



Les Rapports de l'Observatoire

ÉVOLUTION VERS DES CADRES D'INTERVENTION PLUS « OUVERTS » ET PLUS « INCLUSIFS »

QUELS IMPACTS SUR LES PROFESSIONNELS DU SECTEUR
DES ACTIVITÉS SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES
PRIVÉ A BUT NON LUCRATIF ?



OPCO
SANTÉ

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE ET OBJECTIFS	4
D'une révolution par les textes à une révolution organisationnelle	5
Les principes fondateurs d'une société ouverte à tous : vers un modèle inclusif de protection sociale	6
MÉTHODOLOGIE	8
1 CADRAGE THÉORIQUE	10
2 DES MISSIONS REDÉFINIES POUR RÉPONDRE AUX ENJEUX POLITIQUES ET SOCIÉTAUX	26
2.1 Évolutions des missions dans l'accompagnement des personnes	27
2.2 Évolutions des missions pour la sécurisation du parcours des personnes.....	30
2.3 Évolutions des missions pour interagir avec l'environnement de la personne	33
3 IMPACTS SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	36
3.1 Pratiques spécifiques de l'intervention au domicile	40
3.2 Impacts sur les pratiques du « aller-vers » le public	44
3.3 Inscrire ces pratiques professionnelles dans un cadre institutionnel.....	46
3.4 Autres pratiques de travail en équipe	47
3.5 Pratiques partenariales	48
4 ÉVOLUTIONS DES COMPÉTENCES	50
4.1 Étude et analyse des référentiels de compétences.....	51
4.1.1 Analyse transversale des référentiels en travail social de niveau infra III	54
4.1.2 Analyse transversale des référentiels du travail social de niveau II	55
4.1.3 Analyse transversale des diplômes du sanitaire (IDE et DEAS)	57
4.2 Les compétences repérées sur les terrains d'étude	59
4.2.1 Les compétences individuelles.....	62
4.2.2 Les compétences collectives	67
4.3 De nouvelles fonctions repérées	69
4.4 Analyse des plans de développement des compétences (plans de formation)	73
4.5 Politique de recrutement.....	74

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

5	DES CADRES ORGANISATIONNELS À REFONDER.....	75
5.1	L'organisation impactée par les nouvelles pratiques professionnelles	76
5.1.1	Intervenir seul mais sans être isolé	76
5.1.2	Intervenir à plusieurs : penser la transversalité et l'interdisciplinarité	77
5.1.3	Intervenir dans un contexte spatiotemporel à sécuriser	77
5.1.4	Une réponse à ces enjeux : un collectif de travail renforcé	79
5.2	Une structuration agile : un cadre flexible	80
5.3	Communication : intense et en partie informelle	81
5.3.1	Dispositifs de réunion	81
5.3.2	Constitution et partage du dossier de l'utilisateur.....	84
5.4	Conditions de travail : une autonomie accrue dans l'organisation	85
5.4.1	Modalités et planification du travail	85
5.4.2	Moyens et ressources	86
5.5	La prise en compte des risques	89
5.6	L'organisation, un enjeu de gouvernance	91
6	ADAPTATION DES PRATIQUES MANAGÉRIALES	94
6.1	Les fonctions du développeur	97
6.2	Les fonctions du leader	99
6.3	Les fonctions de l'étai (support)	101
6.4	Les fonctions du facilitateur.....	104
7	ÉLÉMENTS PROSPECTIFS	107
7.1	Construire des cadres organisationnels adéquats.....	108
7.2	Soutenir et développer les compétences.....	109
7.3	Atelier prospectif.....	110
8	CONCLUSION	113
9	BIBLIOGRAPHIE	116
10	GLOSSAIRE	120



CONTEXTE ET OBJECTIFS

Le secteur du sanitaire, du social et du médico-social est confronté à des transformations de ses actions qui impactent les pratiques professionnelles afférentes. Ce mouvement est étroitement dépendant de la commande publique agissant sur deux niveaux : la conformité aux textes législatifs et la dynamique donnée au projet vécu (et non subi) de la personne accueillie et/ou accompagnée. **La prise en charge institutionnelle n'a plus l'exclusivité, ni le monopole ; elle prend place, désormais, au cœur d'un dispositif qui interagit avec l'environnement extérieur et les espaces de vie de la personne.** Comme le dit souvent Denis Piveteau, conseiller d'État : « *L'inclusion, ce n'est pas fermer les établissements mais les ouvrir* ». **Si cette démarche est à l'origine d'un large vocabulaire opérationnel, l'objectif est pour sa part bien qualifié : tendre à une société inclusive. Pour ce faire, la notion de parcours vient s'articuler à celle de projet, se détournant du seul prisme des places.**

D'une révolution par les textes à une révolution organisationnelle

Dès le début des années 2000, les réformes législatives introduisent les éléments d'un nouveau paradigme, celui de la co-construction des réponses et de la sortie de la logique disciplinaire et sectorielle, nommée par Jean-Yves Barreyre la « *révolution douce* »¹. Elle se traduit par des mises en chantier multiples et simultanées² qui peuvent être source d'inquiétude pour les professionnels, pris dans un tourbillon de réformes et devant donc transformer, réajuster et orienter d'une nouvelle façon leurs pratiques professionnelles.

L'esprit de ces différentes réformes ne peut se résumer à des formes d'inclusion individuelles. Il s'agit dans l'esprit du législateur de pouvoir répondre, quel que soit l'âge de la personne et tout au long de sa vie, par des solutions adaptées, modulées et de proximité. Pour les structures spécialisées et/ou spécifiques, elles doivent prendre en compte le respect du cadre ordinaire de vie, d'éducation, de travail et d'ouverture sur l'environnement.

Il s'agit aussi de favoriser et soutenir le pouvoir d'agir des personnes, par la mise en œuvre effective des droits des usagers, le soutien au processus d'apprentissage, la reconnaissance des savoirs expérientiels³.

¹ Barreyre J.-Y., « Pour une nouvelle économie politique de la santé publique », *Vie sociale*, n°4, 2011.

² Faisant suite aux lois de janvier et mars 2002 rénovant l'action sociale, affirmant le droit des usagers et des malades, et la loi 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, les rapports Vachey-Jeannet, Piveteau, la loi sur l'accompagnement de la société au vieillissement, la loi santé, la loi protection de l'enfance de 2016.

³ Le savoir expérientiel est né dans le champ de la santé mentale et désigne l'ensemble des savoirs acquis (savoirs, savoir-faire, savoir-être) par des malades au cours ou à la suite de leur vécu de la maladie (dans

Les professionnels vont devoir progressivement se démarquer de leurs pratiques d'intervention en établissement, territoire de la « maîtrise » professionnelle et de la réponse collective, pour intervenir au domicile ou au plus près de l'activité des personnes. Ce nouveau cadre présente à la fois de **nouveaux risques** mais aussi de nouvelles **opportunités**, empreintes de créativité et d'innovation. Ce contexte – qui ne se révèle pas soudainement au secteur sanitaire, social et médico-social – s'amplifie et s'installe comme la « nouvelle référence » et perspective quel que soit le secteur. Les dimensions qu'elle convoque vont devoir être prises en compte dans l'adaptation et la transmission du savoir-faire et du savoir-être pour les professionnels actuels et ceux à venir.

Les principes fondateurs d'une société ouverte à tous : vers un modèle inclusif de protection sociale

Les travaux de la CNSA⁴ sur cette thématique⁵ traduisent des modalités et alternatives nouvelles pour l'ensemble des acteurs territoriaux. La prise en compte des personnes vulnérables au titre de la société inclusive n'est pas le monopole des professionnels du sanitaire, social et médico-social. La priorité « domiciliaire » est avant tout une inscription territoriale qui agrège l'intervention des collectivités territoriales, des services publics, de l'Éducation nationale, des associations... Autrement dit, c'est l'espace où se croisent et s'articulent « le milieu ordinaire »⁶ et l'accompagnement individualisé/personnalisé et spécialisé, aujourd'hui complété par les dispositifs de coordination. Celle-ci est bien le maître mot du « chez soi pour tous ». Elle oblige à un pas de côté non négligeable des pratiques actuelles, pour développer des « (...) modes d'accompagnement flexibles, décloisonnés, souples et adaptés qui impliquent des coopérations renforcées⁷ ». Cette interdisciplinarité/transdisciplinarité⁸ convoque des espaces de dialogue et de négociation tant pour les réponses organisationnelles que cliniques.

des cadres non formels, informels, voire exceptionnellement formels). Cette expérience vécue devient savoir si l'expérience est formatrice, c'est-à-dire organisée au plan didactique ; si elle est expérience formative, c'est-à-dire autocontrôlée, si elle est expérience construite, c'est-à-dire distanciée (Jouet E., « Savoirs expérientiels : repères historiques, théoriques, mise en œuvre pratiques », 2017).

⁴ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

⁵ Démarche prospective du conseil de la CNSA : « Pour une société inclusive, ouverte à tous », juillet 2018.

⁶ À comprendre en opposition avec le milieu « spécialisé » désignant les lieux de vie, d'emploi, de scolarisation, gérés par des établissements et services médico-sociaux.

⁷ CNSA, démarche prospective du conseil de la CNSA « Pour une société inclusive, ouverte à tous », juillet 2018.

⁸ Interdisciplinarité : à partir d'une discipline considérée, il s'agit de se demander et de voir ce que les disciplines connexes apportent de plus en termes de connaissance, de manière d'appréhender les choses.

La multiplicité des processus et des dynamiques à l'œuvre ainsi que la pluralité des acteurs font que ces changements font partie d'un système complexe⁹. Il s'agit dans cette étude de saisir et de produire une analyse sur l'impact de l'évolution des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » dans le contexte actuel.

L'étude s'est attelée à observer et analyser :

- la traduction des axes stratégiques de ces nouveaux cadres d'intervention dans les politiques publiques et par conséquent les documents institutionnels (projet associatif, projet d'établissement, CPOM...);
- les évolutions dans les pratiques professionnelles ;
- les principaux emplois concernés ;
- les impacts sur les missions, les compétences et l'environnement du métier (mobilité, outils numériques...);
- les nouvelles organisations à l'œuvre.

Cette étude permet d'identifier, de caractériser et d'anticiper les effets et impacts de ces nouveaux cadres d'action sur :

- l'organisation du travail ;
- les dimensions du travail (techniques, relationnelles, partenariales, risques) ;
- les pratiques managériales.

⁹ Selon Edgar Morin, pour comprendre le monde, il faut associer les principes antagonistes d'ordre et de désordre, en y adjoignant celui d'organisation. Reprenant les idées de W. Weaver, Morin oppose la complexité désorganisée et la complexité organisée.

| MÉTHODOLOGIE

Comme prévu, nous avons utilisé une **méthodologie qualitative**. En effet, les processus de changement reposent essentiellement sur les acteurs qui sont mobilisés et impliqués dans le processus, et par conséquent sur l'évolution du savoir-faire, du savoir-être et de la posture.

L'étude s'est appuyée sur la cartographie des métiers déjà définie par l'Observatoire. Nous avons fait le choix d'articuler deux temporalités d'observation.



Une approche rétrospective : c'est-à-dire une approche permettant d'appréhender les effets constatés de l'évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » sur les métiers.



Une approche prospective : c'est-à-dire une approche permettant de questionner les effets attendus de l'évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs ».

Étapes principales

Cette étude a été conduite à partir des étapes suivantes.

- Recueil de la littérature et analyse documentaire.
- Consultation de représentants des pouvoirs publics.
- Consultation d'experts.
- Entretiens sur sites.
- Analyse des données du terrain.
- Ateliers prospectifs.

En s'appuyant sur 14 terrains dans cinq secteurs d'activité, elle met en lumière **des conditions de réussite des transformations**, en identifiant **des leviers**, des pratiques inspirantes, des retours d'expérience, mais aussi des **freins et des obstacles**.

Il s'agit également **d'analyser les référentiels de compétences** des principaux métiers retenus dans l'étude, de **repérer et caractériser les compétences pertinentes à acquérir** au regard des évolutions.

| 1 CADRAGE THÉORIQUE

L'inclusion est un concept qui :

- supplante les termes « intégration » ou « lutte contre les exclusions » en s'infiltrant dans les plans nationaux de lutte contre la pauvreté, sous l'impulsion du comité interministériel du handicap et au travers des fléchages budgétaires et des orientations données pour des projets dits « inclusifs » ;
- traduit une approche tendancielle mais formalisée par les politiques publiques dans le secteur social et médico-social et que l'on retrouve dans la démarche inclusive, la conceptualisation des notions de parcours, de participation sociale, la logique domiciliaire incarnée par le « Housing First », le développement de l'habitat inclusif... Ce mouvement repose de manière transversale entre les secteurs sur des approches telles que l'auto-détermination, l'empowerment, la pair-émulation...

Dans un contexte européen pressant, ces deux premiers éléments montrent que « l'infiltration » du terme est issue d'une volonté des pouvoirs publics qui se traduit dans le socle législatif mais encore peu dans les organisations quel que soit le niveau de ces dernières. Même si une accélération très importante a vu le jour depuis deux ans et continue à s'amplifier sous l'impulsion gouvernementale, la révolution organisationnelle n'en est qu'à ses prémices.

- Les experts consultés s'accordent à dire que parler « d'inclusion » n'est pas le terme juste : pour rappel, « inclusion » vient du latin « inclusio » : emprisonnement. Quel que soit le champ de vulnérabilité, la réflexion et les actions doivent être posées non pas en termes d'inclusion, mais de société inclusive. Ce postulat est primordial pour comprendre l'impact sur les métiers, les compétences et les pratiques professionnelles de « cadres plus ouverts ou plus inclusifs ». De plus, le contexte socio-économique (précarités sociales, contraintes budgétaires) doit être pris en compte.
- Néanmoins, selon l'histoire du secteur et de ses modalités de construction socio-historiques, les questions du virage inclusif et de ses implications ne se posent pas de la même manière.
- Une adhésion aux principes que sous-tend le concept d'inclusion est partagée par la majorité des acteurs. Pour autant, subsistent des interrogations et inquiétudes sur un décalage entre la volonté, le calendrier des politiques publiques, et les moyens humains, financiers, techniques mis à disposition pour amorcer ce virage « en toute sécurité », à la fois pour les personnes concernées et leurs proches, et pour les professionnels.

- Émerge la nécessité :
 - de prendre en compte le temps nécessaire aux transformations, afin d'ajuster les environnements, les métiers et compétences, les représentations ;
 - de faire participer l'ensemble des acteurs et citoyens à la démarche inclusive.

Les représentations de ce que recouvre le concept d'inclusion et ses traductions opérationnelles demeurent floues et/ou divergent selon les organisations, les institutions, les associations, les personnes, les fonctions... une même sémantique qui ne recouvre pas les mêmes réalités ni les mêmes déclinaisons opérationnelles.

Le cadre réglementaire

La prédominance d'une société inclusive dans les discours et les actes déjà à l'œuvre a contribué à l'extinction programmée de l'approche intégrative, qui « imposait » à la personne des capacités d'adaptation à tous les espaces du « vivre-ensemble ». Elle est aujourd'hui le maître d'œuvre de sa place dans notre société et de la forme qu'elle souhaite lui donner.

Ainsi, une société inclusive va au-devant des personnes concernées et suscite leur pleine participation, tout cela dans une démarche co-constructive. Cette dimension collective est en route, elle est incontournable pour faire « inclusion ».



L'idée de société inclusive implique une intelligence collective de la vulnérabilité, conçue comme un défi humain et social à relever solidairement. Il n'y a ni vie minuscule, ni vie majuscule.

Charles Gardou (La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule, 2012)



Les nouveaux espaces du champ d'action des professionnels

L'ensemble des politiques sociales sectorielles est impacté par un élargissement de son périmètre d'action et de son territoire. La logique du « aller vers » est aujourd'hui présente dans l'ensemble des politiques sociales, d'ailleurs le champ de l'inclusion sociale et de la protection de l'enfance développe déjà ce type de modalités.

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

Le maintien ou l'accès au logement (personnes âgées et personnes en situation de handicap, personnes à la rue), l'accès aux soins au domicile, l'inclusion scolaire... contribuent à une palette d'actions et de prestations, dont nous proposons un rapide tour d'horizon.

- Pour les personnes âgées dépendantes, le choix du maintien à domicile oblige à repenser, voire améliorer le dispositif des acteurs du sanitaire et social (SSIAD¹⁰, SAD¹¹...). Pour lutter contre des admissions tardives et « décloisonner » leurs pratiques, des Ehpad¹² proposent leur expertise par une intervention à domicile dans un périmètre géographique à proximité. Il s'agit de constituer un plateau technique de services s'agrégeant au dispositif existant, tout en le renforçant de professionnels, voire de métiers connexes.
- Tout au long du parcours de santé, les professionnels du sanitaire sont amenés à prodiguer des soins en dehors de leur cadre d'activité historique, en l'occurrence l'hôpital. L'hospitalisation à domicile « classique » s'adjoint aujourd'hui des équipes mobiles spécialisées (soins palliatifs, douleurs, AVC¹³, psychiatrie...). À cela s'ajoutent des équipes de répit agissant au domicile (le baluchonnage).
- L'inclusion scolaire, qui s'est développée par la loi de 2005 sur un mode individualisé, est aujourd'hui complétée par l'externalisation des unités scolaires qui avaient place auparavant dans les Instituts médico-éducatifs (IME). L'entrée des équipes dans les murs de l'école génère une harmonisation des pratiques et des communications.
- En matière d'habitat et de logement/hébergement, si les publics sont différents, la démarche est la même : l'accès au logement doit prendre le pas sur l'hébergement et la vie institutionnelle. L'ensemble des réponses – encore récentes – tend à réduire le passage en structure collective pour permettre une vie « chez soi » et au cœur de la cité. Cette dernière oblige à penser les aides humaines qui permettent de sécuriser et de soutenir les activités du quotidien et le lien social dans ce nouvel environnement.
- Dans le champ de la protection de l'enfance, le débat récurrent sur les effets de la séparation en cas de placement de l'enfant contribue au développement de mesures alternatives. Depuis quelques années, les mesures

¹⁰ Service de soins infirmiers à domicile.

¹¹ Service d'aide à domicile.

¹² Établissement d'hébergement pour personnes âgées.

¹³ Accident vasculaire cérébral.

éducatives dites « renforcées » au domicile sont conduites (AEMO renforcées)¹⁴ et, plus récemment, le placement à domicile a été engagé pour travailler selon une intervention rigoureuse sur les compétences parentales et le maintien de l'enfant dans son environnement. Une réflexion est en cours sur une troisième voie entre placement et intervention à domicile.

Nous proposons, à l'aide des tableaux ci-après, une définition des vocables et des notions par secteur, une présentation des cadres réglementaires et des assises législatives et une déclinaison de l'évolution de l'offre.

Le tableau 1

Propose une relecture de la notion d'inclusion déclinée selon les vocables employés par les secteurs. Il permet d'appréhender l'émergence d'une sémantique variée, dont la protection de l'enfance se distingue par l'absence de consensus.

Le tableau 2

Décrit l'approche conceptuelle des notions dédiées à l'inclusion, à travers la parole de plusieurs experts.

Le tableau 3

Définit dans la première partie chacune des politiques publiques fléchées par public. La seconde partie est consacrée aux textes législatifs, circulaires et plans ou stratégies nationaux.

Le tableau 4

Est une présentation non exhaustive de l'évolution de l'offre dans les différents secteurs étudiés dans cette étude.

¹⁴ Action éducative en milieu ouvert.

Tableau 1 : Genèse de la sémantique par politique sectorielle

<p>Virage ambulatoire</p>	<p>Il est un des axes majeurs de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 en développant la médecine de parcours (santé, soins, vie). « <i>Le parcours s'entend comme une prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux</i> » (définition du ministère des Solidarités et de la Santé).</p>
<p>Logique inclusive, école inclusive</p>	<p>« <i>Les États parties veillent à ce que les personnes handicapées ne soient pas exclues, sur le fondement de leur handicap, du système d'enseignement général et à ce que les enfants handicapés ne soient pas exclus, sur le fondement de leur handicap, de l'enseignement primaire gratuit et obligatoire ou de l'enseignement secondaire.</i> » (convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées du 13 décembre 2006). Cette convention fait état de l'inclusion dans la société des personnes handicapées.</p> <p>L'Unesco, en 2009, parle de l'éducation inclusive, processus « <i>qui vise à prendre en compte et à satisfaire la diversité des besoins de tous – enfants, jeunes et adultes – par une participation accrue à l'apprentissage, à la vie culturelle et à la vie communautaire, et par une réduction du nombre de ceux qui sont exclus de l'éducation ou exclus au sein même de l'éducation.</i> »</p> <p>La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République (8 juillet 2013) introduit pour la première fois l'expression « école inclusive ».</p>

	<p>« Il reconnaît que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser. Il veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction. Il veille également à la mixité sociale des publics scolarisés au sein des établissements d'enseignement. » (article L. 111.1 du code de l'éducation, modifié par la loi du 8 juillet 2013)</p> <p>La conférence nationale du handicap du 19 mai 2016 est consacrée à la société inclusive. Pour la ministre de l'Éducation nationale, « (...) l'école inclusive, c'est celle qui "reconnait que tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser, [...] qui veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction", dit la loi pour la refondation de l'école de la République. C'est l'école qui se soucie de tous les enfants ; mais c'est aussi celle qui ambitionne la construction de la société de demain et d'un vivre-ensemble où chacun se reconnaît en l'autre dans ce qu'il est à la fois le même et différent ».</p> <p>Création en septembre 2019 dans chaque département d'un service public de l'école inclusive (circulaire de rentrée 2019 – école inclusive) : « Le débat "sur l'école inclusive" se caractérise par un large éventail de positions qui s'inscrivent dans un continuum allant de la définition de l'inclusion comme un projet social et éducatif radical à des positions exprimant un engagement en faveur de l'inclusion "dans la mesure du possible" ». Lorella Terzi (2014)</p>
Virage domiciliaire	<p>Avec la création des prestations (PSD puis APA) qui le développent à la fin des années 2000, le maintien à domicile est le vocable le plus couramment utilisé pour exprimer la « non-institutionnalisation » de la prise en charge de la personne âgée. Dans son rapport rendu en mars 2019, « Grand âge, le temps d'agir », Dominique Libault parle du « chez soi » (« Le besoin d'être "chez soi", quel que soit son lieu de vie »). Cela intègre que ce sentiment d'intimité et de liberté peut aussi être pris en compte et surtout engagé en établissement (ma chambre est-elle un lieu de privation de libertés et d'expression ?).</p> <p>Le 4 juillet 2019, Agnès Buzyn, dans son discours d'installation de la mission « métiers du grand âge », évoque le « virage domiciliaire », que le conseil de la CNSA tentera de définir par la suite.</p>
Logement d'abord	<p>L'appellation est d'abord associée à la création des SIAO (cf. discours du Secrétaire d'État au logement du 10 novembre 2009). Le « logement d'abord » se veut être la fin de l'hébergement en escaliers, voire sa suppression dans certaines situations. « (...) Lorsque la situation du ménage le permet, l'accès direct au logement doit être privilégié, avec un accompagnement si</p>

	<p><i>nécessaire. Chaque personne et famille dans un hébergement ne doit y rester que le temps nécessaire et accéder au logement dans les meilleurs délais dès lors qu'elle y est prête. »</i></p> <p>Initialement, le logement d'abord est une conception de l'orientation la plus adaptée et la plus rapide pour des personnes autonomes ou développant de telles compétences.</p> <p>Son approche est complétée par l'expérimentation auprès de publics très précarisés (addictologie...) dont l'accès à un logement s'affranchit d'une obligation de soins.</p>
Protection à domicile	<p>L'objectif commun étant l'intérêt de l'enfant et sa protection « immédiate », il n'existe pas une modalité d'intervention qui privilégie uniquement le domicile. Ce dernier est une des options lorsque les compétences parentales sont encore favorables et en co-construction avec les professionnels. Aussi, il n'existe pas de consensus sur un terme générique.</p>

