

# ATELIER METIERS - Rapport définitif

## Co-présidence

Co-présidente : Mme Alice Casagrande, directrice de la formation et de la vie associative, FEHAP

Co-président : M. Mathias Albertone, sous-directeur des ressources humaines du système de santé, DGOS

Rapporteuse : Mme Nelly Jousset-Antiphon, cheffe du bureau de l'emploi et de la politique salariale, DGCS

Cet atelier s'est tenu dans un esprit extrêmement participatif, avec la volonté partagée de construire une réponse adaptée au sujet des métiers des professionnels qui apportent un soutien quotidien aux personnes en perte d'autonomie. Les deux co-présidents et la rapporteure remercient vivement les participants de leur contribution active qui a permis que les travaux ne se réduisent pas à des affirmations de principe généreuses, mais s'attachent à dégager des pistes opérationnelles. Ils remercient également tous ceux, qui par leurs réflexions et contributions lors d'échanges informels, ont apporté une aide précieuse au présent rapport.

**Guide de lecture** : le présent rapport étant destiné à être intégré dans une vision d'ensemble, une hiérarchisation des propositions en termes de degré d'urgence ou d'importance n'a pas été jugée utile. En revanche, dix idées qui apparaissent centrales au terme de cette phase de réflexion partagée sont présentées et pour rendre la traduction des propositions la plus opérationnelle possible, un code couleurs est utilisé par la suite. **La couleur bleue** identifie les propositions qui doivent d'abord être portées par la **puissance publique nationale ou territoriale**, la **couleur verte** les propositions qui doivent être portées prioritairement par les **organisations professionnelles et fédérations**, la **couleur rouge** les propositions qui concernent **le corps social dans son ensemble**.

# Dix idées clé de l'atelier métiers

1/ **Les personnes avancées en âge attendent d'être accompagnées en citoyens de plein droit**, à domicile autant que possible, en établissement lorsque cela est nécessaire, mais en étant respectées dans leurs choix de vie et leurs décisions : ceci appelle une transformation des formations et des organisations permettant de centrer les interventions non plus sur la structure (EHPAD ou domicile) mais sur la personne et ses attentes.

2/ **En finir avec une représentation dépréciée des métiers de l'autonomie** est indispensable : des compétences existent et s'expriment dans le secteur, elles méritent d'être mieux reconnues et valorisées.

3/ **La solitude est une difficulté majeure pour les professionnels**, en établissement et surtout à domicile : la régulation et la coordination doivent être prévues et financées, et des dispositifs de mutualisation mis en place pour permettre aux professionnels d'organiser, penser et faire progresser *ensemble* leur action et leur prise de recul sur l'action.

4/ **Accompagner les personnes âgées dans la cité suppose une mobilisation de tous les citoyens** : l'approche professionnelle doit être conçue non pas isolément, mais *en continuité et en résonance* de celle des proches et des autres ressources citoyennes sur les territoires. Les uns et les autres doivent être soutenus, au nom d'une responsabilité collectivement définie et assumée.

5/ **Reconnaître l'utilité sociale des métiers de l'autonomie** ne peut consister uniquement à valoriser les salaires des professionnels, ni à accroître les dotations des structures permettant d'augmenter leurs effectifs : cela exige une *transformation des organisations et des pratiques managériales*, pour que la promotion du sens de ces métiers soit adossée à de véritables modernisations des organisations. Ce qui implique des modalités de tarification cohérentes avec cet objectif.

6/ **Construire un parcours professionnel attractif pour les salariés**, leur permettant notamment de choisir d'exercer dans le secteur de l'accompagnement de la personne âgée sans devoir nécessairement y faire toute leur carrière.

7/ **Les pratiques d'encadrement et de management doivent être cohérentes avec les nouvelles attentes des personnes et des professionnels** et la nécessité de mettre en place des organisations fondées sur l'autonomie professionnelle et la coopération plus que l'autorité hiérarchique s'impose.

8/ **La possibilité de disposer d'un suivi médical de bonne qualité est l'une des conditions pour permettre aux personnes de vivre à leur domicile** aussi longtemps qu'ils le souhaitent. Favoriser l'engagement des étudiants en médecine dans cette discipline, former les médecins déjà en exercice à la gériatrie, et seconder l'exercice de la médecine libérale auprès de ces publics par l'intervention d'infirmières en pratiques avancées ou le soutien des plates-formes territoriales d'appui est nécessaire.

9/ **Les compétences des professionnels de proximité intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie sont un patrimoine précieux pour faire progresser la société toute entière** en compréhension et en capacité de soutenir les personnes avancées en âge. Elles doivent être mobilisées en ce sens.

10/ **C'est moins l'objectif d'augmenter le temps passé auprès de la personne qui est recherché en soi que la densité et la justesse relationnelle de l'intervention professionnelle**. A partir de ce constat, les formations permettant la montée en compétence éthique et en compréhension des enjeux socio-relacionnels de l'intervention auprès de la personne dans le cadre familial, sont complémentaires des dotations nouvelles aux structures leur permettant d'augmenter les effectifs et les salaires.

# Introduction

## Un contexte en évolution qui influe sur les conditions d'exercice des métiers

Plusieurs phénomènes ont fait évoluer ces dernières années les métiers des professionnels qui accompagnent les personnes âgées dépendantes et leur famille :

- Participation et attentes plus importantes des personnes accompagnées et de leurs familles ;
- Alourdissement de la charge en soins des personnes accueillies ou accompagnées et impact de la charge psychique des interventions auprès de personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées vieillissantes (une arrivée en établissement à un âge plus avancé et à un degré de dépendance plus important) ;
- Recomposition du paysage sanitaire et médico-social et développement des accompagnements dans le cadre de parcours qui renforcent les obligations de coordination et de coopération entre professionnels et entre structures ;
- Montée en charge des réglementations et des obligations de suivi de la performance dans un contexte budgétaire contraint.

Plus de 500 000 personnes, correspondant à 430 000 équivalents temps plein, travaillent dans les 10 600 établissements d'hébergement pour personnes âgées (dont 7 400 EHPAD) qui proposent 752 000 places<sup>1</sup>. En dépit des efforts récemment consentis pour les établissements qui ont permis d'augmenter de 11% le nombre de professionnels en fonction dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) entre 2011 et 2015, une pression forte est encore ressentie sur le taux d'encadrement moyen, correspondant au rapport entre le nombre de professionnels en ETP et le nombre de places installées. Ce ratio doit être considéré avec prudence car il agrège des professionnels aux compétences très différentes. Il est toutefois régulièrement mis en avant comme un indicateur de la tension qui pèse sur les professionnels en exercice dans le secteur. Il est passé de 54% à 57% entre 2011 et 2015, tout personnel confondu. Depuis le début de la réforme de la tarification de 1999, les effectifs ont été accrus mais des efforts restent à faire sur certaines professions pour améliorer ce ratio d'encadrement.

380 000 ETP professionnels interviennent par ailleurs à domicile, environ 250 000 ETP dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile et 130 000 ETP pour le soin à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Au total, ce sont près d'un million de professionnels qui exercent dans le secteur de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en établissements et à domicile.

En établissement, le profil des personnes accompagnées a évolué et les droits des personnes accompagnées ont été renforcés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (mesures pour promouvoir le droit à l'information, la liberté d'aller et venir librement, la possibilité de désigner une personne de confiance pour l'aider à faire valoir ses droits et exprimer sa volonté, la participation à son projet d'accueil et d'accompagnement déjà inscrite dans la loi 2002-2). Des mesures ont également été prises pour renforcer la prévention et la lutte contre la maltraitance des adultes vulnérables (une stratégie de lutte contre la maltraitance des personnes âgées engagée qui se traduira par l'élaboration d'un plan d'actions alimenté par les préconisations de la « note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie » remise en janvier 2019 ; les recommandations de bonnes pratiques professionnelles produites et diffusées par la Haute Autorité de santé (HAS) ; des actions pour encourager une « culture du signalement », l'obligation de signaler les événements indésirables ; les contrôles effectués par les ARS ; le numéro national 3977 qui permet de faire part d'une situation de maltraitance).

**Les exigences des personnes** se font de mieux en mieux entendre et il convient de **permettre aux professionnels de leur répondre au mieux**, et notamment de leur permettre de rester à leur domicile, dans leur environnement, et de conserver le plus longtemps possible leur mode de vie et l'expression de leur choix dans la dignité. La question des métiers et de l'exercice professionnel engage donc immédiatement, au-delà des individus ou des équipes dont ils

---

<sup>1</sup> Source : Enquête EHPA 2015, DREES

font partie, les modalités de management, les organisations de travail et les systèmes de tarification qui les sous-tendent.

**Dans ce contexte en mutation, des signaux d'alerte, des difficultés rencontrées par le secteur se sont récemment multipliés, ils ne peuvent être ignorés : déficit d'attractivité, difficultés de recrutement, augmentation de l'absentéisme, sinistralité élevée, taux de rotation important, ressenti fréquemment exprimé d'une « perte de sens » et d'un vécu « d'isolement » exprimé par certains professionnels face à la complexité et au manque de temps relationnel, couverture médiatique dévalorisante concernant l'accueil et l'exercice professionnel en EHPAD.**

Près de la moitié des structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes déclarent rencontrer des difficultés de recrutement selon l'enquête de la DREES de juin 2018, entraînant dans 63% des établissements la présence de postes non pourvus depuis 6 mois (toutes professions confondues) avec des variations selon le statut juridique et l'implantation de l'établissement. Les EHPAD privés sont les plus concernés : un sur deux est confronté à des difficultés de recrutement, contre 35% pour les EHPAD publics hospitaliers. Par ailleurs, et même si ces difficultés sont en légère baisse depuis 2011, on note notamment que 10% des EHPAD ont un poste de médecin coordonnateur non pourvu depuis plus de 6 mois.

