

PACTE CIVIQUE

CONTRIBUTION FRANCE STRATEGIE

QUEL MODELE SOCIAL POUR LES MÉTIERS DU GRAND-ÂGE ?

MAI 2020

RESUME-CONCLUSION

La présente étude répond à l'appel à contribution lancé par *France stratégie* sur le thème « Quel modèle social pour *faire avec* nos vulnérabilités ? ». Elle s'intéresse à la vulnérabilité particulière constituée par le grand âge en général, et son prolongement éventuel, la dépendance. Appuyée sur deux enquêtes de terrain, menées l'une auprès des EHPAD de la région Grand Est du groupe SOS, l'autre auprès de plusieurs catégories d'employeurs de l'aide à domicile, elle tente de dégager quelques principes importants qui devraient fonder le nouveau *modèle social* recherché pour les métiers du grand âge.

Cette recherche est rendue encore plus nécessaire par ce que la crise sanitaire a révélé, qui remet en cause une partie de nos conceptions sociétales en général et l'attention que nous portons à nos aînés en particulier. Non seulement les EHPAD ont connu un nombre important de décès, mais les conditions du confinement forcé subi par leurs pensionnaires l'ont souvent rendu inhumain, provoquant souffrance et recrudescence d'autres pathologies.

Un certain nombre de données sont nécessaires pour bien appréhender la question. Résumons-les par quelques chiffres : les personnes de plus de 65 ans représentaient, fin 2019, 20,5 % de la population française, pourcentage qui va continuer à croître dans les prochaines décennies. Sur cet ensemble, seuls 5,7 % vivent dans des établissements spécialisés. Ces résidences se concentrent surtout sur des problématiques liées à la maladie et à la préparation de la fin de vie. Le maintien chez elles de la grande majorité des personnes âgées est rendu possible par les services à domicile, assurés par les proches et surtout par du personnel rémunéré, dont bénéficient plus de 20 % de la classe d'âge. Mais c'est un secteur considéré comme peu attractif tant du point de vue des conditions de rémunération que de celles du travail, et il peine à recruter le personnel dont il a besoin.

Les résultats des enquêtes que nous avons conduites, complétés par quelques réflexions sur les comportements de la société à l'égard des personnes âgées, aux trois niveaux personnel, collectif et politique, nous permettent d'avancer quelques principes, qui ne remettent pas en cause les conclusions des deux rapports récents sur la question (Libault et El Khomri), mais visent à les compléter par une vision « *proche du terrain* ». Nous les déclinons en huit points.

1 — la subsidiarité. Rien ne changera profondément si les décisions continuent à venir d'en haut, ce dont se plaignent, chacun à son niveau, tous les acteurs du secteur. L'État doit bien sûr fixer le cadre, notamment en matière de droit du travail, mais ne doit pas chercher à tout régenter. Et il en est de même aux niveaux inférieurs. Il faut faire confiance aux initiatives venant du bas et, parallèlement, que chaque acteur prenne conscience de ses capacités à innover et faire progresser la situation.

2 — l'employeurabilité¹. Les fonctions de direction et d'encadrement ne doivent plus se concentrer exclusivement sur la gestion financière. Elles doivent retrouver ce qui fait l'intérêt de ces métiers : l'aspect humain, l'échange et la construction collective d'un service qui ait du sens.

¹ Capacité à exercer la fonction d'employeur.

De même, les personnes qui emploient des services à domicile doivent, à leur niveau, se soucier du bien-être au travail des gens qui les aident.

3 — le dialogue social à tous les étages. Il sera évidemment indispensable, au niveau de l'État et des fédérations d'employeurs et de salariés, pour mettre en œuvre la revalorisation des métiers du *care* (et notamment les modalités d'évolution de carrière) dont la nécessité fait maintenant consensus. Mais ce dialogue social doit ruisseler dans l'ensemble des structures, jusqu'aux intervenants de base, pour qu'ils participent à l'amélioration de leur qualité de vie au travail.

4 — le travail d'équipe. Le service aux personnes âgées rassemble de multiples intervenants aux compétences variées. Pour l'humaniser et aussi pour redonner de l'intérêt au travail de ces intervenants, il faut développer le travail en équipes aussi autonomes que possible, et leur confier un pouvoir de décision sur l'organisation de leur travail. Il n'y a pas de modèle préétabli ; tout dépend des structures en place, qui doivent faire confiance à la créativité des équipes. Cette approche plus collective vaut aussi pour les intervenants indépendants, qui doivent trouver des lieux et des occasions pour échanger sur leur métier.

5 — l'encouragement aux chercheurs d'emploi. L'attractivité des métiers du grand âge viendra d'abord de l'amélioration de leur statut, de leur niveau de rémunération, et de la qualité de vie au travail. Mais les vieilles images ont la vie dure, et il faudra les compenser par un meilleur accompagnement des chercheurs d'emploi vers ces métiers, et par des incitations concrètes que Pôle emploi pourrait développer à leur intention, en lien avec les professionnels et les associations.

6 — la sensibilisation des personnes âgées et de toute la société à la préparation au vieillissement. Les différentes étapes qui jalonnent le vieillissement, mise à la retraite, perte de certaines capacités physiques, perte de mobilité, éventuellement dépendance, et en fin de parcours la mort, sont d'autant mieux vécues qu'elles sont dédramatisées et préparées. C'est une véritable culture de l'anticipation que les grands acteurs du secteur (caisses de retraite, médecine de ville, accompagnement des seniors, associations, universités) pourraient développer sous l'incitation de l'État.

7 — l'ouverture des EHPAD. Décloisonner les différents services aux personnes âgées, ouvrir les EHPAD à des personnes non résidentes, confier des tâches d'aide à domicile au personnel des EHPAD, et, plus largement, réintégrer les personnes âgées dans la vie de la cité par le développement de l'habitat intergénérationnel et par leur engagement social et culturel, sont les voies d'avenir pour favoriser un « *bien vieillir* » fraternel et utile.

8 — une décentralisation radicale de l'accompagnement des personnes âgées. Cette activité est partagée entre de multiples structures administratives appliquant des procédures complexes sans leadership politique clair. Il faut franchir un pas décisif en confiant aux communes (lorsqu'elles ont une taille suffisante) et aux intercommunalités la compétence « personnes âgées » comme cela a été fait au Danemark il y a une trentaine d'années. C'est à ce niveau que peut se construire un environnement permettant de prendre en charge le grand âge sans l'exclure de la société.

La sortie d'une crise sanitaire qui a mis en évidence l'importance sociale des métiers du grand âge, en même temps que les nombreuses difficultés qui affectent ce secteur, représente sans doute une occasion à ne pas manquer pour mettre en œuvre un nouveau modèle social pour ces emplois, adapté à notre temps.

Enquêtes réalisées avec le soutien de



SOMMAIRE

<i>Résumé-Conclusion</i>	<i>i</i>
<i>Introduction</i>	<i>1</i>
1. La situation spécifique des personnes âgées en France	1
2. Structures d'accueil des personnes âgées	2
3. Services à domicile	3
4. Que nous révèle la crise ?	4
<i>i. Présentation du projet « Employeurabilité »</i>	<i>6</i>
1. Pacte Civique et Emploi	6
2. Notre projet « employeurabilité »	6
<i>ii. Présentation des deux enquêtes portant sur les métiers du grand-âge</i>	<i>9</i>
1. Enquête EHPAD	10
1.1. Les difficultés présentes et les principales causes identifiées	10
1.2. Nos propositions	10
2. Enquête « Aide à domicile »	11
2.1. Les problèmes rencontrés (conduisant à des difficultés de turnover et de recrutement) et les principales causes identifiées	11
2.2. Un secteur que la crise sanitaire va conduire à renforcer	12
2.3. Nos propositions	12
<i>iii. Comment chaque niveau doit prendre sa part du changement</i>	<i>16</i>
1. Changer de regard	16
2. Quels changements dans nos comportements individuels ?	17
3. Quels progrès dans le fonctionnement des organisations ?	18
4. Quelles politiques publiques pour accompagner les personnes âgées ?	19
<i>Conclusion générale</i>	<i>21</i>

