

Paris, le 17 décembre 2021.

Contribution de Paralytic Cérébrale France

Mission Denis PIVETEAU DGCS / IGAS

Comment ré-enchanter les métiers de l'accompagnement du handicap et, plus largement, de l'accompagnement social et médico-social, en prenant appui sur les perspectives ouvertes par ce qu'on appelle la transformation inclusive ?

1. La paupérisation, la déqualification et le manque de reconnaissance de la filière médico-sociale :
 - a. La faiblesse des salaires et l'effondrement du pouvoir d'achat :
 - Le gel du point d'indice a entraîné, en dix ans, un recul de près de 21% du pouvoir d'achat ; certains salariés du secteur médico-social sont maintenant assimilables à des travailleurs pauvres,
 - Cette perte de pouvoir d'achat a notamment touché les métiers plus qualifiés comme les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens qui ont progressivement basculés vers le secteur libéral plus souple et plus rémunérateur,
 - La faiblesse des salaires est aujourd'hui la principale explication de la dislocation en cours du secteur médico-social,
 - Les récentes annonces gouvernementales sur la revalorisation des salaires sont intervenues beaucoup trop tardivement (et ne sont, dans la plupart des cas, toujours pas effectives) après que les ESMS aient fait face à une hémorragie de leurs ressources humaines et un départ des personnels les plus qualifiés : le secteur mettra des années à s'en relever si tant est que les financeurs se donnent les moyens de remettre à niveau un secteur que l'on a cessé de tirer vers le bas,
 - Un sentiment de colère prédomine actuellement car ces revalorisations partielles - *qui ne permettent pas de rattraper le retard accumulé* - ont exacerbé un climat social déjà très tendu.

b. Une déqualification et un contexte « post Covid » qui tirent l'ensemble du secteur vers le bas :

Les conséquences de la crise actuelle sont multiples et d'une brutalité sans précédent :

- Le secteur « adulte » est notamment très durement impacté au niveau des fonctions d'hébergement et en raison des exigences liées à la lourdeur de certains handicaps,
- Les postes vacants tirent vers le bas l'ensemble des effectifs : les interventions sont de plus en plus concentrées sur des fonctions basiques au détriment de projets et d'approches innovantes (quid de la transformation de l'offre dans ce contexte ?),
- La pénurie de fonctions centrales (AS / AES) accentue le sentiment d'une déqualification des encadrants : ceux-ci pallient une insuffisance de ressources ou de qualification,
- De nombreux postes de coordination disparaissent au profit de fonctions d'aides-soignants ou d'accompagnateurs éducatifs et sociaux ou ne sont plus pourvus : éducateurs spécialisés, moniteurs / éducateurs, ... éloignant les professionnels en activité de leur cœur de métier indispensable à la qualité de l'accompagnement,
- La baisse des taux d'encadrement est une tendance de fond dans les ESMS, qui ne permet plus de travailler sur la qualité de l'accompagnement,
- La revalorisation des seuls métiers du soin a enfin accentué un sentiment de déclassement des fonctions d'accompagnement (filière éducative). Les directions d'ESMS sont maintenant confrontés à des professionnels éducatifs qui refusent de réaliser des actions de soins puisque celles-ci ne sont pas reconnues (absence de revalorisation salariale).

c. Un secteur médico-social qui souffre d'un déficit d'image et de reconnaissance :

- Le modèle institutionnel français fait l'objet d'une description souvent caricaturale - *tant en France que dans les instances internationales* - et peu motivante pour les collaborateurs qui y exercent et pour ceux qui seraient tentés de le rejoindre,
- Le thème de la « transformation de l'offre », aussi important soit-il, a laissé imaginer que les établissements et services médico-sociaux étaient des structures du passé, appelés à disparaître au profit d'une démarche dite « inclusive » faisant fi du besoin d'accompagnement des handicaps les plus complexes,
- Ce manque de reconnaissance du secteur médico-social s'est d'ailleurs traduit, pendant la crise, par l'absence quasi-totale de référence au secteur médico-social lié au handicap pendant les conférences de presse du Premier ministre et du Ministre des solidarités et de la santé,
- Comment ne pas comprendre, dans ces conditions, que les professionnels se posent des questions quant à leur utilité sociale et leur investissement au service des personnes concernées, de leurs familles et de la société tout entière ?

2. Un schéma d'organisation et de financement inadapté à la fluidité des parcours :

La présence de plusieurs interlocuteurs sur les politiques publiques du handicap est une source de complexité pour la mise en œuvre de projets individualisés des personnes :

- cas d'un usager en MAS qui souhaite expérimenter un projet de vie en habitat inclusif (on passe du financement de l'assurance maladie à de la PCH relevant des départements),
- cas d'un usager qui souhaite changer de département pour des raisons familiales ou conjugales,
- on parle très souvent de « pouvoir d'agir » et d' « auto-détermination » mais les choix de vie des personnes sont encore trop souvent dictés ou rigidifiés par un cadre institutionnel totalement inadapté à la transformation de l'offre.

