaine et dans d'autres régions/ARS : citons par exemple les EHPAD « pôles ressources de proximité » (plus d'une centaine en Nouvelle Aquitaine, en 2019) qui permettent de développer des innovations de services (prévention des fragilités, bilans de santé, prendre soin, lien social, ouverture de l'établissement à son environnement de proximité...) tout en mobilisant les savoir-faire des professionnels de l'établissement. La valorisation des savoir-faire des professionnels et la diversification de leurs activités permettant aussi à l'amélioration de leur qualité de vie au travail (quand bien même il ne faut pas méconnaître les réalités très concrètes largement réaffirmées lors de la concertation nationale « grand âge et autonomie » et retracées dans le rapport remis par Dominique Libault).

Hélène LEMASSON-GODIN

L'UNA est une fédération d'employeurs à but non lucratif dans le secteur des soins à domicile. Nous accompagnons 550 000 bénéficiaires au quotidien, en devant faire face à un départ massif de professionnels sur les 5 années à venir : 35 000 départs à la retraite et de nombreux départs pour inaptitude sont prévus, auxquels s'ajoutent 42 000 recrutements à organiser. Une structure sur 5 dans le réseau indique cette année refuser les nouvelles prises en charge faute de personnel. Des déserts médico-sociaux sont donc bien en train de se développer, ce que nous travaillons à endiguer. Faire du bien aux salariés fera du bien aux bénéficiaires : cette inversion des priorités est nouvelle.

Le réseau UNA s'intéresse aux organisations du travail innovantes. Nous avons mis en place deux organisations de ce type : les équipes matin ou soir, qui permettent de réduire l'amplitude de travail ; et les équipes autonomes, qui sont chargées de repenser l'organisation du travail et la planification, en intégrant les problématiques d'organisation personnelles des collaborateurs. Les résultats sont tous très positifs, avec un taux d'absentéisme parfois divisé par 4 ; la création d'un sentiment de travail en équipe, malgré l'isolement ; une réduction de la fatigue et des RPS. Les responsables de secteur sont également soulagés, car ces organisations leur dégagent du temps, qu'ils passent davantage sur l'humain et moins sur les organisations.

Un accompagnement financier est nécessaire pour mettre en place ces projets avec l'appui d'experts externes, mais aussi sur le long terme un temps de réunions hebdomadaires pour réguler ce qui se passe au quotidien. Les salariés interrogés, notamment les équipes autonomes, ont indiqué avoir retrouvé le sens de leur métier, et avoir perdu la crainte et le stress qu'ils avaient à venir au travail, grâce notamment au collectif et au fait que les salariés se connaissent et échangent entre eux.

Autres coûts incontournables mais conséquents : des outils de téléphonie sont indispensables pour permettre la planification au sein des équipes autonomes, avec des forfaits illimités pour leur permettre de consulter les plannings de leurs collègues et les remplacer au besoin. Une reconnaissance forte des pouvoirs publics et des financeurs est donc nécessaire pour déployer ces modes d'organisation, dont les premiers effets positifs sont démontrés, mais doivent être consolidés.

Loïc LE NOC

Depuis 6 ans, je parcours le territoire pour aider les représentants du personnel de l'aide à domicile comme des groupes médico-sociaux et des cliniques. La qualité de l'accompagnement des bénéficiaires suppose un travail générateur de sens, mais un travail n'a de sens que si son organisation le lui permet. Or, l'organisation du secteur médico-social n'est guère performante. Le diagnostic pré-intervention est généralement de piètre qualité, et rarement mis à jour, de sorte que l'intervenant arrive dans un lieu de travail où rien n'est fait pour travailler. Les organisations actuelles interrogent trop peu les acteurs sur les manières de prendre en charge les usagers, ce qui fait perdre du sens au travail et a des conséquences économiques.

Les financeurs doivent entendre que le fait d'avoir élevé des enfants ne suffit pas à qualifier un salarié à prendre en charge des personnes âgées. Généralement, à partir de 10 % de salariés « qualifiés » (qui n'en sont pas moins presque payés au SMIC), le département se plaint de leur nombre excessif. Comment trouver du sens au travail lorsque le revenu moyen de la branche est de 932 euros nets par mois et que les frais professionnels (ne serait-ce que de déplacement) ne sont pas pris en charge, ou ne le sont qu'à hauteur de 35 centimes d'euro du kilomètre. Comment développer l'autonomie lorsque l'on n'est pas soi-même autonome ? Lorsque la durée d'intervention est sans cesse réduite ? Nous demandons depuis longtemps une heure d'intervention au minimum à domicile. Cette branche a été l'une des premières à mettre en place un accord pénibilité, mais il ne peut pas être appliqué faute de moyens. Le management n'est pas non plus toujours bienveillant, ce qui pose un réel problème de formation dans le secteur. Les questions de budget, de recrutement de salariés

en l'absence d'attractivité du métier d'aide-soignant, etc., prendront toujours le pas actuellement sur la qualité de vie au travail.

Les droits des salariés ne sont pas respectés. De nombreuses dérogations au Code du travail sont appliquées moyennant contrepartie, mais personne n'en connaît le nombre exact. Nous souhaitons principalement que nos métiers sortent de ces régimes dérogatoires, ne serait-ce que pour renforcer l'attractivité du secteur. Les financeurs notamment doivent prendre la mesure de la précarité actuelle des travailleurs du secteur.

Hélène LEMASSON-GODIN

Le problème de la rémunération est en effet considérable. Des enveloppes conséquentes sont nécessaires pour permettre d'exercer dignement les métiers. Le rapport Libault sur le grand âge laisse quelques espoirs à cet égard.

Guillaume ALSAC

Le collectif « L'humain d'abord » rassemble des entrepreneurs sociaux (dont l'association « Soignons humain » dont je suis actuellement président) qui cherchent à inventer ensemble des réponses à la hauteur des enjeux, à l'image de l'organisation hollandaise Buurtzorg présentée par Monsieur d'Harcourt, qui nous avait d'abord inspirée.

Ces organisations sont lentes à se mettre en place, et nécessitent une démarche volontaire. Il est important d'en tenir compte pour ne pas créer du mal-être sous prétexte d'amélioration de la qualité de vie au travail. Il s'agit également d'une transformation à la fois collective et personnelle. Pour aider les organisations à se transformer, il est important notamment que l'Etat montre l'exemple.

Les organisations ont une face visible et une face cachée, qui tient généralement à leurs racines, cultures et croyances, sur lesquelles il faut travailler pour transformer les organisations.

Je suis polytechnicien, ingénieur des Télécoms, et ce qui s'est passé à France Télécom m'attriste considérablement. La suppression de 22 000 emplois ayant été annoncée à la Bourse, les dirigeants considéraient ne plus avoir le choix. C'est ce choix qu'il faut se réapproprier. Le développement de l'autonomie des auxiliaires de vie produit des résultats extraordinaires. Certains ont lancé une plateforme d'échanges, comme celle de l'atelier 48 à Nantes, qui bénéficie du soutien de la DIRECCTE. Le conseil départemental du Nord a publié un livre vert d'écoute des structures. A Rouen, cinq associations se sont organisées de pair à pair pour travailler collectivement : cela aide à comprendre l'utilité du collectif pour les soignants également. 5 000 professionnels en France ont déjà emprunté cette voie. Nous souhaitons que de tels collectifs se créent partout, pour mobiliser des ressources à l'ARS, la CARSAT, la DIRECCTE, etc., 30 % des 200 milliards d'euros destinés au secteur de la Santé constituent des dépenses évitables, qui peuvent donc être mobilisées autrement.

Enfin, je souhaite remercier notre ministre pour l'article 51, qui voit la Sécurité sociale mettre en place une procédure agile avec les experts tarification et les porteurs de projet. Je vous invite à y contribuer : vous aurez face à vous des professionnels de l'Etat à l'écoute et prêts à se réinventer eux-mêmes.

Une intervenante, ancienne responsable de secteur

Le métier de responsable de secteur est très peu considéré ou évoqué, et les responsabilités qu'il implique sont souvent minimisées par la branche ou le métier. La charge à la semaine y est pourtant d'au moins 45 heures. Des modulations du temps de travail sont nécessaires pour motiver les équipes. Le responsable de secteur ne peut cependant qu'appliquer les

conventions collectives : les amplitudes de travail des auxiliaires de vie sont de 12 heures d'astreinte, de 8 heures à 20 heures, sans remboursement des frais de transport. Le temps d'échange prévu avec les aides à domicile est insuffisant également.

Loïc LE NOC

La situation actuelle n'est en effet pas satisfaisante du tout pour les responsables de secteur, qui ont besoin d'un nouveau cadre, car ils sont pris entre les exigences des directeurs et les demandes des auxiliaires de vie. La convention collective actuelle doit être améliorée, notamment en sortant des régimes dérogatoires. Dans notre secteur, les salariés ne restent pas longtemps, car ils préfèrent généralement en partir après l'avoir essayé.

Guillaume ALSAC

Les responsables de secteur ont pour obsession logique de combler les trous dans les plannings, ce qui les empêche d'être proches des auxiliaires de vie et de leur apporter une véritable valeur ajoutée. Ces organisations créent de la souffrance à tous les niveaux : ce sont elles qu'il faut repenser pour que les responsables de secteur soient à nouveau en soutien de leurs équipes. L'autonomie consiste à savoir demander l'aide dont on a besoin. Les personnes accompagnées savent le faire, les équipes doivent acquérir cette capacité également.

Hélène LEMASSON-GODIN

Les organisations d'employeurs sont conscientes de la situation. Nous avons envie d'agir. Les responsables de secteur sont particulièrement ravis des changements récents d'organisations, qui leur permettent de se concentrer sur les évaluations à domicile et la coordination des équipes d'intervenants et des partenaires extérieurs. Le sens initial de leur métier revient au cœur de leurs préoccupations quotidiennes.

En revanche, certains responsables de secteur (par exemple proches de la retraite) restent réticents à mettre en œuvre de tels changements, même s'ils en voient les bénéfices.

Un intervenant, Université de Lille

L'aide à domicile obéit majoritairement à une tarification horaire d'une vingtaine d'euros, contre un coût horaire plus proche de 25 euros. Cet écart doit être financé d'une manière ou d'une autre.

Au regard des surcoûts des organisations innovantes, quel y serait le coût de production de l'aide à domicile ?