INTRODUCTION

La crise de la COVID-19², qui nous touche depuis le début de l'année 2020 a **remis en cause** un grand nombre de **convictions sociétales** que nous avons sur notre environnement et sur notre manière de travailler. Une majorité des êtres humains s'est retrouvée **confinée** chez elle et nos rues, nos campagnes ont retrouvé une faune sauvage qui se cachait par peur de l'Homme. Ce confinement a permis de **repenser** et de **revoir** des pratiques d'hygiène qui nous paraissaient évidentes : lavage des mains, protection contre les postillons et autres règles de *distance physique* nous imposent un nouvel espace interpersonnel. À cela s'ajoute une **technologisation à outrance** de nos rapports sociaux et une généralisation du travail à distance. L'expression populaire « À quelque chose, malheur est bon » doit tirer sa pleine mesure de cette crise et nous aider à repenser la Société que nous souhaitons pour notre futur, une société qui mettrait l'Humain, dans ses relations avec l'Autre et son environnement, et non dans le cadre d'une approche comptable, administrative ou financière, au centre de nos convictions et de notre quotidien. Le nageur qui atteint le fond de la piscine pousse avec ses pieds pour remonter, nous ne pouvons que faire de même dans cette période de transition entre l'*avant* et l'*après*.

Cette crise individuelle et collective nous pousse à **réinterroger les hiérarchies** que nous établissons d'ordinaire entre les différents métiers. Quelles nouvelles vulnérabilités, utilités, sont apparues avec elle ? Elle a remis en lumière une population particulièrement vulnérable, déjà touchée par la canicule de 2003, les personnes âgées dépendantes, en particulier celles résidant dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et ce alors que de nombreux rapports alertaient déjà sur la fragilité de leur prise en charge collective.

C'est dans le champ de ce secteur que nous allons faire porter notre réflexion sur la **construction d'un nouveau modèle social soutenable**. Nous nous pencherons donc sur les **métiers du grand-âge**, dont personne ne conteste (la crise l'a mis en évidence) un besoin de remontée dans la hiérarchie des métiers.

1. La situation spécifique des personnes âgées en France

Les **personnes âgées d'au moins 65 ans** représentent, fin 2019, **20,5 %** de la population française. Cette part augmente régulièrement et s'accélère même depuis dix ans. En 2040 grâce à l'amélioration de l'espérance de vie et l'évolution des pratiques médicales, on estime que cette proportion pourrait même atteindre près de 30 % des Français. La Caisse nationale d'assurance vieillesse recense, à ce jour, près de **13,4 millions de bénéficiaires avec un montant de pension moyen de 1 422 € brut**, complémentaire comprise, mais un peu plus de 1 000 € en ce qui concerne le régime de base (mais avec une très forte disparité entre femmes et hommes), mais aussi **455 000 personnes percevant le minimum vieillesse**. De plus, si 1,5 million de prestations sont versées par les départements aux personnes âgées, 1,3 million le sont au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dont **768 800 dans le cadre de l'APA à domicile**.

² *Coronavirus Disease 2019* (Maladie à coronavirus de 2019) : maladie infectieuse émergente de type zoonose virale causée par la souche de coronavirus SARS-CoV-2.

Ces données sont à nuancer avec deux autres facteurs, **celui de l'espérance de vie en bonne santé** (64,5 ans en France pour les femmes et 63,4 ans pour les hommes en 2017) ainsi que celui de **l'espérance de vie en bonne santé des personnes de plus de 65 ans**, en retirant de l'indice les personnes déjà malades ou en perte d'autonomie avant cet âge (respectivement à 76,2 ans pour les femmes et 75,1 ans pour les hommes). Il est à noter que ces indicateurs sont autodéclaratifs et il n'est souvent pas possible, sans examen approfondi, de savoir si la dégradation est réelle ou ressentie, mais ce qui est sûr, c'est que **ces années de vie supplémentaires sont souvent accompagnées de troubles fonctionnels, de déficiences plus ou moins sévères qui n'appellent pas nécessairement une situation de dépendance. 4 millions de seniors pourraient être en perte d'autonomie à long terme, soit 16,4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus.** Ce sont surtout les pathologies qui évoluent, avec moins de difficultés de mobilité motrice et plus de dégénérescence cognitive.

2. Structures d'accueil des personnes âgées

La période du grand âge se déroule en plusieurs phases : du léger handicap et la nécessité de prévention, à la **perte d'autonomie** — parfois passagère — qui n'handicape pas totalement la personne et notamment dans ses relations avec son environnement, à la perte d'autonomie qui rend impossible sans aides les gestes de la vie quotidienne. **Chaque période demande un soin particulier.** Sur ce point, on peut voir la « *Classification internationale du fonctionnement* » éditée par l'OMS. Elle parle de déficiences plus que de perte d'autonomie ou d'incapacité. Suivant une étude de l'INSEE, plus de 50 % de la population est atteinte d'un handicap plus ou moins sévère (vue, ouïe, mobilité), sans compter ceux liés aux maladies mentales. Ces déficiences légères ont tendance à devenir plus gênantes avec l'âge, et rendent la personne âgée plus vulnérable sans en faire une personne dépendante. Ces déficiences sont aussi liées aux relations de l'individu avec son environnement. Habiter dans une ville où les transports en commun sont possibles pour des personnes à mobilité réduite ne constitue pas la même difficulté que d'habiter dans un environnement où ces situations ne sont pas prévues. **La société se doit de soigner les déficiences quand c'est possible, mais également d'intervenir sur les contextes de manière à favoriser la « pleine participation » de toutes les personnes.** On parle également d'*empowerment* ou de « pouvoir d'agir » en France. Les politiques publiques doivent prendre en charge les moyens de faciliter un rôle actif de tous, quelles que soient ses déficiences. Ce qui nécessite de penser un système de subsidiarité pertinent sur cette question.

Bien évidemment, les structures, les aides, les financements, les métiers sont très différents suivant le type de déficience et de période et l'on ne peut pas comparer les dispositifs en faisant fi de cette donnée. Dans chaque période, le montant des aides directes ou fiscales, les financeurs, les équipements, les interlocuteurs et les parties prenantes seront très différents.

Le secteur des structures d'accueil pour personnes âgées est un secteur très féminin (à **87 %**) qui regroupe près de **500 000 salariés**. **La moitié des EHPAD n'arrivent pas à recruter le personnel qu'ils souhaitent**, en particulier les aide-soignants et les médecins coordinateurs. **Si le secteur public compte pour 41 % de la dépense totale**, les établissements privés (à but lucratif ou non) voient leur part de marché augmenter pour atteindre actuellement 36 % des offres de logement. Fin 2017, **595 000 lits** étaient proposés en **EHPAD**, contre **27 000** en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

(EHPA),³ mais avec des niveaux de prise en charge différents aussi bien sur la santé que sur l'hébergement. Il existe également les USLD — Unité de soin de longue durée — qui concernent les personnes devant être l'objet d'une surveillance médicale particulière où, si elles sont prises en charge, elles doivent s'acquitter des « frais domestiques ».

Les organismes d'accueil sont devenus des lieux de vie très spécialisés tant médicalement qu'humainement. Ils sont essentiellement orientés vers la prise en charge de la dépendance et hébergent **728 000 personnes âgées (5,7 % des personnes de 65 ans et plus)**, dont 75 % de femmes, dans **10 600 établissements**. L'âge moyen à l'entrée dans un établissement est de **85 ans et 2 mois en 2015** et 35 % des personnes accueillies ont plus de 90 ans. La moitié des résidents décèdent dans l'établissement après y être restés en moyenne 3,3 ans et 19 % en repartent vers une autre institution (après un peu plus d'un an) ou retournent à leur domicile au bout de cinq mois en moyenne pour 15 %.