Une étude<sup>2</sup> de Pôle emploi de décembre 2018 relative à l'emploi dans le secteur composite de l'action sociale (qui regroupe les secteurs de l'action sociale sans hébergement et de l'hébergement médico-social et social), secteur qui représente 6,7 % dans l'emploi salarié du secteur privé non agricole avec 1,2 million de salariés qui travaillent dans un établissement du secteur de l'action sociale, met en évidence que le nombre d'emplois dans le secteur de l'action sociale a progressé fortement sur la période 2005-2017 (plus de 40%), dont +30% dans le domaine des aides à domicile et + 41% dans celui des personnes âgées. L'étude rappelle que l'emploi dans le domaine des personnes âgées est fortement féminisé (95,4%) et compte près de 40 % de ses salariés au-dessus de 50 ans. En dehors de cela, 40% des effectifs sont des aides à domicile, les assistants de service social ne comptent que pour 6 % des effectifs et les aides médico-psychologiques (AMP) pour 4 %. Il est à noter les aides médico-psychologiques (qui exercent dans des structures d'hébergement de personnes handicapés ou d'hébergement médicalisés de personnes âgées) sont classées par Pôle emploi dans la famille professionnelle des aides-soignants, pour lesquels les employeurs rencontrent des difficultés de recrutement (54% de difficultés de recrutement anticipées en 2018 pour l'ensemble du secteur de l'action sociale, ces difficultés s'élevant à 58% pour le domaine en charge des personnes âgées). Pour les aides à domicile, les projets de recrutement sont plus souvent jugés difficiles pour les employeurs que dans l'ensemble des métiers (77% contre 44% en 2018).

France Stratégie et la DARES ont réalisé un exercice de prospective des métiers et qualifications. Alors que le nombre d'aides à domicile a triplé en vingt ans la hausse devrait rester soutenue, même si le rythme de croissance s'atténue. Le vieillissement de la population stimule en effet la demande de services et engendre des besoins croissants en matière de soins et d'accompagnement de la dépendance, tandis que les possibilités de prise en charge par les familles tendent à se réduire dans un contexte de hausse du taux d'activité des femmes après 45 ans et d'érosion des modes de cohabitation traditionnels. La proportion de postes à pourvoir par rapport aux effectifs est particulièrement élevée pour les aides à domicile (5,2 %), impactés à la fois par des créations d'emplois et par de nombreux départs à la retraite. Cette situation risque très probablement d'accroître les tensions sur ces marchés du travail, notamment pour l'aide aux personnes fragiles, le vivier traditionnel de ces métiers (des femmes peu diplômées de 40 ans ou plus) étant amené à se réduire nettement dans les prochaines années.

Les préoccupations relatives à l'attractivité du secteur trouvent également leur origine dans la diminution du nombre de candidatures au concours d'entrée des instituts de formation des aides-soignants (IFAS) qui a baissé de 25 % entre 2012 et 2017. Si le ratio entre le nombre de candidats et le nombre de places offertes est à l'échelle nationale encore supérieur à 1, il peut être inférieur dans certains instituts. L'offre de proximité des formations (483 instituts de formation sur le territoire) demeure toutefois un atout pour une population moins mobile (50% des élèves entrant en formation sont des demandeurs d'emploi). Par ailleurs, le déficit d'attractivité des métiers ne

<sup>2</sup> Source : Eclairages et synthèses sur les métiers de l'Action sociale, Statistiques, études, évaluations, décembre 2018, n°48, Pôle emploi

touche pas que les professions de la filière soignante, paramédicale ou sociale mais également la filière médicale spécialisée en gériatrie, qui se trouve être la deuxième spécialité la moins attractive lors du choix des étudiants accédant au 3ème cycle des études de médecine. Près de 20% des 200 postes offerts au choix en 2018 n'ont pas été pourvus (pour la seule fonction publique, sur les 370 postes de praticiens hospitaliers mis au concours en gériatrie en 2017, 129 postes ont été pourvus).

Enfin, le secteur connaît une sinistralité « Accidents du Travail – Maladies Professionnelles » préoccupante et en augmentation régulière depuis plusieurs années. La fréquence et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles sont pratiquement le triple de celles observées pour l'ensemble des activités avec un absentéisme pour maladie largement supérieur. D'après les chiffres fournis par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'indice de fréquence en 2016 dans les EHPAD a atteint 94 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés alors que la moyenne tous secteurs confondus est de 34. Cet indicateur était de 84 en 2011. L'absentéisme de la population salariée de ces établissements s'élève à près de 14%.

**C'est donc sur le secteur au sens large que s'appliquent actuellement différentes formes de pressions, ce qui impose de le soutenir. La collectivité se trouve devant un double enjeu qui s'apparente à une crise identitaire. La conviction semble en effet partagée par toutes les parties prenantes que les exercices professionnels et les formations doivent évoluer pour s'adapter aux nouveaux besoins de la société et qu'un profond changement de paradigme doit s'opérer pour mieux faire connaître et mieux reconnaître les professions du secteur, au travers notamment de leur utilité sociale. Il s'agit donc travailler collectivement à définir les conditions pour que ce patrimoine inestimable de l'utilité sociale des métiers de l'autonomie redevienne une valeur essentielle dans les systèmes de tarification, d'évaluation, de formation et de management.**

**Cela renvoie à deux types d'enjeux complémentaires.**

**Un enjeu quantitatif :** Apporter une réponse à des besoins croissants et importants en termes d'effectifs, face aux défis du vieillissement de l'ensemble de la population et de l'évolution des personnes en perte d'autonomie, tout en gardant à l'esprit l'extrême variété de ce public, qui connaît des limitations et incapacités fonctionnelles plus ou moins importantes, et peut se voir affecté dans sa capacité de mobilité, de perception, ses capacités cognitives et ses humeurs. Ceci induit des besoins d'aide extrêmement différents dans chaque situation, sans oublier le fait que ces besoins évoluent dans le temps pour chaque personne et ses aidants. Selon les projections démographiques et épidémiologiques, la hausse évaluée du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (1,3 million<sup>3</sup> en 2016, 1,6 million en 2030, 2,45 millions en 2060) devrait se traduire par un besoin *a minima* d'environ 140 000 ETP supplémentaires exerçant dans le secteur d'ici 2030 sur la base d'un taux d'encadrement inchangé en établissement et à domicile<sup>4</sup>. Il convient également de prendre en compte le public spécifique des personnes handicapées vieillissantes qui appelle lui aussi des réponses adaptées.

**Un enjeu qualitatif :** Respecter au mieux le choix de la personne âgée dépendante et de son entourage, en faisant évoluer le management, les pratiques professionnelles et la qualification pour améliorer la qualité de l'accompagnement. Le choix a donc été fait de privilégier dans ces travaux la prise en compte des attentes exprimées concernant la volonté de vivre « chez soi », dans un environnement familier, le plus longtemps possible. Pour poursuivre les premières mesures prises dans le cadre de la feuille de route « grand âge autonomie » annoncée en mai 2018, trois axes ont été identifiés pour apporter des réponses aux problématiques actuelles et futures posées par les métiers, notamment pour « voir et donner à voir les métiers autrement » :

- I. **Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de vivre en citoyens accompagnés le plus longtemps possible où et comme elles le souhaitent**
- II. **Faire évoluer les compétences des professionnels et les organisations pour répondre aux nouveaux besoins d'accompagnement**
- III. **Reconnaître les métiers du grand âge et leur utilité sociale afin de revaloriser leur image et de renforcer leur attractivité**

---

<sup>3</sup> Répartition des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

<sup>4</sup> Sources : DREES, DARES, Insee, Acoess

## SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS DE L'ATELIER METIERS

- I. Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de vivre en citoyens accompagnés où et comme elles le souhaitent
  - A. Des professionnels positionnés pour que leur intervention conforte la citoyenneté
    1. Soutenir l'engagement de tous auprès des aînés pour désenclaver l'intervention professionnelle
    2. Adopter une approche pluridisciplinaire et holistique, tenant compte des déterminants sociaux de la santé, pour préserver l'autonomie des personnes
    3. Renforcer la sensibilisation des responsables de structures et des professionnels les principes directeurs d'un accompagnement respectueux des droits et soucieux de bientraitance : de l'intervention proposée à l'intervention co-construite
  - B. Garantir un accompagnement de qualité pour respecter la volonté de vivre « chez soi » dans la dignité
    1. Articuler les interventions des professionnels pour permettre aux personnes de rester à domicile aussi longtemps que possible
    2. A domicile comme en établissements, installer une nouvelle culture du droit au risque partagée entre les personnes, les familles, les professionnels et les autorités de contrôle
    3. Assurer la continuité de la prise en charge soignante et médicale à domicile afin d'éviter le recours prématuré aux structures d'hébergement et d'hospitalisation
- II. Faire évoluer les compétences des professionnels et les organisations pour répondre aux nouveaux besoins d'accompagnement
  - A. Repenser la répartition et l'articulation des activités des professionnels et leur formation
    1. Intégrer la dimension gérontologie et coordination dans les référentiels d'activité des soignants
    2. Mieux associer le personnel d'accompagnement aux côtés des personnels soignants
    3. Développer la formation d'adaptation à l'emploi d'assistant de soins en gérontologie
    4. Renforcer les fonctions de coordination et le suivi médical en établissement
    5. Permettre aux professionnels d'être en mesure de mieux faire face aux difficultés éthiques de l'accompagnement et du soin et aux enjeux relationnels complexes au sein des familles et mieux déployer les innovations pédagogiques
  - B. Promouvoir les organisations innovantes pour améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité de l'accompagnement
    1. Prendre en compte dans la structure des effectifs et dans la tarification les temps indispensables à un accompagnement personnalisé
    2. Favoriser la mise en œuvre de démarches qui améliorent la qualité de vie au travail
    3. Mieux former et accompagner les cadres intermédiaires et les cadres dirigeants pour moderniser et consolider les pratiques de management du secteur
    4. Diversifier les compétences réunies pour la satisfaction des besoins de la personne, en établissement comme à domicile
    5. Inciter au rapprochement des employeurs pour porter des démarches communes d'accompagnement de leurs personnels et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences territoriale
- III. Reconnaître les métiers du grand âge et leur utilité sociale afin de revaloriser leur image et de renforcer leur attractivité
  - A. Reconnaître l'utilité sociale des métiers du grand âge par une revalorisation salariale cohérente avec l'évolution des modes de tarification et d'organisation
  - B. Proposer une logique de parcours attractif
    1. Développer l'apprentissage et l'alternance
    2. Soigner l'accueil des nouveaux salariés et des stagiaires
    3. Promouvoir et mobiliser les dispositifs d'emploi au sein du secteur de l'accompagnement de la personne âgée dépendante pour qu'il devienne un levier d'emploi
    4. Développer les passerelles entre domicile et établissement et entre tous les métiers de l'autonomie, ainsi que des paliers de responsabilisation
  - C. Diffuser une nouvelle image des métiers pour faire valoir leur sens
    1. Co-construire les outils de l'attractivité avec les partenaires sociaux, mobiliser le plan d'investissement dans les compétences (PIC)
    2. Lancer des actions de communication ciblées pour démentir les préjugés âgistes et les idées reçues sur les métiers