Une intervenante, responsable de secteur, Réseau ADMR

Nos conventions collectives sont régies par les grilles de salaire. Un agent à domicile de catégorie A, non diplômé, est payé 10,03 euros de l'heure, ce qui correspond au SMIC. Un agent de catégorie B diplômé est lui aussi payé au SMIC durant 10 ans. Une auxiliaire de vie sociale, diplômée elle aussi, est quant à elle rémunérée 10,49 euros bruts : dans ces conditions, il est difficile de rendre ces métiers attractifs. De même, l'indemnité de 35 centimes du kilomètre n'est pas suffisante, dans un métier où les déplacements en voiture sont indispensables.

La mise en place de l'APA tenait pourtant au moindre coût du maintien à domicile par rapport à la prise en charge en EHPAD. Les salaires doivent être revus à la hausse maintenant, et pas dans 10 ans.

Une intervenante

Je ne crois pas aujourd'hui qu'il existe de nombreux managers malveillants dans les hôpitaux publics. Ils sont confrontés aux contradictions de textes vieillissants (CPOM, etc.) et d'une politique salariale rigide.

La question est plutôt de transformer les organisations pour permettre aux managers de trouver des solutions.

Loic LE NOC

Ce que vous dites illustre parfaitement mon propos. Les injonctions paradoxales subies par les cadres de proximité développent un sentiment de malveillance concernant les managers de la part des salariés qu'ils encadrent. Les analyses en matière de qualité de vie au travail et les bilans des assureurs à ce sujet montrent que nos conditions de travail actuelles génèrent de mauvais traitements à l'égard des salariés et des usagers.

Un fonds social de branche a été mis en place pour aider à faire réparer les voitures des professionnels : c'est dire la situation des salariés, qui n'ont pas les moyens de faire réparer leurs véhicules.

Hélène LEMASSON-GODIN

Le coût de production de l'aide à domicile dans une organisation autonome avoisine 26 euros de l'heure en l'état actuel. Ces organisations innovantes ne constituent donc surtout pas une solution au problème de financement du secteur, contrairement à ce que commencent à croire certains conseils départementaux notamment. Au contraire, ces nouvelles organisations requièrent absolument de budgéter des heures de coordination, notamment.

Guillaume ALSAC

En Hollande, en augmentant le taux horaire unitaire, la facture a finalement diminué, car le nombre d'heures d'accompagnement nécessaire a diminué. L'objectif des auxiliaires de vie reste en effet d'accompagner les usagers vers davantage d'autonomie, ce qui suppose de leur laisser le temps nécessaire à cet effet. Le travail avec les aidants peut également leur permettre de maintenir un accompagnement qu'ils ne se sentent parfois plus capables d'assurer. Le financement de l'aide à domicile doit également être rapproché de celui des hôpitaux, car la première fait faire des économies aux seconds, ce dont les conseils départementaux ne peuvent pas bénéficier.

Hélène LEMASSON-GODIN

L'UNA demande une revalorisation des salaires dans la branche à hauteur de 5,5 %, pour atteindre le niveau du SMIC. Une enveloppe de 250 millions d'euros est nécessaire à cet égard. Au niveau du secteur (à but non lucratif), 1,7 milliard d'euros sont nécessaires pour revenir à un fonctionnement simplement correct.

Loic LE NOC

Permettez-moi pour conclure de poser la question suivante. Si nous étions un secteur majoritairement masculin, les rémunérations de notre branche seraient-elles les mêmes ?

Des dynamiques territoriales inspirantes

Partage d'expériences



I. L'exemple de la Creuse pour repenser les organisations du travail

David SERTILLANGE, Chargé de mission aide à domicile, Conseil départemental de la Creuse

Suite à un partenariat national entre la CNAV et l'ANACT pour établir des diagnostics concernant l'aide à domicile, une démarche coordonnée des services d'aide à domicile a été mise en place dans le département. La difficulté des diagnostics consiste généralement à passer au traitement. C'est là que l'aide des experts de la CARSAT, dont Lionel Girardeau, a été précieuse, pour accompagner le conseil départemental.

Notre département est particulièrement rural. Il a dernièrement été mis au défi par l'Elysée de démontrer que ruralité et innovation sont parfaitement compatibles (Plan Particulier pour La CREUSE : exemple de la culture du cannabis thérapeutique). C'est également le territoire le plus âgé d'Europe. Il présente donc des problématiques spécifiques.

Depuis 10 ans, le département a mis en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services d'aide à domicile pour mailler le territoire sans zone blanche. Outre la QVT, d'autres problématiques sont abordées : l'insertion (Chantier Ecole : formation en alternance sur 6 mois basée sur le concept d'entreprise apprenante avec prise en charge financière et accompagnement à l'obtention du permis de conduire et CDI à la clé), la mobilité (étude en cours visant à la mise en place d'une flotte de véhicules en location à des tarifs très intéressants à l'échelle du département pour l'aide à domicile), etc. Le virage de l'ambulatoire et l'avènement d'une société inclusive s'ajoutent aux difficultés de l'activité liées à son manque de croissance et d'attractivité. Pour éviter davantage de turn over les départs de salariés dans le secteur, le département a ainsi augmenté de 15 % la base conventionnelle de 35 centimes de remboursement des frais de déplacement. Le conseil départemental s'est également engagé pour la QVT en faveur des salariés afin d'améliorer par cet intermédiaire le service rendu aux usagers, qui tendait à se dégrader.

Lionel GIRARDEAU, Contrôleur de sécurité, CARSAT Centre-Ouest

Notre expérimentation réunit toutes les idées évoquées par les précédents intervenants. Nous avons mobilisé des moyens financiers, techniques et humains autour de trois axes.

- **Faire converger nos regards et nos actions**

Chaque partie prenante avait une idée différente sur le métier d'aide à domicile. La communication n'était pas suffisamment fluide. Les visites n'étaient pas systématiques à la mise en place d'une nouvelle prise en charge : les aides à domicile étaient envoyées chez les personnes en l'absence totale de connaissance des problématiques qu'elles y rencontreraient. Enfin, les aides à domicile apportaient de l'aide aux usagers au détriment souvent de leur propre santé. Or, les bénéficiaires ont des droits, mais aussi des devoirs dans l'accueil des personnes qui les accompagnent.

- **Mobiliser et monter en compétence**

Il faut faire prendre conscience aux dirigeants de l'urgence de la situation. Avec l'appui d'un référent santé sécurité désigné dans le cadre de la démarche, nous formalisons un dispositif QVT ainsi qu'un management de la prévention des risques professionnels, reposant notamment sur l'analyse des accidents du travail. Les responsables de secteur ont également été mis à contribution. Surtout, les aides à domicile eux-mêmes participent au sein de groupes de travail à faire remonter les idées pour améliorer leurs conditions de travail. L'objectif était surtout d'appliquer immédiatement ces idées sur le terrain, pour éviter tout risque de découragement. Deux postes (Préventeurs des Risques Professionnels et Ergothérapeute) ont également été créés avec un financement assuré pour trois ans (2017 à 2019) à 70 % par la CARSAT et à 30 % par le département. Leur apport est considérable dans l'animation de la démarche.

- **Identifier et traiter les risques au domicile**

Des limites ont été posées à l'intervention des aides à domicile (par exemple pour l'approvisionnement du bois de chauffage, encore très utilisé dans la Creuse). Enfin, des outils de suivi des risques et d'orientation vers des partenaires extérieurs ont été mis en place pour répondre aux demandes.

Cette expérimentation est reprise au niveau national, au sein d'un programme piloté par la CNAV. Il sera déployé dans toutes les CARSAT pour mener des démarches de prévention des risques professionnels. Plusieurs territoires sont en phase de réflexion. Certains reprennent à l'identique le modèle creusois (Allier, Charente).

II. Améliorer la qualité de vie au travail, la piste du Cluster médico-social : EHPAD Lann EOL

Véronique DUPIN, responsable qualité

Nous avons été accompagnés par l'Association régionale d'amélioration de la qualité des conditions de travail (ARACT) de Bretagne dans la mise en place d'une démarche QVT, également soutenue par l'ARS et UNIFAF. Suite à une première phase importante de rénovation et de construction des bâtiments de l'EHPAD Lann EOL, cette expérience visant à favoriser l'expression des salariés par un travail sur les organisations a été menée au sein d'une équipe répartie sur deux étages auprès de 37 résidents. Un appel au volontariat a été lancé, avec un grand succès.

Un trinôme composé de la directrice, de la secrétaire du CHSCT et de moi-même anime et suit l'avancée d'un groupe de travail QVT composé d'une infirmière cadre, de deux AS, de deux ASH, l'une de jour et l'autre de nuit, d'un agent hôtelier, d'une infirmière et d'une animatrice. Un comité de pilotage décisionnaire est également composé d'une équipe de direction et de membres du conseil d'administration, du conseil de vie social et de représentants du personnel ainsi que du médecin du travail.

Sur la préconisation de l'ARACT, un état des lieux de la QVT dans l'établissement a été organisé sous la forme de reportage photo. En ont été tirées plusieurs situations : certaines positives et d'autres à améliorer en priorité : réduire la charge de travail ; placer l'organisation collective au service du projet individuel du résident ; améliorer la communication et la collaboration au sein des équipes.

Ce troisième chantier (« Mieux communiquer pour mieux accompagner les résidents ») a été retenu pour l'expérimentation, les autres sujets ayant été confiés au CHSCT. Un plan d'action a été défini par les équipes et validé par le comité de pilotage. Trois situations font particulièrement l'objet de travaux actuellement : la conduite à tenir lors des fins de vie compliquées ; le non-respect des trames de travail ; les sorties privées des résidents et les difficultés d'organisation qui en résultent.

L'expérimentation elle-même a permis d'instaurer du dialogue social. Flore-Anne Jan (aide-soignante, secrétaire du CHSCT) communique l'avancée du groupe de travail aux équipes et au CHSCT, et Elisabeth Moreac (directrice de l'EHPAD) en rend compte à l'ensemble de la direction et du personnel sous forme de bilan.

Dès septembre, cette action sera reprise sur un autre bâtiment, dans une démarche d'amélioration continue. Le groupe de travail a été très impliqué et a permis de fédérer l'ensemble des collègues autour de la démarche.

Des espaces de dialogue professionnel, très constructifs pour les équipes, ont également été mis en place. Un travail a ainsi été mené avec l'aide du CHSCT sur les outils et les équipements de travail, sur la salle de pause du personnel, la réorganisation de certains locaux. Un plan de travail fixant des objectifs dans la durée a été défini.