La réponse des pouvoirs publics est de **miser sur une anticipation et une prévention de la dépendance**, pour retarder son arrivée chez les personnes âgées. C'est pourquoi les **aides à domicile se développent, mais souvent avec une intensité de services moindre que celle des professionnels présents dans les maisons médicalisées**.

3. Services à domicile

La grande majorité des seniors reste à domicile et envisage un départ en établissement spécialisé le plus tard possible. On a un véritable marché de la consommation de *care* qui se crée d'un côté, mais aussi un développement des activités professionnelles des seniors, soit pour un complément de revenus, soit dans un cadre associatif de développement intellectuel d'un autre côté. C'est un potentiel d'activité comme solution au grand âge, mais aussi une *Silver economy* qui se crée pour des entreprises qui voient le potentiel que les seniors représentent.

Le secteur des services à domicile (non restrictifs aux personnes âgées) pèse pour **20 milliards d'euros** dans l'économie française, pour un total d'environ **1 milliard d'heures rémunérées**. Rien que les services d'aide et d'accompagnement à domicile pour **personnes âgées dépendantes** représentent environ **60 % des heures rémunérées** du secteur, tous acteurs employeurs confondus. Le segment des services aux personnes âgées pourrait conserver une **dynamique** dans les prochaines années grâce aux **perspectives démographiques** et à **l'augmentation des besoins**. Les services continueront en effet de constituer une alternative privilégiée au placement en établissement spécialisé, le reste à charge pour les familles (**250 € mensuels contre 1 500 € dans un EHPAD en moyenne**) et le coût pour l'État (**2,8 fois moins onéreux**) étant nettement inférieur dans le cas d'un maintien à domicile. C'est d'ailleurs le souhait des personnes concernées : pouvoir rester à domicile, les EHPAD étant synonyme pour bon nombre de « fins de vie », rajoutant un contre coup psychologique aux problèmes de dépendance physique.

Dans ce secteur cohabitent, à côté des **acteurs historiques associatifs (qu'ils soient prestataires ou mandataires)** qui assurent **plus de la moitié des heures rémunérées**, de nouveaux partenaires privés, présents dans les centres urbains avec une offre très diversifiée allant des soins de beauté aux gardes

³ À la différence des EHPAD, les EHPA sont des maisons de retraite non médicalisées destinées à accueillir des personnes âgées valides et autonomes, parfois semi-valides, seuls ou en couple.

d'animaux, et dont le volume d'heures est en constante augmentation. **Un tiers** des aides à domicile et aides ménagères travaillent pour des **particuliers employeurs** (en recrutement direct ou en passant par une association), **29 % sont salariés d'un établissement de moins de 50 salariés** (qui organise le travail et répartit les salariés auprès des particuliers) et **13 % relèvent de l'État**, des collectivités, ou des hôpitaux publics. Les **aides à domicile et aides ménagères** travaillent le plus souvent auprès de personnes âgées, handicapées ou de familles. **536 000 personnes** exercent ce métier **quasi exclusivement féminin** (à 97 %) et très **physique**, comme le montre l'importance des arrêts pour accidents du travail. Elles sont **plutôt âgées**, peu diplômées, à **temps partiel** avec souvent du travail le week-end. Elles touchent des **salaires bas**... et sont employées en CDI pour 86 % d'entre elles, dans un secteur qui a beaucoup de mal à recruter. Les organismes liés aux Collectivités territoriales, qui offrent un meilleur statut, sont moins concernés tout en ayant des difficultés pour gérer les fluctuations d'activités (saisonnalité des décès) et la nécessité de répondre aux situations d'urgence comme l'augmentation des déficiences, qui n'est pas linéaire, ou les sorties d'hôpital.

En 2015, **3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus (21 % des personnes de cette catégorie d'âge) vivant à domicile déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne**, en raison de leur âge ou d'un problème de santé. Elles reçoivent le plus souvent une aide pour le ménage et les courses surtout par leur entourage (conjoint, enfants), mais les professionnels de l'aide à domicile entrent de plus en plus dans leur vie. Moins le senior est autonome dans ses gestes quotidiens et plus l'aide extérieure devient indispensable, mais surtout technique et médicale pour soulager les proches tant physiquement que moralement. Les durées hebdomadaires des aides varient de quelques heures pour les plus autonomes à **une prise en charge équivalente à celle d'un EHPAD pour les plus dépendants**.

L'aide à domicile développe des relations entre de nombreux acteurs (entrepreneurs, clients, associations, pouvoirs publics). Tous les métiers sont à réinventer et à réajuster en permanence. Cela crée une dynamique nouvelle tant pour le *care*, que pour les loisirs et pour le vivre ensemble.

4. Que nous révèle la crise ?

L'utilité sociale de ces métiers peu visibles a été largement dévoilée par la crise. Et pourtant, ils sont considérés comme **peu attractifs du fait de leurs mauvaises conditions de rémunération, d'emploi et de travail** (temps partiel, horaires atypiques, faible perspective de carrière, pénibilité). La crise a remis en lumière les mauvaises conditions de travail dans les EHPAD et dans le secteur médico-social en général. Si le grand âge est un questionnement à prendre en considération dans notre société actuelle, les EHPAD ne sont qu'une partie des solutions au problème et d'autres facteurs sont aussi à considérer.

Nous voulons partager notre travail sur cet aspect en mettant en avant l'importance d'aller très au-delà des questions de rémunérations voire d'un traitement purement technique des « conditions de travail. » Nous souhaitons apporter un éclairage complémentaire et des éléments de méthode en partant de la proposition 2 (sur les 10 propositions clés) du rapport Libault⁴ et du rapport El Khomri⁵.

⁴ Selon le rapport *Grand âge et autonomie* présenté par Dominique Libault, Président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, le 17 septembre 2018, l'enjeu de l'orientation de la politique à l'égard des personnes âgées vers un véritable soutien à l'autonomie est double : faire face aux besoins de financement de la prise en charge de la dépendance, le vieillissement de la population ayant

Nous voulons aussi partager la conviction de fond du Pacte Civique qu'un changement de modèle social (en particulier dans ce secteur) ne peut se faire qu'avec un changement « à tous les étages » : individuel/personnel — collectif/social — institutionnel/politique.

nécessairement un impact sur le coût de la prise en charge de la dépendance et faire évoluer l'offre proposée aux personnes âgées en assurant la présence de personnels qualifiés, en simplifiant le système d'accompagnement des personnes âgées et, surtout, en changeant le modèle d'accompagnement pour privilégier la vie au domicile.

⁵ Le rapport d'étude sur l'attractivité des métiers du grand âge présenté par Myriam El Khomri à la Ministre de la Santé Agnès Buzyn le 29 octobre 2019, approfondit certaines préconisations du rapport Libault et dégage trois points clés principaux d'amélioration : la professionnalisation du secteur, les conditions de travail et l'image de la profession. Ces deux travaux préfigurent la future loi Grand Âge, annoncée pour cette année.

I. PRESENTATION DU PROJET « EMPLOYEURABILITE »

1. Pacte Civique et Emploi

Dès sa création le Pacte Civique s'intéresse à l'emploi.

C'est ce que précise notre engagement n° 24 : « Renforcer les actions contre les inégalités, exclusions, discriminations et maltraitances, en faisant de l'emploi de qualité pour tous, à temps choisi, une priorité nationale partagée »

Mais le Pacte Civique est aussi (entre autres) une méthode intégrale (tridimensionnelle) de changement qui cherche à mobiliser et unifier trois champs d'intervention :

- Celui des comportements individuels ;
- Celui du mode de fonctionnement des organisations ;
- Celui des politiques publiques et des institutions.

Pour appliquer cette méthode aux objectifs des engagements, quelques « ateliers » ont été créés dont un atelier « Emploi ».

On peut citer quelques-unes de ses manifestations ou productions : « Fête du Travail, faites des emplois ! », « Recréer le plein emploi, une utopie réaliste », « Chômage, précarité, halte aux idées reçues », « Regards croisés sur les politiques de l'emploi »...