## **I. Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de vivre en citoyens accompagnés là et comme elles le souhaitent**

**« La maison dans la vie de l'homme évince des contingences. Elle multiplie ses conseils de continuité. Sans elle, l'homme serait un être dispersé. La maison maintient l'homme à travers les orages du ciel et les orages de la vie. La maison est corps et âme. Elle est le premier monde de l'être humain. »**

Gaston Bachelard, *La poétique de l'espace*

Les métiers du grand âge et de l'autonomie sont tout comme ceux du handicap affectés par une évolution profonde des attentes sociétales à l'égard des professionnels. Ces attentes portent en particulier sur deux aspects que légitiment et confortent les grands textes juridiques internationaux des dix dernières années :

- La volonté de rester « chez soi » et de vivre en citoyen jusqu'à la fin de sa vie, en disposant des compétences nécessaires pour être assuré de recevoir tous les soins et accompagnements dont on a besoin,
- La possibilité de garder la prise sur son propre destin et rester maître des décisions ordinaires comme exceptionnelles concernant son existence.

Il faut ici entendre par le « chez soi » non pas le domicile stricto sensu, opposé à la structure d'hébergement, mais le fait de disposer d'un espace « de nature à garantir à la fois, au-delà du seul 'couvert' : l'existence d'un espace privatif respectant l'intimité ; la faculté de choisir les éléments fondamentaux de son rythme de vie (au premier rang desquels les heures de lever et de coucher) et l'exercice des libertés du quotidien (choix des repas, des loisirs...) ; l'ouverture à la vie sociale environnante, qui fait la différence entre le fait de seulement 'vivre à une certaine adresse' et celui d'être pleinement habitant dans la cité. »<sup>5</sup> C'est donc bien de cette dimension nouvelle qu'il s'agit de prendre la pleine mesure dans l'évolution des métiers.

S'ajoute un troisième élément, à savoir que les métiers du grand âge se conçoivent de plus en plus de manière transversale et plurielle, chaque acteur devant s'organiser et communiquer avec un grand nombre de partenaires pour que l'accompagnement ou le soin soient efficaces.

Les métiers du grand âge ont en outre évolué d'un positionnement du professionnel vers la personne à une compréhension du métier comme un exercice professionnel orienté vers un binôme aidant/aidé, tant la présence des proches est décisive, en complémentarité de celle des professionnels.

Enfin, comme les autres métiers, ceux du grand âge doivent se transformer pour que compétences individuelles et collectives prennent en compte pleinement la révolution numérique à l'œuvre, qu'il s'agisse d'apprendre à utiliser les outils ou à en limiter les effets potentiellement délétères pour la qualité relationnelle, dont on sait l'importance décisive pour les personnes âgées dépendantes.

### **A. Des professionnels positionnés pour que leur intervention conforte la citoyenneté**

Les membres de l'atelier s'accordent pour considérer la citoyenneté et la participation sociale des personnes en perte d'autonomie comme une dimension fondamentale pour appréhender la question des métiers, ainsi que l'ont montré toutes les expériences des Villes amies des aînés.

Les études, notamment dans le champ de la santé publique, montrent à quel point la santé des personnes en perte d'autonomie est tributaire de l'intensité, de la variété et de la qualité du lien social dont elles disposent. Dans cette perspective prenant en compte tous les déterminants sociaux de la santé (précarité, salubrité du logement, etc.), avant même d'organiser la continuité des soins, c'est donc à veiller à la qualité du lien qu'il faut s'attacher. Or de ce point de vue, l'atomisation des familles et l'évolution des modes de vie laissent présager un besoin sans précédent de présence complémentaire à celle des proches et du voisinage immédiat. Présence que les outils numériques ne sauraient combler à eux seuls.

---

<sup>5</sup> Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie, Commission pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance HCFEA-CNCPH Janvier 2019, page 97, point 415.



## 1 – Soutenir l’engagement de tous auprès des aînés pour désenclaver l’intervention professionnelle

Sans nier le besoin de compétences spécifiques, le message des politiques publiques à la fois au plan national et territorial doit viser à une mobilisation collective en faveur des aînés, qui permette à la fois de désenclaver les professionnels du grand âge et de soulager les aidants. Les métiers ne seront bien exercés que s’ils sont des compléments aux ressources familiales et citoyennes : **il ne faut donc penser chaque expertise que comme une résonance, et chaque professionnel comme le pendant d’une autre énergie mise à la disposition de la personne, les deux s’inscrivant au sein d’une responsabilité collectivement assumée.**

**Proposition 1 : Promouvoir les initiatives citoyennes en faveur des aînés (en lien avec l’atelier cadre de vie - une société des aînés).**

## 2 – Adopter une approche pluridisciplinaire et holistique tenant compte des déterminants sociaux de la santé pour préserver l’autonomie des personnes

L’intervention professionnelle est aujourd’hui pensée au domicile des personnes selon une catégorisation d’aide ou de soin qui laisse presque entièrement de côté les besoins socio-relationnels et de loisirs en considérant qu’ils sont une partie intégrante du service rendu ou qu’ils ne font pas partie des missions à assumer. Or les études sur la qualité de vie des personnes montrent tous les bénéfices d’une approche holistique : il faut donc penser l’intervention sur le modèle d’une offre pluraliste en termes de compétences.

**Proposition 2 : Rendre inséparable la mobilisation des compétences au profit des besoins socio-relationnels et de loisir de celle des professionnels de l’aide et du soin.** (En lien avec l’atelier relatif à offre)

Le sentiment d’inutilité sociale et l’isolement figurent parmi les premières causes de la perte de l’estime de soi et le fait d’être bénéficiaire d’un dispositif professionnel et bénévole ne peut le combler que partiellement. Une politique doit être menée pour créer non seulement des compétences pour le grand âge, mais également les conditions de la mobilisation des compétences des personnes très âgées, y compris lorsqu’elles ne peuvent pas se déplacer facilement, sur la base des découvertes des neurosciences et avec l’aide des nouvelles technologies.

**Proposition 3 : Faciliter le maintien d’activités dans la cité (bénévolat et autres) des personnes âgées (les aînés investis dans la cité, lien intergénérationnel).** (En lien avec l’atelier prévention)

## 3 – Renforcer la sensibilisation des responsables de structures et des professionnels les principes directeurs d’un accompagnement respectueux des droits et soucieux de bientraitance : de l’intervention proposée à l’intervention co-construite

Deux volets complémentaires doivent accompagner l’évolution des métiers et des accompagnements sociaux dans le sens d’un meilleur respect des droits :

- Un volet de vigilance sur les actes et situations de maltraitance, ou à risque de l’être, qu’il s’agisse de situations au sein d’une famille ou au sein de la relation entre professionnel et personne accompagnée ou soignée.
- Un volet de montée en compétences dans le sens d’un meilleur respect des droits et d’une capacité à intervenir en appui des décisions et actions de la personne et en respect de leurs choix de vie, plutôt que dans une logique substitutive<sup>6</sup>.

En matière de vigilance, beaucoup reste à faire pour que les regards et les réflexions d’alerte en cas de maltraitance soient à la hauteur des enjeux, comme précisé dans la Note d’orientation<sup>7</sup> déjà évoquée. Cette dimension de

<sup>6</sup> On pense ici au changement de paradigme qui sous-tend l’ensemble des propositions émises par Anne Caron-Déglise, avocat général à la Cour de Cassation, dans son récent rapport : *Reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables*, septembre 2018.



vigilance doit être complétée par un accompagnement des professionnels au « changement de regard » sur la personne auprès de laquelle ils interviennent, dans le sens d'une considération beaucoup plus grande apportée à sa qualité de sujet de droit et de citoyen.