Le comité de pilotage s'engage à réaliser certaines actions. Il apporte des ressources, grâce notamment à l'apport de représentants des familles.

L'ARACT a fourni des outils de méthodologie pertinents, simples d'utilisation et très efficaces. Cette expérimentation d'un an et demi a été très riche, et permis la construction d'une véritable démarche QVT à Lann EOL.

Flore-Anne JAN, Aide-soignante, secrétaire du CHSCT

Nous avons pu donner la parole aux salariés sans hiérarchie au sein du groupe de travail. Des échanges de pratique avec d'autres EHPAD de Bretagne ont été organisés également. Cette démarche a beaucoup intéressé le personnel et nous espérons pouvoir la poursuivre.

Elisabeth MOREAC, Directrice de l'EHPAD

Nous intégrerons désormais cette démarche dans le projet d'établissement. La charge de travail en EHPAD est importante. S'il n'est pas possible de l'alléger actuellement, faute de moyens et de personnel, cette démarche permet du moins de la rendre plus supportable en levant certains points de blocage.

III. Echanges avec la salle

Un intervenant

Qui est en charge de la déclinaison nationale de la démarche mise en place dans la Creuse ?

Lionel GIRARDEAU

C'est la CNAM qui mène le déploiement au niveau national de l'expérimentation creusoise, dans le cadre d'une COG 2018-2022. Des fonds spécifiques sont destinés à l'attention des employeurs du secteur médico-social dont notamment les services à la personne.

Une intervenante, Département du Nord

Comment fonctionne le binôme préventeur-ergothérapeute ? Un ETP est-il disponible pour tout le département et comment est-il mobilisé ?

David SERTILLANGE

Ces postes sont mutualisés et portés par un groupement d'employeurs du secteur médico-social.

1 ETP de Préventeur et 1 ETP d'Ergothérapeute pour 650 aides à domicile sont actuellement mobilisés par les 7 employeurs.

Le Préventeur intervient principalement en appui des directions pour la formalisation et la mise en place de la politique QVT. Il co-anime avec l'ergothérapeute des ateliers (associant des aides à domicile de l'ensemble des services) d'analyse des risques et recherche de solutions.

L'ergothérapeute est plus particulièrement en charge du déploiement des aides techniques au domicile des usagers (sensibilisation, test de matériel, conseils pour le financement, installation, ajustements, formation des aides à domicile).

Sur la base des orientations départementales définies collectivement, chaque employeur dispose librement des deux professionnels en veillant à une cohérence entre les sollicitations et la taille du service. Les problématiques traitées chez les uns ont vocations à être capitalisées et les Bonnes Pratiques peuvent ainsi être dupliquées.

L'activisme des partenaires en matière de veille concernant les appels à projet nous a permis dès la fin du premier semestre 2019 de boucler le budget pour 2020.

La première mesure de prévention des risques professionnels, qui consiste à définir un temps d'intervention compatible avec la nature et le nombre de tâches à réaliser, ne relève pas de la responsabilité des employeurs. En CREUSE, le principe d'un temps d'intervention d'une heure dans le cadre de l'APA a été instauré par respect des salariés et des usagers accompagnés.

Un intervenant

Les discussions non hiérarchiques au sein du groupe de travail de l'EHPAD Lann EOL ont semblé importantes. Cette expérience a-t-elle transformé la vision du management de la directrice de l'établissement ?

Elisabeth MOREAC

En effet, les sujets retenus par le groupe de travail n'étaient pas ceux que j'aurais spontanément choisis, ce qui m'a montré l'intérêt véritable de laisser davantage d'autonomie aux équipes, pour résoudre les problèmes qui sont réellement les leurs dans leur pratique quotidienne.

Mieux évaluer les innovations pour les diffuser dans le secteur

TABLE RONDE



Participants à la table ronde :

- Jean-Baptiste CAPGRAS, IFROSS, Maître de conférences en Sciences de gestion, Responsable du Master Management des Pôles hospitaliers et des fonctions transversales
- Véronique GHADI, HAS, Directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social
- Jean-Christian SOVRANO, FEHAP, Directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie
- Odessa DARIEL, Professeure à l'EHESP, Institut du Management

Jean-Baptiste CAPGRAS

Les travaux conduits par l'IFROSS permettent d'identifier trois enjeux principaux de l'innovation des organisations dans le secteur médico-social.

- **Développer une culture de l'innovation au plus proche du terrain**
Actuellement, les projets estampillés « innovations » sont généralement bien pensés en amont avec des méthodologies rigoureuses de déploiement et d'évaluation. Cependant, ces projets ne constituent que la partie émergée de l'iceberg et une grande majorité des innovations sont construites sur le terrain simplement pour résoudre les problèmes rencontrés, sans conscience d'innover la plupart du temps. Le porteur du projet n'aura alors que rarement mis en place des indicateurs et des suivis d'évaluation. Une manière de répondre à cette difficulté consiste à systématiser l'évaluation à tous les projets, quels qu'ils soient.
- **Une vision systémique et processuelle de l'innovation**
L'innovation s'enchaîne dans des fonctionnements préexistants, qu'elle contribuera à modifier. L'évaluation doit alors porter également sur l'ensemble du processus, environnement compris, de l'innovation, pour mesurer sa transférabilité.

- **L'innovation s'oppose a priori aux organisations antérieures**

Dans un secteur extrêmement régulé par les autorisations d'activité et les professions réglementées, l'innovation se développe toujours dans des îlots au milieu d'un océan de conformisme. Elle est alors limitée par ce cadre, qui l'empêche le plus souvent de donner son plein potentiel.

Ces constats inviteraient à évaluer l'expérimentation seulement au terme de son déploiement, ce que les décideurs et les financeurs ne sauraient accepter. Des évaluations prédictives, intermédiaires, fondées sur des variables comme la satisfaction des parties prenantes et la robustesse du système économique, permettent heureusement d'anticiper sur les résultats définitifs.

Véronique GHADI

La mission de la HAS consiste à améliorer la qualité du service rendu dans le champ sanitaire, social et médico-social. Nous ne cherchons pas à évaluer spécifiquement l'innovation, mais plus généralement le quotidien des structures, des professionnels et des usagers. C'est par cet intermédiaire que la qualité des organisations innovantes pourra être évaluée.

Les déterminants de la qualité de vie au travail sont différents dans un lieu d'hébergement ou dans des organisations délocalisées au plus près des domiciles des personnes. Cependant le lien direct reste établi entre qualité de vie au travail et qualité du travail réalisé. Eclater les lieux d'accompagnement peut faire éclater les collectifs de travail et altérer la qualité de l'accompagnement, ce qui nécessite un accompagnement spécifique.

Suite au vote définitif de la loi de santé le 25 juillet prochain, la HAS sera chargée de construire un référentiel d'évaluation de la qualité dans les établissements et services sociaux et médicosociaux. L'enjeu sera de prendre en compte les besoins et attentes des personnes et des professionnels, et que ce référentiel soit assez robuste pour être valable dans un an, au début des évaluations, mais le retenir aussi dans 5 ans, à l'issue des transformations en cours dans l'offre sociale et médicosociale. Ce ne sera possible que sur la base de la participation de l'ensemble des acteurs.

Agnès Buzyn et Sophie Cluzel nous ont confié une mission de recueil de l'expérience des personnes accompagnées, ce qui nécessitera également une phase d'expérimentation avant de passer à un déploiement complet.

Jean-Christian SOVRANO

Merci de donner la parole à la FEHAP, toujours bien placée dans la promotion de l'innovation. Un certain nombre de dispositifs (ex: les CAMSP) ont été créés par des adhérents de la FEHAP avant d'être reconnus par les pouvoirs publics.

Pour ce qui concerne l'innovation, l'action de la FEHAP à cet égard se décline en trois temps.

- **Repérer les innovations**

La Direction de l'innovation, de la formation et de la vie associative pilote ce repérage depuis le Siège, en s'appuyant sur la structuration du réseau FEHAP en région (les chargés de mission FEHAP en régions ont à cet égard un rôle majeur d'interface et de sensibilisation des adhérents).

- **Stimuler et mettre en valeur l'innovation**

Depuis 2011, la FEHAP organise les trophées de l'innovation, appels à projets conduisant à la remise d'une dizaine de prix au congrès de la FEHAP en novembre de chaque année. Au-delà de ces événements, depuis 2015, un Observatoire accessible au grand public (www.novap.fehap.fr) cartographie les projets déposés, retenus et primés permettant d'avoir une base de données sur le sujet.

- **Diffuser l'innovation**

Au niveau des territoires, il faut permettre aux porteurs de projet de se faire connaître des établissements et services adhérents. La diffusion de l'innovation sera surtout facilitée par la réalisation d'évaluations réalisées. La FEHAP encourage l'intégration de méthodes d'évaluation dans les projets soumis et doit approfondir ce travail d'évaluation en partenariat avec les universités afin d'outiller les adhérents porteurs de projets innovants. Une fois l'innovation évaluée, il faut permettre la diffusion par la recherche de financements. Or, la section 5 (recherche) du budget CNSA est sous-consommée faute d'évaluations des projets suffisamment poussées. Un travail important est donc nécessaire pour sortir de ce cercle vicieux.

Odessa DARIEL

Les sciences de la gestion et du management sont une science humaine. Les indicateurs de qualité, de sécurité, d'efficience ou de performance qu'elle définit sont donc nécessairement variables selon les domaines d'application considérés.

Au contraire de la recherche, qui cherche à comprendre comment un objet fonctionne, l'évaluation sert à savoir s'il fonctionne. Les deux activités sont donc complémentaires et doivent donc être menées conjointement. La recherche peut ainsi aider à construire de nouveaux indicateurs avec les acteurs afin qu'ils les acceptent comme reflétant réellement leur contexte quotidien. L'implementation science ou l'embedded research, où les chercheurs font partie de l'équipe qui génère et utilise les données, peuvent ainsi servir d'inspiration sur ce point.

Un intervenant

L'évaluation se heurte souvent à la notion de groupe de contrôle, lorsqu'il faut comparer des actions différentes. Comment définir des groupes de contrôle pertinents ?

Gaël HILLERET

Ces groupes de contrôle posent également des questions éthiques, quant aux manières de choisir les personnes qui feront partie des groupes de contrôle ou non.