Tableau 2 : Termes associés à la notion d'inclusion selon plusieurs experts

<p>Inclusion</p>	<p>Pour Marcel Jaeger, l'inclusion « (...) évoque davantage une finalité plutôt qu'un processus ».</p> <p>Pour Charles Gardou, une société inclusive, c'est affirmer que « l'exclusivité de la norme, c'est personne, la diversité, c'est tout le monde ». Il faut promouvoir « la capacité collective à conjuguer les singularités, sans les essentialiser ».</p> <p>Pour Denis Piveteau, « l'inclusion, ce n'est pas fermer les établissements, c'est les ouvrir ».</p>
<p>Parcours</p>	<p>Selon le Céreq (B. Bouquet et P. Dubéchet), la notion de parcours présente trois variables privilégiées : les ancrages sociaux, les interactions, les mécanismes de subjectivation.</p> <p>Les dimensions de la notion de parcours sont les suivantes.</p> <p>Dimension objective (repérage des régularités).</p> <p>Dimension subjective (capacité individuelle à intégrer les normes sociales dominantes et à se projeter).</p> <p>Dimension normative (parcours identifiés comme étant de bons parcours, et interrogation sur la fragilisation des normes et les parcours atypiques).</p> <p>Dimension cognitive (connaissance des parcours).</p> <p>Dimension sociologique (les déterminants sociaux des parcours).</p>

	<p>Dimension temporelle (prise en compte du temps de vie).</p> <p>Dimension méthodologique (typologie, variables).</p>
Intervention à domicile	<p>Selon Elian Djaoui, deux logiques d'action sociale structurent l'intervention à domicile.</p> <p>Les logiques soignantes et cliniques (souci porté à la personne).</p> <p>Les logiques gestionnaires et de contrôle de l'autre (le soumettre à des normes instituées : hygiène, alimentation...).</p> <p>Approche dite « techno-méthodologique de la gestion de l'intime ».</p> <p>L'extimité est le « processus par lequel des fragments de soi intime sont proposés au regard d'autrui afin d'être validés ».</p>
Nouvelles pratiques	<p>Pour Dominique Argoud, « <i>Innover n'est pas faire nouveau, mais faire autrement, proposer une alternative ; celle-ci peut être un réenracinement dans les pratiques passées</i> ».</p> <p>La logique inclusive bouscule les pratiques professionnelles en passant d'un « travail sur autrui » à un « travail avec autrui ».</p> <p>Les missions des professionnels s'articuleront de plus en plus autour des trois axes principaux suivants.</p> <p>L'analyse des facteurs environnementaux et personnels qui favorisent ou empêchent la réalisation des habitudes de vie et/ou des projets de la personne, et leur transformation.</p> <p>L'accompagnement en termes de compensation, dont l'aide à la prise de décision.</p> <p>L'étayage des dispositifs de droit commun.</p>

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

Tableau 3 : Cadre réglementaire – définition légale et/ou institutionnelle et textes de lois de référence

Sanitaire	<p>Virage ambulatoire</p> <p>Il représente « le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les cabinets libéraux, maisons et centres de santé ; • les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux ». (ministère des Affaires sociales) <p>Le virage ambulatoire intègre trois niveaux : le parcours de santé, de soins et de vie.</p> <p>Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.</p>
Handicap enfants et adultes	<p>Virage inclusif/transition inclusive</p> <p>« L'habitat inclusif est destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation, regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes. » (art. 129 de la loi Elan)</p> <p>Loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 (obligation éducative en faveur des enfants handicapés et la priorité à l'intégration scolaire).</p> <p>La loi du 11 février 2005 affirme « le droit de tout élève en situation de handicap à accéder à l'éducation ».</p>

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

	<p>La loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République reconnaît que « <i>tous les enfants partagent la capacité d'apprendre et de progresser</i> » et veille à « <i>l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction</i> ».</p> <p>Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 généralisant les DITEP.</p> <p>Décret n° 2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services sociaux en dispositif intégré.</p> <p>Circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées.</p> <p>Loi Elan du 23 novembre 2018.</p>
<p>Perte d'autonomie liée à l'âge</p>	<p>Logique domiciliaire « le chez-soi »</p> <p>Le conseil de la CNSA identifie quatre grands enjeux adossés au virage domiciliaire : le soin, l'aide et l'accompagnement, le logement social, la présence sociale (fonction présenteielle).</p> <p>Elle identifie le « <i>chez-soi</i> » comme une « (...) <i>métaphore de l'organisation sociale inclusive permettant à chacun de faire des choix et d'accéder à tout ce que peut offrir notre société (offre globale) dès lors qu'elle satisfait certains principes fondamentaux</i> ».</p> <p>Loi du 10 juillet 1989 sur l'accueil familial des adultes (personnes âgées et personnes handicapées).</p> <p>La loi du 24 janvier 1997 institue la PSD et réforme la tarification des établissements (décrets d'avril 1999 et mai 2001). Elle donne aussi l'appellation « Ehpad ».</p> <p>La loi du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie substitue l'APA à la PSD.</p> <p>Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.</p> <p>Décret n° 2019-629 du 24 juin 2019 sur l'habitat inclusif.</p>

<p>Insertion sociale</p>	<p>Logement d'abord</p> <p>« Aller vers »</p> <p>Il vise « (...) à réorienter rapidement et durablement les personnes sans domicile depuis la rue ou l'hébergement vers le logement, et à proposer un accompagnement adapté, modulable et pluridisciplinaire ».</p> <p>« Décloisonner les approches et mieux coordonner les dispositifs pour offrir aux personnes un accompagnement au plus proche de leurs besoins. »</p> <p>Circulaire instaurant les services intégrés accompagnement et d'orientation (SIAO).</p> <p>Loi Alur.</p> <p>Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme.</p>
<p>Protection de l'enfance</p>	<p>Prévention et intervention à domicile</p> <p>Déjudiciariser les interventions.</p> <p>Intervention le plus en amont des difficultés intrafamiliales.</p> <p>Maintien à domicile avec vigilance renforcée par une prise en charge immédiate en institution ou des rendez-vous hebdomadaires.</p> <p>Loi du 5 mars 2007.</p> <p>Loi de mars 2016.</p> <p>Démarche de consensus sur la protection à domicile par la DGCS (en cours).</p>

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

Tableau 4 : évolution de l'offre

Sanitaire	<p>Projets régionaux de santé (PRS).</p> <p>Équipe mobile sanitaire. Équipe mobile de santé mentale. HAD. SSIAD.</p>
Handicap enfant et adulte	<p>Unités d'enseignement externalisées (UEE) – 2014.</p> <p>Pôles inclusifs d'accompagnement localisés (PIAL) – septembre 2019.</p> <p>Équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap (circulaire DGCS du 14 juin 2019).</p> <p>Dispositif intégré ITEP. « Handicap inclusion » (subvention pour des places dédiées en crèche). ESAT hors les murs. MAS + équipe mobile. SESSAD. Habitat partagé.</p>

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

<p>Perte d'autonomie liée à l'âge</p>	<p>Gestionnaire de cas.</p> <p>Coordination territoriale d'appui :</p> <p>PAERPA</p> <p>Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (+ 75 ans) – en expérimentation prolongée et élargie depuis 2014 (LFSS 2013).</p> <p>MAIA</p> <p>Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (LFSS 2011).</p> <p>PTA</p> <p>Plateforme territoriale d'appui (loi du 26 janvier 2016) pour les parcours de santé complexes.</p> <p>En 2022, une seule entité : dispositif d'appui à la coordination (DAC).</p> <p>Service polyvalent d'aide et soins à domicile (SPASAD).</p> <p>Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).</p> <p>SSIAD.</p> <p>Veille sociale des communes.</p> <p>L'approche domiciliaire :</p> <p><i>« Les établissements qui accueillent des personnes âgées, en situation de handicap ou de maladie, doivent aujourd'hui tous se mettre en capacité d'«ouvrir leurs murs» et de «sortir de leurs murs» en nouant des partenariats et en se positionnant comme des centres ressources pour les personnes du territoire. Ils doivent pour cela s'appuyer avant tout sur des ressources extérieures existantes (SAAD, SSIAD, SPASAD, SAMSAH,</i></p>
---------------------------------------	---

	<p>SAVS, pôles, centre et dispositifs de coordination). Ils doivent aussi développer seuls ou en partenariat des services innovants (accueil de jour, de nuit, plateformes d'accompagnement et de répit, hébergement temporaire) qui permettent à la personne de rester chez elle le plus longtemps possible, de revenir à son domicile ou encore de soutenir les aidants. »</p> <p>(Rapport de la CNSA)</p>
<p>Inclusion sociale et professionnelle</p>	<p>Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) – 2014.</p> <p>Zone d'habitat intermédiaire (hébergement provisoire dans un lieu voué à la destruction) – exemple : Les grands voisins à Paris.</p> <p>Un chez-soi d'abord</p> <p>(décret n° 2016-1940 du 28/12/2016).</p> <p>CHRS hors les murs.</p> <p>Intermédiation locative.</p> <p>Job coach.</p>
<p>Protection de l'enfance</p>	<p>AEMO renforcée.</p> <p>Accueil séquentiel.</p> <p>Placement à domicile.</p> <p>« Un chez-soi d'abord » jeunes (expérimentation à Toulouse et à Lille).</p>

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

2 DES MISSIONS REDÉFINIES POUR RÉPONDRE AUX ENJEUX POLITIQUES ET SOCIÉTAUX

Le développement des modes d'intervention « plus ouverts » ou « plus inclusifs » est la conséquence d'une évolution dans la manière de penser les réponses apportées aux personnes. Les missions des établissements et services sont en cours de redéfinition par les associations gestionnaires, qui développent des projets innovants en réponse aux réorientations des politiques.

La démarche d'inclusion, la logique domiciliaire ou l'intervention à domicile poursuivent chacune des objectifs propres ; pour autant, des traits communs peuvent être repérés en transversalité. Les évolutions des missions s'orientent dans trois grandes directions :

- **les modalités d'accompagnement** des personnes ;
- la sécurisation du **parcours** ;
- l'amplification des interactions avec **l'environnement** des personnes.

2.1 Évolutions des missions dans l'accompagnement des personnes

Concernant l'intervention directe auprès des personnes, l'action menée vise le plus souvent et sous des formes diverses à maintenir ou à développer l'autonomie¹⁵. Les objectifs définis par les services rencontrés peuvent entrer dans deux catégories :

- le maintien à domicile ;
- l'accompagnement vers le droit commun.

Permettre le maintien à domicile lorsque celui-ci est compromis du fait de :

- la dégradation de l'état de santé (physique ou psychique) nécessitant des soins ;
- la perte d'autonomie nécessitant des accompagnements pour la réalisation d'actes de vie quotidienne ;
- la précarité socio-économique ;
- la vulnérabilité relationnelle ou personnelle.

¹⁵ L'autonomie est un concept dont les contours restent mal définis. Les conditions de l'autonomie se réfèrent à la fois à l'individu, à ses compétences et au fonctionnement de la vie sociale. Il peut être ici entendu comme la capacité d'une personne à mobiliser ses propres ressources et celles autour d'elle pour faire face aux situations qu'elle rencontre ou comme : « *La capacité à gérer ses propres dépendances (physiques, psychiques, sociales), dans le cadre d'une socialisation* ». Stéphane Rullac, « Autonomie », in Stéphane Rullac, Laurent Ott (dir.), *Dictionnaire pratique du travail social*, Paris, Dunod, 2010, p. 3.

Le plus souvent, c'est la combinaison de plusieurs de ces facteurs qui fragilise la situation.

Il s'agit alors de proposer des services **répondant à des besoins non-couverts** par les différents opérateurs de droit commun. Ces compléments de soins ou d'accompagnement visent à mettre les personnes dans les conditions permettant soit la poursuite d'une vie à domicile, soit le retour à domicile après un temps d'éloignement. L'enjeu de sécurité est ici souvent positionné au tout premier plan. En effet, cette logique de maintien à domicile intervient de plus en plus fréquemment dans des situations qui auparavant donnaient lieu à un hébergement collectif (qu'il soit hospitalier, médico-social ou social). Ainsi, les structures sont amenées à développer des réponses qui vont au-delà de l'offre de services habituellement proposée à domicile.

À titre d'exemple, dans le champ sanitaire, nous voyons apparaître des soins à domicile qui précédemment s'effectuaient dans le cadre hospitalier. En effet, la tendance actuelle étant dirigée vers une diminution des durées d'hospitalisation, une offre de soins de plus en plus variée s'est développée, au-delà des soins infirmiers à domicile ou du champ couvert par l'hospitalisation à domicile. Ces soins à domicile pointus peuvent revêtir une technicité justifiant l'intervention de services très spécialisés.

L'équipe hors les murs de l'Institut de lutte contre le cancer Paoli-Calmettes, à Marseille, a pour mission d'accompagner à distance des patients dans le cadre des suites opératoires ou d'un suivi des effets de chimiothérapies orales. Les effets indésirables de ces traitements demandent une vigilance très spécifique ; cette surveillance ne peut être assurée que par un professionnel formé à ces traitements. Ce suivi prend la forme d'entretiens téléphoniques programmés (le patient pouvant aussi appeler à tout moment si besoin). Cet accompagnement de patients « hors les murs » est conduit par des « infirmiers experts », qui sont en lien avec des médecins de l'établissement mais aussi avec les soignants de ville qui entourent la personne, qui peuvent être en interrogation face à certains effets.

Dans le champ des personnes âgées, des dispositifs de type Ehpad à domicile ou relayage (baluchonnage) permettent aux personnes de maintenir une vie à domicile tout en bénéficiant de services complémentaires des services à domicile. Ici encore, c'est l'apport de nouveaux services qui conditionne la concrétisation du choix des personnes.

Le dispositif expérimental EHPADadom de la Croix-Rouge a pour missions de permettre le maintien à domicile de personnes âgées dont l'état de santé et/ou la perte d'autonomie nécessiteraient un accueil en établissement qui préfèrent rester à domicile. Cette offre de services est destinée à assurer pour les résidents à domicile 24h/24 et 7j/7 des prestations proches, voire identiques à celles proposées à des résidents hébergés en Ehpad (des séances individuelles programmées avec kinésithérapeute, podologue, psychomotricien ou psychologue ainsi que l'accès à l'Ehpad pour la restauration, le salon de coiffure, les activités ou l'hébergement d'urgence...).

Dans une seconde catégorie, on peut regrouper toutes les missions orientées vers **l'accompagnement des personnes afin qu'elles accèdent à des ressources du droit commun** (logement autonome, emploi, formation, soins...). Il s'agit bien ici de remplir une des missions au cœur de l'idée d'inclusion. Les professionnels sont alors positionnés aux côtés des personnes dans une perspective d'accompagnement à la mise en œuvre de leur projet. Comparativement à la dynamique au sein d'un lieu collectif, l'accompagnement va encore plus loin dans le degré d'individualisation et de personnalisation. Quel que soit le secteur d'activité, l'enjeu est de ne pas se focaliser sur les limitations de la personne mais de s'appuyer sur ses capacités, de respecter ses choix et de l'aider à développer son autodétermination et son pouvoir d'agir. Ces notions, qui se diffusent progressivement dans le secteur du handicap, sont également visibles dans le champ de la protection de l'enfance ou de l'accompagnement des adultes en difficulté sociale.

Passerelle entre le milieu protégé et le milieu ordinaire de travail, l'ESAT hors les murs de LADAPT propose un accompagnement individualisé aux travailleurs en situation de handicap pour leur permettre d'expérimenter le travail en milieu ordinaire et faciliter leur insertion professionnelle au sein d'une entreprise. Pour cela, une équipe pluridisciplinaire et mobile intervient tout au long du parcours de la personne en : 1/ favorisant le développement de son autonomie sociale et professionnelle par la mise en œuvre de soutiens spécifiques, individualisés, préalablement et parallèlement aux mises à disposition en entreprise ; 2/ proposant un programme de réentraînement au travail, en situation réelle au sein d'une entreprise ordinaire, sur des postes adaptés, par le biais de mises à disposition ; 3/ favorisant une intégration pérenne dans l'entreprise par un recrutement effectif, au terme du parcours.

Il est à noter que cet accompagnement direct peut se décliner de manière renforcée comme une recherche de réponses adaptées aux situations complexes. Il apparaît même particulièrement approprié d'inventer d'autres formes d'intervention lorsque la complexité des situations pose des difficultés dans les établissements d'accueil collectif dits « traditionnels ».

Le but de l'association Métabole est de participer à l'amélioration du bien-être matériel, physique, psychique et social de jeunes confrontés à des difficultés psychologiques et sociales. Les jeunes sont hébergés dans des appartements diffus en ville et bénéficient d'un accompagnement psychosocial conduit par des psychologues cliniciens qui effectuent cette mission au plus près des adolescents (au domicile, en ville, accompagnement lors de démarches...). L'enjeu est de proposer des interventions psychosocio-éducatives cohérentes dans un objectif de développement de l'autonomie (liberté et moyens donnés aux personnes accueillies dans la gestion de leur vie quotidienne et par leur participation active aux prises de décisions les concernant).

2.2 Évolutions des missions pour la sécurisation du parcours des personnes

Le deuxième axe d'évolution concerne les missions ayant pour objectif d'agir sur le parcours des personnes. Il est en effet aujourd'hui admis par tous les acteurs que les interventions des uns et des autres s'inscrivent dans un projet plus large.

- Le parcours de la personne a débuté avant l'intervention qui les concerne et se poursuivra à l'issue de celle-ci ; or, le passage d'une étape à l'autre est toujours une étape délicate qui manque de liant.
- De multiples acteurs interviennent à un moment T dans le parcours de la personne. L'intérêt de la personne est que ces actions s'articulent de manière pertinente. Pour ce faire, les structures doivent se reconnaître comme des partenaires agissant dans un souci de cohérence et d'efficacité au service du projet de la personne.

Ainsi, tous les opérateurs du champ sanitaire, médico-social et social rencontrés dans le cadre de cette étude ont intégré dans leurs missions la nécessité d'inscrire leur intervention dans une logique de parcours (de soins ou de vie). Cela constitue un réel changement de paradigme.



La Haute Autorité de Santé définit le parcours de soins comme « pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment [des] différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)... »



S'agissant du champ de l'autonomie, la **CNSA** définit la notion de parcours de soins comme « l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes "périodes" et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale ».



Le pôle Philippe de Camaret de la Fondation Père Favron, situé à Saint-Benoît, à La Réunion, comprend un foyer d'accueil médicalisé, une MAS et un SAMSAH. Il a développé une équipe dite « hors les murs » qui a pour mission d'interroger et de matérialiser la suite du parcours des personnes après leur séjour dans l'établissement. Pour ce faire, l'équipe associe pleinement les résidents et leur famille à la réalisation d'un projet conforme aux souhaits de la personne, même si celui-ci est complexe à mettre en œuvre (retour en famille, logement autonome, colocation...).

Prévenir les ruptures de parcours constitue un objectif clairement affiché dans les orientations politiques. Le premier risque de rupture de parcours intervient pour des situations pour lesquelles les transitions ne sont pas assurées ou sécurisées d'une étape à l'autre. La rupture peut être directement liée :

- à une limite d'âge qui empêche la poursuite de l'accompagnement (autorisations des établissements avant la réforme, passage à l'âge adulte dans le champ sanitaire, du handicap ou de la protection de l'enfance...);
- à une fin de prise en charge plus ou moins brutale à l'initiative de la personne ou de la structure qui l'accompagne.

Les personnes pour lesquelles la situation est qualifiée de « complexe » sont particulièrement concernées par ces types de rupture.

Le service EMA (Équipe mobile autisme) de l'association Ordre de Malte est un service dédié aux situations complexes du spectre de l'autisme. La finalité n'est pas un accompagnement au quotidien des personnes, mais l'apport d'un appui technique et d'une expertise aux professionnels comme aux parents dans l'observation, l'adaptation des modalités d'accompagnement, l'élaboration de programmes d'intervention et l'évaluation de la mise en œuvre des préconisations. Cet appui technique vise à améliorer les modalités d'accompagnement des personnes avec troubles du spectre de l'autisme afin de faciliter leur intégration ou leur maintien dans le milieu de vie. L'idée force est de prévenir des ruptures de parcours en accompagnant les institutions, en les aidant dans la prescription et la compréhension des problèmes institutionnels induits par la pathologie.

Ainsi, différents services proposent désormais des interventions dont l'objectif est d'accompagner ces transitions. Cette volonté est relayée dans certains projets de services et d'établissements et se matérialise dans les missions affichées par les structures. Elle prendra la forme d'équipes mobiles, donnera la possibilité à des professionnels d'accompagner sur site une transition chez un partenaire, etc.

Une autre forme de rupture de parcours identifiée se matérialise par la faiblesse des coordinations entre les différentes interventions autour de la personne. Cette absence de liens peut conduire à des incohérences préjudiciables. Les structures sont aujourd'hui clairement attendues sur leurs capacités à agir en coresponsabilité.

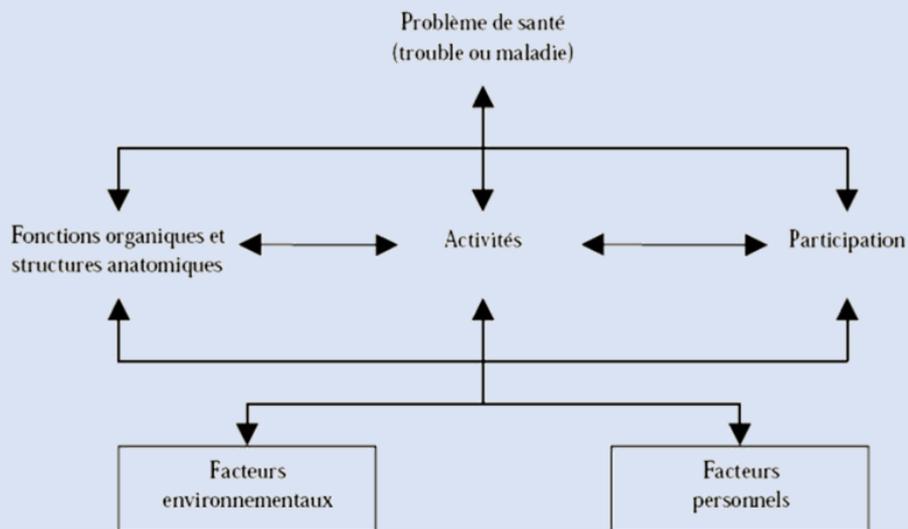
L'équipe mobile Passerelle intervient sur interpellation des bailleurs sociaux qui signalent des situations repérées de grande fragilité (impayés locatifs, problèmes de voisinage, dégradation du logement, grand isolement...). L'intervention du binôme de professionnels (association spécialisée auprès de personnes en souffrance psychique et secteur psychiatrique) se fait dans une démarche « d'aller vers » afin de faire avec la personne un bilan des difficultés vécues et de l'accompagner vers les solutions adéquates. Ainsi, dès le début des accompagnements, l'équipe se fixe comme objectif de passer le relais aux partenaires du droit commun (CMP, assistant social de secteur...).

2.3 Évolutions des missions pour interagir avec l'environnement de la personne

L'évolution des missions inclut le renforcement non seulement des actions en direction de la personne mais également des interventions en direction de son environnement.

En effet, les projets personnels sont singuliers et le défi pour les services est de proposer l'accompagnement permettant de répondre au plus juste à cette singularité. Cela suppose de connaître les caractéristiques et les modes de fonctionnement des différents lieux/milieus dans lesquels la personne souhaite s'investir (école, entreprise, bailleur...) afin de tisser les liens nécessaires à la réussite de son projet.