Puis est venu le temps des « projets » avec comme fil rouge, la participation d'un maximum d'acteurs et de « points de vue » pour construire un véritable changement de regard, de méthode et d'échelle sur des sujets « emploi » ciblés.

Le premier projet avait pour titre « Virage numérique de Pôle Emploi ; risques d'exclusion / opportunités d'inclusion ».

Le second, dont il est ici, question s'intitule : « Employeurabilité »

2. Notre projet « employeurabilité »

En lançant, le projet « employeurabilité » en 2019, l'Atelier Emploi du Pacte Civique a voulu transformer un dialogue de sourds (entre employeurs, pouvoirs publics en charge de l'emploi et du chômage et chercheurs d'emploi) en une transition vers de nouvelles relations employeurs/employés. En particulier, dans les secteurs dits « en tension » (ayant du mal à recruter et à garder leur personnel) : médico-social, aide à la personne, hôtellerie-restauration, agriculture, industrie, BTP, artisanat-commerce...

Mais pour qu'il y ait « transition », tout le monde doit « transiter » !

Il nous a semblé que ce n'était pas le cas :

- Les chômeurs étaient mis en demeure (d'une manière dont la violence finissait par ne même plus être perçue) d'améliorer leur employabilité.

- S'ils ne trouvaient pas de travail, c'était du fait d'un déficit de compétences (mais bon, on voulait bien les former), mais surtout du fait d'un déficit de savoir-être (« soft skills » pour faire moderne) ou d'une non-maîtrise des « codes de l'entreprise ».

Et donc, dans ces secteurs en tension, les employeurs se contentent souvent de réclamer des candidats plus employables (ce que le Service Public de l'Emploi et les politiques publiques d'insertion s'efforcent de faire) et reconnaissent au mieux un « déficit d'attractivité » de leurs métiers qu'ils essayent de combler à coup de flyers, spots publicitaires ou forum pour l'emploi...

Nous ne contestons pas l'effort à demander aux chômeurs pour s'adapter, **l'employabilité**.

Mais nous pensons qu'il faut demander aux employeurs de faire un effort symétrique dans leur manière d'être employeur et de recruter, **l'employeurabilité** !

Quelques constatations, relevées au cours de notre enquête :

- Le boulanger de Metz ne trouve pas, et s'en désespère, le clone de ce qu'il était (ou le souvenir qu'il en garde) quand il a débuté il y a 30 ans ;
- Le patron de la PME de Boulogne-sur-Mer est toujours déçu par les jeunes censés cocher les 9 « soft skills » exigés dans la fiche de poste ;
- Le cultivateur de fraises n'arrive pas à recruter en France « les bras » dont il a besoin (et pas plus à garder ceux qui se présentent) et n'imagine pas d'autres solutions que de continuer à faire venir des saisonnières Polonaises qui lui rappellent les Françaises d'antan ; que fera-t-il quand les Polonaises ne voudront plus de ces conditions de travail ?
- Les DRH des grands groupes ont en partie abandonné la fonction employeur et ne s'intéressent guère à d'autres postes que ceux des cadres à fort potentiel à recruter. Leurs PDG privilégient l'externalisation systématique (et donc au passage de la gestion RH) de tout ce qui sort du « cœur de métier » et ne produit pas assez de « valeur ajoutée ».

Pour tenter de faire traverser un morceau de la rue aux employeurs et les inciter à faire aussi un bout du chemin vers les chômeurs, nous avons enquêté auprès de tous les acteurs de la société sur leur vision de la fonction employeur et en particulier des difficultés à recruter. Pour cela, nous avons interrogé des employeurs de tous secteurs, de tous statuts et tailles d'entreprises, mais aussi : Pôle Emploi (Service aux entreprises) ; Délégation générale à l'Emploi et à la Formation professionnelle (DGEFP) ; syndicats de salariés ; réseaux sociaux d'expression des salariés ; mouvements de chômeurs ; entreprises et projets innovants...

Notre projet se poursuit avec la création d'une pièce de théâtre interpellante et interactive, « Un employé nommé désir », symétrique de celle réalisée par Solidarités Nouvelles face au Chômage, « Un emploi nommé désir ».

Mais nous avons déjà fait un constat récurrent : lorsqu'un secteur n'arrive pas à recruter, le ver est souvent déjà dans le fruit. Il n'arrive pas à recruter, car il n'arrive pas à garder, « fidéliser » ses salariés déjà en postes.

À l'heure du bouche-à-oreille, et surtout des réseaux sociaux et de la surmédiation, tout se sait (voire se déforme) : un secteur, une entreprise où il ne fait pas « bon travailler », ou qui ne fait pas un minimum d'efforts pour s'adapter aux nouveaux modes de vie, aux aspirations et contraintes des gens (en particulier les jeunes) d'aujourd'hui ne garde pas son personnel et n'arrive pas à recruter.

Il faut donc que les employeurs, et toute la société avec eux ouvrent ce chantier de la qualité du travail. C'est bien une transition de toute la société vers une nouvelle approche du travail, de la relation « employeurs – employé », un dialogue social de proximité (même dans la boulangerie de trois salariés !) qu'il faut amorcer tous ensemble. La crise sanitaire, les nouveaux modes de travail que se sont institués à cette occasion, rendent encore plus actuel ce besoin.

Nous travaillons à la construction d'un outil de changement à partager en entreprise (au niveau d'une PME, TPE ou établissement) que nous avons baptisé IKIGAI.

Nous allons présenter maintenant notre enquête sur les secteurs des EHPAD et de l'aide à domicile et les premières conclusions qu'on peut en tirer pour y construire un modèle social soutenable.

II. PRESENTATION DES DEUX ENQUETES PORTANT SUR LES METIERS DU GRAND-AGE

Les deux enquêtes détaillées figurent en annexe à cette contribution.

Nous proposons ici d'en faire un résumé sur les métiers du grand-âge (EHPAD et Aide à domicile), en particulier en termes de méthodologie de mise en œuvre.

Nos enquêtes ont été réalisées juste avant la crise sanitaire de mars 2020. Les difficultés de recrutement et de fidélisation des salariés étaient déjà très importantes.

Il est difficile de prédire quels seront les impacts de la crise sur « l'attractivité » du secteur, mais il n'est pas certain que l'évidente utilité sociale, rendue visible et mise en avant, suffise à régler le problème sans des signaux forts de la part des employeurs montrant que les salariés vont y être mieux traités (à plein de points de vue).

Les revalorisations financières seront nécessaires et ne devront pas se limiter à des primes ou « coups de pouce », mais nos enquêtes montrent que beaucoup d'autres aspects sont à prendre en compte pour tendre vers une véritable « qualité du travail » conduisant les jeunes Français (et pas que les femmes) à venir y travailler et s'y épanouir (et donc souhaiter y rester).

Deux de nos enquêtes ont donc porté sur les métiers du secteur du grand-âge :

- Pour les EHPAD, nous sommes partis des difficultés très importantes de recrutement des EHPAD dans la Région Grand Est. Ces difficultés de recrutements, présentes dans tous les EHPAD de France (voir chapitre 1) sont accentuées dans cette région par une forte concurrence frontalière (Luxembourg, Allemagne, Suisse, voire Belge).

Nous avons enquêté auprès du GROUPE SOS Seniors, premier groupe régional du secteur dans le Grand Est

- Pour l'aide à domicile, nous avons opté pour une enquête transversale entre différentes « familles » d'employeurs :
 - ✓ Employeurs du secteur associatif (ESS) ;
 - ✓ Employeur privé du secteur marchand ;
 - ✓ Employeur social innovant dans de nouveaux modes de fonctionnement (« libéré »).

Notre « entrée » pour ces deux secteurs a été leurs difficultés à recruter et à « garder les personnels recrutés » (les deux étant liés).

Pour chacun de ces secteurs, nous allons résumer ce que l'enquête nous a appris :

- Les difficultés déjà présentes (recrutement, fidélisation...);
- Les causes majeures identifiées ;
- Les principales propositions centrées sur « la qualité du travail » et une nouvelle approche du management, du travail en équipe et du dialogue social de proximité.