**Proposition 4 : Rendre obligatoire un module de formation continue des professionnels de structures sociales et médico-sociales sur le thème du repérage, de l'alerte et de la prévention de la maltraitance à périodicité régulière, sur le modèle des obligations relatives à la sécurité incendie.**

**Proposition 5 : Permettre à la gouvernance, aux directeurs et aux cadres intermédiaires des structures de mieux exercer leurs obligations de vigilance à l'égard des situations de maltraitance en généralisant les études de situations et retours d'expérience sur le sujet.**

**Proposition 6 : Mobiliser les compétences et l'expérience des professionnels du grand âge, auxiliaires de vie et aides-soignants notamment, pour diffuser une culture de vigilance et des respect des besoins spécifiques des aînés à l'ensemble des acteurs de la cité en contact avec les personnes âgées dépendantes (professionnels des transports, des services publics, de la banque ou de l'assurance, des télécommunications, de la sécurité...) dans le cadre d'actions de formations-actions.**

**Proposition 7 : Monter en compétences les professionnels des établissements, des services, et des services publics, sur le respect des droits, en portant l'accent en particulier sur deux dimensions: le recueil des préférences, souhaits et paroles des personnes accueillies ou accompagnées, et la recherche du consentement / de l'assentiment de la personne, y compris lorsqu'elle souffre de handicap cognitif, pour les actes et dispositifs qui lui sont proposés.**

#### B. Garantir un accompagnement de qualité pour respecter la volonté de vivre « chez soi » dans la dignité

##### 1 - Articuler les interventions des professionnels pour permettre aux personnes de rester à domicile aussi longtemps que possible

Face au constat d'une parcellisation de l'exercice professionnel autour de la personne âgée qui peut être déstabilisante pour la personne accompagnée, sa famille, voire les professionnels eux-mêmes, les membres de l'atelier ont débattu sur l'intérêt de mener des travaux pour simplifier et décloisonner les exercices, sans parvenir toutefois à aboutir à un consensus sur la nécessité d'engager une réflexion sur une éventuelle fusion des diplômes actuels permettant de limiter le nombre de professionnels intervenant autour de la personne âgée, de développer le spectre des compétences maîtrisées et de faciliter les parcours professionnels. Ils ont en revanche souligné la nécessité de ne pas séparer le problème de *l'émiettement des compétences et interventions* ici évoqué de celui du *temps nécessaire à une intervention qui fasse sens* pour tous (pour la personne, pour sa famille et ses proches, pour les professionnels). Cette difficulté particulière est évoquée plus loin : cf *infra* proposition 25.

**Proposition 8 : Promouvoir l'approche holistique dans la construction de l'offre et améliorer la polyvalence des professionnels à domicile afin d'éviter la multiplicité des interventions déstabilisante pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches.**

##### 2 - A domicile comme en établissements, installer une nouvelle culture du droit au risque partagée entre les personnes, les familles, les professionnels et les autorités de contrôle

Respecter le « chez soi » de la personne, c'est, on l'a dit, faire en sorte qu'elle soit et reste le plus possible maître de son temps et de son espace personnels ; et c'est notamment accepter ses propres décisions, et celles de ses proches, en matière d'équilibre entre la prise de risque dans sa vie quotidienne et le besoin de sécurité. Or les normes

---

<sup>7</sup> Note d'orientation pour l'action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie, janvier 2019

imposées aux structures d'accompagnement et de soin, tout autant que les réflexes professionnels et les cultures imposées par un certain style de management, écartent le droit au risque de manière encore beaucoup trop fréquente. Ce qui, loin d'aboutir à des accompagnements plus sécurisants et apaisants pour les personnes, peut également se traduire par des mesures sécuritaires susceptibles de restreindre la liberté des personnes sans pour autant contribuer à améliorer leur confort de vie.

En conséquence de quoi, il semble indispensable de pouvoir faire émerger une culture partagée de la prise de risque, au sein de laquelle les personnes, leur famille, les professionnels et leur manager, ainsi que les autorités de contrôle, puissent assumer ensemble à la fois les accidents et drames – toujours possibles – mais aussi leur bénéfice : une culture de liberté permettant aussi bien l'autonomie des personnes que celle des professionnels.

Ceci suppose que les étudiants futurs directeurs de structures sociales et médico-sociales formés à l'EHESP, et les étudiants futurs inspecteurs, disposent d'un module dédié sur le sujet dans leur cursus de formation, et que ce module repose sur les mêmes bases que les normes qualité proposées aux structures par la Haute Autorité de Santé. Une nouvelle rédaction de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie serait également un complément utile. Des actions de formation continue à destination des professionnels en exercice seraient également souhaitable afin de faire évoluer la culture pas uniquement des futurs responsables.

**Proposition 9 : Installer une nouvelle culture partagée de la prise de risque, en mettant en concordance les référentiels opposables aux structures diffusés par la Haute Autorité de Santé et la formation initiale des étudiants directeurs et inspecteurs et rendre obligatoire à l'occasion de chaque réécriture de projet d'établissement et service, tous les cinq ans, la réflexion interne sur toutes les restrictions inutiles ou excessives de liberté sur la base d'un débat en Conseil de la vie sociale, et d'une concertation large des personnes accueillies ou accompagnées et des familles. Prévoir une mention obligatoire de ce point dans les projets d'établissements et services.**

3 - Assurer la continuité de la prise en charge soignante et médicale à domicile afin d'éviter le recours prématuré aux structures d'hébergement ou à l'hospitalisation

Lorsque la dépendance s'installe, la préoccupation de la qualité et de la continuité des soins gagne en intensité. Si la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées ne doit pas se résumer au soin, il constitue toutefois une dimension essentielle qu'il s'agit de garantir, au domicile notamment lorsque la mobilité de la personne ne lui permet plus de fréquenter les structures d'exercice soignant et médical.

**Proposition 10 : S'appuyer sur la structuration de la médecine libérale, notamment dans le cadre du renforcement des communautés professionnelles territoriales de santé, pour mettre en place des dispositifs permettant d'assurer la prise en charge à domicile des personnes en perte d'autonomie.**

**Proposition 11 : Permettre aux Infirmières en Pratiques Avancées de participer au suivi médical à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.**

**Proposition 12 : Renforcer la disponibilité de l'expertise pluridisciplinaire en gériatrie au plus près des personnes âgées grâce au recours aux équipes mobiles de gériatrie.**

**Proposition 13 : Développer l'hospitalisation à domicile et le recours aux nouvelles technologies comme la télémédecine pour renforcer la continuité des suivis médicaux.**

L'enjeu de l'appropriation des nouvelles technologies est une dimension transversale que la formation professionnelle continue doit pouvoir améliorer.

Il convient également d'installer des coordinations entre les professionnels sanitaires et sociaux pour mieux répondre très rapidement aux moments de crise et de basculement dans la dépendance sévère.

## II. Faire évoluer les compétences des professionnels et les organisations pour renforcer la qualité de l'accompagnement

Il convient de repenser le rôle, la répartition et l'articulation des tâches entre les professionnels face à la complexité de l'accompagnement et surtout, à la nécessité de respecter à chaque fois la préoccupation de l'approche holistique des besoins de la personne.

### A. Repenser la répartition et l'articulation des activités des professionnels, leur formation initiale et l'adaptation à l'emploi, pour mieux répondre aux besoins de la personne et anticiper ses nouveaux besoins

#### 1 - Intégrer la dimension gérontologie et coordination dans les référentiels d'activité des soignants

Face à l'augmentation de la charge en soins dans les établissements qui accueillent les personnes âgées dépendantes, un accroissement des professionnels qualifiés est nécessaire pour un accompagnement de qualité des personnes âgées dépendantes. De plus, se pose la question de la prise en charge globale de la personne accueillie avec l'importance de la dimension relationnelle dans les accompagnements qui nécessite disponibilité et présence humaine, dimension que les outils de tarification de l'intervention à domicile comme en établissement peinent à intégrer avec finesse.

L'enjeu que représente la prise en charge de la personne âgée à différents stades de développement de sa perte d'autonomie, enjeu qui ne peut concerner exclusivement les professionnels du domicile et des EHPAD, justifie que la formation initiale et continue des professionnels de santé soit révisée afin d'intégrer des modules renforcés de sensibilisation aux spécificités de prise en charge de ces personnes.

**Proposition 14 : Mieux répondre aux réalités de l'exercice professionnel en révisant le référentiel d'activité, de compétences puis de formation des professionnels de santé les plus en contact avec les personnes âgées, les aides-soignants en particulier, pour prendre en compte la complexité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, en associant à cette révision les représentants des usagers.**

**Intégrer la dimension de spécialisation en gérontologie et gériatrie pour les aides-soignants et infirmiers (modules supplémentaires sur les Maladies neurodégénératives, la maladie d'Alzheimer).**

**Intégrer explicitement une mission de coordination dans le socle commun des activités prévues par le référentiel d'activité des aides-soignants pour permettre l'établissement d'une coordination globale et horizontale, autour de la personne âgée).**

#### 2 - Mieux associer le personnel d'accompagnement aux côtés des personnels soignants

Un diplôme d'Etat unique d'accompagnement social de niveau V (niveau CAP/BEP) créé en janvier 2016, le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES), a fusionné et remplacé les Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et d'aide médico-psychologique (DEAMP). Il permet de proposer un accompagnement global des personnes, quel que soit le lieu de cet accompagnement et d'anticiper les besoins des professionnels en termes de compétences. Ce diplôme est organisé sur la base d'un socle de compétences communes, représentant 70% des enseignements théoriques, et de trois spécialités : l'accompagnement de la vie à domicile ; l'accompagnement de la vie en structure collective ; l'accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire. Une première évaluation de ce diplôme montre la prédominance du choix par les nouveaux diplômés du DEAES pour la promotion 2017 en faveur de la spécialité « structure collective ». Pour prendre en compte le risque de désaffection de la spécialité « accompagnement de la vie à domicile », il est proposé de lancer des travaux afin d'expertiser les évolutions qui pourraient être envisagées pour adapter ce diplôme.