Un exemple de cadre conceptuel incluant l'environnement : le champ du handicap et le modèle de fonctionnement de la CIF



Dans le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), du handicap et de la santé (élaborée par l'Organisation mondiale de la santé afin de fournir un langage uniformisé et un cadre pour la description et l'organisation des informations relatives au fonctionnement et au handicap), **les facteurs environnementaux** sont considérés au même titre que d'autres facteurs comme une dimension du système. Le handicap est un concept multidimensionnel qui met en avant l'interaction dynamique entre plusieurs composantes :

- les fonctions organiques et les structures anatomiques des individus ;
- les activités que font les individus et les domaines de la vie auxquels ils participent ;
- les facteurs environnementaux qui influencent leur participation ;
- les facteurs personnels.

Ainsi, l'intervention auprès des professionnels non spécialisés à l'école, dans l'entreprise, dans le lieu de loisirs... contribue à la concrétisation du projet des personnes. Il s'agit alors d'apporter des aides ou conseils techniques afin d'adapter les lieux d'accueil.

L'unité d'enseignement en maternelle (six places), créée en 2017 par l'établissement Adam Shelton, est gérée par l'association Sésame Autisme Gestion et Perspectives (filiale du groupe SOS). « Les UEM constituent une modalité de scolarisation d'élèves d'âge de l'école maternelle avec troubles du spectre autistique (TSA), orientés vers un établissement ou un service médico-social (ESMS) et scolarisés dans son unité d'enseignement, implantée en milieu scolaire ordinaire. Ces élèves sont présents à l'école sur le même temps que les élèves de leur classe d'âge et bénéficient, sur une unité de lieu et de temps, d'interventions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques... réalisées par une équipe associant un enseignant et des professionnels médico-sociaux, dont les actions sont coordonnées et supervisées.

Le travail en partenariat étroit avec la famille contribue, par le partage des connaissances respectives, à une meilleure approche de l'enfant et favorise le développement et la généralisation de ses apprentissages... La guidance parentale éducative, mise en place dès l'entrée à l'UEM et effectuée par les éducateurs en coordination avec le psychologue, aura lieu à domicile, en accord avec les parents, selon une fréquence de deux fois par mois la première année et une fois par mois les années suivantes ». *Dossier de présentation du projet – mars 2017.*

L'équipe Interm'aide de l'association APAHM apporte un relais à l'aidant familial pour de courts séjours de répit durant lesquels ce dernier quitte le domicile. Cette intervention ne se substitue pas mais complète les aides et soins professionnels. L'interm'aidant prend en charge les tâches du quotidien habituellement assurées par l'aidant. L'intervention vise également à permettre aux personnes aidées de redécouvrir des potentialités en leur proposant des activités adaptées au domicile ou à l'extérieur. Ces temps de répit doivent aussi représenter pour elles des moments qui resserrent par la proposition d'activités adaptées.

Dans le même mouvement, dans le champ de l'autonomie, on observe le développement d'actions en direction des aidants ou des parents.

3 IMPACTS SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Les modes d'intervention plus ouverts et plus inclusifs, jugés plus adaptés pour répondre à la redéfinition des missions, peuvent prendre plusieurs formes.

- Le « aller-vers » un public qui est/ou pas identifié.
- L'intervention à domicile.
- Le « hors-les-murs » implanté chez un partenaire.
- L'équipe mobile.



L'exercice de la mission en dehors des murs des structures est pratiqué historiquement par certains services, comme :

- les SSIAD, l'hospitalisation à domicile dans le champ sanitaire ;
- l'accompagnement à domicile pour les personnes en perte d'autonomie ;
- les SESSAD, qui interviennent dans les lieux de vie des enfants en situation de handicap ;
- la prévention spécialisée, ainsi que l'AED/AEMO en protection de l'enfance ;
- les maraudes dans l'accompagnement des adultes en grande vulnérabilité.

Le mouvement actuel, qui conduit à la démultiplication des dispositifs fonctionnant sur ces modèles, va conduire de nombreux professionnels à faire évoluer leurs pratiques professionnelles. Ainsi, dans le cadre de l'étude, toutes les directions et équipes de professionnels ont été interrogées sur ces impacts.



La pratique professionnelle est ici entendue comme « *un déroulé d'actions et de décisions réellement mises en œuvre par une personne pour faire face aux exigences prescrites d'une situation professionnelle* ». Comme le souligne Guy Le Boterf, une pratique professionnelle est singulière, propre à chaque sujet, elle peut être comparée à une « *interprétation d'une partition* ». Ainsi, il peut exister plusieurs bonnes interprétations d'une même partition.

Le Boterf Guy, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Eyrolles, Paris, 2013, p.52.



L'accompagnement proposé et les orientations du service visent à développer l'autonomie des personnes. À cette fin, ils s'appuient de plus en plus sur des procédés conceptualisés comme « l'éducation thérapeutique » dans le champ du soin ou de l'addiction, la « réhabilitation psychosociale » dans le champ du handicap psychique, la « réduction des risques »...

Les acteurs ont été interrogés sur les écarts dans les pratiques professionnelles entre modes d'intervention traditionnels et « plus ouverts ou plus inclusifs ». Il est difficile d'obtenir une analyse univoque tant les terrains d'étude sont variés.

Pour autant, quelques pistes émergent, allant d'évolutions plutôt modérées à des « ruptures » plus marquées, notamment concernant les liens entre le professionnel et les forces internes à l'institution ou la prise en charge collective.

De manière générale, les professionnels expriment le sentiment de « *rester fidèles aux fondamentaux du métier* ». Il s'agit notamment d'une maîtrise technique, qui peut s'exprimer par l'analyse clinique, l'acte de soin, etc. Ces techniques sont toujours sollicitées mais s'exercent un peu différemment, requérant de la part des professionnels de se décaler par rapport à leurs habitudes de travail.

Au sein de l'équipe hors les murs de l'Institut Paoli-Calmettes (Marseille), les infirmiers suivent les patients via des entretiens téléphoniques, avec l'appui de grilles de suivi très précises. L'équipe témoigne du fait que la démarche clinique, le cœur de métier de l'infirmier, est bien présente même si elle s'exerce autrement : « On a toujours ce côté clinique de surveillance de ce qu'un effet engendre et de ce qu'on doit surveiller, ça c'est la démarche infirmière. Donc, sur le fond, ça ne change pas grand-chose sur la rigueur à avoir pour analyser les événements. Ce qui change, c'est que le patient n'est pas là, tout simplement » (infirmier expert). Par contre, l'équipe reconnaît que cette distance engendre un changement de pratique dans une autre dimension du métier, à savoir la relation patient : « Quand vous êtes en direct, vous arrivez à les tranquilliser, vous arrivez à leur expliquer ce qu'il se passe vraiment, faire des dessins, prendre de la documentation [...] il y a d'autant plus de travail de communication à donner, pour gérer le stress des patients et notre propre stress, ne pas dire des mots, des phrases qui aggravent les choses » (cadre de santé) ; « Des fois, il y a des gens, et en général c'est moi qui les récupère, puisque c'est moi qui décroche, qui ont juste besoin de parler. Eh bien on parle, qu'est-ce que vous voulez, on est là pour ça, on n'est pas là que pour le côté médical, le côté psychologique est aussi important que le médical » (assistante médicale).

Dans d'autres contextes, certains professionnels sont amenés à développer une démarche plus inductive qu'habituellement, partant de l'observation de la situation plutôt que de l'application de protocoles définis préalablement. C'est notamment ce qu'ont pu souligner des équipes de terrain comme EHPADadom dans le champ des personnes âgées ou La Mètis en protection de l'enfance.



*« On tâtonne, on essaie, on teste, on réajuste. » (EHPADadom)
« On est obligé de se réinventer à chaque fois, pour pouvoir proposer des alternatives, des solutions... »*

La Mètis



Sortir des lieux d'accueil collectif a pour premier impact de « matérialiser » l'individualisation de la relation d'accompagnement. Concrètement, les professionnels se retrouvent très souvent en relation duelle avec la personne qu'ils accompagnent.

Il est à noter que l'accompagnement collectif n'est pas totalement absent ; il peut venir en support de l'accompagnement individuel, notamment lorsque ce dernier montre ses limites. Le professionnel considère alors que le collectif peut être aidant pour la personne pour aborder certaines thématiques et que ce cadre peut être vecteur de lien social.

3.1 Pratiques spécifiques de l'intervention au domicile

Les interventions à domicile (auprès de personnes âgées, de personnes en situation de handicap, d'enfants protégés...) obligent indéniablement à prendre en compte l'environnement interne (intimité, extimité, relations intrafamiliales) et externe (quartier, voisinage).



« Intervenir au domicile pose des questions au professionnel : comment j'entre dans le logement, j'entre dans la chambre ? est-ce que je m'assois sur le lit ? est-ce que je touche le jeune ? le domicile n'est pas que le salon. Le professionnel doit-il être autorisé à aller dans la chambre ? »

Chef de service



Ce type de modalités intègre la prise en compte :

- des us et coutumes de la personne (rythme, rituels, alimentation...)
- des capacités de communication et de compréhension de la personne ;
- des capacités motrices et physiques de la personne ;
- du potentiel d'autonomie et de responsabilité ;
- des liens avec la famille (parents, enfants, petits-enfants...).

Pour les professionnels, notamment ceux exerçant habituellement en lieu d'accueil collectif, cet élargissement de la grille de lecture peut paraître exigeant (dimensions nouvelles, complexité...).

Au domicile, la personne est « sur son terrain », et elle dispose d'une marge de manœuvre plus grande dans la mise en relation.



« À l'UEM, on va au domicile, à l'IME, les parents viennent dans l'institution. Aller au domicile, c'était bizarre, de les voir autrement, de voir l'univers dans lequel ils vivent [...] Au domicile, on n'est pas chez nous, la personne accepte de nous ouvrir. »



Le professionnel s'adosse à cette base communicationnelle et y intègre ses propres qualités relationnelles sans les imposer. Ainsi, les professionnels sont amenés à s'interroger sur leurs pratiques : jusqu'où l'utilisation de l'humour par le professionnel ? Jusqu'où les stimulations et sous quelle forme ? etc.

En effet, plus que dans d'autres cadres d'intervention, les entretiens menés sur sites pour la présente étude montrent que les besoins et les capacités de la personne sont le socle des interventions et non l'inverse.



« Nous nous adaptons aux habitudes de vie de la personne, ce n'est pas comme en Ehpad, où on demande à la personne de changer ses habitudes. »

Équipe Interm'aide



Le domicile n'est pas le lieu des contraintes ou des injonctions de l'accompagnant mais celui du « sur-mesure » pour et avec la personne. Le souci de l'autre s'inscrit dans l'approche dite du « care » (prendre soin, attention). L'intervention à domicile n'est pas rationalisée au sens du taylorisme ; elle alterne entre le formel et l'informel qui est spontanément plus enclin à se développer. Mais il s'agit aussi de gérer le risque du « contrôle de l'autre »¹⁶, d'aller « trop loin » dans l'ingérence sur des domaines qui ne concernent pas le cadre d'intervention ou sur des habitudes de vie sur lesquelles le professionnel imposerait sa norme sociale ou personnelle. Lors des interventions, le domicile peut alors devenir un espace de négociation dans lequel le professionnel doit pouvoir se référer à des objectifs clairement identifiés avec la personne.

¹⁶ Elian Djaoui, cité par Fugier P., « L'intervention socio-éducative au domicile. Un espace de rencontre des désirs d'intimité et d'extimité des usagers », VST – Vie sociale et traitements, 2014/1, n° 121, p.101

Les procédures « d'admission » et « d'accueil » ne prennent pas la même forme qu'en lieu d'accueil collectif. Le premier rendez-vous est décrit comme déterminant et la qualité de ce premier accueil est un enjeu fort pour les professionnels interrogés. Dans les entretiens, ces derniers font part de l'attention portée à la manière spécifique de faire connaissance au domicile et de prendre connaissance des repères et habitudes de vie des personnes.

L'enjeu est ensuite de parvenir à mettre à profit les capacités et les volontés de la personne pour les intégrer dans les pratiques professionnelles en vue de la réalisation du projet personnalisé. Une telle démarche n'est pas toujours pleinement acquise pour les professionnels confrontés à un changement de cadre d'intervention. Il faut d'emblée **activer une observation** large et précise à la fois et s'y adapter en même temps. Autrement dit, intégrer promptement les éléments contextuels et les inscrire dans une intervention pluridisciplinaire.

De plus, la personne prise en charge à son domicile dispose d'un **potentiel « d'agir »** qui ne doit pas être annihilé par commodité ou facilité pour le professionnel. Autrement dit, des actions conduites avec la personne ne peuvent être négligées parce qu'elles sont superflues ou chronophages aux yeux du professionnel. Sur ce point, comme sur le sujet de la maltraitance, la personne accompagnée à domicile est dans une situation particulièrement fragile dans ce face-à-face, sans qu'il soit toujours évident d'activer des alertes.

Le domicile peut aussi être **l'espace des « confidences »** et de l'extimité (processus par lequel des fragments de soi intime sont proposés au regard d'autrui afin d'être validés). Là se situe le développement d'une écoute et d'une observation neutre et bienveillante. Elle n'exclut pas des **conseils et/ou préconisations** à partir des sollicitations de la personne. Cette relation de proximité peut rendre plus poreuses les limites de ce qui relève du professionnel et du personnel.

La **relation de confiance** prend toute sa place dans ce « huis clos » à l'origine d'instantanés intenses et privilégiés pour les deux parties. Mais le risque d'un enfermement relationnel n'est pas à négliger, au point que la personne accompagnée déclasserait (déliérarchiserait) ses liens avec son entourage, en particulier sa famille. Pour la famille, les professionnels intervenant à domicile ne doivent pas être des adversaires ou des menaces. C'est tout l'art du professionnel, de se situer auprès de la personne accompagnée et en relation régulière et alliée avec la famille.

La **confrontation avec l'intime** n'est pas généralement une « zone d'aisance et de confort » pour les professionnels. Dans le contexte du milieu ouvert, l'intimité ne peut être évacuée où subir une forme d'indifférence de la part du professionnel, qui par une telle attitude se dégagerait de réponses qu'il ne veut traiter ou voir. L'intimité est

la « porte d'entrée » de l'intervention, elle est centrale et dominante, qui plus est, lorsque le corps et la dépendance sont à l'origine de l'intervention. Dans certaines situations, pour le professionnel, c'est un nouvel espace clinique sur lequel il « renforce » son écoute et les techniques de manutention (aide technique à la mobilité, à la toilette) et avec lesquelles il faut se familiariser.



« Le domicile : gestion de l'intime, vie privée des gens, être invité à manger, accepter les cadeaux des familles ? Les familles nomment les intervenants : "tata Sandrine" pour nommer l'éducatrice. »

Chef de service



Le domicile et ses données associées doivent être encadrés par des **règles déontologiques** liées aux différents métiers et au **partage des informations** . Cela suppose une conformité professionnelle avec les législations dédiées au secret professionnel et à celles du partage des informations (lois 2007, 2016). Les professionnels rencontrés semblent régulièrement confrontés aux interrogations sur la remontée des informations et les supports pertinents à utiliser. Les services et encadrants s'interrogent sur l'intérêt d'utiliser les nouvelles technologies, sans que cela soit nécessairement concrétisé. Selon le lien et l'intérêt des personnes pour ces dernières, ces outils peuvent nécessiter un temps d'investissement plus lent.

Mais au-delà des règles communes entre intervenants, pour le professionnel se pose couramment la question de la hiérarchie et de la validation, par la personne concernée, des informations à partager. Il peut apparaître dans l'accompagnement des personnes âgées qu'elles souhaitent dissimuler des informations à leurs enfants ou privilégier une information à un enfant plus qu'à un autre. Le même phénomène peut se retrouver auprès de personnes hospitalisées, d'adultes en situation de handicap qui ne révèlent pas tout à leurs proches, ou d'adolescents protégés...

Le domicile peut être, dans certaines prises en charge, le carrefour des pratiques professionnelles sectorisées (intervention simultanée du sanitaire, du social, ou du médico-social). Dès lors, il s'agit d'intégrer un tel dispositif, de le partager, de le coordonner et d'y communiquer. Ce croisement des pratiques et de la communication convoque toute la subtilité d'une intervention individualisée dans un périmètre collégial.

Parmi les questions que nous avons relevées, il y a celle de la transmission d'éléments inquiétants : comment sont-ils transmis aux autres intervenants ? Doivent-ils l'être de façon fléchée, c'est-à-dire vers l'interlocuteur compétent, ou à l'ensemble des professionnels ?

Par ce partage des informations s'impose la question du « coordinateur » de la situation et des procédures a minima établies entre les professionnels, sachant que l'intervenant le plus régulier sera en première ligne de cette démarche informative, voire de mise en alerte.

Au-delà des modalités de coordination, il s'agit de s'inscrire et de contribuer à la dynamique partenariale territoriale ; autrement dit, comment les interventions sectorielles font sens, cohérence et continuité au sein du « panier » des prestations. C'est là que se situe le travail d'équipe à partir de plusieurs entités et dans une relation indirecte.

L'intervention au domicile ou hors les murs implique de faire face à des situations imprévues ou à des besoins primaires confrontés à la réalité du quotidien. À titre d'exemple, la livraison des repas pour une personne est suspendue pour des raisons techniques depuis 48 heures : se pose la question de l'alimentation ; que doit faire le professionnel de passage et quelle est sa marge de manœuvre ?

À gérer les urgences ou les imprévus, le professionnel peut se retrouver face à une inflation du temps dédié à la personne. Il est en grande partie en autogestion de son planning, mais celui-ci peut être excédentaire s'il ne « borde » pas son intervention. Quid, alors, du respect du droit du travail et certainement de l'impact sur les autres visites (retards, décalages...) ?

3.2 Impacts sur les pratiques du « aller-vers » le public

Pour répondre à leurs missions, certains dispositifs ont fait le choix de la modalité d'intervention du « aller-vers », qui connaît un succès croissant ¹⁷. Cette approche est notamment utilisée pour toucher les personnes qui ne s'adressent pas aux structures. Historiquement, elle concerne les personnes en grande précarité et éloignées du système du droit commun ou ayant un mode de vie stigmatisé (prostitution, addiction,

¹⁷ Pour exemple, à l'occasion de la journée mondiale du travail social, le 19 mars 2019 a été organisée une journée de travail sur le thème « L'aller-vers, un enjeu de cohésion sociale » à l'initiative de la députée Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des affaires sociales et du Haut conseil du travail social (HCTS).

habitat en bidonville...). Désormais, le « aller-vers » est une pratique recommandée pour des publics plus variés, moins marginalisés. Sa mise en œuvre peut prendre plusieurs formes comme des maraudes plus ou moins spécialisées, du démarchage à domicile... Comme le définit un rapport remis à l'ARS Île-de-France sur le sujet : « Les acteurs du « aller-vers » sont des **facilitateurs** qui tiennent un rôle d'interface et de passerelle **n'ayant pas vocation à devenir permanent**. Temporaires, les actions n'ont pas pour objectif de se substituer au droit commun en créant une voie parallèle de recours. Elles visent à pallier une défaillance temporaire en attendant le rétablissement du contact entre le public cible et les structures de droit commun¹⁸».

Cette démarche du « aller-vers » s'appuie sur la capacité des professionnels à entrer en contact :

- physiquement, en se rendant dans les lieux fréquentés par la personne (le domicile, la rue, la gare, le pied d'immeuble, un café, un squat, etc.) ;
- à distance par le biais d'outils comme le téléphone, les mails... ;
- en allant vers l'autre « sans jugement avec respect¹⁹ ».

L'équipe mobile Passerelle, dont la mission est d'aller à la rencontre de personnes repérées par les bailleurs sociaux comme étant dans une situation de grande vulnérabilité (souffrance psychique, logement dégradé, problèmes de voisinage, impayés...), effectue systématiquement la première rencontre en binôme (un soignant, un professionnel éducatif) et le plus souvent en dehors du logement des personnes, dans un lieu tiers. Ce premier rendez-vous est considéré comme essentiel pour créer un lien avec la personne et obtenir son adhésion. Conformément aux principes du « aller-vers », il s'agit pour les professionnels de faire en sorte que la personne ne se sente pas stigmatisée.

Ainsi, cette approche demande :

- une fine connaissance du public que le professionnel souhaite « approcher » pour entrer en relation. Il peut s'agir de connaissances cliniques comme les troubles psychiques, les effets de maladies neurodégénératives, les problématiques liées à l'addiction, au sans-abrisme..., mais aussi des informations plus contextuelles sur un quartier, un environnement... ;

¹⁸ Blanc, A., Bertini, B., Chabin-Gibert, I., « État des lieux des actions d'« aller-vers » à destination des personnes en situation de grande précarité en Île-de-France, février 2018.

¹⁹ FNARS, « Aller vers les personnes en matière de santé », *Guide dans l'accompagnement santé*, 2016.

- une disponibilité bien mesurée car le public n'est pas toujours en attente de l'intervention du professionnel, le temps « d'accroche » et la création d'un lien pouvant être variables et fragiles ;
- que les professionnels mesurent l'urgence d'une situation et la nécessité de répondre immédiatement ou de manière reportée à une demande de la personne.

Le service Métabole accompagne des adolescents et jeunes adultes protégés par l'Aide sociale à l'enfance et concernés par une souffrance psychique. Dans le dispositif tel qu'il est conçu, des psychologues sont positionnés comme étant les principaux référents des jeunes, endossant le rôle d'accompagnateurs psychosociaux. Les psychologues, qui reçoivent habituellement leurs patients dans le cadre de consultations en cabinet, sont ici incités à mener cet accompagnement au plus près des jeunes, au domicile, dans la rue, auprès d'eux dans un service administratif pour une démarche, au café du coin de la rue juste avant un entretien important, etc. La directrice clinique de l'association a pu témoigner de la déstabilisation possible que ce mode d'exercice crée chez des professionnels par ailleurs très compétents et expérimentés. Elle a illustré son propos par une alerte d'un psychologue persuadé qu'une jeune fille était sur le point de faire une tentative de suicide qui avait conduit à une action forte au domicile en pleine nuit, l'urgence de cette alerte s'étant révélée infondée.

3.3 Inscrire ces pratiques professionnelles dans un cadre institutionnel

Dans ce contexte plus ouvert, les acteurs rencontrés sur les terrains d'enquête ont souligné les liens particuliers que le professionnel tisse avec le cadre institutionnel dans lequel il est inscrit. Ces liens s'expriment dans deux sens :

- des pratiques professionnelles quotidiennes conformes au cadre d'action, règles et normes attendues par l'employeur ;
- une représentation de l'institution et du projet auprès des personnes accompagnées ou soignées et des partenaires.

L'extériorité de l'intervention éloigne le professionnel d'une partie de son savoir-faire institutionnel. Les procédures formelles qui appuient l'assise technique sont plus « distantes ». Le professionnel doit compenser cette « perte structurelle et collégiale »

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

par ses propres ressources et capacités d'innovation. Cette responsabilisation gratifiante est la contrepartie d'une intervention en solo, qui nécessite vigilance plurielle (pour l'accompagné et pour l'accompagnant) et capacité à verbaliser ses « zones d'incertitude », voire ses difficultés auprès des cadres techniques du service.

La relation individuelle – rarement étrangère aux professions du travail social – s'émancipe, dans ce cadre, des contraintes de la vie en établissement. Par conséquent, le « face-à-face » n'a plus de tiers ou de garde-fou immédiatement mobilisable. L'intervention revêt pour le professionnel de nouvelles dimensions dont il n'a pas couramment la charge : il est porteur du cadre institutionnel, garant de la prise en charge de la personne et d'une pratique adaptée et éthique. Pour certains professionnels, c'est une mutation « contextuelle » aussi nouvelle que l'amorce de la relation qui est en jeu.