Véronique GHADI

Dans le champ social et médico-social, la recherche est très différente, non seulement dans son objet, mais également dans ses méthodes. De fait, la plupart du temps les niveaux de preuve des résultats obtenus sont beaucoup moins élevés, de celle qui est menée dans le champ sanitaire. Les canons de l'evidence-based du sanitaire ne peuvent donc pas s'y appliquer. Il ne faut pas chercher à coller le modèle du sanitaire mais à s'intéresser davantage aux méthodes d'évaluation des interventions complexes.

Odessa DARIEL

L'essai randomisé et contrôlé est en effet illusoire (et éthiquement problématique) dans le champ médico-social. Des méthodes systématiques et une évaluation de la recherche solide sont néanmoins possibles.

Jean-Baptiste CAPGRAS

Dans une perspective de recherche transformatrice, l'objectif est surtout de mesurer les mécanismes d'acculturation et de transformation des acteurs, pour parvenir à des résultats apparemment probants, ou du moins meilleurs qu'auparavant.

Matthieu SIBE

La plateforme Cassiopée à Bordeaux permet de construire chaque année un programme de travail à partir des questions posées par les décideurs sur les manières d'évaluer différents projets (sur la mesure de la qualité de vie au travail en EHPAD avec le projet QENA, etc.). Elle montre la possibilité de tisser des liens entre chercheurs et décideurs, d'une manière qui devrait se diffuser dans les autres régions.

Les PREPS de la DGOS font progresser l'évaluation des systèmes de santé dans les établissements hospitaliers. Peut-être des systèmes analogues pourraient-ils être déployés à la DGCS.

Une intervenante, directrice d'un FAM

Les recommandations de bonnes pratiques pour les adultes et adolescents autistes de la HAS ont été nombreuses. Elles parviennent à tenir compte de la qualité de vie des salariés comme des personnes accompagnées.

Comment évaluez-vous l'application en pratique de ces recommandations ?

Véronique GHADI

Cette question est particulièrement complexe. Elle se pose également sur le champ sanitaire. L'ANESM notamment avait commencé à définir des indicateurs de suivi de ses recommandations. L'un des enjeux du dispositif national d'évaluation de la qualité dans les ESSMS est de suivre l'appropriation et le déploiements des recommandations. La publication et le traitement des rapports d'évaluation de la qualité dans les ESSMS devrait y contribuer. Un référentiel d'évaluation se construit avec les professionnels sur la base des recommandations, afin qu'il ait du sens pour les professionnels et qu'ils comprennent les critères définis.

Une commission de la HAS sur le déploiement et la mesure d'impact des recommandations se met précisément en place actuellement.

Une intervenante, Institut régional du travail social

Les diplômes en travail social ont été réformés récemment et l'universitarisation des formations post-bac pose la question de la recherche. En PACA, nous avons créé avec

4 laboratoires de recherche un incubateur d'innovation sociale pour qu'ils puissent développer 20 programmes de recherche pour nos étudiants. La recherche peut recevoir des commandes de terrain précises sans être dévoyée pour autant. Nous accueillons depuis 2 ans à l'IRTS à titre expérimental un centre de formation au rétablissement pour des usagers de la santé mentale, dont les critères d'évaluation ont été écrits par des chercheurs eux-mêmes victimes de troubles mentaux passagers. Connaissez-vous d'autres dispositifs innovants dont les critères des référentiels aient ainsi été définis au départ avec les personnes accueillies ?

Jean-Baptiste CAPGRAS

Nous avons créé avec l'OVE IFROSS Fab, où des professionnels peuvent rencontrer des chercheurs pour résoudre des problèmes en les transformant en problématiques de recherche et compléter leurs compétences, notamment par des formations à la méthodologie de l'évaluation et de la recherche.

Véronique GHADI

Nous incluons les personnes accompagnées à l'élaboration des questionnaires de satisfaction que nous utilisons ainsi qu'aux groupes de travail destinés à élaborer nos recommandations. Elles seront impliquées à la rédaction du référentiel et aux visites d'évaluation sur le terrain. La HAS a fait de l'engagement des usagers un axe stratégique. Un conseil de l'engagement des usagers a notamment été créé.

Jean-Christian SOVRANO

La FEHAP est fer-de-lance dans la promotion des savoirs expérientiels. Les lauréats des appels à projets sont ainsi souvent à l'origine des usagers. En 2017, nous avons par exemple primé un Rehab Lab recourant avec des ergothérapeutes à des imprimantes 3D pour adapter des matériels techniques aux personnes en situation de handicap.

Odessa DARIEL

N'oublions pas également qu'utiliser la recherche déjà existante pour améliorer les pratiques est au moins aussi important que de produire de la nouvelle recherche.

Gaël HILLERET

Je passe maintenant la parole à Dominique Libault, qui a piloté la concertation Grand âge et autonomie et rendu son rapport à Myriam El Khomri.

Résultats de la concertation grand âge et autonomie sur les métiers

Dominique LIBAULT

Président du Haut Conseil du financement de la sécurité sociale, responsable du rapport de la concertation Grand âge et autonomie



« Le rapport que j'ai rédigé sur le grand âge et l'autonomie, même s'il abordait de nombreux autres sujets, portait en priorité sur la question des métiers, car elle conditionne la réussite des projets menés sur ces autres sujets.

En effet, les gestionnaires d'établissement ou de services à domicile ont pour première préoccupation actuellement la fidélisation des métiers et le recrutement. Ce sujet est donc urgent.

Cette interrogation des métiers a été portée par l'ensemble de la concertation : les personnes âgées, les aidants et la participation citoyenne dans son ensemble, et pas seulement par les professionnels.

Les formations, les parcours professionnels, la place de l'apprentissage, les conventions collectives, la structure du secteur (à cheval entre le privé et le public), etc., sont concernés.

Un plan pour l'attractivité des métiers du grand âge était donc préconisé dans le rapport, et je me félicite que Madame la Ministre ait accepté dès la remise de ce rapport de confier le pilotage de cette mission à Myriam El Khomri. »

Lancement de la mission sur les métiers du grand âge

Agnès BUZYN

Ministre des Solidarités et de la Santé



« Madame la ministre, chère Myriam El-Khomri, Mesdames et messieurs les parlementaires, Cher Dominique Libault, Mesdames et messieurs les représentants des associations et fédérations, Mesdames et messieurs les directeurs d'établissements et de services, Mesdames, messieurs,

Nous voilà donc réunis pour une nouvelle étape, qui est une étape majeure dans la réforme du grand âge et de l'autonomie que nous sommes en train de construire.

J'espère que vous ne m'en voulez pas d'interrompre pendant quelques minutes votre journée de travail sur les innovations dans le secteur médico-social pour installer officiellement la mission sur les métiers du grand âge.

Vous êtes très nombreux, représentants des secteurs et des métiers du grand âge, tous impliqués dans des dynamiques de transformation. Alors l'occasion était trop belle, je m'en serai voulu de ne pas la saisir.

Le 28 mars dernier, pour la remise des résultats de la grande concertation, à laquelle vous êtes nombreux à avoir participé, j'avais fait part des grands principes de la méthode que j'allais adopter pour mettre en œuvre cette réforme.

De la méthode, il en faut pour aborder cet enjeu formidable, pour saisir de manière claire et distincte nos forces, nos faiblesses, et pour être à la hauteur de nos ambitions.

M'exprimer devant vous ce matin, c'est bien entendu l'occasion d'installer la mission confiée à Myriam EL-KHOMRI, mais c'est aussi l'occasion de faire un point d'étape sur l'avancée globale de ce chantier qui va devenir central dans le temps II du quinquennat.

Parce que c'est désormais une évidence partagée par tous : le Président de la République, dans son allocution du 25 avril, puis le Premier ministre, dans son discours de politique générale du 12 juin, l'ont rappelé. Le Premier ministre a même parlé d'un grand marqueur social du quinquennat.

Pour le dire simplement : tous les feux sont au vert.

Ce passage au premier plan des priorités politiques, nous l'avons préparé et travaillé tous ensemble, parce que nos priorités politiques, ce sont d'abord les préoccupations des Français.

Nous avons pris le temps d'une très vaste concertation, et je salue évidemment Dominique Libault, dont l'opiniâtreté et l'engagement nous ont permis d'identifier les pistes à privilégier et les priorités à établir pour la réforme.

Nombre des pistes évoquées lors de cette concertation ont d'ailleurs été confirmées dans le cadre du grand débat national.

Ce que nous avons entendu, c'est une véritable angoisse des Français, de tous les Français sans exception, parce qu'aucune famille n'est épargnée.

J'ai encore bien présent à l'esprit mon premier grand débat à Trappes, et l'intervention poignante d'un homme qui, en voyant à la télévision que j'étais à quelques kilomètres de chez lui, n'a pas hésité une seconde et a pris sa voiture pour venir me questionner, en bousculant un peu le protocole.

Il voulait me parler de sa mère âgée, pour laquelle il s'inquiétait beaucoup.

Et cet homme n'est pas un cas isolé, si l'on tient compte des tendances et des récurrences observées dans ce grand débat, et qui sont, je crois, autant de symptômes de l'angoisse que j'évoquais.

Ces Français :

- ce sont des retraités qui ont à leur charge un parent très âgé et qui doivent payer l'EHPAD avec leurs propres pensions ;
- ce sont des proches aidants qui se démènent parfois au prix de leur propre santé pour le maintien à domicile d'un père ou d'une mère ;
- ce sont des personnes âgées, d'abord et avant tout, qui ont peur de peser sur leurs enfants et leurs petits-enfants.

S'agissant des professionnels, je connais leur dévouement mais je connais aussi leurs inquiétudes et leurs conditions de travail souvent très difficiles.

Pas plus tard que la semaine dernière, à l'occasion de la canicule qui a frappé notre pays, je me suis rendue dans le Gard, à Lunel.

Là-bas, sous une chaleur de plomb, j'ai rencontré deux aides-soignantes, Sylvie et Marine, dans un Service de soins infirmiers à domicile.

Il y a des rencontres qui marquent, voire qui bouleversent, et je peux vous dire que celle-là en fait partie.

Dans des conditions extrêmes, et vous avez en mémoire les températures enregistrées la semaine dernière, ces femmes prodiguaient les soins à une personne âgée ayant perdu en grande partie son autonomie : elles les prodiguaient pourtant avec la même attention et avec une humanité remarquable.

Ces exemples ne sont que des exemples, mais ils renforcent ma détermination à valoriser ces métiers, à valoriser les métiers du grand âge et de la perte d'autonomie, et j'y reviendrai.