3. Réinvestir dans le médico-social pour renforcer son attractivité au service de la qualité et de l'individualisation des accompagnements :

a. Aller le plus rapidement possible vers une convention unique de branche qui tire vers le haut l'ensemble des salaires :

- Il convient de sortir très vite - *la crise actuelle le démontre* - de la concurrence déloyale qui s'instaure entre secteurs et qui ne peut se faire qu'au détriment des usagers : moins de professionnels, des professionnels moins bien formés, plus de « turn-over », ...
- Il faut mettre en place un mouvement puissant de revalorisation des carrières et des salaires autour d'un plan pluriannuel à 5 ans avec pour objectif de rattraper le retard accumulé ces dernières années,
- Il faut, sans délai, appliquer la revalorisation « *Ségur* » pour tous les professionnels du secteur et sans distinction.

b. Prendre en compte la pénibilité des métiers :

- Le secteur adulte est particulièrement exposé parce qu'il est peu valorisé : il faut ainsi reconnaitre la pénibilité de certaines fonctions caractérisées par des horaires atypiques ou la lourdeur de certains accompagnements (handicaps complexes, travail de nuit, travail les week-ends et jours fériés),
- La pénibilité doit se traduire dans les grilles de salaires par des primes associées sur des critères objectifs.

c. Engager un vrai « big-bang » de la formation initiale et continue des métiers du soin et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap :

- La transformation de l'offre nécessite de repenser de fond en comble l'ensemble des parcours qualifiants,
- Les formations de directeur d'ESMS ne sont, par exemple, plus adaptées : l'apparition de sièges et de fonctions support nécessitent que les directeurs d'établissement ne soient plus des gestionnaires mais bien des chefs de projet centrés sur l'accompagnement des personnes et l'animation de la pluridisciplinarité,
- Trop de professionnels arrivent encore dans les ESMS sans avoir une idée précise des réalités du handicap : il est indispensable que les étudiants, dans le cadre de leur cursus, s'immergent très tôt dans les spécificités de cet accompagnement,

- L'Association d'Aide aux IMC du Nord et de l'Est a, par exemple, formalisé un partenariat avec la faculté de médecine de Reims consistant à former des étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} année aux spécificités du handicap : ce partenariat est un excellent exemple de ce qu'il convient d'introduire dans les modules de formation en cherchant à confronter les futurs professionnels aux réalités de cet accompagnement,
- Paralyse Cérébrale France a, dans cet esprit, décidé de conduire un **projet fédéral ambitieux de formation d'experts d'usages - ou intervenants pairs - destiné à participer à la montée en compétences des futurs professionnels du soin et de l'accompagnement.**

Il s'agit de proposer aux centres de formation des futurs professionnels des interventions de qualité délivrées par des personnes en situation de handicap (accompagnées par des établissements ou des services médico-sociaux), préparées et formées pour porter le message qu'elles souhaitent et qu'elles jugent importants :

- Permettre aux personnes en situation de handicap de se représenter elles-mêmes en valorisant et partageant leurs savoirs expérientiels,
- Proposer aux écoles et centres de formation des interventions construites par des personnes en situation de handicap (ex. : travailler en ESAT, agir citoyennement sur son lieu de vie, se déplacer en ville...) afin de mettre en avant de véritables compétences et habiletés et faire évoluer les représentations.

Nous avons la volonté de créer, à terme, un réseau national d'intervenants pairs à l'intérieur de la fédération à l'image d'une communauté de pratiques.

- Au-delà du seul secteur du médico-social, tous les acteurs du droit commun doivent également se préparer et se former aux spécificités du handicap (éducation nationale, santé, travail, culture, accessibilité...) afin d'accompagner la transformation de l'offre qui nécessite l'adhésion et la mobilisation de tous : il s'agit de réaliser un gigantesque mouvement de pivot ensemble et en même temps.

d. Accompagner le changement systémique du secteur médico-social :

- **Engager les financeurs dans une véritable culture de la confiance, de l'évaluation et de la qualité du projet d'accompagnement :**