Par ailleurs, le professionnel intervenant dans le cadre de projets dits « inclusifs » ou « ouverts » est régulièrement conduit à se présenter auprès d'un public ou de partenaires qui ne sont pas informés de la mission de l'institution et du cadre d'action. Ainsi, plus que dans d'autres cadres d'intervention (comme en établissement d'accueil collectif), il est amené à présenter le projet, rappeler les missions assumées par sa structure, le cadre dans lequel il intervient et les limites de son action. Il représente son institution, ce qui peut constituer une mission nouvelle et difficile à conduire dans un contexte mouvant, de changement.

Au pôle Philippe de Camaret, à La Réunion, une éducatrice a pu témoigner de la difficulté de présenter le projet d'équipe hors les murs, encore expérimental, qui intrigue les partenaires et pour lequel on n'a pas encore une vision globale ou sur son devenir à long terme.

3.4 Autres pratiques de travail en équipe

Les modes d'intervention « plus ouverts » ou « plus inclusifs » conduisent à une autre mise en scène du collectif de travail :

- les espaces de travail ne sont pas partagés quotidiennement ;
- les temps d'échange en présentiel sont plus rares, qu'ils soient informels (temps de repas...) ou formels (réunions).

L'une des conséquences majeures de ce mode d'organisation est la transformation des modalités de communication. Le professionnel ne travaille pas sous le regard de ses pairs, ceux-ci n'observent pas les pratiques professionnelles en cours, charge à lui de donner à voir cette pratique et les réponses qu'il propose. Il doit être initiateur de

ce partage d'informations. Or, la communication en distanciel transforme les messages, comme le soulignent les études interrogeant le travail à distance : « *La distance physique et la proximité communicationnelle conduisent à des échanges restreints qui masquent les malentendus entre les salariés et les divergences d'interprétation de la faisabilité et des enjeux. En effet, les risques de surcharge d'informations et d'interactions conduisent les salariés à limiter la longueur, le contenu de leurs messages, ainsi que les échanges collectifs. Cela laisse beaucoup de zones d'ombre et de sous-entendus propices aux malentendus* »²⁰.

Suivant les terrains d'étude, nous avons pu faire le constat que les modalités de communication étaient plus ou moins pensées et outillées. Il est à noter que, même dans les situations pour lesquelles les outils de communication à distance sont prévus, les professionnels sont exposés aux risques liés aux mauvaises interprétations.

Enfin, il apparaît que l'exercice en lieu d'accueil collectif donne plus facilement la possibilité de bénéficier d'un soutien immédiat du collectif de travail lorsque le professionnel est confronté à une difficulté. Les collègues ou encadrants peuvent être témoins de situations difficiles et être à l'initiative d'un apport d'aide. Dans les modes d'intervention qui nous concernent dans l'étude, cet apport d'aide suppose que le professionnel signale ses difficultés auprès d'un tiers, et qu'il dispose des outils et espaces pour le faire. De plus, la réponse ou le soutien sont nécessairement reportés dans le temps.

3.5 Pratiques partenariales



« Le hors-les-murs oblige à l'ouverture, pousse vers les partenaires. »

IME



Comme nous l'avons vu précédemment, les missions des structures s'orientent vers un accompagnement des personnes dans leur parcours, en coresponsabilité avec d'autres acteurs. Les modes d'intervention plus ouverts supposent un travail

²⁰Jérémie Rosanvallon, « Travail à distance et représentations du collectif de travail », revue Interventions économiques, n° 34, 2006.

partenarial autour des situations. Comment les professionnels intègrent-ils le maillage professionnel dans leurs pratiques ?

En premier lieu, les professionnels cherchent à entrer en contact avec les partenaires :

- soit pour échanger sur des situations individuelles pour lesquelles il existe un suivi en commun – la question du repérage des partenaires est souvent évoquée, les outils sont décrits comme insuffisants, imprécis, peu actualisés ;
- soit dans le cadre de rencontres partenariales organisées sur le territoire dans une démarche d'animation territoriale à l'initiative d'une autorité publique, d'un des acteurs du territoire...

Lorsqu'ils interviennent en dehors des murs de l'institution, les professionnels sont confrontés à un autre cadre (réglementation, déontologie, règles de vie...) dans lequel il faut faire entrer sa pratique. Ce contexte peut ébranler les actions, voire l'identité professionnelle.



« Il a fallu déconstruire son système de référence (acculturation au cadre d'intervention de l'Éducation nationale), se décentrer de ses représentations pour comprendre les difficultés de l'enseignant ou de l'AVS. »

PSAIS, IME



Les réflexions collégiales sont présentes mais doivent être partagées avec des professionnels issus d'une autre structure, ayant donc potentiellement une autre grille d'analyse, d'autres critères. L'enjeu pour les professionnels est de pouvoir faire alliance autour du projet de la personne.

4 ÉVOLUTIONS DES COMPÉTENCES

Nous avons étudié l'évolution des compétences en utilisant une double entrée :

- l'étude des référentiels de compétences ;
- l'étude des compétences mobilisées dans les différents terrains d'étude.

4.1 Étude et analyse des référentiels de compétences

- **Méthodologie**

Nous avons décidé de choisir des référentiels d'intervenants de terrain de niveaux 2, 4 et 5 en travail social (le niveau 3 n'existant plus actuellement), ainsi que les deux référentiels des métiers les plus représentés du secteur sanitaire, au sein des dispositifs inclusifs, l'un de niveau 5, l'autre de niveau 2.

L'objectif de ce travail autour des référentiels était de voir dans quelle mesure l'inclusion était explicitement ou implicitement présente dans ces référentiels, afin de mesurer l'écart entre les compétences mobilisées sur le terrain dans le cadre des dispositifs ouverts et inclusifs et les compétences figurant dans les référentiels de compétences.

Pour chacun des diplômes d'État concernés, nous avons étudié la définition du métier, le contexte d'intervention et le référentiel de compétences en analysant en détail chaque compétence et chaque indicateur de compétences.

Nous avons recherché dans un premier temps la terminologie explicite de l'inclusion, puis dans un second temps la terminologie implicite de l'inclusion, c'est-à-dire ce qui en filigrane peut se lire et/ou se transposer dans des contextes plus inclusifs et plus ouverts.

- **Prise en compte de la réforme des diplômes en travail social**

La réforme des métiers du travail social succédant aux états généraux du travail social et du plan d'action en faveur du travail social se caractérise par un double mouvement selon les diplômes. Le niveau V, en particulier, l'ancien diplôme d'AMP²¹, est entièrement rénové pour intégrer l'accompagnement à la vie au domicile, la vie

²¹ Aide médico-psychologique.

en structure collective, à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire. Indéniablement, la pluralité des environnements de la personne accueillie a présidé à cette réforme.

Pour les niveaux III représentant majoritairement les éducateurs spécialisés, la nouveauté se situe sur l'adaptation du cursus à celui de l'architecture européenne (licence-master-doctorat), déplaçant ainsi le curseur du niveau 3 au niveau 2.

- **Synthèse de la lecture analytique des référentiels**

Diplômes d'État (DE) en travail social	Niveaux	Commentaires
AES Accompagnant éducatif et social ²²	V	Par les deux spécialisations « <i>accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire</i> » et « <i>accompagnement de la vie à domicile</i> », le DEAES est clairement du côté de l'inclusion. Il y est également question de transmission d'informations, de coopération avec les différents intervenants, de lien avec les aidants et les familles, de respect des droits et des choix de la personne.
ME Moniteur-éducateur ²³	IV	Dans le référentiel du DEME, pas de mention explicite d'« inclusion » mais la logique y est. Il est question de « dans et hors l'institution », de « dedans/dehors », de mobilisation des ressources de l'environnement et d'en favoriser l'accès, de dimension citoyenne. Le DEME est un diplôme concret, « pratico-pratique », et les titulaires de ce diplôme sont tout au long de leur formation sensibilisés à l'idée de l'ouverture, de la socialisation, de l'intégration dans son environnement de la personne accompagnée.
TISF Technicien d'intervention sociale et familiale ²⁴	IV	Le DETISF développe un domaine de compétence axé sur l'intervention au sein de la cellule familiale, au sein du domicile. Cependant, cela ne concerne que la question de la protection de

²² Arrêté du 29 janvier 2016.

²³ Arrêté du 20 juin 2007.

²⁴ Arrêté du 25 avril 2006.

		l'enfance, et plus largement d'une intervention en soutien des parents et à destination des enfants.
CESF ²⁵ Conseiller en économie sociale et familiale	II	Quel que soit le secteur dans lequel les CESF exercent, ce sont les professionnels de niveau II qui sont au plus près de la logique inclusive et d'ouverture, et qui sont en capacité de mobiliser des acteurs, de coordonner les interventions et les actions dans le cadre de projets.
ASS ²⁶ Assistant de service social	II	Dans le référentiel, il est question de l'accès ou du maintien des droits, d'une aide apportée aux personnes. Ce métier se situe du côté de l'inclusion de la personne dans son milieu de vie habituel et ordinaire, mais il l'est surtout du point de vue de l'accès au droit commun.
ES ²⁷ Éducateur spécialisé	II	Il n'y a pas de référence explicite à l'inclusion dans le référentiel mais certains termes et notions y font référence, ou a minima évoquent implicitement une ouverture vers l'extérieur, l'accès à la citoyenneté.

Diplômes d'État du sanitaire	Niveaux	Commentaires
IDE Infirmier diplômé d'État ²⁸	II	Il n'y a pas de référence explicite à l'inclusion dans le référentiel de compétences. Toutefois, les IDE sont préparés à intervenir tant au sein d'établissements qu'au domicile des personnes.
AS Aide-soignant ²⁹	V	Aucune mention de l'inclusion dans ce référentiel qui est très tourné vers les compétences techniques du soin, sans indication de contexte d'intervention.

²⁵ Arrêté du 22 août 2018.

²⁶ Arrêté du 22 août 2018.

²⁷ Arrêté du 22 août 2018.

²⁸ Arrêté du 31 juillet 2009.

²⁹ Arrêté du 22 octobre 2005.

4.1.1 Analyse transversale des référentiels en travail social de niveau infra III

- **Concernant le DEAES**

Le DEAES, **notamment** par les deux spécialisations « accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire » et « accompagnement de la vie à domicile », est clairement du côté de l'inclusion. Il y est également question de transmission d'informations, de coopération avec les différents intervenants, de lien avec les aidants et les familles, de respect des droits et des choix de la personne.

- **Concernant le DEME**

Dans le référentiel du DEME, pas « d'inclusion » mais la logique y est. Il est question de « dans et hors l'institution » de « dedans/dehors », de mobilisation des ressources de l'environnement et d'en favoriser l'accès, de dimension citoyenne. Historiquement, le DEME est un diplôme bien plus « pratico-pratique » que le DEES, et les titulaires de ce diplôme sont tout au long de leur formation sensibilisés à l'idée de l'ouverture, de la socialisation, de l'intégration dans son environnement, de la personne accompagnée.

- **Concernant le DETISF**

Le DETISF développe un domaine de compétence axé sur l'intervention au sein de la cellule familiale, au sein du domicile. Cependant, cela ne concerne que la question de la protection de l'enfance, et plus largement d'une intervention en soutien des parents et à destination des enfants.

Pour ces trois diplômes, les professionnels sont situés en tant qu'exécutants. Les actions et projets sont élaborés à un autre niveau par d'autres professionnels.

Ces trois référentiels soit montrent explicitement, soit sont au plus près de la logique inclusive, de l'ouverture vers l'extérieur, de l'accompagnement hors les murs et dans l'environnement de la personne. Il y est question de faire avec, d'accompagnement à la vie sociale, de maintien et de préservation de l'autonomie, de maintien du lien social, de citoyenneté, de participation, et même d'inclusion pour le DEAES.

Ces trois diplômes ont été revus après les lois 2002-2³⁰ et 2005-102³¹ et intègrent donc les notions de participation des personnes, de mobilisation des ressources, de la prise en compte de l'environnement, voire d'inclusion. Ce sont des diplômes de professionnels « de terrain », qui sont au plus près de l'accompagnement des personnes.

4.1.2 Analyse transversale des référentiels du travail social de niveau II

Pour ces diplômes réformés récemment et analysés dans le cadre de cette étude, nous avons comparé les référentiels avant et après la réforme³². Le terme « inclusion » n'est pas explicitement utilisé ; il faut chercher derrière les compétences ce que l'on peut relier à ce concept.

Les nouveaux référentiels de niveau II³³ détaillent beaucoup plus le cœur du métier de chaque diplôme, c'est-à-dire les domaines de compétence (DC) 1 et 2. Ce qui permet de mieux identifier les atouts de chaque profession dans la mise en œuvre de cadres d'intervention plus ouverts et plus inclusifs ; même si ceux-ci ne sont pas nommés en tant que tels dans chaque référentiel, ils sont perceptibles en filigrane.

Ces référentiels tiennent compte des évolutions des politiques sociales qui toutes convergent aujourd'hui dans le sens d'une autonomisation des personnes, de leur participation, du maintien dans le milieu de vie, de la prise en compte et de la mobilisation globale des ressources, de l'accès à la citoyenneté. La logique d'ouverture et d'inclusion est donc implicite au sein de ces référentiels de compétences.

- **Concernant le DEES**

Il n'y a pas de référence explicite à l'inclusion dans le référentiel, mais certains termes et notions y font référence, ou a minima évoquent implicitement une ouverture vers l'extérieur, laissant supposer des cadres d'intervention plus ouverts et plus inclusifs.

Nous retrouvons davantage de termes qui font implicitement référence à l'inclusion et à l'ouverture dans la mesure où l'éducateur exerce habituellement au sein

³⁰ Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.

³¹ Loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

³² Arrêté du 22 août 2018.

³³ Arrêté du 22 août 2018.

d'institutions spécialisées (centre maternel, MECS, CHRS, IME...) et que l'inclusion n'est ni explicite ni centrale dans le cœur du métier, mais se trouve en filigrane.

L'éducateur spécialisé, selon les référentiels, reste le professionnel le plus « rattaché » à une institution, sans aucune mention « d'interventions à domicile ». Entre le référentiel de 2007 et celui de 2019, le métier d'éducateur spécialisé semble moins centré sur la relation individuelle que sur le collectif.

On voit davantage l'éducateur spécialisé en position méta, en coordination de projets, de dispositifs, d'intervenants, auprès de groupes, d'équipes, dans une institution, en lien avec le tissu partenarial et même en responsable de la mobilisation des acteurs.

- **Concernant le DEASS**

Dans la définition du métier figure une référence explicite à « l'inclusion sociale » qui disparaît ensuite du référentiel de compétences et des indicateurs. Nous expliquons cela par le fait que les principaux contextes d'exercice du métier d'ASS se situent dans des organisations qui relèvent du droit commun. Sont cités dans le référentiel : établissements scolaires, CPAM, CAF, Pôle emploi, Missions locales...

La définition du métier a peu évolué par rapport au référentiel précédent³⁴ : il est toujours question de l'accès au droit commun (ou du maintien des droits) et d'une aide apportée aux personnes. Ce métier semble être axé sur l'inclusion de la personne dans le milieu ordinaire, mais il l'est surtout du point de vue de l'accès au droit commun, du déclenchement d'aides, qui relèvent de dispositifs spécifiques du point de vue social, sanitaire, familial, culturel...

Il n'y a pas de mention d'encadrement ou de coordination des professionnels d'une équipe, mais une coordination de dispositifs.

- **Concernant le DECESF**

À l'instar du DEASS, dans la définition du métier³⁵ figure une référence explicite à « l'inclusion sociale » qui disparaît ensuite du référentiel de compétences et des indicateurs de compétences. Cela peut s'expliquer par le fait que l'inclusion sociale est implicitement au cœur du métier. En effet, le cœur de métier du CESF se trouve dans l'accompagnement social au/du/par le quotidien, et l'expertise dans les domaines de la vie quotidienne, par le biais d'actions individuelles et collectives, en lien avec les spécificités et leur connaissance fine d'un territoire, d'une population, et

³⁴ Arrêté du 11 juin 2004.

³⁵ Arrêté du 22 août 2018.

avec les partenaires et le réseau. Le but de l'accompagnement des interventions préventives et curatives proposées est d'améliorer le quotidien des personnes, de favoriser leur autonomie et leur socialisation, de leur permettre d'accéder à leurs droits.

L'exercice du métier et les contextes d'intervention des CESF se sont diversifiés. De nouveaux secteurs, en développant de nouveaux dispositifs, notamment, font appel aujourd'hui à des CESF qui ont pu démontrer, alors, l'étendue de leurs compétences et l'intérêt pour les différents secteurs de recruter ce profil ; ces professionnels sortent ainsi des secteurs historiquement dédiés (bailleurs sociaux, polyvalence de secteur, hébergement). En protection de l'enfance, notamment en AEMO mais surtout dans le cadre du placement à domicile, ils ont su trouver leur place en complément des autres professionnels.

Quel que soit le secteur dans lequel les CESF exercent, ce sont les professionnels qui sont au plus près de la logique inclusive et d'ouverture, et qui sont en capacité de mobiliser des acteurs, de coordonner les interventions et les actions dans le cadre de projets.

4.1.3 Analyse transversale des diplômes du sanitaire (IDE et DEAS)

- **Concernant l'IDE**

Dans la mesure où les infirmiers sont amenés à exercer en institution ou en libéral, ainsi qu'au domicile, les IDE sont donc des acteurs structurels de « l'inclusion » dans le sens où ils dispensent des soins préventifs, curatifs ou palliatifs en ambulatoire qui permettent le maintien au domicile des personnes malades. Le diplôme d'État d'infirmier prépare entre autres à la coordination, mais aussi à l'évaluation des besoins, capacités et freins des personnes, à la prise en compte de ses ressources et du contexte d'intervention. Il prend donc en compte la dimension « inclusive ». Cependant, le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée³⁶ (DEIPA) de niveau 1, qui vient d'être créé, sera encore plus près de cette dimension inclusive, mais il faudra attendre 2021 pour voir les premiers diplômés de ce DEIPA.

³⁶ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2019.

- **Concernant le DEAS**

Le référentiel de compétences du DEAS est peu tourné vers l'inclusion, cependant certaines compétences identifiées dans cette fiche pourraient facilement être transposées et mises à profit dans une démarche inclusive. Le métier d'aide-soignant est un métier d'exécution qui se déploie sous la responsabilité et sous le rôle propre de l'infirmier, ce qui laisse supposer que l'aide-soignant est amené à intervenir dans les différents lieux et contextes d'exercice de l'infirmier, soit en structure ou au domicile.

Les évolutions des politiques sanitaires (notamment la loi HPST³⁷ du 21 juillet 2009) et médico-sociales (loi 2005-102,) du côté des cadres plus inclusifs et plus ouverts sont postérieures à l'arrêté du présent diplôme.³⁸ Ce référentiel ne prend donc pas en compte la diversification des contextes d'intervention des aides-soignants occasionnée par ces évolutions politiques et sociétales.

Conclusion sur les référentiels du sanitaire

Avec ces évolutions des politiques sanitaires et sociales et la diversification des dispositifs afférents, les professionnels du soin sont de plus en plus amenés à intervenir dans des cadres plus ouverts et plus inclusifs.

Les infirmières sont préparées à travailler indifféremment en libéral (et donc dans une logique domiciliaire), en structure, qu'elle soit de droit commun (école, crèche, par exemple), médico-sociale (Ehpad, FAM, MAS...), sociale (MECS, centre maternel) ou bien sûr sanitaire (hôpital, HAD...).

En revanche, bien que l'aide-soignant intervienne sous la responsabilité d'un IDE, le référentiel définit ce métier comme étant ancré dans une structure. Enfin, même si un certain nombre de compétences du référentiel sont facilement transposables dans des contextes plus inclusifs et plus ouverts, l'accompagnement au développement et au maintien du lien social n'y figure pas.

³⁷ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³⁸ Arrêté du 22 octobre 2005.

Les référentiels de compétences des diplômés d'État étudiés dans le cadre de l'étude tiennent compte directement ou en filigrane des cadres plus ouverts et plus inclusifs.



« Les formations initiales ont peu ou pas préparé les professionnels à un exercice dans ce contexte de travail. »

Éducateurs



À présent, il s'agit de vérifier, à partir de l'exploration des terrains d'étude, si les compétences identifiées comme étant du côté d'une logique inclusive sont mobilisées et sont suffisantes pour la pratique au sein de dispositifs ouverts et inclusifs.

4.2 Les compétences repérées sur les terrains d'étude

Les questions auxquelles nous nous sommes attachés à répondre tout au long de cette étude sont les suivantes.

- Quelles sont les compétences mobilisées dans les cadres d'intervention « plus ouverts et plus inclusifs » ?
- Quelles sont les compétences nécessaires ?
- S'agit-il de compétences existant dans les référentiels, de compétences transformées ou de nouvelles compétences ?

La notion de compétence à laquelle nous nous référons s'inspire de celle de Guy Le Boterf³⁹, pour qui le professionnel « (...) sait gérer un ensemble de situations professionnelles, allant du simple au complexe », en intégrant les savoirs classiques (connaissances, habiletés, attitudes et valeurs) dans une perspective large et dynamique :

- savoir agir et réagir avec pertinence ;
- savoir combiner des ressources et les mobiliser dans un contexte de pratique ;
- savoir transposer (utiliser des métaconnaissances pour interpréter, modéliser et créer des conditions de transposition) ;

³⁹ Le Boterf Guy, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Eyrolles, 2011 (6^e éd.).

- savoir apprendre et apprendre à apprendre (savoir réfléchir sur son action, la transformer en expérience) ;
- savoir s'engager (engager sa subjectivité, prendre des risques, entreprendre, faire preuve d'éthique).

Ainsi, le professionnel compétent est en mesure de « savoir agir en situation » :⁴⁰ combiner ces multiples savoirs dans un savoir-agir global qui lui confère la capacité de les mobiliser dans une situation professionnelle qui demande une certaine dose d'autonomie.

Cette définition peut être complétée par celle de l'EHESP :

*« La compétence renvoie à une manière d'agir, reconnue comme efficace, permettant d'atteindre un résultat, une performance dans un ensemble homogène de situations ». La compétence est « (...) un processus dynamique d'adaptation de l'activité aux situations ».*⁴¹

Dans les cadres d'intervention concernés par cette étude, il s'agit, pour les professionnels, à la fois d'exécuter des process de travail, parfois normés, et d'être en capacité de les adapter au contexte d'intervention.

ESAT hors les murs : un ergothérapeute, dont la fonction est dénommée « jobcoach », utilise et développe les techniques de réadaptation par l'activité et les transpose pour mettre en adéquation les capacités de la personne et les exigences de l'emploi au sein de l'entreprise – « Je crée souvent des outils sur mesure en fonction des situations rencontrées : jeux, matériels, documents... ».

⁴⁰ Le Boterf Guy., op.cit.

⁴¹ Définition de la compétence à l'EHESP dans le support de formation jury VAE CAFDES 2009.

Ces situations de travail nécessitent :

- d'être en capacité de gérer des situations complexes ;
- d'intervenir dans une diversité d'environnements ;
- d'avoir plusieurs interlocuteurs ayant chacun sa propre logique d'action et son cadre de référence.



« L'éducateur en charge de la situation doit faire face à lui seul à l'ensemble des partenaires nécessaires à la situation de la famille. »

Éducateur



Nous avons analysé le contenu des entretiens sur sites menés pour la présente étude en tentant de caractériser :

- les compétences individuelles (compétences techniques, savoir-être) ;
- les compétences collectives.