On trouvera en annexe plus de détails et d'illustrations sur tous ces aspects.

Nous essayerons en conclusion de ce chapitre de regarder comment ces propositions recourent ou complètent celles des rapports Libault et El Khomri.

1. Enquête EHPAD

1.1. Les difficultés présentes et les principales causes identifiées

- « Il me manque 6 infirmières et 15 aide-soignantes pour pouvoir ouvrir la totalité des places » se désole le directeur de cet EHPAD, proche de la frontière luxembourgeoise.
- Au siège du GROUPE SOS à Metz, on explore toutes les formules de contrat de travail pour attirer les postulants, révèle Luc Algis, directeur des ressources humaines de SOS Seniors
- Le secteur souffre d'une mauvaise image auprès du grand public, provoquée par ce qu'on pourrait qualifier « d'EHPAD *bashing* ». Il y a eu des enquêtes, des reportages (Florence Aubenas, Élise Lucet...) montrant des conditions d'accueil et de travail très dégradées, voire de la maltraitance. En conséquence, les gens qui cherchent du travail dans le secteur médico-social ne souhaitent pas venir en EHPAD et apparaître comme complices ou acteurs de ce qui est montré et dénoncé.
- C'est aussi un secteur où les contraintes générées par le travail sur la vie personnelle sont fortes : en particulier, le travail en poste, avec des horaires de nuit et de WE. Pour ses salariés (dont une grande majorité de femmes) et, en particulier, pour les jeunes ayant des enfants, il est souvent très difficile de gérer conjointement vie privée et vie professionnelle.
- Le travail en EHPAD a également évolué depuis quelques années sans réelle prise en compte, dans l'organisation du travail, de cette évolution : les patients sont de plus en plus âgés à leur entrée et de plus en plus dépendants. Leur état demande donc de plus en plus de soins et d'interventions des équipes soignantes. Alors que la charge de travail par patient a augmenté, les ratios et effectifs n'ont pas suffisamment suivi.
- Fin 2019, la presse se faisait l'écho d'une importante opération de recrutement lancée par les 25 établissements du Groupe SOS Seniors dans le Grand Est avec ce titre : « EHPAD : SOS Seniors lance un appel de détresse ». Cette opération très bien organisée, au sein des EHPAD avec une forte implication de l'encadrement des établissements, et des équipes de Pôle Emploi, s'est soldée par un échec complet (voir détail en annexe).

1.2. Nos propositions

Nous proposons d'attaquer le chantier du changement de la « manière d'employer » (l'employeurabilité) dans ce secteur des EHPAD sous trois angles :

- Les rémunérations ;
- Les conditions de travail et la qualité du travail (horaires et plannings, soutenabilité psychologique et physique des postes, recherche de sens, travail en équipe, dialogue, mobilisation du personnel pour les recrutements...)
- L'attractivité vers de nouveaux publics et leur accueil/accompagnement.

Ces propositions sont détaillées en annexe.

- Le troisième point est essentiel, mais ne portera aucun fruit si les deux premiers chantiers ne sont pas lancés et « tangibles ».
- L'aspect « rémunérations » est bien sûr important et il ne faudra pas se contenter de primes ou « coups de pouce ». Tout ne pourra se faire en une fois (compte tenu des écarts existant avec les pays frontaliers), mais la direction et la durabilité de l'amélioration doivent être visibles.
- Pour construire un modèle social soutenable et durable, des dispositions devront être prises pour permettre de construire des parcours, des évolutions, des carrières. Il faudra encourager et reconnaître la fidélité au secteur par les types de contrats et des reconnaissances financières.
- Le deuxième nous paraît primordial et insuffisamment traité dans les rapports (Libault en particulier) spécialement sur les remises en cause qu'il implique sur le type de management et la création d'un nouveau mode de dialogue social de proximité pour porter les changements nécessaires.

Ce secteur ne se reconstruira pas, ne deviendra pas « attractif » et ne trouvera pas les nouveaux salariés motivés dont il a un si grand besoin sans les salariés « en place ».

Lors de la crise du COVID, l'un des rares modes de recrutement qui a résisté a été « le bouche-à-oreille » par l'intermédiaire des salariés. Preuve qu'ils sont prêts à s'impliquer, même dans des fonctions « employeur - recruteur »...

Il faut qu'ils soient écoutés, consultés, associés à la vie de l'établissement et à l'exercice de leur métier. Il faut qu'ils puissent travailler en équipes responsables et dotées d'une part d'autonomie dans leur organisation.

Cela doit se faire via le dialogue social institutionnel et les organisations syndicales, mais aussi au quotidien, au sein de chaque service et équipe dans un échange constant avec le management et les gestionnaires des établissements.

2. Enquête « Aide à domicile »

Notre enquête a porté sur l'aide à domicile « en général » et non uniquement sur l'aide pour les personnes du grand-âge. Beaucoup de structures sont, de fait, multipublics.

2.1. Les problèmes rencontrés (conduisant à des difficultés de turnover et de recrutement) et les principales causes identifiées

- Les trois secteurs (associatifs — qu'ils soient mandataires, prestataires ou mixtes —, marchands, ESUS — entreprise solidaire d'utilité sociale — souvent qualifiés de « libérés ») sont en recrutement permanent du fait d'un turnover important d'une partie de leur effectif (p.-ex. en ce qui concerne la société de service à la personne O₂, membre du Groupe Oui Care : 40 % de « stable » et 60 % renouvelé tous les ans). Ils sont donc « en tension » permanente même s'ils arrivent à peu près à répondre à la demande.
- L'aspiration au temps plein ou au temps choisi des salariés est un problème récurrent et difficile à gérer (les services ne sont pas tous à rendre dans les mêmes créneaux horaires ; un temps plein peut demander de la polyvalence...)

- L'attractivité objective est faible : salaires bas, contraintes planning fortes (même si pas de nuits et moins de WE qu'en EHPAD), problèmes de mobilité compliqués (en zones rurales ou périurbaines)...
- Une activité à statuts variables et où l'intervenant (énorme majorité d'intervenantes) est en interface avec beaucoup d'acteurs (son employeur, le patient [chez qui il est seul], l'entourage du patient-client [en particulier pour le grand-âge], d'autres intervenants [médicaux, paramédicaux, services sociaux...]) cela peut engendrer des risques d'injonctions contradictoires ou au moins de manque de coordination. Cela peut également conduire à devoir prendre des décisions engageant sa responsabilité au-delà du cadre prévu.
- Un sentiment de solitude des intervenants, exerçant seuls chez le patient-client et en seul contact avec le manager de la structure.

2.2. Un secteur que la crise sanitaire va conduire à renforcer

Les « maisons de retraite » généralistes, où les personnes âgées venaient vivre une partie importante de leur retraite ont été remplacées progressivement par différents types de structures (résidences services, séniories, habitat intergénérationnel...) et des EHPAD, de plus en plus « spécialisés » dans la fin de vie en grande dépendance.

La crise a montré la grande fragilité sanitaire de ces établissements et plus généralement de la gestion « en collectif » de personnes vulnérables.

Mais pendant cette période d'épidémie et de confinement, beaucoup de personnes dépendantes, mais vivant chez elles, ont pu traverser la crise dans des conditions, certes difficiles, mais au final efficaces, grâce au maintien de l'aide à domicile (infirmières, auxiliaires de vie, femmes de ménage...) alors même que les familles étaient incitées à ne pas se rendre chez elles.

Le maintien à domicile des personnes (avec la mise en place de tous les services nécessaires pour le rendre possible) va et doit donc devenir la priorité (on va même jusqu'à parler d'« EHPAD à domicile »).

Ces aspects de mobilisation autour du maintien à domicile seront traités dans le chapitre suivant.

Mais ce secteur professionnel sera néanmoins à consolider, structurer, coordonner...

Il aura besoin d'effectifs nouveaux et durables !