En définitive, le calendrier tel qu'il a été fixé, c'est bien celui d'une grande loi qui doit nous permettre de faire face au choc démographique à venir.

Ce sont en effet des données simples, que nous devons tous avoir en tête, je crois. En 2050, près de 5 millions de Français auront plus de 85 ans ; le nombre d'aînés en perte d'autonomie aura presque doublé par rapport à aujourd'hui.

Pour nous permettre collectivement de faire face à ce véritable choc, nous passerons par un projet de loi présenté à la fin de l'année, qui devra fixer à la fois les grands déterminants de l'offre de demain, la gouvernance et le financement qui y seront associés.

Nous bâtissons bien une couverture du risque de perte d'autonomie lié à l'âge, financé par la solidarité nationale. Cela ne veut pas dire que l'assurance privée complémentaire n'aura aucune place dans le système de demain. Mais le socle de la couverture de ce risque, je le répète, ce socle existera et il sera public.

Vous connaissez les grandes orientations qui structurent le futur projet de loi. C'est d'abord la priorité au maintien à domicile, que souhaite la majorité des Français.

Ce virage domiciliaire, nous l'appelons de nos vœux depuis si longtemps. Et des étapes ont été franchies pour le faciliter, notamment par la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Nous devons penser plus loin ; de façon plus ambitieuse.

Et je crois que je ne vous apprends rien, à vous qui êtes ici aujourd'hui. Car l'objectif de votre journée de travail, c'est justement de penser des réorganisations, des transformations des modes de travail qui changeront le quotidien des professionnels, des aînés, des aidants.

Nous devons créer des réflexes de prévention, pour repousser au maximum la perte d'autonomie et permettre le maintien à domicile.

Cela passera par de l'information sur les comportements de santé, évidemment : je veux que chacun sache comment préserver son autonomie le plus longtemps possible, en adaptant les bons comportements très tôt. Diffuser ces comportements, vous savez que c'est, dans toutes mes actions, une priorité absolue.

La transformation des modes de vie et des comportements à la perspective du vieillissement, c'est bien cela, la révolution qu'il nous faut mener.

Cela passera aussi par un réflexe d'aménagement des logements.

Avec Julien Denormandie, nous mettrons en œuvre un programme ambitieux d'adaptation simple des logements, parce que des équipements élémentaires peuvent éviter des chutes aux conséquences parfois très graves sur l'autonomie.

Pour créer ces réflexes, nous utiliserons les bons leviers de sensibilisation, et je pense en particulier au rendez-vous de prévention lors du passage à la retraite, qui est en train de se développer.

Et ces réflexes, nous devons aussi les avoir à l'échelle de l'organisation de la vie sociale toute entière. Ce sont nos espaces urbains, nos équipements, nos transports, qui devront permettre demain permettre à un maximum de nos concitoyens de rester autonomes.

Pour que ceux qui le souhaitent restent chez eux le plus longtemps possible, nous devons aussi accompagner les transformations des services à domicile.

Les services à domicile de demain devront être davantage :

- Polyvalents, à travers la promotion de modèles intégrés de tous les types de soins et d'aide à domicile, tarifés pour prendre en compte les temps de coordination et de formation, qui sont indispensables.
- Ils devront être adaptés aux besoins de la personne, en intégrant notamment des actions de prévention de la perte d'autonomie, ainsi que la capacité à intervenir dans des organisations plus souples, modulaires, mutualisées, pour répondre aux aspirations des personnes âgées.

P.34 | Les actes de la journée nationale :

Transformations organisationnelles et secteur médico-social

- Les services à domicile doivent pouvoir mieux se coordonner avec l'environnement de la personne âgée : avec les proches aidants, avec les professionnels de santé et avec les intervenants associatifs, chaque fois que c'est pertinent.
- Les services à domicile devront aussi être plus valorisants et capables de mieux fidéliser les professionnels, grâce à une organisation repensée, et je sais que vous évoquez des pistes très intéressantes aujourd'hui pour avancer dans ce sens.

Un travail en profondeur sur les conditions de travail et les perspectives d'emploi doit être mené. C'est l'une des priorités de la mission que nous installons aujourd'hui, j'y reviendrai dans un instant.

Nous devons aussi mieux soutenir les proches aidants, qui rendent possible le maintien à domicile – nous annoncerons un plan dans ce sens à l'automne avec Sophie Cluzel.

Mais je peux d'ores et déjà vous dire que parmi les axes majeurs de ce plan figurera la conciliation de la vie professionnelle et de la vie de proche aidant.

Pour la faciliter, nous allons créer un congé de proche aidant indemnisé dès la prochaine loi de financement de la sécurité sociale.

C'est une avancée très attendue, qui n'épuise pas par ailleurs les enjeux du soutien aux proches aidants. Je vous donne rendez-vous à l'automne pour l'annonce des autres mesures que nous prendrons.

Bien entendu, il y a des moments, des stades de perte d'autonomie où le maintien à domicile ne sera plus possible.

Nous allons encourager très concrètement les formes pertinentes d'habitat intermédiaire entre le maintien à domicile et l'établissement.

Partir de son domicile ne doit pas, ne doit plus vouloir dire que l'on se déracine, que l'on quitte son « chez-soi ». Nous soutiendrons une offre de lieux de vie qui seront aussi des « chez-soi ».

Cette idée semble simple. Mais je sais qu'elle est partagée. Et c'est souvent avec des idées simples que l'on fait des politiques fortes.

Une autre grande orientation du projet de loi, c'est un changement de modèle de l'EHPAD. De plus en plus, les EHPAD prennent en charge les personnes les plus dépendantes. C'est une réalité. Et nous nous sommes adaptés à cette réalité en augmentant le nombre de soignants.

Mais je crois que nous devons engager un changement plus profond du modèle même de l'établissement, pour mieux accompagner ce mouvement de fond.

Ce n'est pas parce que les établissements connaissent ce mouvement qu'ils ne doivent pas être des lieux où les personnes se sentent aussi chez elles ; de vrais lieux de vie, c'est-à-dire, des lieux où il fait bon vivre, synonymes de sérénité pour tous. Des lieux que l'on ne redoute plus.

Ce que nous allons proposer, c'est de poursuivre l'augmentation progressive du nombre de personnels au contact des aînés.

Mais c'est aussi de faire des établissements de véritables lieux d'expertise technique et de soutien aux familles comme aux professionnels.

Bien entendu, nous devons rénover en urgence les établissements qui connaissent des difficultés majeures. C'est un premier niveau de réponse. Un niveau nécessaire, mais pas suffisant.

Nous allons aussi encourager, accompagner, financer des restructurations, pour :

- développer des formes d'accueil plus souples, qu'il s'agisse d'accueil de jour, de nuit, ou d'accueil temporaire pour offrir un répit aux aidants ;
- pour développer aussi des modes d'accueil plus spécialisés, avec des unités renforcées et des espaces aménagés pour les personnes atteintes de troubles du comportement ;
- enfin il faudra développer des solutions de soutien au maintien à domicile, adossées à l'expertise et aux ressources des EHPAD, et c'est tout l'enjeu de l'aménagement de lieux de formation ou d'animation pour les professionnels du territoire et pour les aidants.

Parmi les axes du projet de loi, je voudrais enfin en mentionner un qui me tient à cœur. C'est l'effort qui sera fait pour baisser le reste à charge des personnes qui se sentent ébranlées par la perspective ou la réalité de la perte d'autonomie.

Nous travaillons également à l'élaboration d'une stratégie de promotion de la bientraitance ; et à une feuille de route ambitieuse sur la protection juridique des majeurs, qui sera un levier à part entière et fondamental de la réforme à venir – j'y veillerai.

Je n'irai évidemment pas plus loin sur la réforme « cible », car le temps des annonces à proprement parler est celui qui a été précisé par le Président de la République – une présentation à la fin de l'année. Mais je voulais d'ores et déjà partager avec vous ces grandes orientations.

L'essentiel des mesures sera mis en œuvre progressivement, parce qu'il faut le temps de l'examen parlementaire, le temps de l'organisation.

Mais le Premier ministre l'a bien dit dans son discours de politique générale du 12 juin : nous voulons dès à présent changer de braquet et poser des premiers jalons. Certains changements profonds se préparent là, maintenant, pour que le projet de loi tienne toutes ses promesses à partir de son entrée en vigueur.

Ces premiers jalons seront posés dans le cadre du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Ils seront donc annoncés dans ce calendrier, à l'automne.

Je rappelle les deux sujets sur lesquels le Premier ministre nous a demandé de travailler pour des mesures à mettre en place dès 2020 : le soutien au secteur de l'aide à domicile ; l'investissement dans les établissements prenant en charge des personnes âgées.

Par ailleurs, je veux aussi que nous favorisions dès 2020 une meilleure prise en charge des personnes âgées dans le secteur hospitalier, en cohérence avec la réforme que je mène actuellement sur la santé.

Parmi la population âgée de 80 ans et plus, 2 personnes sur 5 sont hospitalisées chaque année. Ces passages, souvent évitables, accroissent les risques. Je veux que nous puissions y remédier en garantissant, dans chaque territoire, l'existence d'une stratégie de prévention des hospitalisations évitables des personnes âgées.

Des équipes mobiles de gériatrie seront déployées, à terme, à l'échelle de chaque territoire pour intervenir à domicile et en EHPAD, avec pour objectif d'éviter les hospitalisations évitables et garantir le fonctionnement des filières d'admission directe.

Et je voudrais simplement rappeler que nous généralisons le versement de l'actuelle prime d'assistant de soins en gérontologie (ASG) à tous les aides-soignants des EHPAD, en la subordonnant à la réalisation d'une formation sur les spécificités de la prise en charge de la personne âgée, et en levant les verrous inutiles.

C'est un point sur lequel je me suis déjà engagée et auquel je suis très attentive.
[Installation de la mission El-Khomri]

Alors évidemment, cette mesure pour les aides-soignantes est une première étape dans la réflexion globale sur les métiers.

En règle générale, toute la réforme du grand âge ne réussira que si un préalable majeur est rempli : celui de l'attractivité des métiers du grand âge.

Nous y sommes, nous lançons un grand chantier, et j'en suis très heureuse.

Avant de laisser la parole à Myriam EL-KHOMRI, qui entrera dans le détail sur sa méthode, ses priorités, je voudrais simplement vous faire part de 4 messages, qui sont autant de convictions et qui dessinent le cap que nous suivrons :

- La première de ces convictions, je l'ai dit mais je me permets d'insister, c'est que la future réforme du grand âge ne pourra pas réussir sans un travail de fond sur l'attractivité des métiers.