4.2.1 Les compétences individuelles

Cécile Dejoux⁴² propose de définir la compétence par rapport à ses invariants. Selon elle, la compétence :

- possède un caractère opératoire ;
- s'exerce en fonction d'un objectif à atteindre ;
- est relative à une situation donnée ;
- se combine de façon dynamique ;
- est un processus en construction permanente ;
- s'intègre dans un processus d'apprentissage ;
- prend naissance à la suite de la reconnaissance d'un collectif.

Guy Le Boterf apporte une dimension supplémentaire : « *Il n'est pas suffisant qu'une personne possède des ressources (on pourrait dire "des compétences") pour "être compétente" ; il faut qu'elle soit capable de les organiser et de les mobiliser en combinaisons pertinentes pour gérer des "situations professionnelles" en prenant en compte les "critères de réalisation" qui y sont liés* ».

- **Les compétences spécifiques techniques**

L'exercice d'un métier repose sur la maîtrise de ses techniques. Celles-ci fondent la crédibilité et la légitimité des professionnels à l'œuvre, parce que les compétences techniques sont spécifiques à chaque métier ou famille professionnelle.

Quels que soient les professionnels rencontrés, les **compétences spécifiques techniques** liées au métier sont extrêmement utiles et pertinentes dans les situations de travail observées au cours de l'étude (hors les murs, au domicile, dans les environnements de vie et de travail de la personne). Les professionnels s'appuient fortement sur leurs compétences techniques, ce qui va leur permettre de déployer leurs savoir-faire opérationnels, qu'ils ont pu acquérir en formation initiale ou continue, et lors de leur expérience professionnelle.

⁴² Dejoux C., *Les compétences au cœur de l'entreprise*, Eyrolles, 2001.

Exemples de savoir-faire opérationnels repérés dans l'étude par métier

- **Infirmier** : surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ; aide et soutien psychologique.
- **Éducateur spécialisé** : écoute active, définition d'un projet, évaluation.
- **Psychomotricien** : réalisation de bilans psychomoteurs, rééducation psychomotrice.
- **AMP** : mise en place d'activités d'animation, accompagnement aux gestes de la vie quotidienne.

- **Illustration en protection de l'enfance au sein de La Métis**



Les assistants familiaux ont souvent une formation d'éducateur spécialisé. Paroles d'un assistant familial qui accueille à son domicile et au sein de sa famille des jeunes dits « incasables » : *« La formation et l'expérience d'éducateur sont précieuses : elles aident à prendre du recul et à adopter une posture professionnelle à la maison ».*



Cependant, ils ont exprimé le fait que la situation de travail spécifique nécessitait de mobiliser d'autres compétences. C'est la mobilisation de ces compétences complémentaires qui va leur permettre de savoir « agir avec compétence ». En effet, même si les activités de travail restent les mêmes, le contexte et les modalités de réalisation changent.

- **Les compétences comportementales (SAVOIR-ÊTRE)**

Par compétences comportementales, il faut entendre aptitudes relevant du savoir-être ; actuellement, certains auteurs qualifient ces compétences de compétences douces, ou « soft skills ».

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

Les compétences comportementales recouvrent l'ensemble des aptitudes qui permettent à un individu d'adapter son comportement à des contextes d'intervention/professionnels et à une diversité d'interlocuteurs.

- **Illustration en protection de l'enfance**

L'accueil permanent et inconditionnel du jeune nécessite une implication personnelle énorme qui s'appuie sur le développement de compétences comportementales ou aptitudes telles que la créativité, le sens de l'innovation, l'écoute, la diplomatie, la capacité d'adaptation...



« Les jeunes m'ont fait apprendre le métier (...) Il faut accueillir le regard du jeune (...) On est obligé de se réinventer à chaque fois, pour pouvoir proposer des alternatives, des solutions... »

– AVVEJ



- **Illustration dans le champ sanitaire**



« Il faut des qualités personnelles, tout le monde ne peut pas faire ce genre de métier, il faut des compétences de type relation d'aide, aide à verbaliser, apprendre à gérer des conflits, avoir la capacité de se positionner contre les professionnels, contre les parents qui sont en colère, contre la terre entière... »

Infirmière coordinatrice



La typologie des savoir-être identifiée dans l'étude est la suivante.

- Savoir-être conceptuels : axés sur la posture professionnelle.
- Savoir-être relationnels : axés sur le rapport et le lien avec autrui.
- Savoir-être contextuels : axés sur la prise en compte d'un environnement ou d'une situation et sur la réaction du professionnel.

Les compétences qui apparaissent **significativement** dans l'analyse des 14 terrains d'étude sont les suivantes.

- **Les savoir-être conceptuels**

- Autonomie

- « Exercer ses activités sans constante supervision, s'organiser en prenant des initiatives dans un cadre de responsabilité défini. ⁴³»

- Esprit d'analyse

- « Examiner, décomposer et comparer les éléments constitutifs d'une situation, d'une procédure, d'un document ou d'un processus en vue de définir les rapports de causalité et établir un diagnostic. »

- **Les savoir-être relationnels**

- Aisance relationnelle

- « S'intéresser à autrui et établir aisément avec ses interlocuteurs une relation propice aux échanges et à la communication. »

- Capacité à communiquer

- « Capacité à s'exprimer clairement, oralement et par écrit, à bien écouter et à être sensible au langage non verbal de l'interlocuteur. Avoir le souci de l'échange. »

- Diplomatie/qualités de diplomatie

- « Être pondéré, nuancé, faire preuve de tact et d'habileté dans sa relation avec autrui. »

⁴³ Ces définitions sont issues du *Dictionnaire interministériel des compétences des métiers de l'État*, Délégation générale de l'administration de la fonction publique, 2017.

- **Les savoir-être contextuels**

- Faculté d'adaptation
« Faire face à la nouveauté, au changement ou à l'imprévu, savoir ajuster sa posture en fonction de l'environnement, de la situation, de l'interlocuteur. »
- Maîtrise de soi
« Contrôler ses émotions, ses impulsions, conserver son sang-froid en toutes circonstances, en particulier dans les situations dangereuses, d'urgence, de forte tension ou de crise. Conserver ses moyens dans la durée. »
- Réactivité
« Répondre rapidement et de manière appropriée aux sollicitations, en particulier dans les situations d'urgence, d'imprévus, ou de crise. »
- Sens de l'organisation
« Agencer, structurer, ordonner son activité en vue de la rationaliser. »
- Sens des responsabilités
« S'engager avec discernement dans une action relevant de ses attributions, assumer ses choix et ses décisions avec conviction. »

- **Tableau : Présentation catégorielle des savoir-être**

SAVOIR-ÊTRE CONCEPTUELS	SAVOIR-ÊTRE RELATIONNELS	SAVOIR-ÊTRE CONTEXTUELS
Esprit d'initiative Autonomie	Aisance relationnelle	Faculté d'adaptation
Sens critique	Esprit d'équipe	Maîtrise de soi
Esprit d'analyse	Aptitude à l'écoute	Réactivité
Sens de l'innovation et de la créativité	Capacité à communiquer	Sens de l'organisation
	Diplomatie	Sens des responsabilités
	Discrétion	
	Sens de la pédagogie	

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

Bien souvent, les professionnels doivent faire appel à une combinaison de compétences pour agir de façon pertinente.

Exemple dans la protection de l'enfance

L'accordeur, qui a une fonction de coordination et d'étayage, précise : « *Il faut amener du projet, apporter de la transversalité, (...) innover, créer, développer, ouvrir les portes... (...) On accorde tout le monde.* »

4.2.2 Les compétences collectives

Un collectif de travail compétent ne peut se résumer à la somme des compétences individuelles des membres de ce collectif. C'est en mobilisant à la fois des compétences individuelles et l'organisation du travail que ce collectif va pouvoir atteindre ses objectifs.

La compétence de l'équipe dépend largement de la qualité des interactions qui s'établissent entre les compétences des individus. Elle se forge dans l'expérience, l'épreuve du réel et l'entraînement collectif. Elle émerge à partir de la coopération et de la synergie existant entre les compétences individuelles. ⁴⁴ Charles Pépin⁴⁵ le dit avec une métaphore sportive : « *Un groupe d'individus performants ne donne pas forcément un collectif performant. La performance collective est dans la qualité des passes et la fluidité des échanges* ».



« *Le travail d'équipe et le fait que nous sachions nous écouter les uns et les autres, même si nous ne sommes pas d'accord tout le temps, cela nous permet de trouver des solutions à des problèmes qui au départ nous paraissent impossibles à dépasser.* »

Un membre de l'équipe mobile autisme



⁴⁴ Le Boterf, op.cit. p.50.

⁴⁵ Charles Pépin, philosophe, intervention lors du colloque de l'ANDESI, « La performance dans tous ses états », 26 novembre 2019.



« En discutant avec mes collègues ou mon chef de service, lorsque la situation est compliquée ou me met en difficulté, je peux réussir à trouver des issues, ou de nouvelles propositions ; ces échanges sont nécessaires pour penser à des solutions auxquelles je n'aurais pas pensé seule. »



La compétence collective peut reposer aussi sur une « ambiance et une dynamique de groupe »⁴⁶.

Au sein du réseau de santé en cancérologie pédiatrique RiFhoP, il existe des groupes de travail thématiques animés par les infirmiers coordinateurs et qui s'adressent à l'ensemble des professionnels inscrits dans le réseau. Pour assurer cette fonction d'animation d'un groupe de travail, chaque infirmier a de fait développé une expertise sur un sous-thème. Ainsi, ce professionnel devient aux yeux de ses collègues « référent » de cette thématique. Il est spontanément sollicité dès lors qu'une question, une problématique se pose. Exemples : l'un est référent sur l'éducation thérapeutique, celle qui anime le groupe « enseignants » devient référente sur les problématiques de coordination avec l'Éducation nationale...

Nous partageons le point de vue de Françoise Dupuich, qui a abandonné les tentatives de modélisation des compétences collectives, privilégiant « une approche des compétences collectives vues comme "une intelligence situationnelle", une capacité à acquérir, dans et hors du champ de travail, l'appréhension d'une situation ou d'un problème. Cette capacité peut s'amoinrir ou se développer selon les conditions dans lesquelles elles peuvent s'exercer (équipes de travail, formation des individus, organisation...) et être mise en œuvre (facteurs internes des acteurs, perception des enjeux, aspects comportementaux des individus...) »⁴⁷.

⁴⁶ Dejoux C., op.cit. p.51.

⁴⁷ Françoise Dupuich, « L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable », in Gestion 2000 2011/2 (volume 28), pages 107 à 125.



Le directeur indique : « Nous pratiquons beaucoup la réassurance des équipes par l'échange ».

Une monitrice éducatrice qui accompagne les enfants dans des activités périscolaires en milieu ordinaire : « Mon expérience antérieure hors du secteur santé/médico-social m'est très utile pour appréhender le milieu ordinaire, (...) en particulier dans le relationnel avec les partenaires, et avec les parents des autres enfants. »

IME



4.3 De nouvelles fonctions repérées

Les services et établissements visités au cours de cette étude ont souvent démontré des principes communs dans la configuration des interventions. En premier lieu, le renforcement du lien de proximité et sa prise en charge en résonance la plus fidèle possible avec les besoins des personnes. Ces dimensions convoquent rationalité, pragmatisme et réactivité des acteurs de première ligne en lien étroit avec la fonction de coordinateur. Par l'approche « hors les murs », de nouveaux espaces techniques et cliniques sont investis au point d'être parfois des « terres étrangères » qui demandent un sens pratique de la réponse.

Pour garantir cette dernière et parfois coordonner les équipes dédiées à ces projets, de nouvelles fonctions émergent : **jobcoach, accordeur, accompagnateur psychosocial**. Ces nouvelles fonctions ne font pas de l'ombre à celles de la coordination, mais justement la traversent, la complètent, la révèlent autrement. Ces nouvelles appellations parlent d'elles-mêmes et induisent des pratiques « expérimentales ». La déviation de ces dernières par rapport à une pratique rodée fait appel à des compétences se déplaçant elles aussi hors des sentiers battus.

D'ailleurs, le caractère atypique de ces fonctions fait dire à une directrice générale rencontrée qu'elles sont « décalées » tout comme peuvent l'être les profils recherchés.

Le prérequis d'un diplôme fléché (social et/ou médico-social) pour ce type de fonctions n'est pas – toujours – la priorité. La personnalité, les qualités professionnelles et la connaissance du public sont avant tout visées. Les fiches de poste étudiées mettent en avant la centralité de ces nouvelles fonctions, dans les liens étroits avec

l'usager, les partenaires et les acteurs participant au projet d'insertion et/ou d'inclusion.

C'est bien le dépassement d'un métier qui fait que ces nouvelles fonctions doivent être incarnées par les prétendants à ces nouvelles fonctions, parce qu'elles obligent à sortir des zones de confort et à écrire parfois des organisations encore vierges.

L'instabilité de ces fonctions se situe dans **un apprentissage au quotidien** qui oblige à revoir ou penser des outils. Pour les accordeurs et les accompagnateurs psychosociaux, justement, des outils de communication sont à l'étude. La circulation de l'information est une des tâches qui ne semblent jamais atteindre leur plein objectif, d'autant qu'elle se révèle dense en interne et auprès de l'ensemble des acteurs. Le maillage partenarial occasionné par les projets demande une information régulière.

Pour ces nouvelles fonctions, les savoirs « socles » sont complétés par le savoir-agir et réagir. Comme nous l'avons déjà évoqué, l'empirisme prime sur la qualification, parce que se confronter à un environnement encore incertain occasionne des situations rarement anticipées par les équipes tout en les engageant.

Les « coordinateurs » au sens générique du terme sont alors soumis à l'immédiateté et à une réponse qui peut être rarement différée.

Les fonctions de jobcoach ou d'accordeur demandent à intégrer et à légitimer une nouvelle place dans l'organisation qui se veut plus encore cruciale dans la chaîne des intervenants.

Sans tendre à l'exhaustivité et à une « uniformité » des pratiques, nous pouvons noter quelques similitudes dans les expériences :

- les équipes sont modestes, constituées de salariés volontaires pour s'inscrire dans une nouvelle approche ;
- l'environnement d'intervention n'est pas figé, il alterne selon les besoins et les obligations liés aux situations, demandant une souplesse d'accompagnement et de réponse ;
- la relation entre les personnes accompagnées et les intervenants étant aux prises avec plusieurs environnements, elle constitue pour les deux parties une dimension apprenante ; l'informel et le formel s'entrelacent et se complètent ;
- l'évaluation des situations est « ajustée », elle contribue à une approche en temps réel.

L'accompagnateur psychosocial

Au sein d'un service d'hébergement en appartement diffus, l'accompagnateur psychosocial est un psychologue clinicien qui exerce au plus près des adolescents, en délaissant la relation thérapeutique en cabinet. Ainsi, le « hors-les-murs » est celui de l'accompagnateur psychosocial qui se saisit des espaces de vie du jeune (appartement, lycée...) pour s'y rendre et rencontrer le cas échéant les partenaires. L'idée première est de prendre assise sur le factuel pour percevoir la réalité intrapsychique. Les jeunes accueillis ne fréquentant plus ou très rarement les cabinets des psychologues, ces derniers vont à leur rencontre à partir de modalités plus courantes que celles des éducateurs. Pour l'accompagnateur, il faut faire rupture avec « l'exploitation du silence » et s'inscrire dans un « faire avec » dont le cursus universitaire n'a pas préparé pour ne pas dire « conditionné » à cela.

L'accordeur

Au-delà du lyrisme de l'appellation et de l'explicite qu'il exprime, l'accordeur est à l'interface des assistants familiaux et des acteurs et partenaires agissant pour le compte des adolescents dits « en très grande difficulté ». Ces derniers, souvent déscolarisés, en rupture de lien ou dans des conflits récurrents, sont accueillis au titre de la protection de l'enfance dans une configuration familiale. La vigilance est constante et le projet repose sur un lien privilégié à construire ou reconstruire et à narcissiser le jeune. L'intensité de l'intervention, ses aléas et ses urgences sont à traiter et à accompagner dans une disponibilité et une lecture clinique portées par l'accordeur, le tout dans le maillage partenarial. Pour l'accordeur, chaque scène éducative doit être resituée dans cette cartographie. Il soutient les assistants familiaux et travaille sur la continuité du projet quand bien même celui-ci est précarisé par le jeune.

Le jobcoach

Auprès de personnes en situation de handicap psychique, il intervient de façon intensive et personnalisée pour développer l'emploi en milieu ordinaire. Pour ce faire, il est l'interlocuteur des équipes pluridisciplinaires, de l'entreprise et le cas échéant du centre de formation. L'accès à l'entreprise nécessite des préalables pour les deux parties, dont le jobcoach se fait le dépositaire des attentes respectives et des appréhensions de la personne concernée (représentations, informations tenues au secret...).

Un exemple de fiche de poste créée par le projet ESAT hors les murs de LADAPT Châtillon (92)

Description du poste

- Le jobcoach travaille au sein d'une équipe médico-socio-éducative porteuse d'un projet d'insertion professionnelle et sociale des usagers accueillis à l'ESAT hors les murs. Ses missions sont centrées sur l'accompagnement pédagogique, l'entraînement professionnel et l'encadrement technique pour permettre aux usagers la tenue d'un poste de travail adapté en milieu ordinaire dans le cadre de la mise à disposition. L'accompagnement s'effectue de manière individuelle et permet la transmission et le développement des compétences professionnelles en entreprise en tenant compte de leur situation de handicap.

Activités

- Accompagnement à la prise de poste et réentraînement individuel par des mises en situation de travail au sein des entreprises.
- Élaboration, application et adaptation d'outils de compensation (exemple : procédures) en lien avec la neuropsychologue pour réduire les situations de handicap dues aux troubles cognitifs.
- Favoriser les échanges entre l'entreprise, l'utilisateur et l'ESAT.
- Faciliter l'intégration de la personne au sein de l'entreprise au regard de l'organisation du travail et de la culture de l'entreprise.
- Intervention en entreprise et mise en place d'objectifs visant la progression vers l'autonomie sur le poste et l'intégration en entreprise.
- Rédaction de comptes-rendus.

4.4 Analyse des plans de développement des compétences (plans de formation)

Les entretiens avec l'équipe de direction et l'analyse des plans de formation montrent trois éléments pris en compte.

- Les formations qui sont effectuées portent principalement sur la connaissance du public accompagné (quelques illustrations : connaissance des spécificités sensorielles dans les troubles du spectre autistique, prendre en compte les troubles psychiques dans sa pratique, prendre soin des patients atteints de la maladie d'Alzheimer).

Ces formations sont destinées à l'ensemble des professionnels intervenant directement auprès des personnes ; dans la plupart des terrains étudiés, un module de formation est proposé dans la période d'intégration des nouveaux salariés. En effet, les professionnels rencontrés sont unanimes pour dire que les formations initiales ne permettent pas d'avoir une connaissance approfondie du public accompagné et de ses besoins spécifiques. Les professionnels qui ont une connaissance du public approfondie l'ont acquise grâce à leur expérience professionnelle antérieure. Les formations proposées sont en général organisées en plusieurs modules (connaissance du public, connaissance des techniques d'intervention).

- Peu de dispositifs étudiés ont mis en place des formations permettant d'acquérir ou d'approfondir des connaissances en lien avec l'originalité des modalités d'intervention ; cependant, quelques-uns se sont rendu compte rapidement après l'ouverture de besoins spécifiques et ont introduit des formations permettant aux professionnels de pouvoir être en mesure de répondre à la réalité des situations de travail.

Institut Paoli-Calmettes : nécessité de former certains infirmiers experts aux techniques spécifiques de l'entretien téléphonique.

- Les formations prévues dans les projets avant l'ouverture des dispositifs ont été réajustées suite à la confrontation avec le réel ; certaines équipes ont repéré des besoins en formation assez inattendus.

Équipe de baluchonnage Interm'aide : l'équipe a pris conscience que la qualité des repas occupait une place importante dans la perception de la qualité générale de la prestation. **« Le repas est un moment important pour les personnes de cette génération. »** Des interm'aidantes ont suivi de courtes formations de cuisine.

4.5 Politique de recrutement

Suivant les terrains, plusieurs stratégies ont pu être identifiées, en fonction des critères retenus pour la sélection des candidats.

- Lorsque le critère principal est la connaissance du public et les compétences techniques, les recruteurs vont privilégier le recrutement en interne et/ou des personnes ayant de l'expérience auprès du public ; ce choix est souvent inscrit dans une politique de mobilité professionnelle au sein de la structure.



« La création de l'équipe mobile a permis de faire de la mobilité interne. Certaines personnes travaillent depuis de nombreuses années à la MAS, et l'équipe mobile a été une vraie opportunité. »

MAS – Équipe mobile



- Lorsque le critère principal est le cadre d'intervention (milieu ouvert, hors les murs...), les recruteurs vont privilégier le recrutement des personnes ayant l'expérience des modalités d'intervention. Si le recrutement en interne n'est pas possible faute de candidats, ils se tournent vers le recrutement externe.
- Quelques dispositifs vont privilégier les qualités relationnelles plutôt que les compétences techniques ; ils font alors le choix de recruter des professionnels qui bénéficieront d'une formation qualifiante pour compléter les qualités relationnelles par des compétences techniques.

Les tensions de recrutement liées aux spécificités territoriales conditionnent bien souvent le choix du candidat retenu.

L'effectivité des compétences est indissociable du cadre organisationnel : ce dernier va permettre leur visibilité, leur déploiement et leur accroissement.

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

5 DES CADRES ORGANISATIONNELS À REFONDER

Nous entendons par cadre organisationnel ce qui est organisé et structuré pour permettre le déploiement des pratiques professionnelles dans des cadres plus inclusifs et plus ouverts : dispositif de réunion, moyens techniques, gestion et mobilisation des ressources, organisation associative.

En préambule, rappelons que les « cadres d'intervention plus ouverts et plus inclusifs » ne signifient pas une absence d'organisation ni de repères, ou une disparition du cadre. Il apparaît même, selon le témoignage de plusieurs directions de structures rencontrées, que ce soit le mouvement inverse qui s'opère : plus le dispositif est souple, plus le cadre doit être solide. La démarche peut sembler paradoxale ou contradictoire. Elle doit favoriser, au contraire, une organisation apte à accompagner les différents parcours. C'est un socle structurant pour articuler les interventions des professionnels au plus près des besoins de la personne dans son parcours de citoyenne. Il apparaît nécessaire à la fois de créer des « murs symboliques » et de présenter une organisation souple et lisible pour intégrer et rendre visibles des repères pour les professionnels.

5.1 L'organisation impactée par les nouvelles pratiques professionnelles

- Les modes d'intervention étudiés sont sous-tendus par la capacité renforcée de l'organisation à :
 - permettre aux professionnels d'intervenir seuls sans être isolés ;
 - encadrer les modes d'intervention ;
 - sécuriser les interventions dans un contexte spatiotemporel modifié.

5.1.1 Intervenir seul mais sans être isolé

Comme nous l'avons vu, les interventions « hors les murs » peuvent se dérouler au domicile sous le regard des proches, en entreprise, à l'école... avec des professionnels d'autres secteurs, ou au sein d'autres institutions... et pas ou plus seulement au sein d'une institution unique, au sein d'une même équipe.

Comme nous l'avons vu précédemment, le professionnel qui travaille en milieu ouvert peut se retrouver seul pour intervenir. Ainsi, du fait de leurs pratiques « hors les murs », les professionnels peuvent ressentir un sentiment d'isolement au moment ou à l'issue de leurs interventions, notamment lorsqu'ils terminent directement leur journée de travail après avoir été confrontés à des difficultés particulières, sans repasser par la structure qui les emploie, et donc « sans avoir eu la possibilité de débriefer avec les collègues ».

Il apparaît ainsi que **les espaces d'échange au sein de la structure** restent essentiels pour prévenir ce risque d'isolement.