2.3. Nos propositions

On retrouve, sans surprise, le triptyque : rémunérations, attractivité vers de nouveaux publics et leur accueil/accompagnement, et surtout conditions de travail et **qualité du travail (freins matériels à l'exercice du travail, aspiration au temps choisi et souvent « plein », établissement des plannings, liens avec les différents intervenants, les familles, mixité de genre, possibilités d'évolution...)**

Ces différents points sont développés dans la restitution d'enquête en annexe.

Mais on peut insister sur les aspects suivants :

- Concernant les rémunérations, les salariés du secteur ont mal vécu la différence de traitement (prime « COVID ») avec ceux des EHPAD. Si on veut mener à bien une vraie politique du grand-âge fondée sur un modèle social durable, il faut veiller à une harmonisation ou au moins une cohérence de traitement des différentes familles d'intervenants (qui permettrait en outre des passerelles entre les différents exercices de métiers voisins).
- Le secteur « libéré » apporte des réponses intéressantes et innovantes aux questions soulevées. Il s'est d'ailleurs construit en réponse aux difficultés évoquées plus haut. Il s'est beaucoup inspiré du modèle néerlandais initié par Bùrtzorg qui ouvre des pistes très intéressantes.
- Sur l'amélioration de la qualité du travail (ce qu'est le travail et ses conditions d'exercice), la méthode (pilier du modèle Buurtzorg⁶) qui semble plébiscitée par beaucoup d'acteurs est la mise en place d'équipes de 10 à 15 intervenants, dotée d'une certaine autonomie d'organisation et permettant de rompre l'isolement du salarié et de l'associer au sein d'un collectif de proximité à la gestion de ses missions. Cela se met progressivement en place dans des structures associatives et une telle démarche redonnerait tout son sens à la recherche d'exemplarité et de modèle attendue de l'ESS.
- Le premier « chantier » de co-construction et de dialogue à mettre en place (dans tous les secteurs) est sans doute celui des plannings. C'est un casse-tête pour le management (qui doit prendre en compte des contraintes multiples dont en premier lieu et prioritairement celles du service à rendre) ; c'est aussi une souffrance, un objet d'incompréhension et de frustration, voire d'abandon du métier pour le personnel. La réussite de ce chantier est primordiale pour instaurer la transparence dans le management et rétablir la confiance au sein des structures.

Conclusions communes aux deux secteurs (EHPAD et Aide à domicile) et propositions complémentaires par rapport aux rapports Libault et El Khomri :

Les rapports Libault (« Concertation Grand Âge et Autonomie ») et El Khomri (« Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge ») sont très complets et complémentaires. Nous n'avons évidemment pas la prétention d'en commenter ou encore moins critiquer les contenus.

Nous voulons cependant indiquer quelques pistes de méthodologie et de mise en œuvre des changements qu'ils préconisent :

- Tous les acteurs de terrain se plaignent des changements d'organisation subis, venant « du haut » et donc incompris et parfois rejetés « a priori » de ce simple fait.

Les mesures préconisées dans les rapports nous semblent être des dispositions de principe à partager avec tous les acteurs concernés pour qu'ils se les approprient, les adaptent et les mettent en œuvre.

Il y a bien sûr des mesures nationales à prendre, mais la **subsidiarité doit être la règle.**

Et beaucoup de changements peuvent être mis en œuvre depuis la base...

⁶ Buurtzorg : Soins de quartier. Modèle innovant pour les soins infirmiers à domicile aux Pays-Bas fondé en 2007 par Jos de Blok. Les équipes sont autonomes et reliées entre elles par des échanges permanents (réseau social interne) : informations, conseils, partages de pratiques, etc. Elles sont responsables de trouver des patients et de se coordonner avec les prescripteurs et les professionnels. Elles ont aussi la responsabilité de leurs recrutements, plannings, formations et finance.

ALENNI⁷, pour l'aide à la personne a montré que sur les salaires, l'organisation du travail, les conditions d'exercice des missions pouvaient être changés au niveau d'une seule structure et dans le cadre existant.

D'autres l'ont fait au sein de structures de l'ESS existant depuis plusieurs dizaines d'années.

L'État doit accepter de ne pas tout régenter, mais chacun doit prendre conscience du potentiel de changement dont il dispose et ne pas toujours attendre que les progrès arrivent d'en haut.

- Ces secteurs comme beaucoup, ont souffert d'un management de gestionnaires, jugés sur des critères budgétaires et financiers. Le pouvoir doit revenir à des **managers capables d'animer et piloter des équipes fédérées autour d'objectifs** partagés.

Les dirigeants et managers de ces secteurs doivent retrouver le plaisir de ce qui fait la richesse de leur fonction, spécialement dans ces métiers du « care » : le contact humain et le faire ensemble. Ils doivent être à l'écoute de leurs salariés et gérer la qualité du travail avec eux.

Des outils, comme la méthode IKIGAÏ développée par le Pacte Civique peuvent les y aider. Le Labo de la fraternité propose, par ailleurs, que le fonctionnement des organisations soit évalué à l'aune de la fraternité. La qualité des relations et liens sociaux, entre le management et les salariés, entre les salariés et les personnes hébergées ou aidées à domicile, ainsi qu'avec les familles et les soignants et intervenants extérieurs pourraient faire l'objet d'évaluations régulières selon des modalités à construire.

- **Il faut du dialogue social (et aussi simplement citoyen) à tous les étages** pour faire vivre la subsidiarité et le « faire ensemble »

Il faut bien sûr des négociations et de la co-construction au niveau de l'État entre les organisations syndicales nationales et les pouvoirs publics.

De la même manière, au niveau des branches professionnelles concernées.

Mais à chaque étage, jusqu'à l'équipe d'intervenants ou de soignants, ce dialogue doit se poursuivre. Et cette culture citoyenne du dialogue et de la concertation avec chaque salarié pourra peut-être créer une dynamique conduisant à un renouveau de l'engagement syndical et du dialogue social.

- Il faut sans doute aussi mieux encourager et accompagner les chercheurs d'emplois vers ces métiers par une meilleure **politique « amont » d'incitation vis-à-vis des chômeurs par Pôle Emploi et l'Assurance Chômage**. Il faudrait peut-être revoir la manière d'intéresser y compris financièrement les demandeurs d'emploi à une orientation vers ces métiers :
- La politique assumée de Pôle Emploi vise à favoriser systématiquement les projets individuels sans forcément prendre en compte les besoins globaux en termes de qualifications nécessaires pour les secteurs en tension comme dans notre appareil de soins. Mais la somme des projets individuels de formation correspond-elle à la somme des besoins collectifs de qualification ? Peut-on continuer à soutenir que si une personne développe son projet personnel quel que soit le secteur concerné, elle trouvera forcément un emploi ? Ne faudrait-il pas encourager davantage

⁷ Entreprise d'aide à domicile en au management *libéré* qui se caractérise par la volonté d'avoir le « temps d'être avec les bénéficiaires » (temps longs avec vos bénéficiaires pour prendre le temps et leur offrir un accompagnement de qualité, stabilité de l'emploi, travail en équipes autonomes, accompagnement au quotidien par le siège et des coachs...

les personnes s'orientant vers des professions dont nous avons globalement davantage besoin, en les rendant bien sûr plus « attractive » ?

- C'est ainsi qu'il est pourrait être proposé de réfléchir à un système de prime ou une modulation du système d'indemnisation du chômage pour favoriser ceux qui s'orienteraient vers des formations réclamées par les besoins prioritaires en termes d'utilité sociale en accroissant leurs indemnités-chômage, a contrario de ceux qui voudraient choisir des formations disposant de moindres débouchés professionnels (et moins cruciaux pour l'intérêt général)
- Pour régler toutes ces questions, la mise en place de dispositifs de « Médiation active », qui a prouvé son efficacité dans d'autres secteurs, entre d'une part les employeurs qui peinent à recruter et d'autre par des demandeurs d'emploi qui hésitent à s'engager, devrait être recherchée, et disposer des crédits nécessaires

III.COMMENT CHAQUE NIVEAU DOIT PRENDRE SA PART DU CHANGEMENT

Le Pacte civique s'est toujours fixé comme objectif le changement de notre société vers un futur « désirable pour tous ». Mais il a aussi considéré qu'un tel changement n'était possible que si progressaient simultanément les trois niveaux que constituent nos comportements individuels, le mode de fonctionnement de nos organisations et la conduite de nos politiques publiques. C'est évidemment le cas sur le sujet qui nous occupe aujourd'hui, celui de l'accompagnement des personnes âgées.