- Le secteur médico-social s'est d'ores-et-déjà engagé dans le virage de la transformation de l'offre mais il le fait avec des partenaires qui n'y sont pas toujours préparés,
- Si les CPOM entrent pleinement dans cette logique de responsabilisation et d'autonomie, on constate encore trop souvent des financeurs qui s'appesantissent sur des détails d'organisation au détriment de la qualité des parcours et du projet d'ensemble,
- Les financeurs ne doivent plus être amenés à consolider des projets d'établissement mais des projets de pôles de compétences ou de plateformes de services : c'est la réalité des organisations qui se mettent en place pour permettre concrètement la transformation de l'offre,
- Les financeurs ne « challengent » pas sur les projets d'ensemble mais le plus souvent seulement sur un indicateur : le nombre de places et les coûts associés,

- Il est essentiel que les relations entre les opérateurs et les financeurs entrent dans un cercle vertueux de confiance en mettant en place une véritable culture de l'évaluation qualitative des projets,
- L'accumulation de dispositifs expérimentaux - *qui ne mobilisent pas toujours les moyens attendus sur la durée (temps partiels, CDD...)* - vient encore complexifier la lisibilité des rôles de chacun et du parcours des enfants.
 - **Un secteur médico-social qui s'engage résolument dans la transformation de l'offre et qui interroge la pertinence des politiques publiques :**
 - Le projet associatif de l'ADIMC de la Sarthe a, par exemple, entrepris d'inverser complètement l'échelle des valeurs : alors que les usagers devaient le plus souvent s'adapter aux contraintes des organisations, ce sont à présent les organisations qui cherchent à s'adapter aux projets de vie des résidents,
 - L'ADIMC de la Sarthe a ainsi fait le choix d'organiser ses MAS sur le modèle des habitats inclusifs centré sur le service à la personne ou comment accompagner la personne dans la réalisation de son projet de vie et l'accomplissement de ses aspirations,
 - Cette inversion de la hiérarchie des attentes questionne et remet beaucoup en question les professionnels, qui doivent être progressivement formés et évalués à cette nouvelle approche,
 - Ce changement de paradigme doit être accompagné par la création d'une PCH « vie sociale » permettant d'entrer véritablement dans l'individualisation des projets et par un taux d'encadrement garanti dans la durée.

En conclusion :

Il revient aux pouvoirs publics de créer les conditions favorables pour permettre au secteur médico-social de réussir sa transformation. Six conditions sont nécessaires :

- la revalorisation rapide des carrières et des salaires des professionnels (avec, dans un premier temps, la mise en œuvre des revalorisations « *Ségur* » pour tous les professionnels sans distinction),
- la prise en compte de la pénibilité de certaines fonctions et leur valorisation,
- la refonte des cursus de formation initiale et continue afin de permettre d'adapter les métiers aux réalités de la transformation de l'offre,
- l'accompagnement du changement systémique du secteur médico-social :
 - instauration d'une véritable culture de la confiance et de l'évaluation entre les financeurs et les opérateurs,
 - adaptation des politiques publiques à l'individualisation des parcours.
- la prise en compte, à grande échelle, de la fonction « coordination » pour multiplier les passerelles avec tous les acteurs et dans une perspective d'inclusion dans la vie ordinaire,
- l'adaptation du modèle institutionnel aux handicaps les plus complexes (comme le polyhandicap) en mobilisant, dans une démarche la plus inclusive possible, les moyens nécessaires à un accompagnement adapté et de qualité.

Contacts :

Jacky VAGNONI, président - 06 75 37 67 91 - jvagnoni@paralysiecerebralefrance.fr

Pierre-Yves LAVALLADE, délégué général - 06 66 07 84 32 – pylavallade@paralysiecerebralefrance.fr

Paralysie Cérébrale France a vocation à représenter toutes les personnes avec paralysie cérébrale (avec ou sans polyhandicap). Paralysie Cérébrale France fédère 25 associations situées tant en métropole que dans les territoires ultra-marins, gestionnaires et nongestionnaires de dispositifs médico-sociaux, couvrant plus de la moitié des départements français. Ces associations gèrent plus 400 M€ de budget de fonctionnement / investissement et emploient près de 6 300 collaborateurs (ETP). Le réseau de Paralysie Cérébrale France accompagne, chaque jour, près de 8 000 personnes (enfants, adolescents et adultes) à travers près 200 établissements et services médico-sociaux. Il s'agit au total d'une « force militante » de quelques 25 000 personnes, proches-aidants et professionnels, mobilisée en soutien des personnes avec paralysie cérébrale. Membre du comité de gouvernance du CNCPH et du Conseil de la CNSA, Paralysie Cérébrale France est un acteur national de premier plan ayant pour mission de participer à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques liées au handicap à toutes les étapes de la vie : petite enfance, scolarisation, formation professionnelle, emploi, habitat, prévention et offre de soins, offre médico-sociale, soutien à la recherche.

www.paralysiecerebralefrance.fr