Une autre modalité de prise en compte qui a pu être observée est la mise en place de binômes pouvant intervenir en complémentarité. Il arrive parfois que les binômes soient formés non pas avec un collègue, mais avec un professionnel partenaire d'une autre institution. Pourtant, la mise en œuvre de ces binômes peut être difficile, parfois impossible, à concrétiser du fait des effectifs restreints et des contraintes d'activité.



L'équipe mobile autisme intervient auprès d'équipes de professionnels d'une autre structure médico-sociale : « *Ce n'est pas toujours évident, d'expliquer à un collègue comment il doit s'y prendre alors que lui est dans sa propre institution* ». Il y a la « *nécessité de régulation interinstitutionnelle par le directeur et le chef de service* ».



5.1.2 Intervenir à plusieurs : penser la transversalité et l'interdisciplinarité

L'action des professionnels se situe dans un environnement large, en collaboration et en complémentarité avec des intervenants d'autres métiers et relevant d'autres structures. Apporter des réponses de plus en plus individualisées et adaptées, si nécessaire en coresponsabilité avec d'autres intervenants, suppose l'interconnaissance des acteurs. L'organisation s'inscrit dans un écosystème dont elle est partie prenante.

Le décloisonnement est indispensable pour favoriser l'ouverture vers un système interinstitutionnel : la transversalité et l'articulation avec l'action d'autres institutions nécessitent l'élaboration de références communes.

L'établissement ou le service peut remplir une fonction ressource vers d'autres établissements ou vers le milieu ordinaire. C'est souvent le cas, par exemple, des équipes mobiles, qui interviennent en diagnostic et en support de collègues d'autres institutions.

5.1.3 Intervenir dans un contexte spatiotemporel à sécuriser

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

Le professionnel peut accompagner l'usager dans **toutes sortes d'espaces de la cité**, au sein d'autres structures, à son domicile, lors d'activités de loisirs... Il est conduit à aller à la rencontre des partenaires (administrations, financeurs, MDPH, Cap Emploi...) et à exercer en complémentarité de professionnels relevant d'autres institutions (ASE, Éducation nationale, acteurs du soin, entreprises...).

Les frontières entre la cité et les établissements se font poreuses ; certains établissements accueillent à l'inverse des citoyens du milieu ouvert, avec par exemple la mise à disposition d'infrastructures, ou l'organisation et l'ouverture d'activités communes.

La temporalité est aussi à dimension variable : intervenir hors les murs induit une certaine flexibilité de l'organisation, intégrant la gestion des impondérables et autres imprévus, avec par exemple pour conséquence des évolutions de plannings ou des modifications d'horaires.



« On rend des comptes mais on est assez libre dans l'organisation [...] Notre impératif, c'est d'aller sur notre centre de référence pour avoir des informations sur les nouveaux patients. On essaye d'avoir un jour référencé sur les structures, on fait des points réguliers sur les centres de proximité qui balisent notre emploi du temps [...] Après, il faut de la flexibilité qui permet de s'adapter aux familles, on déborde sur les plannings tôt le matin et le soir. On a besoin d'une certaine latitude pour planifier les visites en famille. »

Professionnel



C'est pourquoi l'organisation doit présenter une certaine plasticité, c'est-à-dire être capable de prendre une forme différente en fonction des enjeux, situations et besoins, et ainsi s'adapter de manière réactive aux changements sans risque de déchirure.

L'intervention hors les murs suppose une organisation qui, en interdépendance avec l'écosystème, décloisonne et favorise la fluidité des actions. Les projets d'établissement ou de service doivent intégrer l'ensemble de ces éléments, en l'occurrence la dimension des espaces et temporalités élargis.

5.1.4 Une réponse à ces enjeux : un collectif de travail renforcé

« L'organisation de rapports collectifs est l'un des impératifs majeurs que rencontre de nos jours toute structure économique ou sociale face à la croissance de ses activités. »

48

Les rapports collectifs se basent sur les relations humaines, ils sont forcément vivants donc mouvants et évolutifs. Ainsi, l'organisation en mouvement se construit dans l'interaction.

- Le travail en commun, par la conjugaison des approches, enrichit l'action collective et la créativité organisationnelle. Le collectif peut constituer une grande ressource pour le professionnel. Un des professionnels rencontrés précise que l'organisation de l'équipe et son intervention sont souvent **« basées sur l'entraide »**.
- « Le travail collectif a besoin d'un collectif de travail. »⁴⁹ Le travail d'équipe est fondé sur des relations de confiance, la complémentarité, le respect et la transparence du partage d'informations. **« Ensemble, on est plus forts »**, souligne un chef de service, qui ajoute qu'il faut **« laisser les personnes faire »**. Ce collectif de travail permet de faire vivre le sentiment d'appartenance à une équipe, et de le préserver malgré « l'éclatement » de l'intervention.

Le collectif de travail sert de repère, il représente le cadre au sein duquel va s'inscrire et se réaffirmer l'identité professionnelle. Il permet de renforcer le projet. Il est le point d'ancrage des équipes autour du projet.

Il doit favoriser la co-construction d'un même référentiel de règles de fonctionnement, pour être en mesure de reconnaître l'apport de l'autre, et d'accepter qu'il y ait d'autres possibilités que les conditions déjà éprouvées. L'organisation du collectif doit privilégier une communication claire sur les finalités poursuivies, sur les règles du jeu définies et les possibilités de débat.

Si, comme le souligne un professionnel de terrain, **« la qualité du travail repose sur une culture commune des individus »**, le collectif de travail, comme déjà évoqué, dépasse la plupart du temps le cadre de l'institution de rattachement du collaborateur.

⁴⁸ Sainsaulieu Renaud, *L'identité au travail*, Presses de Sciences Po, 1988, pages 9 à 15.

⁴⁹ Philippe Bernoux, *Mieux être au travail : appropriation et reconnaissance*, Octarès éditions, 2015, p.164.

Cela suppose donc un apprentissage interculturel, ou une acculturation mutuelle des acteurs, c'est-à-dire l'élaboration d'une sorte de consensus qui fasse émerger des **valeurs communes** et transforme la culture avec toutes les parties prenantes via un processus de coopération et de découverte mutuelle des autres cultures existantes.

Les professionnels travaillant de plus en plus dans un contexte de décloisonnement des organisations, la frontière entre les métiers devient poreuse et la transversalité est omniprésente. Ces coopérations favorisent l'émergence d'une intelligence collective, qui stimule la créativité, la co-construction de méthodes et d'outils collaboratifs.



Plusieurs professionnels parlent « d'organisation apprenante ». Un éducateur spécialisé d'une équipe mobile : « Au départ, on manquait de modèles (...) Même si on avait l'impression d'être outillé, on ne parvenait pas à objectiver les besoins. On les identifie mieux avec le recul. »



Les équipes, qui interviennent dans des conditions d'organisation de plus en plus changeantes, doivent s'adapter en permanence. Elles ont d'autant plus besoin de disposer de modalités et de ressources qui facilitent leurs interventions, afin de pouvoir se concentrer sur leur cœur de métier.

5.2 Une structuration agile : un cadre flexible

Nombreux sont les acteurs de terrain rencontrés qui ont souligné le nécessaire changement de paradigme de l'approche en établissement, en évoquant un **« décloisonnement indispensable »** des organisations, aujourd'hui et à l'avenir, à la fois en leur sein et vers l'extérieur, au cœur de la cité.

L'organisation, impactée par l'environnement dont elle est partie prenante, est inévitablement évolutive et requiert pour cela plusieurs caractéristiques :

- clarté, solidité et souplesse pour permettre l'adéquation entre l'action des professionnels et les nouveautés de la réalité du terrain et de l'écosystème ;
- réactivité pour s'adapter rapidement aux changements et aux imprévus ;
- ouverture pour faciliter les coopérations et la convergence des énergies.

Dans la plupart des services rencontrés, l'agilité des organisations ouvertes sur le milieu ordinaire est soutenue et facilitée par un rôle de **coordination** qui tient une place stratégique. Il favorise la malléabilité de l'organisation par son rôle de liant, il articule et fluidifie les actions, et évite l'étanchéité entre les acteurs.

Ce rôle est assumé, selon les services, par un cadre intermédiaire ou un/les professionnels.

Certaines équipes regrettent que la flexibilité organisationnelle engendre une forme d'éclatement de l'organisation. À titre d'exemple, un cadre de santé exprime sa difficulté à gérer plusieurs « *petites équipes éclatées* »

qui interviennent dans des domaines « *qui n'ont rien à voir les uns avec les autres* » et en particulier les désagréments rencontrés avec les « *infirmiers hors les murs* ».

Au sein d'une équipe hors les murs qui suit des personnes atteintes de cancer : le médecin HAD soulève la « problématique de positionnement des différentes équipes », avec le changement de rattachement (organigramme) à plusieurs reprises de l'équipe hors les murs.

La Mètis : possibilité de « dégageant » du professionnel – un assistant familial peut suspendre temporairement l'accueil à son domicile d'un jeune en cas de difficulté majeure afin de prendre de recul sur le quotidien ; l'organisation s'adapte alors immédiatement, le principe étant l'accueil inconditionnel du jeune.

5.3 Communication : intense et en partie informelle

La définition de modalités et d'outils de communication apparaît comme centrale dans le cadre organisationnel adapté aux modes d'intervention plus ouverts. Il s'agit d'une des principales conditions de réussite repérées dans l'étude.

La communication qui sous-tend le bon fonctionnement de l'organisation ne se résume pas aux simples outils : elle implique ici, encore, un collectif de travail renforcé, garant d'une véritable concertation pour l'action collective.

5.3.1 Dispositifs de réunion

Les temps de réunion sont des moments clés de la vie institutionnelle, parce que les professionnels « *se retrouvent ensemble, débattent et agissent directement sur celle-ci (...)* Ils donnent ainsi corps à l'identité collective de la communauté d'action, en

recomposant pour la circonstance leur équipe, leur service ou leur institution d'appartenance »⁵⁰.

De nombreux modes de rencontre, d'échange et de travail existent, et les différentes structures rencontrées articulent souvent plusieurs d'entre eux. En fonction des secteurs d'activité, des institutions ou de la culture collective, ces réunions ne sont pas nommées de la même manière et revêtent des formes différentes.

Ces différents espaces de communication peuvent avoir plusieurs objets.

- Faire passer l'information : il peut s'agir de réunions dites « institutionnelles », qui s'adressent à l'ensemble des équipes, et ont pour objet de communiquer sur les projets associatifs et d'établissement, et de donner le cap sur les projets à venir.
- Échanger autour des situations et des projets d'accompagnement : réunions de type « synthèse » qui regroupent tout ou partie des acteurs impliqués dans la situation de la personne.
- Susciter et favoriser les échanges : ces temps d'échange donnent un cadre aux équipes pour s'exprimer, engager librement la discussion sur un sujet, échanger des points de vue, partager les pratiques et les retours d'expérience, faire émerger et explorer des idées. Il peut s'agir de réunions régulières de suivi (le plus souvent hebdomadaires), de réunions quotidiennes de « transmission », de réunions pluridisciplinaires, de réunions cliniques, le cas échéant, de réunions soignants/médecins une fois par semaine « pour les questions qui ne nécessitent pas de réponse immédiate » (IPC), de réunions dites « scientifiques »...
- Piloter le projet : comités de suivi et gestion de projet au sens large, rencontres avec les partenaires...
- Accompagner les professionnels dans leurs pratiques : de nombreuses institutions proposent également aux professionnels des sessions d'analyse des pratiques et de supervision d'équipe. Les services innovants ou adossés à des structures plus conséquentes n'ont pas toujours mis en place ce type d'outil, mais il est souvent proposé aux équipes de se joindre aux groupes déjà existants au sein de la structure.

⁵⁰ Loubat J.-R., *Gestion des réunions et circulation de l'information – penser le management en action sociale et médico-sociale*, éditions Dunod, 2014, pages 359 à 380.

Plusieurs terrains ont fait remonter une donnée intéressante sur le dispositif de réunion : il n'a pas été pensé en amont de la création du service, et est quelquefois réduit à son minimum. Les professionnels vont alors utiliser des temps informels « autour d'un café », « entre deux visites », pour échanger sur leurs pratiques ou sur des informations. Plusieurs d'entre eux ont exprimé que cette situation est insatisfaisante, mais qu'elle est difficile à faire évoluer du fait d'une activité intense et d'effectifs quelquefois réduits. Ainsi, les espaces de réunion deviennent secondaires par rapport à l'accompagnement direct auprès des personnes, ce qui n'est pas sans effets (difficultés de communication, renforcement du sentiment de solitude, perte de sens dans le travail, impacts sur l'accompagnement des personnes...).

*Au sein d'un service constitué d'une quinzaine de professionnels, dédié à l'accueil de jeunes en grande difficulté par des assistants familiaux (La Métis), l'autonomie et la responsabilisation considérables des professionnels sont compensées par de nombreux temps et espaces de communication et d'étayage : « **l'équipe doit pouvoir se poser** ».*

*Des réunions institutionnelles ont lieu régulièrement, une réunion hebdomadaire baptisée le « **quoi de neuf ?** », une réunion clinique mensuelle, un point hebdomadaire d'une demi-journée avec l'ensemble de l'équipe sur tous les jeunes accompagnés.*

Des points périodiques ou à la demande ont lieu avec deux psychologues : l'une dédiée au soutien des professionnels, l'autre se consacrant aux jeunes.

*Une « **synthèse des pratiques a été mise en place depuis un an** » ; des sessions d'analyse des pratiques ou de supervision d'équipe sont également envisagées.*



Équipe mobile autisme : les membres de l'équipe qui le souhaitent peuvent participer à l'analyse de la pratique avec leurs collègues de la MAS. Certains s'y rendent, pour « rester en lien avec les anciens collègues et garder un pied dans l'ancienne structure », d'autres n'en voient pas l'intérêt : « Cela ne concerne pas notre activité. (...) De toute façon, nous échangeons en réunion d'équipe et au quotidien entre nous et avec le chef de service, cela est tout à fait suffisant ».



Au-delà des réunions à proprement parler, certains cadres ont pu témoigner de la présence d'une forme « d'autorégulation » au sein des équipes. Les professionnels s'entraident, ils sont en capacité de trouver des issues à des situations qui posent

problème sans la sollicitation et la validation systématique de l'encadrant. Ce mode de communication informel et ordinaire dans les secteurs qui nous intéressent peut être plus limité du fait de l'éclatement géographique et des moindres opportunités de se réunir. Il semble qu'il s'agisse d'un point de vigilance à relever.



« L'intervention hors les murs entraîne une raréfaction des moments informels partagés qui, au sein d'une intervention dans les murs, aident à prendre de la distance par rapport aux situations éducatives accompagnées. »

Éducateur



5.3.2 Constitution et partage du dossier de l'utilisateur

Une bonne communication organisationnelle doit pouvoir s'appuyer sur un système d'information commun et partagé, pour garantir la cohérence et la continuité de l'accompagnement. L'organisation doit proposer des outils de communication qui servent et consolident la coordination entre les professionnels.

Mobiles, tablettes, applications liées à la prise en charge, stockant les pièces justificatives, réseaux sociaux internes ou tchats permettant le partage d'informations, l'interactivité et la collaboration en temps réel... : les outils « support » mis à la disposition des professionnels sont variés et diffèrent selon les structures et les secteurs d'activité concernés.

La présence croissante des outils numériques, si elle facilite grandement l'organisation du travail, implique une vigilance particulière quant à la protection des données des personnes. Il s'agit de veiller au juste équilibre entre mise à disposition transparente des informations et respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur.

Nombreux sont les professionnels de terrain qui développent leurs propres supports pour asseoir leur organisation, évolutive et sur mesure : procédures d'intervention, transmission de grilles d'observation (outil créé par une équipe mobile), agenda collectif, cahiers de réunion, ou supports destinés à la communication externe, plaquettes de présentation du nouveau service...

Les outils de communication au sens classique cités ne traduisent pas l'aspect informel. Au-delà des supports concrets, il existe un peu partout une régulation permanente sur le « qui fait quoi ? », par l'équipe de direction.

Dans le dispositif EHPADadom : les extractions du dossier comprennent les informations relatives aux soins, des éléments sur les autres intervenants, les personnes à contacter, etc.

5.4 Conditions de travail : une autonomie accrue dans l'organisation

L'organisation du travail doit permettre l'optimisation des compétences par la mise à disposition des modalités et des ressources adaptées.

5.4.1 Modalités et planification du travail

Les professionnels rencontrés insistent sur la souplesse nécessaire à trouver dans l'organisation du travail au sens de « répartition des missions et planification des activités ».

Certaines structures maintiennent des horaires fixes (les professionnels gèrent leur agenda dans un cadre prédéfini, par exemple un agenda pour l'équipe, tenu par l'éducateur coordinateur), quand d'autres ont fait disparaître les plannings au sens « institutionnel » classique et laissent le champ libre aux équipes.

La question du télétravail partiel a été soulevée, en particulier par des professionnels soucieux d'optimiser leur activité, par exemple pour minimiser les temps de trajet – **« éviter de repasser au bureau après une intervention proche de mon domicile »** – ou par besoin de se concentrer pour rédiger des rapports ou autres écrits..., car seuls des espaces collectifs de travail de type « open space » sont mis à leur disposition.

Une autre question cruciale est l'intensité de l'intervention dans certaines formes d'organisation, qui pourrait conduire à l'épuisement professionnel si des périodes de « respiration » ou de déconnexion n'étaient pas prévues, voire imposées.

*Les assistants familiaux qui accueillent des personnes à leur domicile sont en « **situation professionnelle 24 heures sur 24** ». Des période dites « **de respiration ou de dégage**ment » sont rendues possibles par l'organisation.*

*Un professionnel chargé de la fonction de coordination raconte : « **Mon responsable m'interdit de maintenir mon mobile allumé au-delà d'une certaine heure. Sinon, je serais sollicité en permanence** ».*

Un service envisage de proposer à certains professionnels, compte tenu de l'intensité particulière des interventions dont ils ont la charge, le travail à temps partiel, pour leur permettre d'exercer une activité tout autre en parallèle.

La souplesse des modalités de travail nécessaire à ces projets se heurte souvent aux contraintes juridiques et réglementaires (dispositions du code du travail et des conventions collectives).

Une expérimentation est d'ailleurs en cours jusqu'en décembre 2021 sur l'ensemble du territoire français grâce à la loi Essoc⁵¹, prévoyant des dérogations au droit du travail dans le cadre du relayage et de séjours de répit aidant-aidé, pour permettre une période d'intervention continue allant de 16 heures à six jours.

Qu'il s'agisse de contrôler les horaires ou de déterminer des modalités assouplies comme le télétravail partiel, une maturité suffisante de la ligne managériale est incontournable, en particulier en ce qui concerne la capacité à faire confiance.

5.4.2 Moyens et ressources

L'organisation en milieu ouvert conduit les professionnels à intervenir de plus en plus en autonomie, avec des impératifs d'efficacité et d'adaptabilité. Il est essentiel de limiter au maximum les difficultés d'ordre matériel qu'ils pourraient rencontrer dans leur activité.

⁵¹ Loi Essoc : loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance – article 53.

À l'occasion d'une réallocation des ressources et de la réorganisation du travail de nuit au sein d'un IME, les représentants du personnel ont fait part à la direction de leur souhait de regrouper l'activité sur quatre jours par semaine. Le directeur de l'établissement leur a suggéré de faire une proposition d'emplois du temps en ce sens. Un nouveau planning a donc été construit par les représentants du personnel, en lien avec les salariés, planning qui, après validation de la faisabilité et de l'adéquation aux besoins du projet par la direction, a été mis en œuvre sur la base de semaines de quatre jours.

Un responsable se dit gêné par le décompte horaire basé sur le déclaratif, même s'il reconnaît comme évidente l'importance de la relation de confiance avec l'équipe.

« Mais comment être sûr ? Un badgeage au domicile serait bien, ça donnerait des preuves : mais impossible à faire passer. »

Ils doivent pouvoir travailler avec les moyens techniques et logistiques adéquats : outils de mobilité, outils de gestion, sans oublier les outils de communication cités plus haut. La majeure partie des interventions se situe hors les murs ou à domicile, certes, mais des espaces de travail et de rencontre dédiés (bureaux, etc.) doivent être mis à disposition par l'organisation.

La possibilité d'appui sur un réseau est souvent incontournable, et doit être facilitée. L'organisation doit garantir la visibilité des supports possibles par le réseau et stimuler son développement.

Les moyens humains adaptés aux besoins des personnes sont évidemment indispensables, tant en quantité qu'en qualité : effectifs et compétences adéquats, avec des professionnels du management en support.

Sur la quasi-totalité des services rencontrés, les ressources en matière de personnel sont optimisées, et quelquefois limitées :



« L'effectif est en flux tendu : dès qu'il y a une absence, y compris chez un partenaire, tout le monde se retrouve impacté. »

« La fonction de coordination et d'administration du personnel peut prendre du temps au détriment de l'appui aux professionnels. »

« Souvent, il y a de nouvelles prises en charge le week-end (sortie d'hospitalisation). Et c'est compliqué de commencer le week-end : c'est insécurisant, on ne sait pas ce qu'on va trouver. Chaque nouveau patient, c'est une appréhension, il y a beaucoup d'inconnues : l'aspect matériel, comment il va nous recevoir... »



Il existe un risque quand il y a des intérimaires : traitements non remis, soins non effectués, etc.



« Problème dans la continuité de la prise en charge. Moins de soucis avec les vacataires qui reviennent souvent. Beaucoup de turnover et à la différence de l'institution, où même quand un collègue est absent, on peut rassembler les personnes en un lieu et avoir un œil sur tous, dans le cas de l'intervention à domicile, il faut compenser les absences d'un collègue, on ne peut pas laisser un patient sans intervention. »



Certaines familles refusent parfois d'avoir un intervenant masculin (très différent du travail en institution) ; les AS pensent que la direction ne devrait pas accepter ces conditions et poser le cadre dans les contrats.

La clarification de l'organisation, des processus et des rôles et missions de chacun par une certaine formalisation se révèle nécessaire à la sérénité des équipes dans leurs interventions.

De nombreux professionnels expriment le besoin de davantage de formalisation (exemple : descriptifs de fonction ou de poste, emplois du temps, transmissions...), quand d'autres considèrent que cela n'est pas nécessaire. Certains projets d'établissement ou de service, construits de façon très concrète et précise, font office de cadre opérationnel.

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?



Témoignage d'un membre d'une équipe mobile créée il y a deux ans dans le secteur sanitaire : **« J'ai avancé à l'aveuglette. Les tâches ne sont pas encore bien définies, elles sont toujours susceptibles d'être modifiées ».**

Équipe mobile autisme (EMA), adossée à une maison d'accueil spécialisée (MAS) : plusieurs professionnels de terrain demandent des fiches de postes individuelles, quand le coordinateur de l'équipe n'en voit pas l'utilité.



Les cadres de travail mis à disposition des professionnels doivent permettre la lisibilité de l'organisation ; les managers doivent veiller à la fiabilité et à la justesse des pratiques sociales et organisationnelles par la mise en œuvre de règles simples et claires (droits et devoirs formalisés), de procédures lisibles qui éclaireront et sécuriseront l'action des professionnels.

5.5 La prise en compte des risques

Le chapitre précédent sur les pratiques professionnelles a mis en évidence les risques à prendre en compte. S'ils ne sont pas entièrement nouveaux dans les secteurs d'intervention étudiés et les métiers exercés, ils prennent une intensité particulière dans les situations évoquées par l'étude dont nous faisons ressortir les grandes caractéristiques.