Mais avant de décliner les changements nécessaires dans chacun de ces trois champs, il convient d'interroger le regard que nous portons sur ces personnes et sur ce qu'elles vivent.

1. Changer de regard

Que représente la vieillesse pour nous et pour nos institutions ? Une charge pesant sur les finances de la nation, diront les économistes ; un risque, diront les théoriciens de l'État-providence ; une vulnérabilité particulière, diront les gestionnaires de crises. Comme nous l'avons vu en introduction, cette vulnérabilité est mieux exprimée par la notion de déficience que par celle de perte d'autonomie car elle reflète mieux la réalité. Il faut surtout cesser d'opposer une normalité idéalisée (la pleine possession de toutes ses capacités) à une dépendance synonyme de dégradation totale de l'état de santé.

Mais la vieillesse c'est aussi ces millions de femmes et d'hommes que notre société a tendance à exclure, et qui forment pourtant une partie intégrante, numériquement croissante, de notre société. Ce sont des citoyens, avec leurs particularités, dotés de droits, mais aussi de devoirs, qui sont et devraient être de plus en plus en interaction avec le reste de la société, et non parqués en tant que population vulnérable. Le rapport Libault insiste d'ailleurs sur la nécessité de ce changement de regard en proposant de « reconnaître la personne âgée comme citoyenne à part entière », ce qui suppose notamment qu'elle puisse participer aux décisions qui la concernent et à la construction des politiques du grand âge, tout en conservant une activité personnelle et sociale la plus ouverte possible. Certaines associations revendiquent le choix de prendre des risques et rejettent le maternage social et familial qui entoure parfois les seniors.

Nous devons aussi changer de regard sur ce que sont leurs besoins. Trop souvent, nous les réduisons à quatre éléments fondamentaux : le gîte, le couvert, les soins médicaux et la sécurité, tout ce que l'État-providence s'efforce de fournir aux personnes âgées, de manière évidemment imparfaite, en particulier dans la manière de répondre à la diversité des situations. Mais le vieillissement n'a pas pour effet de faire disparaître leurs autres besoins, tout aussi essentiels au « bien vieillir » : le lien social (possibilité de communiquer avec d'autres), l'utilité sociale (qui donne du sens à ce qu'on vit), l'art et la culture (comme projection vers la beauté, la vie intellectuelle et la compréhension de l'univers). Il ne faut pas non plus oublier qu'une partie de la population âgée souhaite continuer à exercer une activité professionnelle réduite. Bien sûr, la satisfaction de ces besoins suppose remplie une condition primordiale : un certain niveau de santé physique et mentale, qui n'a pas toujours suivi l'accroissement impressionnant, depuis quelques générations, de la longévité, malheureusement accompagné par l'émergence de pathologies nouvelles, notamment cognitives.

Nous devons enfin changer de regard sur la mort. Notre civilisation la présente, quand elle ose l'évoquer, comme un échec de la médecine, une catastrophe que nous n'avons pas su éviter, et la plupart de nos contemporains en ont peur, ce qui pervertit leur rapport à la vieillesse. Car l'aboutissement de la vieillesse, quoiqu'en pensent les transhumanistes, c'est la mort ! Dernière étape, mais essentielle, de la vie, elle ne doit pas être oubliée, négligée, ou occultée. Il faut au contraire, et ce n'est pas que l'affaire des « *vieux* », la préparer : après le *bien vieillir*, le *bien mourir* ! On s'est ému, pendant la Covid-19, du nombre de morts dans les EHPAD ; on s'est moins scandalisé des conditions inhumaines d'isolement et d'abandon dans lesquelles ces décès ont eu lieu. Comme si c'était un problème interne aux EHPAD et non une vraie question de société.

2. Quels changements dans nos comportements individuels ?

Nous rencontrons la vieillesse à plus d'un titre. Nous pouvons être fille ou fils de personnes âgées. Notre civilisation ne nous contraint plus à cohabiter avec nos vieux parents, mais elle ne nous dispense pas d'en avoir le souci. Le dévouement de nombreux « aidants familiaux » témoigne de cette solidarité intergénérationnelle qui ne faiblit pas. Mais la situation se modifie car une personne de 90 ans a des enfants entre 55 ans et 70 ans qui ne sont pas toujours aptes à apporter toutes les aides, soit physiquement soit du fait de leur activité professionnelle ou de l'éloignement géographique. Quelle que soit leur mode de vie, choisi ou subi, l'objectif doit être clair : le « *bien vieillir* » de nos parents, sous tous ses aspects. Il ne suffit pas, bien que ce soit essentiel, de les savoir en sécurité, nourris et protégés ; ni de maintenir des contacts réguliers avec eux ; nous sommes aussi concernés par leur *bien vieillir*, par les conditions de leur épanouissement.

Nous pouvons aborder la vieillesse sous un autre angle, celui de notre propre vieillissement. Une première préoccupation nous incombe, c'est celle de limiter notre vulnérabilité, ou en termes plus concrets, d'essayer de vieillir en bonne santé, ce qui repose d'abord sur notre manière de vivre, sous au moins quatre aspects sans lesquels une réelle bonne santé est inatteignable : l'alimentation, l'exercice physique, la vie intellectuelle et la vie sociale, fondée non seulement sur la rencontre, mais aussi sur une contribution utile à la vie collective. Au-delà du présent, nous devons aussi nous projeter, dès l'âge de la retraite, dans un avenir en grande partie incertain, en construisant un projet de vie et en adaptant notre environnement à une santé plus fragile, une dépendance accrue, sans oublier le terme incontournable de la mort. Mieux nous aurons préparé ces échéances, mieux elles se passeront pour nos proches. N'hésitons pas, par exemple, à rédiger des directives anticipées sur la conduite de notre fin de vie, à clarifier nos intentions vis-à-vis de nos proches, et, pourquoi pas, à préparer nos obsèques.

Dans le cadre de l'aide à domicile, nous pouvons aussi être amenés à devenir employeurs, et à concourir à la qualité de vie au travail des salariés, en favorisant le dialogue, en étant attentifs à leurs contraintes, en en négociant certains aspects, et en leur accordant la reconnaissance sociale qui leur fait tant défaut. Il nous faut à cet égard cultiver notre propre « employeurabilité ».

Nous pouvons enfin aborder la vieillesse en tant que citoyenne ou citoyen, attentif à cette fraction de la population dont la souffrance et l'isolement sont souvent peu visibles, à son inclusion dans la vie locale et dans les politiques publiques. La lutte contre l'exclusion ne concerne pas que les pauvres, les demandeurs d'emploi, les handicapés et les migrants. Toutes les personnes âgées ne sont pas exclues

de la société, mais le risque de les en écarter, ou simplement de les laisser inconsciemment *au bord du chemin* est toujours présent⁸. Les rapports traitant du grand âge se focalisent, non sans raison, sur le statut des salariés et sur l'attractivité des métiers. Cette approche est insuffisante car elle occulte la responsabilité de la société dans son ensemble vis-à-vis non seulement du grand âge, mais aussi de toutes les personnes atteintes de déficiences plus ou moins marquées, qu'on ne soigne pas qu'à l'hôpital mais aussi en créant autour d'elles un environnement leur permettant de développer leur pouvoir d'agir.