**Proposition 15 : Lancer une étude pour envisager de réviser le référentiel du nouveau diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES) notamment pour expertiser la possibilité de fusionner les 3 spécialités (établissement-domicile-éducation inclusive).**

**Proposition 16 : Permettre aux accompagnants éducatifs et sociaux de travailler en collaboration avec l'infirmier lorsqu'il accomplit des actes et soins qui relèvent de son rôle propre, en établissement et à domicile (en intégrant notamment le DEAES dans le R 4311-4 du Code de la santé publique).**

### 3 - Développer la formation d'adaptation à l'emploi d'assistant de soins en gérontologie

Certains acteurs ont émis l'idée de la création d'une spécialité d'aide soignants en gérontologie afin d'assurer une maîtrise renforcée de leurs compétences en matière de prise en charge des personnes âgées. Si l'objectif est partagé, la solution paraît pourtant présenter des limites réelles. Elle risquerait en effet de renforcer un peu plus le cloisonnement des exercices professionnels et rendre plus compliqués au lieu de les faciliter leurs parcours professionnels.

L'adaptation des compétences à l'environnement professionnel pourrait, outre un renforcement de la formation initiale aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, emprunter deux voies complémentaires :

- Le développement, pour l'ensemble des professionnels concernées, de formations d'adaptation à l'emploi, dont le contenu devrait être adapté à chaque profession, afin d'accompagner les prises de fonctions par une meilleure sensibilisation aux spécificités de ce public. Les conditions de prises de fonctions et de contact avec les personnes âgées en seront améliorées, les professionnels concernés pourront également faire cette formation au titre des compétences acquises au cours de leur parcours professionnel, sans être pour autant enfermés dans un exercice réservé.
- Le déploiement de la formation d'Assistant de Soins en Gérontologie, dont le contenu pourrait être élargi pour être adapté à l'ensemble des structures d'hébergement de personnes âgées, constitue une autre voie qu'il est proposé d'emprunter. Cette formation est aujourd'hui reconnue et valorisante pour les professionnels qui la suivent : elle permet notamment une meilleure compréhension du handicap cognitif, une approche de la stimulation cognitive adaptée et progressive, et une prise en compte fine de la dimension corporelle des troubles des personnes et de la meilleure manière d'y répondre. Il est donc préconisé d'engager une démarche destinée à la rendre un peu plus polyvalente, afin de couvrir un spectre plus large de compétences liées à la prise en charge des personnes âgées, et d'encourager les employeurs, publics et privés, à mettre en place des plans de formation très ambitieux afin que le plus grand nombre possible d'aides-soignants exerçant dans le secteur puisse en bénéficier. L'objectif de moyen terme devrait être de parvenir à une généralisation des personnels formés.

**Proposition 17 : Organiser des formations d'adaptation à l'emploi destinées aux professionnels prenant des premières fonctions dans un service de prise en charge de personnes âgées.**

**Proposition 18 : Déployer largement la formation d'assistant de soins en gérontologie (ASG) à toutes les structures spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes pour les établissements (au-delà des établissements dédiés au public atteints de handicap cognitif) et les services à domicile en procédant en tant que de besoin à l'adaptation du contenu de la formation ; ouvrir ce dispositif aux AES.**

**S'orienter vers une formation d'ASG certifiée par un établissement de formation conforme à l'arrêté de juin 2010 révisé sur le modèle de ce qui a été construit pour les formations relatives aux troubles autistiques et apparentés.**

### 4 - Renforcer les fonctions de coordination et le suivi médical en établissement

Dans le contexte des parcours déjà évoqué, les capacités à travailler et/ou à organiser la coordination autour des personnes devient cruciale. Il s'agit à la fois d'une compétence à renforcer chez certains acteurs déjà positionnés pour cette mission, ou à confier à des professionnels positionnés pour cela dans l'avenir.

Les médecins traitants, sont de plus en plus souvent confrontés à des patients qui présentent plusieurs pathologies, elles-mêmes associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques face auxquels un soutien est

nécessaire. Les fonctions d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes apportent une réponse aux professionnels, et en particulier aux médecins traitants, dans la prise en charge des situations complexes. Il convient notamment de développer le soutien aux médecins généralistes grâce à la mise en place de plateformes territoriales d'appui (PTA).

**Proposition 20 : Développer sur les territoires des plates-formes de soutien aux aidants associant les gestionnaires de cas professionnels et les ressources bénévoles pour mieux informer et accompagner les aidants dans les moments et questions complexes du parcours de leur proche.**

Renforcer la possibilité pour la personne âgée dépendante de bénéficier d'un meilleur suivi médical en structure d'hébergement.

**Proposition 21 : Permettre au médecin coordonnateur d'EHPAD de devenir prescripteur au sein de son établissement.**

**Proposition 22 : Permettre aux Infirmiers en pratique avancée (IPA) d'exercer en établissement médico-social, pour renforcer le suivi médical.**

5 - Permettre aux professionnels d'être en mesure de mieux faire face aux difficultés éthiques de l'accompagnement et du soin et aux enjeux relationnels complexes au sein des familles et mieux déployer les innovations pédagogiques

Mieux prendre en compte l'évolution des besoins et aspirations des citoyens âgés et de leurs proches, les concilier lorsqu'ils sont contradictoires, suppose que les professionnels disposent d'une capacité de prise de recul et de discernement d'ordre éthique. Cette culture du questionnement doit être considérablement développée, avec l'appui des espaces éthiques régionaux qui peuvent mettre à disposition ressources et compétences à cet effet.

La compréhension et l'ajustement de l'intervention aux spécificités de chaque écosystème familial, en particulier à domicile, la faculté de négociation pour amener progressivement l'aide prévue et l'articuler aux ressources de la personne et de ses proches, est également centrale à la qualité de l'accompagnement : elle doit faire partie des compétences centrales dans les formations initiales et continues.

Enfin, disposer d'une vision partagée de la fin de vie, du rapport au corps et à l'esprit vulnérable, est indispensable et ce d'autant plus que les organisations qui accompagnent et soignent les citoyens avancés en âge sont composés de professionnels issus de cultures extrêmement différentes. Ces cultures doivent pouvoir entrer en discussion avec la culture métier que l'on souhaite promouvoir et pour cela, disposer d'un socle « commun » en termes de vision anthropologique fondatrice de l'intervention professionnelle est un préalable.

Pour servir l'ensemble de ces objectifs, les ressources et propositions nouvelles offertes par l'univers numérique et les formations à distance sont à mieux utiliser, en complémentarité de toutes les expériences de formations en situation de travail et de partages d'expériences entre pairs.

Une refondation de la pédagogie est également à encourager, par une circulation libre et féconde des savoirs entre les détenteurs officiels, scientifiques, de la connaissance et de l'expertise universitaire, les professionnels qui eux aussi, au nom de leur expérience ordinaire et sensible, revendiquent un savoir qui leur est propre, et enfin les personnes qui, au nom de leur place spécifique, de leur « expertise d'usage », de leur rencontre avec les pratiques ordinaires de soin et d'accompagnement, ont des connaissances à apporter.

**Proposition 22 : Innover dans les modalités pédagogiques offertes en formation initiale ou continue permettant aux étudiants ou aux apprenants de monter en compétence sur les difficultés éthiques de l'accompagnement et du soin :**

**- par les échanges entre pairs et retours d'expérience promus dans les « organisations apprenantes » et les dispositifs de formations en situation de travail,**

- sous forme de *Serious Games* ou de « classes virtuelles »,
- ou par le théâtre et le théâtre forum,
- ou en mobilisant le e-learning, pour la rapidité et la facilité d'usage qu'il permet.

**Proposition 23 : Généraliser l'intervention des patients, des personnes accompagnées et des aidants dans la formation professionnelle initiale et continue des professionnels de la santé et de l'intervention sociale pour permettre un changement de paradigme « gagnant-gagnant » entre professionnels et personnes vulnérables.**

**Proposition 24 : A partir des expériences des gestionnaires de cas, créer des modules de formation en e-learning sur les fonctions de coordination mobilisables permettant une montée en compétences des professionnels concernés par le sujet.**

**Proposition 25 : Adapter l'appareil de formation à moyen terme pour répondre à un nouveau besoin quantitatif.**

#### **B. Promouvoir les organisations innovantes pour améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité de l'accompagnement**

Il convient de s'inspirer et diffuser les modèles d'organisations innovantes intégrant de nouvelles cultures managériales qui responsabilisent et redonnent du sens aux métiers, qui libèrent du temps pour être avec la personne. Et ceci, tout autant au bénéfice des personnes soignées et/ou accompagnées que des professionnels.

##### 1 - Prendre en compte dans la structure des effectifs et dans la tarification les temps indispensables à un accompagnement personnalisé

L'une des caractéristiques de l'exercice dans ce secteur d'activité, et pas seulement pour le domaine du domicile, est que les professionnels exercent assez largement de manière isolée, parfois même solitaire. Cela peut les confronter à la difficulté d'appréhender certaines situations. Des temps indispensables doivent par conséquent être pris en compte dans le calcul des effectifs de toutes les structures : temps de coordination, d'analyse de pratique, de formation continue, de réflexion éthique... Satisfaire ce besoin représente constitue une priorité pour l'amélioration des conditions d'exercice et pour la préservation de la QVT des professionnels du secteur.

**Proposition 26 : Afin de structurer une relation d'accompagnement respectueuse des droits et libertés, augmenter la dotation des établissements et services pour permettre des durées d'intervention suffisantes assurant la possibilité effective d'une rencontre humaine au-delà du motif technique de l'intervention, ainsi que des réunions permettant la prise de recul partagée sur les situations et les pratiques. Lancer des réflexions pour intégrer la notion de temps passé auprès de la personne pour répondre à la question des effectifs adaptés est indispensable.**

Structurer le temps professionnel en y insérant de manière obligatoire en établissement et service social et médico-social, les espaces d'interrogation des pratiques : supervision, analyse de pratique rapport maltraitance, seuils critiques, durées de référence et établir des repères à partir des situations de maltraitance recensées, susceptible de servir de « seuils d'alerte » en établissement et à domicile.