Au total, environ 830 000 ETP travaillent actuellement dans le champ de la perte d'autonomie du grand âge. Du fait de la seule évolution démographique, ce nombre devrait augmenter d'environ 20 % d'ici 2030. Ce besoin d'augmentation sera encore renforcé par les mesures à venir.

Or, nous le savons, ce secteur fait d'ores et déjà l'objet de difficultés de recrutement majeures.

A titre d'exemple, et cela me frappe : entre 2012 et 2017, on a constaté une diminution de 25 % du nombre de candidatures aux concours d'entrée des instituts de formation des aides-soignants. Comment ne pas être inquiet ?

Travailler sur l'attractivité des métiers est donc une condition sine qua non de la réussite de toute réforme du grand âge.

- Ma deuxième conviction, c'est que la mission doit travailler à la fois sur l'urgence et sur les métiers de demain.

Il faudra répondre à l'urgence en mobilisant différents leviers sur lesquels Myriam reviendra.

Mais il faudra aussi accompagner la transformation de l'offre de prise en charge de nos aînés que j'évoquais à l'instant.

Les métiers de demain ne seront plus ceux d'aujourd'hui.

Par exemple : nous devons impérativement travailler à la polyvalence des formations et des compétences, pour que les barrières entre les établissements et les services à domicile

tombent ; nous devons permettre à chacun de mieux intégrer la prévention dans les formations comme dans les pratiques.

Quoiqu'il en soit, notre ambition, c'est de redonner du sens aux métiers du grand âge, en répondant à l'aspiration de professionnels qui ont choisi ces métiers parce qu'ils sont profondément humains.

- Notre troisième conviction, c'est qu'il faut donner à cette mission un caractère très opérationnel. Ses résultats seront rendus à l'automne, pour être intégrés dans le projet de loi qui sera présenté à la fin de l'année.

Ce n'est pas une énième mission, une énième concertation. Nous sommes déjà dans l'action.

- Enfin, les recommandations de la mission doivent être suivies dans le temps long. Il est aussi demandé à Myriam EL KHOMRI de proposer un mode d'organisation pérenne pour que le sujet des métiers du grand âge soit mieux piloté, en concertation avec les parties prenantes concernées.

Chère Myriam,

Votre expérience tant professionnelle que politique sont évidemment des atouts majeurs pour cette mission. Vous connaissez parfaitement les problématiques des conditions de travail, que les personnels ont beaucoup évoquées dans la concertation.

Ces sujets vous tiennent très profondément à cœur, je le sais et cela ne m'étonne pas puisqu'il s'agit aussi de justice sociale.

Je sais que nous partageons beaucoup de convictions. Je sais aussi que vous connaissez l'exercice de l'Etat, sa grandeur, sa rigueur, sa complexité. C'est avec une immense confiance que je vous confie cette mission.

Je vous passe à présent la parole. 

Intervention

Myriam EL KHOMRI

Coordinatrice de la mission sur les métiers du grand âge et de l'autonomie



« Madame la Ministre, Mesdames et messieurs, c'est avec émotion et en toute conscience du défi immense que représentent le grand âge et l'autonomie que j'accepte, à titre bénévole, la mission que vous me confiez.

Si les inquiétudes sont nombreuses, les espoirs le sont tout autant, chez les professionnels, les proches aidants et les personnes âgées elles-mêmes. Ils se mesurent au succès de la grande concertation menée par Dominique Libault, moment fort dans l'histoire des politiques sociales de notre pays.

Les chiffres traduisent que le vieillissement de la population ne s'accompagne pas d'un engouement pour les métiers du grand âge. Les structures peinent à recruter et à fidéliser leurs personnels. Les innovations sociales portent cependant leurs fruits sur le terrain. Le choc démographique nous oblige en effet à trouver des solutions. Ces métiers,

majoritairement féminins, sont porteurs, comme métiers du soin et de l'humain, de beaucoup de sens. Les faire évoluer, ainsi que les compétences qu'ils requièrent, est indispensable. Ces métiers doivent permettre aux jeunes qui choisissent de les exercer de s'épanouir et de répondre à leur quête de sens.

L'énergie transmise depuis ce matin montre la passion qui existe dans ce secteur. Ma mission n'est pas censée se substituer à la concertation de l'hiver dernier : elle consiste à transformer en réalités à long terme les idées remontées.

Il faudra d'abord identifier les compétences indispensables pour répondre aux nouveaux besoins. Les services à domicile et établissements de demain devront s'appuyer sur des organisations plus ouvertes et horizontales et des métiers plus polyvalents. De nouvelles formations seront donc nécessaires.

La prévention des risques professionnels et des inaptitudes constitue également un enjeu majeur. En 2016, j'ai porté le plan Santé au travail qui faisait de la prévention un axe prioritaire. Il faut aller beaucoup plus loin dans l'amélioration des conditions de travail de ces métiers. Cela passera par la réorganisation de l'aide à domicile afin d'y développer les parcours professionnels, les perspectives de carrière et les rémunérations associées. D'autres secteurs ont réussi à recruter grâce à des campagnes de communication fortes et répétées dans la durée. Nous devons donner envie, et nous remettons des recommandations en ce sens dès la mi-octobre.

Je m'appuierai sur une équipe resserrée, représentative de tous les secteurs, et constituée de professionnels de terrain. Nous verrons également par quels moyens nous pourrions recueillir rapidement les attentes et besoins de chacun d'eux. Cette mission s'appuiera exclusivement sur les expériences vécues. La concertation et le rapport ont révélé l'intérêt d'une plateforme de coopération de l'ensemble des acteurs du secteur, pour définir de manière globale et structurée notre politique du grand âge de demain.

Un plan de mobilisation national en faveur des métiers du grand âge sera lancé le 15 octobre prochain, avec des propositions concrètes, accompagnées de leurs modalités et d'un calendrier de mise en œuvre. Vous pouvez compter sur ma détermination, pour rendre de l'attractivité aux métiers du grand âge. C'est garantir un lien entre les générations. Nous devons beaucoup à nos aînés, comme à ceux qui les accompagnent au quotidien. Nous devons réussir à prendre soin de ceux qui prennent soin de nos aînés.

Je vous remercie.



Mieux répondre aux attentes des professionnels

Partage d'expériences



Gaël HILLERET

J'invite maintenant les représentants d'ALENVI, société de maintien à domicile, à me rejoindre sur scène.

IV. Promouvoir une collaboration vertueuse

Gaël HILLERET

Vous avez fondé ALENVI en 2016, en vous inspirant de Buurtzorg, l'expérience hollandaise déjà évoquée.

Thibault DE SAINT BLANCARD, cofondateur d'ALENVI

J'ai en effet créé ALENVI en 2016 avec deux amis. Ne venant pas du milieu médico-social, nous avons commencé par rencontrer une trentaine d'auxiliaires de vie. Elles nous ont confirmé leur frustration de n'être pas suffisamment valorisées ni payées. Nous avons trouvé incroyable qu'un métier aussi noble génère autant de souffrance.

Nous avons cherché à adapter le modèle de Buurtzorg, en mettant en place des équipes autonomes « d'auxiliaires d'envie », comme nous les appelons à ALENVI. Le principe est que les auxiliaires elles-mêmes assurent leur propre coordination.

Dans ce métier, les actes sont un prétexte à créer du lien. Or, les diplômés n'apportent généralement de formation qu'aux actes, et aucunement à l'aspect humain du métier. Des formations supplémentaires à cet égard ont donc été mises en place. Enfin, des outils technologiques ont également été à disposition au service du métier.

Alison HERBRETEAU, coach

Je suis coach à ALENVI depuis 1 an et demi. J'étais auparavant responsable de secteur dans un service d'aide à domicile plus classique. J'étais alors un contrôlant. Je décidais de tout pour les auxiliaires de vie. Nous recevions les appels, et je me rendais au domicile de la personne âgée pour évaluer ses besoins, alors que je ne dispose pas de formation de soignante. Je gérais ensuite les plannings de 70 auxiliaires de vie. J'avais souhaité travailler dans le social et je me retrouvais à courir sans cesse contre les retards et les arrêts de travail de mes auxiliaires de vie, en devant m'opposer régulièrement à leur qualité de vie personnelle. Autant je sais très bien jouer avec les plannings, autant je ne sais pas bien prendre en compte les besoins des bénéficiaires.

En tant que coach, j'interviens davantage comme facilitateur : j'aide à l'autonomie des auxiliaires de vie, qui réalisent elles-mêmes les premières visites. Je leur fais donc confiance pour effectuer leur travail, en les aidant à monter en compétence. Les auxiliaires préfèrent travailler en autonomie, car elles concilient mieux ainsi leurs vies personnelles et professionnelles. Elles sont en contact direct avec les bénéficiaires, dont elles assurent la gestion complète.

Je subissais auparavant le cadre imposé par ma direction, dans une structure pyramidale classique, nécessitant de nombreux reportings, qui font souvent oublier l'essentiel et les remontées du terrain.

Le cadre autogéré proposé à ALENVI est co-construit, avec un comité de gouvernance partagé, comprenant une auxiliaire représentante de chaque équipe, dont les besoins sont ainsi pris en compte. En responsabilisant ainsi les auxiliaires, elles sont davantage mobilisées, et leur accompagnement gagne en qualité.

Mon poste actuel comprend une dimension individuelle et collective. Passant moins de temps sur les plannings, j'en passe davantage avec les auxiliaires. Dans une structure autogérée, l'objectif des auxiliaires est de bien s'occuper des bénéficiaires. En tant que fonction support, mon rôle est quant à moi de m'occuper des auxiliaires. Les décisions sont plus longues dans un tel modèle, mais sont plus réfléchies et émanent réellement du terrain. Les métiers des uns et des autres se complètent sans redondance et sans stress de contrôle.

Fabienne BARBOZA, auxiliaire d'envie

J'exerce dans l'Ouest parisien auprès de personnes autonomes à dépendantes. J'ai rencontré ALENVI en 2017. L'accueil y est familial. Lors de journée d'intégration, une « marraine » présente la charte d'ALENVI. On se sent chez soi.