Risques liés	Invariants métiers	Pratiques hors les murs
<p>À la relation à un autre vulnérable / aux risques psycho-sociaux / à l'isolement potentiel dans l'intervention</p>	<p>Comprendre la problématique de l'autre.</p> <p>Faire face à un comportement agressif à décoder.</p>	<p>La situation de travail le plus souvent en solitaire majore l'impact psychique. Partir du domicile avec l'inquiétude de ce qui va se passer pour la personne (chute, suicide, violence intrafamiliale...), la famille, peut constituer une souffrance qui doit impérativement être travaillée avec l'équipe et le cadre responsable du projet.</p> <p>La relation interindividuelle peut entraîner un « huis clos » relationnel source de possible maltraitance. Le cadre organisationnel doit pour cela veiller à maintenir des regards croisés lors d'interventions auprès des personnes et au sein des espaces d'échange.</p> <p>L'usure du professionnel, l'empreinte que laisse la souffrance de l'autre peuvent se donner à voir moins facilement que dans un établissement, ce qui nécessite une vigilance accrue des collègues et des responsables des actions.</p>
<p>Aux déplacements</p>	<p>Risques routiers.</p> <p>Déplacements dans des quartiers dits « difficiles » dans lesquels les personnes extérieures sont vécues comme des menaces.</p>	<p>Les déplacements sont beaucoup plus nombreux et plus longs (exemple : île de La Réunion), majorant les risques. Des équipes ont bénéficié de formations à la conduite.</p>
<p>Aux interventions dans un lieu extérieur</p>	<p>Gestes et postures.</p>	<p>Certains professionnels ont pu témoigner de l'inconfort de certains lieux : domiciles dégradés et ou non correctement aménagés (lits, fauteuils...), petits espaces ne facilitant pas les prises en charge spécifiques (psychomotricité, cf. EHPADadom).</p>



« Il y a des risques liés à des besoins d'intervention au domicile de personnes qui vont mal et qui traversent des périodes de mal-être... »

SAVS



Si les terrains n'ont pas tous établi un document unique d'évaluation des risques (DUER) ni mis en œuvre de manière formelle des actions préventives particulières, nombreux sont ceux qui ont pris la mesure des risques professionnels liés aux nouveaux modes d'organisation.

Parmi la prise en compte des risques identifiés, le lien avec le cadre responsable figure en bonne place. Celui-ci doit être en mesure de sécuriser l'action du professionnel de terrain et de lui apporter la reconnaissance nécessaire à des interventions en solitaire sereines.



Au sein d'une équipe mobile autisme : *« Parfois, il faut prendre des décisions délicates pour agir en intervention. Je sais que mon responsable me fait confiance et me soutiendra en cas de difficulté. (...) Il exprime régulièrement sa reconnaissance, verbalement ou par e-mail. »*



Tous les professionnels ont témoigné de l'importance de pouvoir être en lien pour partager les observations, les actions et les émotions vécues sur le terrain.

Le cadre d'intervention amplifie la notion de responsabilité et une vigilance particulière doit être portée aux limites du cadre d'action.

5.6 L'organisation, un enjeu de gouvernance

Ces projets sont, pour leur majorité, portés par des associations de taille moyenne voire grande. Ils s'inscrivent dans les transformations qu'elles souhaitent apporter dans leurs modalités de réponse aux besoins des personnes : personnalisation des réponses en articulant des prestations différentes (temps collectifs à l'Ehpad pour les personnes

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

âgées accompagnées par EHPADadom, possibilité d'hébergements ponctuels à l'internat de la MECS pour les enfants suivis par ADOPHE...).

La dimension innovante de ces projets peut les mettre sur un piédestal, survalorisés dans la communication associative. Dans les transformations actuelles, c'est probablement un point de vigilance pour les dynamiques associatives lié au risque de dévaloriser les établissements qui offrent une prise en charge plus classique. Il s'agit de ne pas mettre les modes d'intervention en compétition.

Les projets se mettent en œuvre le plus souvent à l'initiative des associations, parfois à la demande des pouvoirs publics (UEM et PSAIS) ou dans le cadre d'appels à manifestation d'intérêt comme ADOPHE.

Ils constituent une opportunité de créer des parcours professionnels pour les salariés : plusieurs salariés ont saisi l'opportunité d'une mobilité professionnelle pour découvrir d'autres cadres de travail. Ils ont l'occasion d'expérimenter et de se confronter à de nouvelles pratiques professionnelles.

Ils s'appuient sur des mutualisations de moyens avec d'autres établissements ou services.

Ils sont parfois financés sous forme de subventions pluriannuelles (équipe mobile Passerelle), sur les fonds propres associatifs (EHPADadom), ce qui vient interroger, voire mettre en péril, leur pérennisation. Cette incertitude peut freiner le plein « épanouissement » du projet et générer des inquiétudes pour les salariés.

Les différents terrains rencontrés montrent des services souvent de petite taille :

- ESAT HLM a une équipe de 8,8 ETP pour 50 travailleurs ;
- UEM a une équipe de 5,8 ETP pour 7 enfants ;
- le PSAIS a une équipe de 2,5 ETP pour 24 enfants ;
- EHPADadom a une équipe de 5,8 ETP pour 24 personnes âgées ;
- ADOPHE a une équipe de 14 ETP pour 52 enfants.

Ces projets sont placés sous la responsabilité d'un cadre opérationnel (chef de service ou directeur adjoint), rattaché à un directeur. Dans une grande partie des terrains, ces cadres sont aussi responsables d'autres services : PSAIS/UEM rattachés à la chef de service de l'IME, EHPADadom rattaché à la cadre de santé du SIAD, équipe mobile Passerelle rattachée au chef de service du SAVS.

S'il paraît important que ces projets soient intégrés dans des organisations associatives, notamment au regard de la stabilité financière, mais aussi en vue de créer et soutenir des dynamiques inclusives dans les associations (effet tache d'huile), il semble aussi nécessaire que la responsabilité assumée par les cadres soit prise en compte par les gouvernances associatives.

En effet, gérer ce type de projet ne revient pas à s'occuper des quelques salariés qui y travaillent et du petit budget alloué. C'est, avant tout, l'ingénierie de projet qui est convoquée : penser, piloter et mettre en œuvre les actions, les faire vivre sur un territoire. Et cette ingénierie requiert « du temps de cerveau disponible » et des compétences managériales qui seront développées plus loin, mais qui doivent être reconnues, valorisées et soutenues par les gouvernances.

Si les pratiques inclusives requièrent du cadre de proximité un soutien important, ce cadre doit lui-même être soutenu par sa hiérarchie, sous peine de s'épuiser : soutenu dans sa réflexion, soutenu dans la nécessaire prise de risques, soutenu dans sa légitimité à agir au nom de... conférée par sa délégation.

Conclusion

Le cadre organisationnel évolue dans un environnement complexe fait d'acteurs divers et/ou différents.

Des organisations qui s'inscrivent dans un environnement mouvant et s'adaptent continuellement aux évolutions des besoins et parcours des usagers impliquent le support accru des professionnels de « terrain » par les équipes directions, dans leur rôle notamment de fixation de repères visibles et lisibles par les équipes, et de sécurisation de leurs actions.

Les évolutions du cadre organisationnel sont indissociables des pratiques managériales.

6 ADAPTATION DES PRATIQUES MANAGÉRIALES

Par pratiques managériales, nous entendons la manière dont le/les responsables sont impactés par ces modalités d'intervention et le type de relations qu'ils doivent mettre en œuvre pour les rendre possibles.

Le contexte des réponses « hors les murs » met le manager dans une situation qui n'est certes pas nouvelle dans le secteur social, médico-social ou sanitaire (AEMO, SAVS, HAD...).

Pour autant, cette situation est spécifique, comme l'a montré l'analyse des cadres organisationnels. En effet, il s'agit pour le cadre responsable (directeur ou chef de service/cadre de santé/cadre de proximité) de manager à distance. En quoi est-ce spécifique ? Manager, diriger, c'est-à-dire conduire, animer, piloter, évaluer, garantir et sécuriser.

- Sans rencontrer les professionnels ni les personnes accompagnées tous les jours, en allant à son bureau (unité de lieu) ; sans même souvent connaître les lieux dans lesquels les interventions se déploient : domicile, lieu de vie institutionnelle « en diffus », milieu scolaire, entreprise.



« Les professionnels sont dans un lieu externe avec des contraintes et organisations à prendre en compte. »

ESAT



- Sans voir par lui-même (unité d'action).



« Les cadres s'impliquent beaucoup, même s'ils ne sont pas présents sur site. En cas de souci, l'équipe appelle. »

Direction UE



- Dans un temps décalé pour juger d'une situation qui parfois se déroule en dehors de son temps de travail (unité de temps) : certaines interventions ont lieu en soirée, la nuit, le week-end....

- En s'appuyant davantage sur les ressources externes que sont les partenaires divers que requièrent ces projets.

Il doit appréhender ce qu'il ne voit pas.



« Au début, j'étais en demande de suivi journalier. Il a fallu que je lâche la pression. Avant, j'allais au-devant, maintenant, je laisse venir. »

Chef de service



Il demeure néanmoins responsable de ce projet et de l'action des professionnels qui interviennent. Il doit assumer ce qu'il n'a pas forcément décidé lui-même.



*« Où placer le curseur entre décider et déléguer ? », **questionne un responsable d'une équipe mobile.***

*« On perd la main sur le contrôle des heures et du travail effectué. » **ESAT***



Le plus souvent, il fabrique du nouveau, il ne sait pas encore ce qui va marcher, comment cela va marcher. Il est face à un inédit ; il expérimente avec les équipes, adapte et réadapte.

Ces contextes d'intervention supposent que l'équipe de direction intègre et partage (au sens d'adhérer et de répartir) dans sa pratique professionnelle individuelle et collective différentes postures professionnelles. Les membres de l'équipe de direction peuvent ainsi adopter et conjuguer plusieurs types de postures, ci-après décrites : celle du développeur, du leader, de l'étai, ou du facilitateur.

6.1 Les fonctions du développeur

Son objectif : fabriquer du nouveau et consolider par l'externe.

Il est en mesure de supporter l'incertitude, voire d'en tirer parti pour être en état de veille et d'observation. *« L'innovation, par définition, crée de l'instabilité, de l'imprévisibilité qu'aucune méthode, aussi raffinée soit-elle, ne parvient à maîtriser entièrement. »*⁵² Et dans les situations d'incertitude, il faut pouvoir résister à la tentation de vouloir apparaître comme celui qui a toutes les réponses.

« On a avancé step by step », ce qui requiert la capacité à travailler à partir des tâtonnements, des erreurs, des difficultés en les considérant comme des opportunités de connaissance.

*« On comprend, dans ces conditions, pourquoi les maîtres mots sont ceux d'interaction, de décloisonnement, de circulation de l'information, de concertation, d'adaptation et de souplesse. Cet acteur collectif doit pouvoir réagir à toutes les fluctuations, il doit être en mesure de saisir toutes les opportunités. Pour innover, il faut donc éviter les modèles rigides, mécaniques, les définitions trop précises des tâches et des rôles ainsi que les programmes trop contraignants. »*⁵³

Par rapport aux partenaires, cela lui demande...

- D'avoir une bonne connaissance des ressources du territoire et des partenaires en situant leur action, leurs enjeux, leurs limites, leur champ de responsabilité.

*« En sociologie de l'innovation, Michel Callon et Bruno Latour montrent comment le succès d'une innovation technologique (ou d'un projet) s'analyse moins au regard de la pertinence en soi de celle-ci qu'au regard de la force du réseau d'acteurs qui ont été enrôlés. »*⁵⁴

D'être en mesure de négocier avec les partenaires pour que le cadre formel soit cohérent avec les missions et les pratiques mises en œuvre.

⁵² Madeleine Akrich, Michel Callon, Bruno Latour, « À quoi tient le succès des innovations ? », *Les Annales des Mines*, 1988, pp.4-17 & 14-29.

⁵³ Madeleine Akrich, Michel Callon, Bruno Latour, « À quoi tient le succès des innovations ? », *Les Annales des Mines*, 1988, pp.4-17 & 14-29.

⁵⁴ Michel Foudriat, *La co-construction, une alternative managériale*, presses de l'EHESP, 2016, p.116.

« Pour chaque acteur, le processus [de co-construction] se traduit par une tension, une dynamique entre lâcher et défendre. »⁵⁵

- De favoriser les interactions et les ajustements avec les partenaires.
« Est innovatrice une organisation ou un ensemble d'organisations qui favorisent les interactions, les allers et retours. »⁵⁶
- D'être en mesure de présenter les projets, voire de les défendre, d'ouvrir les portes, de développer les rencontres avec les différents milieux.



« Il a fallu pactiser avec les enseignants, entrer dans la culture de l'école. » Direction UE



Il s'agit également de faire en sorte que les professionnels s'emparent de la démarche : ils sont aussi, d'une certaine façon, les promoteurs du projet auprès des acteurs du milieu ordinaire, ils doivent savoir le présenter, le « vendre » (missions, financement...) et donner envie à leurs interlocuteurs d'être parties prenantes.

- D'intégrer, dans le cadre réglementaire et quantitatif de l'activité et les négociations avec les financeurs, au-delà des actes techniques, le lien avec les personnes, leur entourage, leurs interlocuteurs, lien sur lequel repose la réussite des démarches inclusives. Les CPOM peuvent, à ce titre, constituer une opportunité de prise en compte du cadre spécifique de ces démarches et permettre la consolidation de ces projets.

⁵⁵ Michel Foudriat, *La co-construction, une alternative managériale*, presses de l'EHESP, 2016, p.148.

⁵⁶ Madeleine Akrich, Michel Callon, Bruno Latour, « À quoi tient le succès des innovations ? », *Les Annales des Mines*, 1988, pp.4-17 & 14-29.

Compétences associées

- Avoir le sens de l'innovation.
- Être capable de construire et mobiliser un réseau de partenaires.
- Nouer des partenariats (traduire les missions du projet dans la langue et le cadre de référence de l'interlocuteur, qu'il soit enseignant, chef d'équipe, bailleur, professionnel du soin, employeur...).
- Concevoir des compromis.
- Initier et gérer le changement, accompagner les transformations.
- Savoir saisir les opportunités.

Qualités ou aptitudes qui servent la posture

- Recul critique.
- Créativité.

6.2 Les fonctions du leader

Son objectif : mobiliser, faire partager la stratégie, apporter de la visibilité, faire adhérer.

Il est en mesure de...

- Fixer le cap : définir une vision, expliciter une stratégie et les orientations prises, et les transposer en axes d'action concrets pour permettre aux professionnels de se les approprier.



« La direction doit montrer un engagement sans faille. Elle doit être persuadée du bien-fondé de ses orientations pour pouvoir éclairer les professionnels (...) La direction donne le cap et elle s'y tient, tout en restant à l'écoute des propositions et éventuelles réticences du personnel. »

Direction d'un IME



- Accompagner les transformations et donner du sens à l'action : les directions doivent pouvoir répercuter la stratégie et les orientations prises/expliquer/faire en sorte que les équipes et le management intermédiaire trouvent du sens au travail, dans leur activité quotidienne, préoccupation d'autant plus forte chez les plus jeunes.



« Ce n'est pas de la résistance au changement, c'est une recherche de sens », souligne un directeur. Il leur faut répondre aux questionnements des équipes, « convaincre par le faire ».



- Emmener, entraîner et responsabiliser les équipes, être créateur de motivation.



*« Il faut motiver l'équipe dans la durée. »
Responsable d'une équipe mobile*



- Dispenser des retours (feedbacks) constructifs réguliers, individuels ou collectifs, formalisés ou informels au quotidien ; écouter activement et restituer aux équipes les résultats des actions conduites pour fixer, redéfinir ou construire, sur cette base et ensemble, les axes prioritaires et autres objectifs.

Le leader sait défendre et vendre sa vision, ses idées, il sait où il souhaite conduire l'équipe.



*« Il s'agit plus d'une place de chef de projets que d'une place de chef de service. »
Direction équipe mobile.*



Il est prêt à prendre des risques. Il lance et affronte de nouveaux challenges. Il assume la responsabilité de ses actes et tient ses engagements.

Cette posture peut caractériser particulièrement le rôle d'une équipe de direction d'établissement/service mais doit aussi se retrouver dans la gouvernance.

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

Compétences associées

- Être capable de prendre des décisions, de les argumenter et de les assumer.
- Piloter et savoir lire la carte pour atteindre l'objectif.
- Convaincre et faire adhérer.
- Savoir conduire un projet complexe.

Qualités ou aptitudes qui servent la posture

- Stabilité émotionnelle.
- Détermination.
- Force de persuasion.
- Dynamisme.
- Engagement.

6.3 Les fonctions de l'étai (support)

Son objectif : faire vivre le projet de service comme cadre permanent qui assure la continuité ; faire en sorte que les équipes aient le projet **« dans leur sac à dos, comme une maison qui se déplace avec eux »**.

Le responsable est en mesure de...

- Centrer sur le projet, la mission, le pour quoi, la finalité plutôt que sur le comment, de sorte de pouvoir autoriser à trouver les aménagements nécessaires que certaines situations requièrent (distinguer l'essentiel de l'accessoire).
- Animer et soutenir, au sein de l'équipe et avec les partenaires, une réflexion éthique à partir des questions paradoxales qui se posent dans les situations : par exemple, trouver un compromis entre respecter le choix de la personne tout en maintenant le prendre soin. Cette réflexion a pour objectif de permettre aux professionnels de prendre du recul par rapport aux situations rencontrées dans lesquelles ils sont souvent seuls, aux côtés de l'utilisateur, impliqués dans une relation humaine avec cet autre vulnérable.

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

- Revisiter régulièrement, avec l'équipe, le projet pour le maintenir flexible, ajustable aux situations particulières. Le cadre qui étaye implique les professionnels dans l'élaboration du projet et son évaluation, mais aussi dans son portage communicationnel.

Par rapport aux équipes, dans la relation managériale...

- Il entretient le lien avec les professionnels, nécessaire équilibre de l'isolement (différent de solitude) des professionnels, souvent constaté sur les terrains. C'est le repère auquel les équipes vont pouvoir s'adosser, sur lequel elles vont s'ancrer.
- Il est disponible et réactif : tous les cadres sur le terrain ont évoqué la disponibilité indispensable envers les équipes, être à leur écoute, leur apporter des réponses, co-construire des solutions et outils pour faire face aux imprévus – changements survenus chez la personne accompagnée ou dans son entourage.



« Il y a tout le temps des imprévus dans un dispositif inclusif. » **(ESAT)**.
Ce qui requiert une réactivité certaine et « un rapport à l'urgence qu'il faut savoir gérer ». **(Responsable équipe mobile)** « En termes d'organisation, cela demande de la réactivité et la possibilité de réaménagement, de souplesse, pour prendre en compte l'imprévu. » **(ESAT)**

Le chef de service se rend disponible, y compris en soirée, indépendamment de l'astreinte. « Il faut être là comme une double ligne de proximité. Les professionnels ne se sentent pas tout seuls. On doit être des cadres de proximité. »



- Il favorise l'autonomie et la créativité des professionnels : « L'intervention à domicile requiert une relative autonomie permettant au professionnel et au bénéficiaire de bricoler ensemble en fonction des opportunités qui se présentent. Cette autonomie – condition de l'autonomie de l'utilisateur – n'est pas l'indépendance mais la capacité à tenir compte des cadres institués tout en les adaptant aux réalités présentes ». ⁵⁷



« Savoir développer ses compétences "do it yourself". »

Direction MAS



- Il reconnaît leur engagement, engagement dont témoignent presque tous les terrains (engagement dans la relation avec les personnes, dans la souplesse nécessaire à l'exercice de leur mission...). « Il faut donc agir pour tirer parti de la mobilisation des salariés et pour la consacrer en tant que ressource. Si l'on réfléchit sereinement, cela suppose de "remettre le management sur ses pieds" autour de trois idées :
 - tout d'abord, les échanges sociaux représentent une richesse telle qu'il faut accepter que les salariés en consomment une partie au bénéfice de la constitution de leur identité collective – cela revient finalement à un investissement ;
 - ensuite, il faut accepter de prendre en considération les résultats des travaux de recherche en sciences sociales – tous expliquent qu'une décision n'est jamais bonne en elle-même, mais qu'elle peut le devenir en analysant ce qui la rend progressivement efficace, ce qui revient à investir infiniment plus en aval du management et beaucoup moins en amont ;
 - enfin, il faut apprendre à célébrer les dons et les sacrifices faits par les salariés à l'entreprise – cela revient à inverser les politiques de communication, en remerciant plutôt qu'en sollicitant et, surtout, en faisant preuve de gratitude. » ⁵⁸

⁵⁷ Roland Janvier, « Enjeux et perspectives de l'accompagnement au domicile », rolandjanvier.org/organisation/858-enjeux-et-perspectives-de-laccompagnement-au-domicile-28-04-2018/

⁵⁸ Norber Alter, *Donner et prendre – la coopération en entreprise*, éditions La Découverte/poche, 2009/2010, p.274.

Compétences associées

- Capacités d'analyse et être en mesure d'accepter et d'intégrer différents points de vue.
- Connaissances techniques en lien avec le projet (connaissance des problématiques des personnes accompagnées, des pratiques professionnelles convoquées..., maîtrise des différents outils, dispositifs et politiques).
- S'appuyer sur le collectif de travail et ne pas vouloir tout maîtriser.

Qualités ou aptitudes qui servent la posture

Écoute active, adaptabilité, flexibilité, réactivité, force de proposition.

« La fonction de direction suppose de ne pas occuper tout l'espace de la décision, tous les lieux du pouvoir. »⁵⁹

6.4 Les fonctions du facilitateur

Son objectif : construire une organisation solide et sûre ; garantir les conditions d'exercice permettant aux professionnels de se concentrer sur leur mission.

Pour cela, il est en mesure...

- De garantir une bonne communication et un bon passage d'informations malgré la discontinuité des espaces et des temps : dossier de la personne accompagnée, régularité des temps d'échange entre professionnels...
- De construire une relation de confiance susceptible d'accroître l'autonomie indispensable des professionnels.

⁵⁹ Roland Janvier, « Trois repères pour encadrer un système complexe dans un contexte d'incertitude », rolandjanvier.org/fonction-direction/864-trois-reperes-pour-encadre-un-systeme-complexe-dans-un-contextedincertitude-09-06-2018/



« Si les professionnels sont loin, c'est basé sur la confiance, moins de contrôle. Cela les responsabilise. » **Direction d'UE.** « Cette sécurisation des postures professionnelles ne se décrète pas, elle s'établit progressivement par la construction patiente d'une confiance partagée. »⁶⁰



- D'assurer la simplicité et l'efficacité des processus de fonctionnement.
- De donner les moyens d'agir aux équipes : veiller à la juste allocation des ressources et moyens, anticiper pour articuler les différentes interventions, les temps d'absence des professionnels.
- D'avoir réfléchi avec l'équipe sur les possibles situations d'urgence/risques et pris les décisions adéquates. « C'est l'existence de garanties qui permet de prendre des risques. »⁶¹
- D'assumer la prise de risques (procédures, technologie...) et d'échanger sur la question avec la personne morale.
- De planifier et mesurer de manière adéquate le travail réalisé (a-t-il été de qualité, suffisant au regard des besoins et au regard du projet de service et est-il conforme au cadre horaire défini ?) en s'appuyant sur la dynamique réflexive, les retours faits par les professionnels, les usagers et les partenaires.
- De négocier et concevoir avec les représentants du personnel les nécessaires mesures d'adaptation.

⁶⁰ Roland Janvier, « Trois repères pour encadrer un système complexe dans un contexte d'incertitude », rolandjanvier.org/fonction-direction/864-trois-reperes-pour-encadre-un-systeme-complexe-dans-un-contextedincertitude-09-06-2018/

⁶¹ Exposé des motifs de la loi créant le RMI, 1988, Jean Michel Bélorgey.