Exploiter notamment les résultats de l'étude de l'ATIH sur les coûts dans les EHPAD qui sera produite en 2020, le recueil des minutes de tâches par activités pour les assistants de soins en Gérontologie, les aides-soignants, les aides médico-psychologiques, les agents de service et les infirmiers et compléter ces données par des analyses approfondies sur un spectre de temps plus long.

## 2 - Favoriser la mise en œuvre de démarches qui améliorent la qualité de vie au travail (QVT)

Pour améliorer la perception de la qualité de vie au travail des professionnels, trois leviers principaux identifiés sont à travailler : le *contenu* du travail, les *conditions et l'environnement* de travail et la *capacité d'agir et à s'exprimer*. Le traitement de ces sujets pourra s'appuyer sur la stratégie nationale déjà lancée pour promouvoir la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux. Ces questions ne peuvent être posées indépendamment d'une analyse précise des populations qui occupent les emplois dans ce secteur (leur origine socio-culturelle, leur lieu de vie, leur relation au travail) qui font déjà l'objet de travaux depuis longtemps, souvent insuffisamment exploités dans les modalités d'organisation et de management du secteur.

Elles doivent en outre être travaillées au regard des nouvelles attentes des professionnels entrant sur le marché de l'emploi et plus fondamentalement de la nécessité impérieuse de mettre en place des organisations davantage axées sur la coopération que sur l'autorité hiérarchique, et des modalités managériales orientées plutôt sur la gestion de projets et la mobilisation transversale de ressources, que sur l'intervention successive de compétences intervenant de façon cloisonnée.

En complément, deux dimensions de facilitation de l'intervention professionnelle méritent d'être développées : les dispositifs d'accompagnement et de soutien des professionnels en situation de précarité et de fragilité sociale d'une part (notamment les femmes isolées en responsabilité de famille dans un format monoparental) ; les aides financières ou dispositifs facilitant la mobilité et les déplacements d'autre part.

**Proposition 27 :** Dans le cadre de la stratégie nationale de promotion de la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux accompagner, notamment via les ARS, les établissements pour favoriser la mise en place de démarches qui améliorent la qualité de vie au travail ; notamment en intégrant la valorisation de l'initiative, de l'implication des salariés et des personnes accompagnées dans le projet, de prévention et de promotion de la qualité de vie au travail dans les CPOM avec les moyens afférents en formation et en matériel (et assortis d'indicateurs de suivi des résultats ou de dispositifs d'évaluation par des échanges entre pairs à l'instar des expérimentations conduites par différentes ARS.

**Proposition 28 :** Diffuser les travaux de l'observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, qui intègre le secteur médico-social, celui du domicile et ceux de la commission nationale qualité de vie au travail dans les Etablissement pour personne âgées dépendantes et les établissements pour personnes handicapées et dans les services à domicile SAAD, SSIAD), aux professionnels et dirigeants du secteur.

**Proposition 29 :** Faire connaître les pratiques inspirantes et guides existants (ANACT, INRS, CNAM), apporter une meilleure visibilité sur les aides techniques (CNSA), s'appuyer sur les réseaux de référents qualité de vie au travail en ARS mis en place par la DGCS et la DGOS.

Il convient de poursuivre les efforts en termes de financements dédiés aux ARS dès 2019 (pour accompagner les structures sur les équipements, la mise en place de lieux d'échanges et de convivialité) sur l'identification d'indicateurs de suivi de la qualité de vie au travail.

**Proposition 30 :** Evaluer les résultats des innovations organisationnelles du secteur (celles des *starts-ups* les plus identifiées comme *Soignons Humain* ou *Alenvi*, ou celles des organisations traditionnelles du secteur) pour en tirer des enseignements susceptibles d'être modélisés et généralisés, utiles à toutes les organisations du secteur, en mettant en particulier l'accent sur toutes les expériences favorisant l'autonomie professionnelle et le travail coopératif et proposant aux professionnels eux-mêmes d'être les sources des solutions identifiées aux difficultés d'organisation rencontrées.



### 3 - Mieux former et accompagner les cadres intermédiaires et les cadres dirigeants pour moderniser et consolider les pratiques de management du secteur

**Proposition 31 : Contribuer à la montée en compétences de l'encadrement sur la démarche de promotion de la qualité de vie au travail en intégrant cette dimension notamment dans les référentiels du CAFDES et du CAFERUIS et les formations des directeurs D3S formés à l'EHESP. Enrichir le dialogue interne déjà prévu sur la qualité de vie au travail par le croisement avec la thématique de la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance.**

Dans les services à domicile, les responsables de secteur jouent un rôle clé. Ce métier de l'accompagnement des personnes est occupé par des personnes qui ont des profils, des statuts, des formations, des compétences hétérogènes, il convient de prévoir des formations complémentaires pour ces professionnels.

**Proposition 32 : Renforcer la formation des responsables de secteur à domicile. Inciter les branches à poursuivre leurs travaux pour développer la formation du management intermédiaire à domicile et à développer une certification de branche ou interbranche, qui pourra être soumise à la Commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale.**

### 4 - Diversifier les compétences réunies pour la satisfaction des besoins de la personne, en établissement comme à domicile

**Proposition 33 : Diversifier les compétences autour de la personne accompagnée en renforçant la présence des ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues, professeurs de sport... voire récréologues<sup>8</sup>, dans pour reprendre une terminologie québécoise, dans les compétences mobilisées.**

Cet accès à la pluridisciplinarité pour l'accompagnement est envisagé via la mise en place de plateformes de professionnels spécialisés sur les territoires réunissant les médecins, psychomotriciens, infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, orthophonistes, éducateurs sportifs, assistants sociaux le tout coordonné par une plateforme de services qui offre des prestations plurielles et dans la durée.

### 5 – Inciter au rapprochement des employeurs pour porter des démarches communes d'accompagnement de leurs personnels et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences territoriale

**Proposition 34 : Lancer dès fin 2019 un appel à projets national, associant au sein de territoires d'expérimentation des établissements publics et privés destinés à promouvoir les initiatives communes de promotion des partages de pratiques, d'échanges entre pairs, de mutualisation de la formation... Permettre la capitalisation d'expériences et le partage d'outils pour en assurer la diffusion.**

Certaines branches professionnelles ont développé avec l'appui méthodologique de l'ANACT ou des ARACT des démarches facilitant les échanges de bonnes pratiques en proximité sur les leviers managériaux de l'attractivité. Les communautés de pairs en font partie, qui, sur la base d'un volontariat de structures sur un territoire, proposent des événements et permettent aux professionnels, de manière conviviale et informelle, de :

- Découvrir des structures comparables à la leur qui ont mis en œuvre une initiative réussie en matière de recrutement ou fidélisation des professionnels ;
- Echanger en proximité de manière très concrète sur les facteurs de réussite de l'expérience proposée ;
- Construire une démarche de mutualisation des expériences probantes au niveau du territoire.

---

<sup>8</sup> Mme Hélène Carbonneau Codirectrice du Laboratoire en loisir et vie communautaire Responsable de l'axe Interaction et soutien social du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement souligne le potentiel du loisir pour aider l'humain à mieux vivre, propose d'associer des récréologues pour aider à « se centrer sur le bien-être de la personne » ;

**Proposition 35 : Mettre en place sur les territoires des réseaux « d’ambassadeurs des métiers du secteur de l’accompagnement et du soin de la personne âgée », sur le modèle expérimenté par exemple par la filière agro-alimentaire, avec l’appui méthodologique de l’ANACT et des modalités financières incitatives.**

**III. Reconnaitre les métiers du grand âge et leur utilité sociale afin de revaloriser leur image et de renforcer leur attractivité**

Le soutien apporté aux professionnels en termes d’amélioration de leurs conditions de travail, de modes d’organisation et de temps libéré pour la formation, les échanges de pratiques (évoqués dans la partie II) constituent en eux-mêmes des éléments d’attractivité de ces métiers, de même que la promotion d’un exercice professionnel digne, pleinement ajusté aux attentes des citoyens et respectueux de leurs attentes et de leurs droits (évoqués en partie I). Une majorité des propositions présentées précédemment doit par conséquent directement contribuer à renforcer l’attractivité des métiers de la filière. Elles ne pourront cependant y parvenir seules, sans la mobilisation d’autres leviers.

**A. Reconnaitre l’utilité sociale des métiers du grand âge par une revalorisation salariale cohérente avec l’évolution des modes de tarification et d’organisation**

Les membres de l’atelier ont souhaité maintenir une proposition générale sur ce sujet de la revalorisation salariale, comme reconnaissance de l’utilité sociale de ces professionnels qui accompagnent les personnes âgées dépendantes. A ce stade, les échanges n’ont pas permis d’aboutir à un consensus permettant de préciser les métiers susceptibles d’être concernés par de telles mesures, leur périmètre d’exercice ou leurs modalités potentielles de mise en œuvre. L’hypothèse qu’une reconnaissance salariale ou indemnitaire soit associée au suivi d’une formation spécifique d’adaptation à l’emploi sur les questions de la prise en charge gériatrique n’a pas non plus rassemblé de consensus.