Nous organisons nous-mêmes nos plannings de visite, après avoir rencontré les bénéficiaires. Des réunions d'équipe ont lieu tous les 15 jours, contre 2 fois par an là où je travaillais auparavant. Le planning est géré en autonomie, car nous connaissons les contraintes des bénéficiaires, comme de nos collègues. Nous savons quels profils correspondent le mieux à quels bénéficiaires.

Des heures de prospection nous permettent également de rencontrer des partenaires pour nous faire connaître et recruter nous-mêmes nos futurs collègues, que nous accueillons si leurs profils correspondent. Nous rencontrons régulièrement les bénéficiaires pour savoir ce qu'ils pensent de l'accompagnement qui leur est proposé.

Je n'y suis pas seulement une salariée, mais un être humain avant tout, dont les états d'âme sont pris en compte par mon coach. Je vais au travail parce que je m'y sens épanouie. Tout le monde ne peut cependant pas travailler en autonomie.

Les 35 heures de travail à domicile sont difficiles également, mais la sectorisation constitue un réel soutien à cet égard, car elle évite les déplacements épuisants. Ailleurs, les plans d'aide APA d'une demi-heure sont eux aussi épuisants : ils obligent à travailler dans le

stress, parfois à une heure de transport de chez soi. A ALENVI, nous militons pour effectuer des interventions de 2 heures, afin de créer ce lien humain qui constitue bien l'essentiel de notre travail.

Enfin, j'espère que la paye augmentera pour toutes les auxiliaires. Pour l'instant, elle est de 15 % supérieure à la convention collective à ALENVI. J'espère que ce sera bien davantage ultérieurement. Les vacances par exemple ne sont pas imposées, ni notre manière de travailler : on nous aide seulement à l'améliorer le cas échéant.

Thibault DE SAINT BLANCARD

Nous souhaitons lire le témoignage d'un bénéficiaire, qui n'a pas pu se déplacer.

Fabienne BARBOZA

Voici ce qu'écrit Monsieur Delivet.

« Victime d'une fracture du fémur en mai 2017, j'ai été opéré aux urgences de chirurgie orthopédique du CHU Pitié Salpêtrière. Cette intervention impliquait l'interdiction de solliciter la jambe concernée pendant 3 mois, me privant ainsi de toute mobilité et autonomie pendant cette période. C'est en raison de cette absence d'autonomie que nous avons eu recours, ma femme et moi, aux services d'Alenvi, pour une aide personnelle à notre domicile. Le jour même de mon retour, j'ai eu la visite d'une auxiliaire qui allait être « la référente » des auxiliaires de vie assurant les prestations de services dont j'étais le bénéficiaire. Nous avons eu une longue conversation permettant de faire un tour d'horizon complet de ma situation. Cette prise de contact de grande qualité m'a permis d'envisager avec confiance mon rétablissement. Je bénéficiais 2 fois par jour pendant 1 mois, dans la matinée et en fin d'après-midi, de l'intervention d'une auxiliaire de vie pour m'aider au lever, à la toilette, à m'habiller et, le soir, à me coucher.

Ces interventions 7 jours sur 7 s'effectuaient avec une grande ponctualité et sans la moindre interruption pendant 4 mois et m'ont permis de retrouver une autonomie suffisante dans des bonnes conditions.

L'équipe intervenant à mon domicile était constituée de 4 auxiliaires, 3 autres sont intervenues de manière épisodiques.

Le rôle principal étant animé par l'auxiliaire référente, très compétente et dynamique, qui en assurait la coordination et était garante de son bon fonctionnement.

Elle avait constitué une équipe homogène et solidaire, très motivée pour m'apporter l'aide nécessaire pour mon état.

De ce fait, nos relations furent de grande qualité, à tel point qu'au terme de mon contrat avec Alenvi elles m'ont fait la surprise de leur visite collective à notre domicile qui nous a profondément touché, ma femme et moi.

En conclusion, je peux témoigner du bien-fondé du système mise en place par Alenvi. Il privilégie le travail en équipe des auxiliaires de vie avec un référent qui assure le bon fonctionnement et la coordination. Cette méthode est efficace car elle valorise le travail des auxiliaires de vie, favorise leur motivation et donne au bénéficiaire qui est privé d'autonomie, et donc en souffrance, une rare et très appréciable tranquillité d'esprit car au-delà des prestations matérielles, une place importante est faite à la qualité des relations humaines »

Une intervenante

Comment se prennent les décisions lors des réunions du comité de gouvernance ?

Fabienne BARBOZA

Elles sont prises par un vote sur une proposition de décision. Chaque représentant d'équipe reçoit les questions auparavant, et les présente à son équipe, qui y répond. C'est cette réponse collective qui est apportée en réunion.

Thibault DE SAINT BLANCARD

Nous appliquons la méthode du consensus. En cas de désaccord, il faut simplement en expliquer les motifs et indiquer si le désaccord est réellement bloquant ou non.

Une intervenante

ALENVI propose-t-elle des formations particulières sur la manière de se comporter avec les bénéficiaires, etc. ?

Fabienne BARBOZA

Une neuropsychologue et les auxiliaires elles-mêmes proposent en effet régulièrement de telles formations.

Thibault DE SAINT BLANCARD

Nous avons cherché à adapter les formats des formations à la vie des auxiliaires, en retenant plutôt des formations en continu, assez courtes, de 10 à 15 heures, avec des parties en présentiel d'une demi-journée et des parties en e-learning, qui pourront ensuite être immédiatement mises en pratique. Une équipe de 6 à 8 personnes à ALENVI rassemble une quantité considérable de compétences. Vendredi dernier, par exemple, une auxiliaire a formé 5 à 6 auxiliaires aux techniques de yoga qu'elle utilise pour créer du lien avec ses bénéficiaires.

Un intervenant

Vous avez parlé de temps libres dédiés à la prospection. En profitez-vous pour rechercher d'autres manières de travailler, des pratiques inspirantes, etc. ?

Fabienne BARBOZA

Nous réalisons des « vis ma vie », de sorte que les fonctions support et les auxiliaires se remplacent les unes les autres ponctuellement.

Alison HERBRETEAU

Les auxiliaires disposent de 15 % de temps de travail interne, durant lequel nous mettons en place des ateliers Utilisation des réseaux sociaux, etc.

Thibault DE SAINT BLANCARD

Le temps de prospection nous permet d'échanger des informations précieuses, par exemple avec un bénéficiaire travaillant en accueil de jour.

Une intervenante, directrice des services d'intervention d'une structure associative d'aide à domicile dans l'Est de la France

Les prescripteurs nous imposent des interventions d'une demi-heure. 2 heures d'intervention reviennent beaucoup plus cher.

De même, notre convention collective impose aux auxiliaires de travailler un week-end sur 4. Enfin, comment les 15 % de temps de travail en interne sont-ils financés ?

Fabienne BARBOZA

ALENNI milite pour les 2 heures d'intervention, qui ne sont cependant pas obligatoires. Il faut militer contre les plans d'aide d'une demi-heure, qui finiront par faire disparaître le métier d'auxiliaire de vie.

Nous ne dépassons pas 9 heures par semaine chez les bénéficiaires, et 8 heures pour les bénéficiaires en situation de précarité.

Thibault DE SAINT BLANCARD

Nous refusons en effet de réaliser des interventions de moins d'une heure. Nous ne sommes pas les seuls.

Notre modèle économique inclut des coûts fixes plus faibles qu'une structure classique, grâce à des outils beaucoup plus souples, ce qui permet de davantage rémunérer les auxiliaires et de prévoir des tarifs sociaux pour les bénéficiaires.

Avec Guillaume, créateur du collectif Humain d'abord, nous accompagnons une dizaine de structures à se transformer.

Une intervenante

Disposez-vous d'instances de représentation du personnel ? Dans ce cas, qu'y reste-t-il à discuter dans votre modèle de gouvernance ?

Fabienne BARBOZA

Notre système d'organisation ne convient pas à tout le monde. Certaines personnes préfèrent que des plannings au mois leur soient fournis à l'avance. Tous n'ont pas non plus envie de discuter avec leurs collègues deux fois par semaine. Les discussions sont nombreuses également sur Messenger. La rémunération enfin constitue une limite pour certaines personnes.

Alison HERBRETEAU

Nos effectifs ne sont pas très nombreux, et nous n'avons que deux représentants du personnel. Le comité de gouvernance partagé évite les situations de conflit avec la Direction. Les représentants du personnel traitent surtout les conflits au sein des équipes et les situations difficiles avec les bénéficiaires.

Thibault DE SAINT BLANCARD

Notre raison d'être commune est de contribuer à l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées. C'est pourquoi nous traitons les difficultés ensemble.

V. Améliorer la QVT et la qualité de service, Centre hospitalier CNP – Projet OpTEAMisme



Sébastien RETIF, cadre de santé

Avec Sophie, nous avons tous les deux pris nos postes sur ce centre hospitalier en 2015, dans une situation critique où 1 agent sur 3 était en arrêt de travail, sans remplacement possible, ou avec des agents en contrat de remplacement qui démissionnaient. Lors de l'entretien annuel professionnel, les professionnels témoignaient d'un manque de reconnaissance et d'une perte de sens : ils arrivaient au travail avec la boule au ventre et pleuraient en rentrant.

Sophie D'ASTIER DE LA VIGERIE, cadre de santé

Face à cette situation, nous avons dû interroger nos pratiques managériales. C'est ainsi que nous avons co-construit le programme OpTEAMisme, articulé autour de 5 axes.

1. Bien-être santé et sécurité au travail

Sébastien RETIF

Sur ce premier axe, nous avons d'abord fait passer un questionnaire aux agents.

Nous avons ensuite ciblé prioritairement les agents de nuit, qui avaient indiqué dans les questionnaires qu'ils savaient que le travail de nuit nuisait à leur santé. Nous avons fait intervenir un naturopathe pour expliquer comment prendre soin de soi en travail de nuit. Le succès de cette intervention a incité à l'étendre aux équipes de jours, puis à faire venir un relaxologue et un professeur de yoga.

2. Pratiques managériales

Sophie D'ASTIER DE LA VIGERIE

En collaboration avec les agents, nous rédigeons actuellement un « manifeste du bien travailler ensemble » ; et révisons les trames de planning ainsi que les fiches de tâches, qui faisaient l'objet de nombreuses réclamations des agents.

Sébastien RETIF

Certaines attentes des agents, comme travailler le lundi après avoir travaillé le week-end par souci de bonne transmission, ne pouvaient pas facilement être anticipées.