Compétences associées

- Être capable d'anticipation et de proactivité.
- Savoir transmettre les informations et communiquer.
- Savoir valoriser et responsabiliser les équipes.
- Faire preuve d'assertivité : « L'assertivité, ce serait le fait d'assumer ce qu'on est, ce qu'on fait et ce qu'on dit, dans le respect de sa propre personne et dans celui des autres, dans une relation de réciprocité, qui implique à la fois une bonne maîtrise de soi et une intention de s'inscrire dans une démarche positive ! » **Site Internet RH info**
- Organiser, anticiper, savoir gérer la complexité, négocier, avec une attention au processus et pas seulement au résultat.

Qualités ou aptitudes qui servent la posture

- Courage managérial.
- Capacité de décision.

| 7 ÉLÉMENTS PROSPECTIFS

En lien avec les principaux constats issus de l'étude *Évolution vers des cadres d'intervention « plus ouverts » et « plus inclusifs »*, les éléments majeurs à prendre en compte portent sur les cadres organisationnels et l'évolution des compétences.

7.1 Construire des cadres organisationnels adéquats

Des projets soutenus et pilotés par des équipes de direction

Les postures professionnelles convoquées par ces projets sont celles de l'équipe de direction (la direction générale, le directeur, le cadre opérationnel de proximité) : à des niveaux différents, les cadres s'emparent de ces objectifs, se répartissent les missions et conjuguent leurs talents spécifiques, créant **un continuum de coresponsabilité**.

Les équipes de direction des projets inclusifs et hors les murs doivent être en mesure de...

- Conduire les projets dans un univers complexe et incertain dans lequel évoluent une pluralité d'acteurs.
- Consolider leur socle au sein d'organisations associatives qui les soutiennent en clarifiant les missions de chacun.
- Les faire vivre aux professionnels en leur proposant un cadre qui soit clair en intégrant la complexité, soit sûr en dépassant l'incertitude, suscite l'autonomie et la créativité dans un projet d'action balisé.

La place de la fonction de coordination dans l'organisation

Il est nécessaire de reconnaître et prendre en compte dans les moyens alloués au projet l'importance de la fonction de coordination entre les acteurs internes mais également avec les acteurs externes, reconnaissance qui doit se décliner à tous les niveaux de l'organisation. En effet, c'est en grande partie cette fonction de coordination qui contribue à la réussite des projets, notamment dans les situations complexes et les dispositifs expérimentaux.

La participation des usagers

Il importe de maintenir la dynamique de participation sociale et de veiller à susciter la contribution collective des usagers qui pourrait être fragilisée par le mode d'intervention individuel.

La nécessaire négociation avec les instances représentatives du personnel

Les modalités d'exercice professionnel doivent...

- Être inscrites dans un cadre négocié qui permet à l'organisation d'être à la fois souple et solide, garantissant la sécurisation de l'exercice professionnel et l'adaptabilité du cadre.
- Favoriser la dynamisation et la sécurisation des parcours professionnels par la possibilité de détachements intersecteurs, des allers-retours dans et hors les murs.

7.2 Soutenir et développer les compétences

Il importera dans un premier temps d'explicitier auprès des acteurs les cadres conceptuels et réglementaires de ces approches inclusives pour qu'ils soient en mesure de situer leurs actions dans une dynamique sociétale.

Il s'agira également...

- De poursuivre les formations continues permettant une meilleure connaissance des publics, en y incluant des formations en binôme avec des formateurs-pairs, y compris pour les équipes de direction.
- De favoriser les formations croisées afin de développer une connaissance réciproque des partenaires intervenant dans un projet.
- De développer des actions de sensibilisation/formation, auprès des gouvernances associatives et des équipes de direction, aux dynamiques relatives à l'innovation.
- De déployer des actions de développement des compétences de savoir-être, en privilégiant les formations en situation de travail (AFEST). Les axes principaux préconisés : communication interne/externe et outils partagés, gestion des conflits, gestion de projets complexes, gestion du temps, spécificités de l'intervention hors les murs et à domicile.

Il sera important de promouvoir et développer des actions d'analyse des pratiques, de codéveloppement ou une communauté de pratiques pour...

- Prévenir les risques psychosociaux pouvant se développer du fait d'un vécu émotionnel potentiellement difficile en lien avec la complexité des interventions.
- Permettre l'élaboration nécessaire à la créativité individuelle et collective.
- Favoriser les mouvements de la pensée collective soutenant l'agilité de l'équipe.
- Faciliter la résolution de problèmes.

7.3 Atelier prospectif



Nous avons fait le choix, étant donné la complexité du sujet de l'étude, de mettre en œuvre un espace d'innovation en utilisant l'outil du **séminaire d'intelligence collective par le design**. Pour ce faire, nous nous sommes rapprochés d'une agence de design social, « Les beaux jours »⁶², afin de construire un atelier prospectif.

Les participants à l'atelier qui ont été sollicités viennent de secteurs divers, de par leur poste, leur fonction ou leur mandat. Cette diversité a nourri la réflexion à partir de points de vue complémentaires.

Nous sommes partis de la description de trois situations issues des terrains de l'étude :

- secteur de la prise en charge des personnes âgées ;
- secteur de la protection de l'enfance ;
- secteur de la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Les participants se sont répartis en trois groupes pour répondre à plusieurs questions, élaborer une fiche de poste et évaluer des scénarios prospectifs ; un membre de l'équipe projet était présent dans chaque groupe pour faciliter l'appropriation des consignes. Un autre membre de l'équipe projet était en observation pour noter les

⁶² Voir plaquette de présentation.

échanges qui avaient lieu dans chaque groupe. L'animateur des Beaux jours était garant de la méthode et du déroulement du séminaire.

Analyse du séminaire

Compétences à développer

- Modalités d'intervention au domicile.
- Prise en compte de l'intimité de la personne et des rapports familiaux dans ses pratiques professionnelles.
- Compétences en évaluation (évaluation fonctionnelle, évaluation des besoins et aspirations).
- Compétences d'entrepreneuriat.
- Pratiques professionnelles : analyser la situation et anticiper, identifier les informations à partager et savoir les transmettre, construire et animer un réseau de partenaires.
- Coopération, coordination.
- Gestion du stress.
- Acculturation : pour connaître « le monde de l'autre ».
- Agilité.
- Compétences pédagogiques (sensibilisation des acteurs).
- Prise en compte de l'ensemble des savoirs (personne concernée et famille).
- Gestion de l'imprévu : « faire avec les aléas extérieurs ».
- Forte autonomie.
- Travail en équipe.
- Connaissance des principes de la conduite du changement.

Cadre organisationnel

- Convergence de la gouvernance, de la dirigeance/équipe de direction.
- Mise en place d'un cadre sécurisant.
- Nécessaire coordination locale des acteurs sur le relayage (informer du relayage, préparer l'intervention, faire le bilan).
- Appropriation des outils collaboratifs, numériques et méthodologie de projet.
- Partenariat : caractère ponctuel de l'intervention et gestion du partenariat, lisibilité de la place de chacun des acteurs.
- Gestion du temps, traitement des priorités, gestion des réunions et de l'activité des salariés.

- Explicitation des procédures (qui appeler ? quand ?).
- Développement d'outils de transmission pour garantir la continuité de l'accompagnement.
- Mise à disposition des ressources technologiques.
- Aménagement de l'espace et du rythme dans « le milieu ordinaire ».
- Association des IRP aux transformations.

« Plus le dispositif est souple, plus le cadre doit être solide. »

Pratiques managériales

- Management par la responsabilisation.
- Besoin d'un soutien pour les professionnels en cas de difficultés.
- Maintien des liens de proximité (ne pas laisser les professionnels isolés).
- Mise à disposition d'outils pour faire face à la complexité.
- Capacité à fédérer et mobiliser.
- Management par le projet.
- Capacité à faire des choix et les argumenter.
- Interdisciplinarité.
- Promotion de la créativité.
- Valorisation des professionnels.
- Accompagnement au changement.
- Sens de l'innovation.
- Capacité à se saisir des opportunités.
- Ouverture.
- Proactivité.

Un manager plutôt coach qu'encadrant (principe de l'entreprise libérée).

« Les équipes déclinent vers les usagers ce que la direction opère avec les salariés. »

SCÉNARIO PROSPECTIF

Plusieurs tendances ont été évaluées par le groupe (voir les supports du séminaire).

| 8 CONCLUSION

L'accueil qui nous a été réservé par l'ensemble des acteurs sollicités dans cette étude est à l'image de l'intérêt pour le sujet, mais aussi des inquiétudes et des difficultés à dépasser certains obstacles. Nous avons pu noter une motivation partagée, teintée d'un souhait de pouvoir être accompagné à la fois dans la réflexion et dans l'action, pour mener à bien les fortes transformations à l'œuvre.

Nous préconisons que cet accompagnement prenne en compte, à la fois :

- les compétences individuelles et collectives ;
- le cadre organisationnel ;
- les pratiques professionnelles ;
- les pratiques managériales.

Les résultats de cette étude confortent les résultats des recherches de Pastré⁶³ (2011) : « (...) la compétence se manifeste dans une action située. Elle traite des actions d'un humain sur et avec d'autres humains. Dans ce sens, cette action ne peut être l'objet que du savoir et du savoir-faire, il faut y ajouter le savoir-être et le contexte ».

Il est également important de faire une distinction « entre les attitudes personnelles manifestées par un individu dans sa vie de tous les jours et les attitudes professionnelles manifestées par un individu lors de la réalisation des tâches de son métier ou de sa profession »⁶⁴. Ce qui nous intéresse, ici, ce sont bien les attitudes professionnelles et ces dernières peuvent tout à fait faire l'objet d'un apprentissage.

Les cadres d'intervention observés dans cette étude impactent fortement le contexte dans lequel s'exercent les pratiques professionnelles. Aussi, nous souscrivons à la préconisation de Boudreault : « La mise en place des conditions favorables d'apprentissage des savoir-être doit tenir compte de la relation indissociable entre la personne en apprentissage, les tâches qu'elle doit réaliser, le contexte de réalisation, la situation de travail et les comportements à manifester. ⁶⁵»

⁶³ Pastré, P., *La didactique professionnelle – approche anthropologique du développement chez les adultes*. Formation et pratiques professionnelles, Paris, PUF, 318 p.

⁶⁴ Didactique professionnelle, quatrième colloque international – « Entre pressions institutionnelles et autonomie du sujet : quelles analyses de l'activité en situation de travail en didactique professionnelle ? » – organisé par l'association RPDP en partenariat avec le laboratoire Cirel (EA 4354) les 6, 7 et 8 juin 2017 – université de Lille – sciences et technologies, France.

Henri Boudreault, professeur à l'université du Québec, à Montréal, « Interpréter et représenter les savoir-être professionnels pour pouvoir concevoir des environnements didactiques pour les faire développer ».

⁶⁵ Op. cit.

Il faudra donc tenir compte de ces éléments dans l'ingénierie des programmes de développement de compétences et s'appuyer sur ceux-ci pour procéder aux choix. L'importance de l'interdépendance avec le cadre organisationnel et les pratiques managériales ne doit pas être sous-estimée.

L'OPCO Santé peut jouer un rôle majeur dans l'accompagnement à ces transformations. Nous préconisons que les délégations régionales puissent être en mesure de porter et relayer les cahiers des charges d'actions de développement de compétences tenant compte des résultats de l'étude. Pour ce faire, il nous semble primordial de faire connaître les résultats et de pouvoir transférer les connaissances issues de l'étude dans chaque délégation régionale.

La dimension transversale et intersecteurs de l'étude constitue une réelle originalité qui permet de faire vivre le décloisonnement et l'interprofessionnalité.

Le décret n° 2018-1341 du 28 décembre 2018 relatif aux actions de formation et aux modalités de conventionnement des actions de développement des compétences est un réel levier pour mettre en œuvre des actions « sur mesure ».⁶⁶

La formation en situation de travail associée à d'autres types de modalités de formation nous semble être une démarche à privilégier.

⁶⁶ Art. D. 6313-3-1. : « La mise en œuvre d'une action de formation en tout ou partie à distance comprend : 1° Une assistance technique et pédagogique appropriée pour accompagner le bénéficiaire dans le déroulement de son parcours ; 2° Une information du bénéficiaire sur les activités pédagogiques à effectuer à distance et leur durée moyenne ; 3° Des évaluations qui jalonnent ou concluent l'action de formation. »

Art. D. 6313-3-2. : « La mise en œuvre d'une action de formation en situation de travail comprend : 1° L'analyse de l'activité de travail pour, le cas échéant, l'adapter à des fins pédagogiques ; 2° La désignation préalable d'un formateur pouvant exercer une fonction tutorale ; 3° La mise en place de phases réflexives, distinctes des mises en situation de travail et destinées à utiliser à des fins pédagogiques les enseignements tirés de la situation de travail, qui permettent d'observer et d'analyser les écarts entre les attendus, les réalisations et les acquis de chaque mise en situation afin de consolider et d'explicitier les apprentissages ; 4° Des évaluations spécifiques des acquis de la formation qui jalonnent ou concluent l'action. »

| 9 BIBLIOGRAPHIE

Akrich Madeleine, Callon Michel, Latour Bruno (1988), *À quoi tient le succès des innovations ?* Les Annales des Mines.

Alter Norbert (2009), *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, La Découverte.

Amyot Jean-Jacques (Dir) (2007), *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Dunod.

Argoud Dominique (2013), *La prise en compte des nouveaux lieux du vieillir par les politiques publiques françaises*, Habiter et vieillir, Erès.

Barreyre Jean-Yves (2011), « Pour une nouvelle économie politique de la santé publique », *Revue Vie Sociale*, n° 4.

Bauer Frédéric (2015), « Inclusion et planification : vers un territoire inclusif », *Revue Vie Sociale*, n° 11.

Bideaud Jacqueline (1976), *L'acquisition de la notion d'inclusion, rôles de certains facteurs perceptifs, verbaux et pratiques*, Édit. du CNRS.

Bélangier Nathalie, Duchesne Hermann (2011), *Des écoles en mouvement : inclusion d'élèves en situation de handicap ou éprouvant des difficultés à l'école*, Presses de l'université d'Ottawa.

Bernoux Philippe (2005), *Mieux être au travail : appropriation et reconnaissance*, Octarès éditions.

Blanc Aurélie, Bertini Barbara, Chabin-Gibert Isabelle (2018), « État des lieux des actions d'aller-vers à destination des personnes en situation de grande précarité en Île-de-France », agence régionale de santé Île-de-France.

Bouquet Brigitte, Draperi Jean-François, Jaeger Marcel (2009), *Penser la participation en économie sociale et en action sociale*, Dunod.

Bouquet Brigitte, Dubécho Patrick (2017), « Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts », *Revue Vie Sociale*, n° 18.

Chatellier Bérangère, Le Berre Yann (2016), « Société inclusive, l'avenir s'écrit aujourd'hui », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 478/481.

Charlot Jean-Luc (2016), « Du droit d'habiter chez soi (et dans la cité) et de quelques obstacles pour y parvenir », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 478-481.

Charlot Jean-Luc (2017), « Habiter chez soi et dans la cité – l'émergence d'alternatives aux situations de vie et de handicap », in actes du séminaire de recherche organisée par la CNSA, la DREES et l'IRIS, *Les dossiers de la DREES*, n° 22.

Charlot Jean-Luc (2018), « Domicile ou établissement médico-social – à la recherche du moindre coût ? », *Revue V.S.T.*, n° 139.

Charlot Jean-Luc (2018), « De nouvelles formes d'assistance pour les formules d'habitat inclusif ? », *Revue V.S.T.*, n° 139.

Chossy J.-F. (2011), « Évolution des modalités et changement de regard de la société sur les personnes handicapées », rapport du 2 décembre 2011.

Dejoux Cécile (2011), *Les compétences au cœur de l'entreprise*, Librairie Eyrolles.

Delsol Chantal (2013), « Digne parce qu'il souffre », in revue *Gérontologie et société*, n° 144.

Desjeux Cyril (2017), « L'accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en France : une réalité inexplorée », *Revue Vie Sociale*, n° 17.

Dubéchof Patrick (2015), « Le concept d'inclusion sous le regard de travailleurs sociaux en formation », *Revue Vie Sociale*, n° 11.

Dupuich Françoise (2011), « L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable », *Revue Gestion 2000*, n° 2011/2.

Ebersold Serge (2015), « Inclusif, vous avez dit inclusif ? L'exemple du handicap », *Revue Vie Sociale*, n° 11.

Estecahandy Pascale (2019), « Une politique publique transformative », *Revue Vie Sociale*, n° 23/24.

Foudriat Michel (2016), *La co-construction, une alternative managériale*, Presses de l'EHESP.

Fugier Pascal (2014), « L'intervention socio-éducative au domicile – un espace de rencontre des désirs d'intimité et d'extimité des usagers », in *Revue VST*, n° 121.

Gardou Charles (2013), « Une société inclusive, c'est une société sans privilèges », *APF*, n° 710, février 2013.

Gardou Charles (2012), *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*, Éditions Érès.

Guerdan Viviane, Petitpierre Geneviève, Moulin Jean-Paul, Haelewyck Marie-Claire (2009), « Participation et responsabilités sociales : un nouveau paradigme pour l'inclusion des personnes avec une déficience intellectuelle », Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales, congrès 2006 à Lausanne, Suisse.

Goransson Kerstin (2009), « L'inclusion : différentes perspectives différentes significations », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 46, pages 11-22.

Guérin Plantin (1999), *Genèses de l'insertion*, Paris, Dunod.

Jaeger Marcel (2015), « L'inclusion : un changement de finalité pour le travail social ? », *Revue Vie Sociale*, n° 11.

Jamet Franck (2004), « Les fondamentaux de l'inclusion : réflexions psychologiques », *La nouvelle revue de l'AS*, n° 28, pages 217-22.

Laval Christian (réédition 2013), *Des psychologues sur le front de l'insertion : souci clinique et question sociale*, Érès.

Laval Christian (2019), « Un contexte de globalisation des concepts et des pratiques », *Revue Vie Sociale*, n° 23-24.

Le Boterf Guy (2013), *Ingénierie et évaluation des compétences*, Eyrolles.

Lebrun Nicolas (janvier 2009), « Cohésion et inclusion sociale – les concepts », think tank européen pour la solidarité.

Lepine Sarah, Tetreault Sylvie (2009), « L'inclusion des enfants ayant des incapacités dans les services de garde : comment soutenir davantage les éducatrices ? », *Ergothérapies*, n° 35.

Loriol Marc (Dir.) (1999), *Qu'est-ce que l'insertion ? : entre pratiques institutionnelles et représentations sociales*, L'Harmattan.

Mazereau Philippe (2015), « Inclusion scolaire et action publique, entre contradictions et inachèvement », *Revue Vie Sociale*, n° 11.

Monnier Bernard, Deniro Carla, Horenbeek Bernard (2005), « L'inclusion sociale : voie d'avenir ou voie de garage ? », *Etopia*, n° 19.

Nancy Jean-Luc (2013), *Être singulier pluriel*, Éditions Galilée.

Plaisance Éric (2007), « Intégration ou inclusion – éléments pour contribuer au débat », *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 37, pages 159-164.

Puig José (2015), « Pour devenir inclusive, l'école a-t-elle encore besoin de spécialiser des enseignants ? », *Revue Contraste*, n° 2.

Pull John (2010), *Intégration et inclusion scolaires, des modèles éducatifs attendus ?* L'Harmattan.

Roques Jean-Luc (2007), *Inclusion et exclusion dans les petites villes : le rôle de la culture locale, de la mémoire et de l'école*, L'Harmattan.

Rosanvallon Jérémie (2006), « Travail à distance et représentations du collectif de travail », *Revue Interventions Économiques*, n° 34.

Rosanvallon Pierre (2011), *La société des égaux*, Seuil.

Rousseau Nadia (Dir.) (réédition 2010), *La pédagogie de l'inclusion scolaire : nouveau regard*, Presses de l'université du Québec.

Rullac Stéphane, Off Laurent (dir.) (2015), *Dictionnaire pratique du travail social*, Dunod.

Tremblay Philippe (2012), *Inclusion scolaire : dispositifs et pratiques pédagogiques*, Bruxelles, De Boec.

Sainsaulieu Renaud (1988), *L'identité au travail*, Presses Sciences Po.

Stiker Henri-Jacques, Puig José, Huet Olivier (2014), *Handicap et accompagnement, nouvelles attentes, nouvelles pratiques*, Dunod.

Zribi Gérard (2016), « L'inclusion entre émancipation sociale et réalités personnelles », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 478/481.

| 10 GLOSSAIRE

ADOPHE : Accompagnement à Domicile avec Possibilité d'Hébergement
AE : Assistant d'Éducation
AED : Assistant d'Éducation à Domicile
AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert
ALUR : loi pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
APAHM : Aide aux Personnes à Handicap Moteur
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CASF : Centre d'Accueil Familial spécialisé
CDAPH : Commission des droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDES : Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CHRS : Centre d'Accueil pour Sans-Abri
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHU : Centre d'hébergement d'urgence
CJM : Contrat Jeune Majeur
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CREAI : Centre d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes vulnérables
DC : Domaine de compétences
DEAES : Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social
DEAS : Diplôme d'État d'Aide-Soignant
DEASS : Diplôme d'État d'Assistant de Service Social
DECESF : Diplôme d'État de Conseiller en Économie Sociale Familiale
DEES : Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé
DEME : Diplôme d'État de Moniteur Éducateur
DETISF : Diplôme d'État de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DITEP : Dispositif ITEP – Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPADOM : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées à Domicile
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
ELAN : loi Évolution du Logement et Aménagement Numérique
EMA : Équipe Mobile Autisme
ES : Éducateur Spécialisé
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS : Établissements et Services Médico-Sociaux
ETP : Équivalent temps plein
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
HAD : Hospitalisation À Domicile

Rapport : Évolution vers des cadres d'intervention plus « ouverts » et plus « inclusifs » : quels impacts sur les professionnels du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privé à but non lucratif ?

HAS : Haute Autorité de Santé
HCTS : Haut Conseil du Travail social
HLM : Habitation à Loyer Modéré
IDE : Infirmier Diplômé d'État
IEM : Institut d'Éducation Motrice
IME : Institut Médico-Éducatif
IMP : Institut Médico-Pédagogique
IMPRO : Institut Médico-Professionnel
IPC : Institut Paoli-Calmettes
IRIS : Institut de Ressources en Intervention Sociale
IRP : Instance Représentative du Personnel
LADAPT : Association pour l'Insertion Sociale et Professionnelle des personnes Handicapées
MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS : Maisons d'Enfants à Caractère Social
ONU : Organisation des Nations Unies
OPCO : opérateurs de compétences
PARSA : Plan d'Action Renforcée en direction des Personnes Sans-Abri
PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations externalisées
PIAL : Pôle Inclusif d'Accompagnement Localisé
PPE : Projet Pour l'Enfant
PSAIS : Pôle de Soutien À l'Inclusion Scolaire
PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation
PRS : Plan régional de santé
PSD : Protection Spécifique de Dépendance
RH : Ressources Humaines
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAAPAD : Service d'Aide et d'Accompagnement pour Personnes Âgées à Domicile
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAPMN : Service d'Adaptation Progressive en Milieu Naturel
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SIAO : Services Intégrés de l'Accueil et de l'Orientation
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
SAAD : Service d'Aide d'Accompagnement à Domicile
SESSAD : Service d'Éducation Spéciale de Soins À Domicile
SIAO : Services intégrés de l'accueil et de l'orientation
TSA : Trouble du Spectre Autistique
UEE : Unité d'Enseignement Externalisée
UEM : Unité d'Enseignement en Maternelle
ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

www.opco-sante.fr

SUIVEZ-NOUS SUR :



Crédits : Getty images

Conception et réalisation : [be-lazar](#)

Année de réalisation : 2020

OPCO
SANTÉ