**Proposition 36 : Tenir compte des spécificités propres à l’exercice auprès de personnes âgées dans le calcul des éléments de rémunération des professionnels du secteur, qu’ils exercent en établissement ou au domicile, pour mobiliser un élément d’attractivité supplémentaire à faire valoir.**

**B. Proposer une logique de parcours attractif**

Parmi les leviers avérés d’attractivité figurent le fait de proposer aux professionnels qui s’engagent dans les métiers des perspectives d’évolution de carrière. Ainsi, il s’agit de mobiliser leur engagement moins comme le témoignage d’une vocation nécessairement linéaire et durable, mais comme une étape au sein d’un parcours de vie et de travail pouvant conduire suivant les souhaits du salarié :

- A des perspectives de montée en compétences et en responsabilité dans le secteur même, auprès de publics identiques, ou
- A des perspectives d’exercice professionnel différent auprès d’autres publics vulnérables, au premier plan desquels bien sûr les enfants et adultes en situation de handicap.

**1 - Développer l’apprentissage et l’alternance**

L’apprentissage se présente comme un levier de renforcement de l’accessibilité sociale et de fidélisation en faveur des établissements engagés. Les représentants des Instituts de Formation d’aides-soignants ont remarqué que les écoles qui proposent des parcours d’apprentissage voient le nombre de candidats inscrits augmenter. Par ailleurs, l’accès à la formation en IFSI via « Parcours sup » pourrait avoir des conséquences défavorables en termes d’arbitrage de jours, pour certains candidats (néo bacheliers) en défaveur d’une candidature au concours d’aide-soignant. Ces effets devront être rapidement appréciés afin que les dispositions nécessaires puissent le cas échéant être prises rapidement pour rétablir une situation équivalente d’attractivité à cette formation.

**Proposition 37 : Rendre obligatoire pour les IFAS et les IFSI la mise en œuvre d’une ingénierie spécifique pour que les parcours d’apprentissage proposés soient mis en œuvre avec un rythme adapté pour les apprenants, dans le**

**respect de l'esprit de la réforme de la formation. Articuler le calendrier des concours dont l'initiative revient aux directeurs d'IFAS, pour éviter les concurrences avec le dispositif parcours sup. Enfin, accompagner le changement culturel dans le secteur en valorisant le recours à l'apprentissage dans la contractualisation des établissements et services pour favoriser cette option chez les employeurs.**

## 2 - Soigner l'accueil des nouveaux salariés et des stagiaires

Tout doit être fait pour éviter que le choix vers ce secteur, en amont d'une entrée sur le marché de l'emploi, ne soit un choix par défaut, faute de meilleures alternatives.

Mais il s'agit aussi d'accompagner les prises de postes pour éviter les situations trop dures, voire traumatisantes, au moment de l'entrée en fonction (en particulier à domicile), de rompre avec les pratiques actuelles de déni des difficultés de l'entrée dans la mission, dans l'accueil des stagiaires, et de rendre le secteur non seulement attractif mais surtout, capable de fidéliser les professionnels. La période de stage est un moment clé pour valoriser les métiers et lieux d'exercice, privilégier la transmission de savoirs et faire découvrir des lieux d'exercice différents. Or nombreux sont les stagiaires qui se sentent considérés « comme de la main d'œuvre supplémentaire », insuffisamment accompagnés à comprendre et apprendre le métier progressivement. Il convient donc de sensibiliser les structures à l'importance du rôle joué par les tuteurs et au-delà de cela, de tous les dispositifs permettant une intégration progressive dans l'emploi.

De plus, toujours dans une dynamique reliant qualité de vie au travail et qualité de service rendu aux personnes, il serait souhaitable que pour certains étudiants, les stages au cours des études soient l'occasion d'une découverte approfondie des publics, de leurs attentes, et des pistes d'amélioration souhaitables du point de vue des pratiques professionnelles et des organisations de travail.

**Proposition 38 : Sensibiliser les structures à l'impact de l'accueil pour fidéliser les professionnels en promouvant des formations continues à destination des cadres sur les techniques d'accueil des professionnels et au rôle de tuteurs, dans l'idéal dans le cadre de formation plus générale sur la QVT et en diffusant les outils RH déjà existants et qui valorisent les pratiques inspirantes dans le domaine de l'accueil et de la fidélisation.**

**Proposition 39 : Pour améliorer à la fois la compréhension et la faculté d'empathie envers les publics accueillis, inscrire dans les cursus d'études des infirmiers, éducateurs spécialisés, assistants de service social, la réalisation par les étudiants, lors de leurs stages, d'un recueil de la satisfaction des personnes lors d'entretiens qualitatifs avec les personnes accompagnées, dont la méthodologie serait construite en lien avec la Haute Autorité de Santé, et suivi de propositions d'amélioration de la qualité. L'objectif étant à la fois de recueillir une expression et de sensibiliser les étudiants à l'expérience vécue des personnes qu'ils auront à accompagner et de favoriser ainsi un contact différent avec la personne, une écoute, une compréhension de ses besoins.**

**Proposition 40 : Impliquer les instituts de formation initiale dans la démarche d'attractivité et de valorisation des métiers exercés auprès des personnes âgées dépendantes. Le service sanitaire des étudiants en santé (SSES) pourra également permettre à des étudiants de découvrir le secteur de l'accompagnement et du soin des personnes en perte d'autonomie.**

## 3 - Promouvoir et mobiliser les dispositifs d'emploi au sein du secteur de l'accompagnement de la personne en perte d'autonomie pour qu'il devienne un levier d'emploi

Le « parcours emploi compétences » (PEC) a remplacé depuis janvier 2018 les contrats aidés. Ce dispositif est recentré sur l'insertion professionnelle des publics éloignés de l'emploi et repose sur le triptyque emploi-formation-accompagnement. Ces PEC associent la mise en situation professionnelle auprès d'employeurs sélectionnés pour l'acquisition de compétences transférables et un accès facilité à la formation. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (publics et privés) sont éligibles à ce dispositif.

**Proposition 41 : Mettre en œuvre des mesures incitatives pour que ces établissements s’investissent dans ce dispositif.**

Il convient également de favoriser les circuits « courts » entre demandeurs d’emploi et recruteurs grâce à des parcours de formations et d’adaptation à l’emploi. Le recours au dispositif de Préparation Opérationnelle à l’Emploi Individuelle (POEI) pourrait également être développé pour accorder une formation à un demandeur d’emploi et initiée par un employeur, et permettre d’acquérir les compétences requises pour occuper un emploi dont l’offre a été déposée sur Pôle Emploi.

**Proposition 42 : Développer le recours aux préparations opérationnelles à l’emploi individuelles.**

4 - Développer les passerelles entre domicile et établissement et entre tous les métiers de l’autonomie, ainsi que des paliers de responsabilisation

Le contexte de mise en place d’un opérateur de compétence (OPCO) santé médico-social intégrant la branche de l’aide à domicile, pourrait être une opportunité de décloisonner les métiers entre sanitaire et médico-social d’un côté, et établissement et domicile de l’autre et de définir les compétences attendues (savoir être et savoir-faire) pour offrir un service de qualité.

**Proposition 43 : Construire un socle commun de formation interdisciplinaire et des paliers de responsabilisation permettant de reconnaître les compétences acquises (AS référent).**

**Proposition 44 : Permettre aux professionnels la reconnaissance intégrale de l’ancienneté d’exercice dans l’emploi entre les conventions collectives pour favoriser les mobilités d’exercice entre établissement et services à domicile et quel que soit le secteur d’activité.**

**Proposition 45 : Contribuer à diversifier le parcours de carrière pour lutter contre l’image d’un secteur dans lequel il est possible de rentrer et de sortir à plusieurs étapes d’un parcours professionnel. Faciliter l’accès à des fonctions d’encadrement intermédiaire notamment celle d’aide-soignant coordinateur.**

**Proposition 46 : Promouvoir le soutien collectif à la validation des acquis et de l’expérience (VAE) et inciter les branches à mettre en œuvre des actions collectives pour dynamiser l’accompagnement à la VAE.**

**C. Diffuser une nouvelle image des métiers pour faire valoir leur sens**

Ainsi qu’il a été précisé d’emblée, il n’est pas concevable de valoriser l’image des métiers sans valoriser effectivement les conditions d’exercice concrets de ces métiers : l’image soit être fidèle à la réalité sans quoi elle risque de susciter un désenchantement durable. Il faut donc construire de manière concomitante une nouvelle représentation du grand âge, de ses ressources, et des métiers qui les entourent dans la cité.

Moderniser l’image des métiers de la vulnérabilité et promouvoir les métiers par leur sens et leur impact social ne signifie pas seulement mettre en avant des métiers avec une véritable utilité sociale, riches d’humanité et de gratifications. C’est proposer une présentation réaliste des métiers qui sont par moment difficiles, mais qui offrent du sens et permettent un lien intergénérationnel. Pour les mettre en valeur, s’appuyer sur les témoignages de professionnels expérimentés qui ont connu des évolutions de parcours professionnels positives peut être intéressant, car ils sont les meilleurs ambassadeurs de leur propre secteur ; innover sur les vecteurs de communication est également important, pour que cette richesse humaine ne soit pas communiquée seulement dans des formats présentiels traditionnels, mais par d’autres média : réseaux sociaux, petits films sur *YouTube*, spots usant d’un ton et d’un humour décalé sur le modèle de la communication du CHU d’Angers pour recruter des médecins, par exemple.

Plus largement, à une autre échelle, la communication sur les métiers est valorisante si la description des publics eux-mêmes l'est également. Ainsi, valoriser les métiers suppose de valoriser les publics accompagnés eux-mêmes, l'estime de soi des uns et des autres fonctionnant en miroir.

Outre ces démarches à large échelle, des communications ciblées sont à prévoir.