Dans mon unité, l'équipe infirmière travaillait de même en USLP et en EHPAD avec un aller-retour trop régulier, ce qui complexifiait notamment les transmissions. Les agents ont donc demandé des plannings de 3 semaines d'un côté et 3 semaines de l'autre.

Sophie D'ASTIER DE LA VIGERIE

Les agents avaient l'impression de toujours donner plus, sans retour. Une culture du gagnant-gagnant a donc été installée, notamment en cas de retour inopiné d'un agent en arrêt : quel besoin serait-il possible de satisfaire en retour ?

Un cadeau de Noël a été ritualisé également auprès des équipes. A cette fin, nous n'avons pas hésité à démarcher les commerçants de la ville pour obtenir des bons cadeaux, etc. Ce geste nous vaut aujourd'hui des retours très positifs.

3. Reconnaissance de la performance au travail

Sébastien RETIF

Nous venons d'un EHPAD public, où, traditionnellement, les agents sont augmentés de 0,25 % avec un impact relatif sur les primes, etc. Nous avons rédigé un rapport justifiant une augmentation de 0,5 % pour les agents les plus engagés dans les soins.

D'une manière générale, nous cherchons à davantage valoriser le travail des équipes au quotidien, que ce soit à l'oral ou par la transmission des lettres de remerciement des bénéficiaires, qui sont rassemblées dans un livre d'or, etc.

Sophie D'ASTIER DE LA VIGERIE

Les cadres de proximité ont un rôle de contrôle qui ne doit pas faire oublier la reconnaissance du travail bien fait.

Sébastien RETIF

Les sciences cognitives montrent que les messages négatifs sont plus difficiles à intégrer. Nous avons cherché à appliquer cette leçon en faisant par exemple passer des messages positifs d'encouragement au lavage des mains, accompagnés de la venue d'une manucure. Cette expérimentation a reçu un prix FHF qualité hospitalisation des soins 2018. Elle sera renouvelée pour inciter les agents à prendre soin de leur dos.

4. Préoccupation de l'environnement de travail

Sophie D'ASTIER DE LA VIGERIE

Nous travaillons mieux dans un bel environnement, qui n'est pas sans rapport avec l'envie de produire quelque chose de beau. Une priorisation des investissements a été nécessaire à cet égard, en faveur de chaises de pesées, lèves-personnes, etc.

Travailler en EHPAD est moins valorisé socialement que travailler en réadaptation pédiatrique. Pour assurer une fierté au travail, le renouvellement du mobilier, etc., est utile, en y faisant participer les agents.

5. Donner du sens à ce que l'on fait

Sébastien RETIF

80 % de nos agents ont reçu une formation à la philosophie de soin « l'humanité », très en lien avec les valeurs soignantes classiques. Cette formation a donc reçu un écho très favorable dans l'équipe.

Les mobilités ont été encouragées vers d'autres unités.

Sophie D'ASTIER DE LA VIGERIE

Certains soignants de l'EHPAD avaient témoigné croire ne plus pouvoir en partir faute de pouvoir être remplacés. Il a fallu lutter contre cette croyance démotivante.

Sébastien RETIF

Les projets infirmiers, voire cadres de santé, des aides-soignantes ont également été encouragés.

Les aides-soignants ont également témoigné à l'encontre de la multiplication des réunions inutiles et contradictoires. Nous avons donc mis en place une méthodologie spécifique, que nous avons appelée « ateliers d'équipe », réunissant différents corps de métier. Chaque atelier d'équipe porte sur un problème, et aboutit à un relevé de conclusion, qui est ensuite affiché dans le service. A J+10 de l'affichage, cette conclusion est considérée comme définitivement actée.

Ces ateliers ont également permis de développer une formation continue appuyée sur les compétences présentes au sein de l'équipe. Nos infirmières ont par exemple bénéficié de la formation d'une association à l'accueil de patients en dialyse péritonéale.

Lors de l'état des lieux réalisé auprès des aides-soignants, c'est le manque de qualité de l'accueil des résidents de l'EHPAD qui a été souligné. Un cadeau de bienvenue a donc été mis en place, avec un pack de produits de soin du corps (savon, baume à lèvres, etc.).

Sophie D'ASTIER DE LA VIGERIE

Cette mesure très simple participe à la fierté des agents concernant la qualité de l'accueil.

Depuis la mise en place de ce programme, le pourcentage d'absentéisme a diminué de 5 % sur le service le plus concerné par cette problématique.

L'attractivité de l'unité a été renforcée. Des candidatures spontanées ont été reçues et certains agents ont exprimé le souhait d'y rester.

Les ateliers d'équipe et la présence du cadre aux transmissions ont montré que l'équipe s'interrogeait de plus en plus sur les pratiques professionnelles et l'éthique. Ils ont instauré

un lien de bienveillance réciproque. Lors des entretiens professionnels, certains agents assurent désormais avoir enfin retrouvé du sens dans leur pratique professionnelle.

Sébastien RETIF

La prescription de somnifères, de neuroleptiques, etc., dans nos unités a diminué en corrélation avec la mise en œuvre du programme OpTEAMisme.

Les manifestations anxieuses et les troubles du comportement des patients accueillis ont clairement diminué également.

Cette expérimentation a commencé en 2015. Nous obtenons seulement les premiers résultats. Néanmoins, l'idée de généraliser cette expérimentation ne va pas encore de soi. Les prix que nous avons obtenus (sur la reconnaissance au travail, remis par le professeur Colombat) ont cependant commencé à faciliter ce travail. Nous avons ainsi pu répondre à des appels à projets, qui nous ont permis d'obtenir des fonds supplémentaires, pour réaliser davantage de lien et asseoir davantage notre démarche initiale, engagée d'abord de manière purement empirique.

Une intervenante, UNIOPSS

Avez-vous pensé à intégrer les patients et les familles aux formations continues que vous avez mises en place ? C'est très utile pour revaloriser les pratiques et rendre du sens à ces métiers.

Sébastien RETIF

Nos formations ont d'abord porté sur les pratiques soignantes. Nous savons cependant combien l'expérience des patients est utile dans le cadre des formations, et nous tiendrons compte de votre suggestion.

Une intervenante

Le métier de cadres de santé au sein des EHPAD est nouveau dans les petites structures. Votre projet est très intéressant : avez-vous pensé à le présenter également dans les écoles de cadres ? Tous les points que vous abordez sont de bon sens, ce qui ne s'apprend pas nécessairement à l'école, mais ils pourraient faire l'objet de formations.

Sébastien RETIF

Il faut distinguer trois types de cadres, dont les pratiques et méthodes sont très différentes : les cadres formateurs, les cadres dans le secteur sanitaire et les cadres dans le secteur médico-social.

Pour la première fois, nous sommes intervenus le mois dernier à l'IFCS de Tours, historiquement très en avance sur l'organisation participative.

Nous pourrions conceptualiser davantage notre méthode.

Nous avons également développé de nombreuses pratiques concrètes. En cas de besoin de renfort urgent suite à un arrêt de travail, par exemple, nous n'appelons pas les agents, mais leur envoyons des SMS, pour ne pas réveiller leur famille. Au début, les syndicats ont eu beaucoup de mal à l'admettre.

Sophie D'ASTIER DE LA VIGERIE

Il est également plus facile aux agents de répondre négativement à un SMS en cas d'absence de disponibilité. Enfin, les agents qui ne décrochent pas leur téléphone lorsque l'hôpital les appelle lisent du moins les SMS qui leur sont envoyés. Les formes sont mises dans la rédaction des SMS et une réponse est envoyée également en cas de refus. La fois suivante, les agents répondent ainsi plus rapidement.

Une intervenante

Le recours à des prestataires sur appel à projets n'est pas pérenne. Comment faites-vous donc pour pérenniser vos méthodes ?

Sébastien RETIF

Tout ce qui est lié aux pratiques managériales ou aux comités de décision ne coûte rien.

Les praticiens qui cherchent à faire connaître leur discipline (naturopathes, etc.) acceptent souvent d'intervenir gracieusement, estimant qu'ils peuvent ainsi développer leur réseau de clients. La Direction régionale de promotion de la santé de la MNH finance l'inscription aux cours d'initiation au yoga, et le CGOS subventionne en partie les cours hebdomadaires par la suite. Plusieurs petites enveloppes sont ainsi à aller chercher.

Les interventions sur appel à projets sont quant à elles clairement ponctuelles. Des financements sur trois ans peuvent cependant être trouvés.

Sophie D'ASTIER DE LA VIGERIE

Ces interventions de prestataires plaisent aux professionnels, mais ce qui leur plaît le plus est la reconnaissance. Nous devons prendre soin de nos équipes pour garantir la qualité du soin apporté aux patients.

Gaël HILLERET

Je vous remercie, ainsi que tous les intervenants de cette journée et l'équipe de la DGCS qui l'a organisée. Nous avons vécu une journée extrêmement riche. Nous retrouverons demain nos organisations respectives et nos collègues, en espérant que nous pourrions y mettre en place de nouvelles approches.



Conclusion de la journée

Jean-Philippe VINQUANT

Directeur général de la cohésion sociale



« Je remercie également Gaël Hilleret, qui a accepté d'animer cette journée. Nous devons communiquer maintenant sur le fait qu'il est possible de faire progresser nos organisations au sein même de notre cadre actuel, même si des réformes de grande ampleur pourront sans doute libérer les énergies de manière plus franche.

Cette journée a été très dense, et riche, puisque c'est le moment qu'a choisi Agnès Buzyn pour installer officiellement la mission sur les métiers du grand âge et de l'autonomie qu'elle a confiée à Myriam El Khomri. Cela montre que nous avons eu raison d'organiser cette journée.

La réflexion sur les innovations au sein du secteur médico-social n'est pas susceptible de remplacer la question du financement adéquat des services que nous cherchons à rendre. L'attention aux personnes et aux personnels doit néanmoins se poser en

parallèle.

Henri Verdier, lorsqu'il dirigeait la Direction de l'innovation et des systèmes d'information, avait coutume de dire : « ne cherchez pas des innovations, cherchez des innovateurs ». De nombreuses actions sont déjà nées des réflexions de terrain sur les organisations et les pratiques managériales, et nous n'avons fait que vous inviter à les porter à notre connaissance.

Nous rédigerons une synthèse des projets et interventions présentés aujourd'hui. Cette journée ayant été filmée, nous tâcherons également de la mettre en ligne.

Je vous souhaite une bonne fin de journée et vous félicite pour cette journée très réussie. »



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