#### 1 - Co-construire les outils de l'attractivité avec les partenaires sociaux

**Proposition 47 : Inciter les partenaires sociaux à s'unir pour co-construire les outils de l'attractivité et se lancer dans une logique sectorielle inter branches, en se mobilisant pour répondre à l'appel à projet « prospective sectorielle compétences » PIC financé dans le cadre du plan d'investissement dans les compétences.**

#### 2 - Lancer des actions de communication ciblées pour démentir les préjugés âgistes et les idées reçues sur les métiers

L'objectif est effectivement de proposer un nouveau regard sur les métiers du soin et de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Il s'agit de véhiculer une image positive et réaliste de la filière gérontologique (des métiers et du champ d'intervention), en mettant en lumière les compétences des professionnels. La cible de cette communication pourrait être le grand public, les jeunes en orientation professionnelle, les personnes en reconversion et les demandeurs d'emploi, les familles, les acteurs de l'orientation et de l'emploi, les opérateurs du Conseil en évolution Professionnelle (CéP), l'ONISEP, les conseillers de Pôle emploi.

Cette communication pourrait prendre la forme d'un kit sectoriel utilisable notamment sur les forums métiers présentant les métiers avec leurs nouveaux besoins, les formations, perspectives d'évolution, tout en promouvant la mixité de ces métiers. Il conviendra de s'interroger sur le format des supports de communication les plus adaptés et les modes de diffusion (flyers, vidéos avec témoignages de professionnels épanouis dans leur métier mises en ligne sur le site du ministère, utilisation des réseaux sociaux).

**Proposition 48 : Lancer des actions nationales de communication pour valoriser et promouvoir les métiers de l'autonomie.**

Evaluation du coût : L'opportunité d'une campagne nationale de valorisation des métiers du grand âge pourra être étudiée au regard de son coût. Les coûts de campagne varient entre 50 000€ et 1M€ selon les options. Une campagne télévisuelle coûte plus de 1 million d'euros, une campagne relativement conséquente avec un achat d'espaces presse 400 000 euros, campagne digitale 200 000 euros, création 100 000 euros. Une communication uniquement axée sur la création d'une affiche imprimée en nombre très réduit et de dépliants s'élève au minimum à 50 000 euros.

**Proposition 49 : Initier des actions de communication pour des publics spécifiques, avec des messages ciblés par population pour rendre les communications plus efficaces : par exemple à destination des jeunes en orientation (collégiens, lycéens), sur les réseaux sociaux, sous forme de vidéos sur YouTube, choisir des dates clés lors des choix d'orientation pour lancer les campagnes, donner également une image moderne de métiers pour lesquels la qualité relationnelle de proximité.**

Les outils actuellement utilisés par les acteurs du service public de l'emploi, notamment pour apprécier les compétences relationnelles nécessaires à l'exercice de missions de proximité auprès des personnes en perte d'autonomie, pourraient gagner en pertinence. Ceci pour autant que les parties prenantes du secteur elles-mêmes se mobilisent pour contribuer à ce travail d'ajustement des outils d'évaluation. En outre, les conseillers de Pôle Emploi – comme la population générale – connaissent très inégalement les spécificités et les ressources de ce secteur. En conséquence, il est à craindre que les orientations qu'ils décident et conseils qu'ils prodiguent ne soient opérés sur des fondements insuffisamment étayés. Il est donc logique que des travaux concertés entre les partenaires sociaux du secteur et les services compétents de Pôle Emploi soient entrepris pour que les politiques d'insertion professionnelle ne se fassent pas dans l'ignorance des besoins particuliers des personnes et des

organisations, mais au contraire en coïncidence avec elles, leur donnant ainsi davantage de chances de succès de part et d'autre.

**Proposition 50 : Réaliser des kits pédagogiques sectoriels ciblés pour mieux faire connaître les métiers : sensibiliser dès les stages de troisième, associer les Rectorats et les services de l'orientation (ONISEP), le service public de l'emploi (Pôle emploi, Missions locales).**

**Proposition 51 : Mobiliser les établissements de formation de ces métiers pour qu'ils fassent également connaître ces formations de manière volontariste, à partir d'exemples inspirants issus d'autres secteurs d'activités.**

**Proposition 52 : Mobiliser toutes les formes de communication au bénéfice des personnes et des professionnels et bénévoles qui les entourent, allant des approches les plus concrètes et fonctionnelles aux regards les plus indirects et artistiques, au bénéfice d'une vision sociétale plus nuancée et plus juste.**

Pour les messages professionnels, s'inspirer par exemple de bonnes pratiques comme notamment la web série sur les métiers du transport routier en ligne sur le site de l'OPCA transports.

Pour le grand public, une série télévisée qui mettrait en scène des situations de vie des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches de manière nuancée, montrant les complexités et les richesses des questions qui se posent en termes à la fois ordinaires et exceptionnels, servirait certainement la finalité de l'attractivité. Certains moments clé de la vie pourraient notamment être abordés : le moment d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer et ses conséquences dans un couple ; ou le moment où le retrait du permis de conduire semble la meilleure solution en dépit de la privation de liberté qu'il occasionne ; ou encore celui où la fin de vie d'un parent suscite des questionnements nombreux et aigus dans une famille.

Mais aussi, et surtout, c'est à une véritable vision partagée qu'il faudrait pouvoir se référer pour penser les métiers, leur portée et leurs impasses, leur générosité et leurs limites. Vision qui ne relèverait pas d'un code de bonne conduite imposé, ni d'une feuille de route préétablie en vertu d'un horizon meilleur déjà fixé. Vision portée par des regards d'auteurs singuliers seuls capables de rendre justice à l'inépuisable complexité et richesse du sujet humain – et c'est sur cette ressource de sens que les propositions de l'atelier peuvent s'achever. Sur la ressource de beauté, d'humanité et de questionnement d'un film comme *Still Alice*<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> *Still Alice*, Richard Glatzer et Wash Westmoreland, 2014.

## ANNEXES

### Composition de l'atelier « Métiers »

#### Co-présidence

Co-présidente : Mme Alice Casagrande, directrice de la formation, de la vie associative, FEHAP

Co-président : M. Mathias Albertone, sous-directeur, DGOS

Rapporteuse : Mme Nelly Jousset-Antiphon, cheffe de bureau, DGCS

#### Liste des membres

Mme Carole Falguières, directrice des opérations, Synerpa

Mme Sandra Bertezene, professeure en sciences de gestion, Conservatoire national des arts et métiers

M. Frédéric Bodo, Responsable du pôle politiques sociales, UNCCAS

Mme Anne Bouygard, directrice générale, ARS Centre Val-de-Loire

Mme Claudette Brialix, vice-présidente, FNAPAEF

Mme Violaine Eudier, Responsable du pôle programmation de l'offre, CNSA

Mme Caroline Fiat, députée de Meurthe-et-Moselle

M. Claude Jeandel, président, CNP de gériatrie

M. Julien Jourdan, directeur général, FEDESAP

M. Guillaume Gontard, aide-soignant, représentant de la FNAAS

M. Hervé Lanouzière, Inspection générale des affaires sociales

Mme Ingrid Lauvray, Déléguée nationale filières personnes âgées et domicile, Croix-Rouge française

Mme Charlotte Lecocq, députée du Nord

Mme Isabelle Le Fahler, cadre supérieure de santé, Collège infirmier français

M. Charlys Legras, chargé de mission, DGCS

M. Olivier Peraldi, directeur général, FESP

Mme Claire Perrault, FNAAFP/CSF

Mme Anne Troadec, ANDASS, directrice générale adjointe de la vie sociale, Conseil départemental de Savoie

Mme Annabelle Vêques-Malnou, directrice, FNADEPA

M. Alexis Vervialle, chargé de mission, France Assos Santé



## Personnes auditionnées

| Nom-Prénom                     | Organisme   | Fonction   |
|--------------------------------|---|--|
| ARBORIO Anne Marie             | Université Aix-Marseille                            | Chercheur en sociologie  |
| BRAUD Florence                 | EHPAD   | Aide-soignante en EHPAD  |
| SILVESTRI Gaëlle               | MAIA, département de Savoie                         | Gestionnaire de cas MAIA   |
| BURENS Isabelle                | ANACT   | Pilote du projet industrie agroalimentaire   |
| NALBANDIAN Yves                | ARACT PACA  | Directeur  |
| ALSAC Guillaume                | Centre de soins infirmiers                          | Président  |
| VILLALONGA Laurence            | Soignons Humain                                     | Infirmière   |
| DE SAINT BLANCARD Thibault     | Service d'aide à domicile Alenvi                    | Directeur,   |
| VIGNAUD Isabelle               |   | Auxiliaire de vie  |
| BOULANGER Christophe           | Le Noble Age Santé                                  | Directeur médico-social  |
| CASTEL-TALLET Marie-Antoinette | Fondation Médéric Alzheimer                         | Responsable de l'Observatoire  |
| BERARD Alain                   |   | Directeur adjoint  |
| CARON DEGLISE Anne             | Cour de cassation                                   | Magistrat, Auteure d'un rapport sur le droit des majeurs protégés  |
| CARBONNEAU Hélène              | Réseau québécois de recherche sur le vieillissement | Codirectrice du Laboratoire en loisir et vie communautaire<br>Responsable de l'axe Interaction et soutien social |
| POUX Catherine                 | Pôle Emploi   | Directrice des services aux entreprises  |
| PLOYARD Philippe               | Groupe la Poste                                     | Directeur Général Adjoint  |
| GILLOT Dominique               | Usagers et professionnels du champ du handicap      | Présidente du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées   |
| DOUCOURE Line Lartigue         |   | UNA -Directrice Politiques publiques et réglementations sectorielles   |
| BOUBEKEUR Malika               |   | APF France Handicap  |
| LEOST Hervé                    | DGEFP   | Sous- directeur des mutations économiques et de la sécurisation de l'emploi                                      |
| AGBO Kathleen                  |   | Cheffe de mission  |
| DEFRANCE Marie                 | INRS  | Responsable des relations institutionnelles  |
| GAYET Carole                   |   |  |