3. Quels progrès dans le fonctionnement des organisations ?

La première exigence, largement mise en valeur par nos enquêtes, est que les employeurs du secteur prennent soin de leurs salariés. Elle n'est pas nouvelle, le triptyque *compétence-rémunération / qualité de la vie au travail / attractivité auprès des publics intéressés* résume bien ce qu'il faut faire. Mais notre enquête élargit de manière inédite le volet *qualité de vie au travail*, mettant en lumière l'intérêt du travail en équipes autonomes, cogérant leurs plannings, créant autour des personnes âgées une véritable communauté incluant, à côté du personnel d'accompagnement, les intervenants médicaux et associatifs ainsi que les familles. Il revient aussi à ces employeurs de valoriser, à côté des compétences techniques de leur personnel, les qualités humaines qui font la richesse de ces métiers : écoute et bienveillance auprès des personnes âgées, initiative et construction collective au sein de l'équipe de travail.

De nombreuses associations culturelles, sportives, ou de loisirs animent la vie locale dans presque tous les territoires, grandes et petites villes, communes rurales ou périurbaines. Il ne leur est sans doute pas très difficile, et elles le font souvent, d'inclure les personnes âgées dans leurs publics cibles, soit en les intégrant directement dans leurs activités dans une perspective intergénérationnelle, soit en développant des modules spécifiques qui leur soient mieux adaptés. Ces concours peuvent avoir un rôle important à jouer dans le développement du *bien vieillir*.

D'autres associations sont spécialisées dans l'aide aux plus démunis, et soutiennent à ce titre des personnes âgées dans de multiples domaines. Le changement de regard évoqué plus haut les incite à interroger leur pratique pour appréhender la personne âgée de manière globale, coopérer avec les autres intervenants qui la suivent, et construire avec elle un mode de vie qui tienne compte de ses contraintes et respecte son projet de vie.

Il nous faut enfin évoquer la place des bénévoles âgés dans nos associations et organisations citoyennes, humanitaires, écologiques ou politiques. Le rôle important des retraités dans le fonctionnement de ces collectifs n'est plus à démontrer, même s'il est partiellement compensé par l'embauche de jeunes diplômés en tant que salariés. L'occupation des positions de pouvoir par cette classe d'âge (les *baby-boomers*) dans nombre d'organisations n'est d'ailleurs pas sans poser problème. Mais les jeunes retraités vieillissent, eux aussi, et la manière dont ils sont traités à l'issue d'un engagement exigeant doit nous interroger. Comment leur permettre de passer le relais tout en restant utiles, de continuer à faire bénéficier l'organisation de leurs savoirs sans être soumis à une charge de travail incompatible avec leur *bien vieillir* ? Le même problème peut se poser à d'autres personnes impliquées, temporairement moins disponibles, qui risquent de se trouver exclues faute d'une discussion

⁸ Pas partout, heureusement ! La crise de la Covid-19 a été l'occasion de comportements de voisinage fraternels auprès de personnes âgées, s'efforçant de pallier l'absence de visite des proches.

sur le partage des tâches. Question malheureusement rarement évoquée dans des organisations polarisées par leur mission, où la réflexion sur l'organisation de l'activité est peu développée !

4. Quelles politiques publiques pour accompagner les personnes âgées ?

Là encore, une priorité s'impose : faire en sorte que les métiers de l'accompagnement des personnes âgées, et plus largement du « care », si utiles à la société dans son ensemble, soient mieux valorisés. Les pistes de progrès ont été rappelées dans les conclusions de nos enquêtes : amélioration des conventions collectives, promotion du temps choisi, formation, valorisation des acquis par l'expérience professionnelle, mobilité professionnelle entre les différents secteurs de l'aide à la personne, évolution de carrière, autant d'actions à co-construire avec les salariés du secteur, qui relèvent clairement de politiques publiques volontaristes.

Une autre population doit attirer l'attention des pouvoirs publics, en particulier des collectivités territoriales, c'est celle des aides à domicile « indépendants », intervenant pour plusieurs employeurs individuels, qui représentent une proportion importante des salariés du secteur. Ils (elles) participent largement aux métiers du grand âge sans toujours bénéficier d'une formation continue ni de possibilités de confrontations et d'échange d'expériences. Il faut créer à leur intention des lieux de regroupement comme cela se pratique localement pour les assistantes maternelles indépendantes. Ainsi pourront elles, comme leurs collègues salariées travaillant en équipe, améliorer leur pratique et participer effectivement aux évolutions professionnelles à venir.

Mais au-delà de ces mesures de court terme, il nous faut réinterroger l'organisation du secteur. Certains pays l'ont fait avant nous : le Danemark, depuis plus de 30 ans, ne construit plus de maisons de retraite. Le maintien à domicile des personnes âgées est entièrement géré par les communes, qui s'appuient sur un « conseil des anciens ». Ce système d'accompagnement de la vieillesse, qui mobilise toute la société, est probablement l'un des meilleurs qui existent, bien que les EHPAD ou leurs équivalents y soient beaucoup moins développés qu'en France.

La question du coût, a priori inférieur dans les solutions de maintien à domicile, a pu jouer dans ce choix, mais c'est le critère du *bien vieillir* qui l'a déterminé. Le parage des personnes âgées dans des « mouirois » plus ou moins sophistiqués, à l'écart de la société, n'est ni humain ni fraternel, et en plus il coûte cher⁹. Le maintien à domicile, lorsqu'il est possible, doit être privilégié, mais à deux conditions : assurer à la personne âgée une aide et un cadre de vie adaptés à son état, et surtout adopter des solutions qui ne l'enferment pas dans l'isolement et la surprotection.

C'est indéniablement à l'échelon local que les meilleures solutions peuvent être trouvées. Autour de l'EHPAD, qui reste sans doute nécessaire pour accueillir les personnes très diminuées, pourrait se créer, avec l'aide des technologies d'alerte et de surveillance, un écosystème qui permette aux personnes âgées plus ou moins dépendantes de vivre chez elles, dans un environnement intergénérationnel, mais en bénéficiant d'un certain nombre de services assurés par l'EHPAD : sécurité et surveillance médicales, repas collectifs, animations culturelles... Ces personnes ne seraient ainsi plus coupées de la vie, et pourraient vieillir en conservant, dans les domaines de leur choix, une relative indépendance et une

⁹ A noter l'excellent rendement des investissements dans les EHPAD, qui n'est sans doute pas sans lien avec la pression exercée sur les salariés dans ces établissements.

certaine utilité sociale. Le lien établi rendrait aussi moins traumatisante une éventuelle entrée en EHPAD future. Bien sûr, la constitution de ces écosystèmes ne se fera pas du jour au lendemain. Elle suppose, de la part des collectivités territoriales, une vision de long terme, qui commence notamment par l'organisation, dans les nouvelles opérations immobilières, d'un habitat qui décroïssonne, qui mélange les générations et les classes sociales, qui mutualise certains services, qui favorise l'entraide et rende les habitants de tous âges acteurs de la vie collective.

Le rapport Libault consacre à cette perspective de nombreuses propositions, en tentant d'abattre des cloisons et de lancer des ponts dans l'incroyable entrelacs des acteurs qui interviennent dans l'accompagnement des personnes âgées (départements, services de santé, préfetures, communes, associations...). Mais comment s'assurer que chacun de ces intervenants opérera les changements nécessaires s'il n'est pas aiguillonné par un acteur central, détenant la décision politique et placé suffisamment près des réalités ? Exemple parmi d'autres des nombreuses initiatives qui se développent depuis quelques années, le microprojet INTERREG, qui a accompagné trois expérimentations exemplaires, l'une dans le Bade-Wurtemberg et les deux autres dans le Bas-Rhin, met deux choses en évidence : d'abord l'intérêt — et la difficulté — d'une participation citoyenne effective, et en second lieu la nécessité d'un centre de décision politique qui pilote le projet, commune dans deux cas (urbains), et intercommunalité dans le dernier (rural). Comment déléguer à ces échelons l'initiative et le pouvoir de décision en matière d'accompagnement des personnes âgées, sans leur imposer un gymkhana administratif ?

L'objectif final est clair : il s'agit, par un nouvel acte de décentralisation, **de confier aux grosses communes urbaines et aux intercommunalités en habitat plus diffus, la compétence « grand âge »**.

Mais ce transfert de compétence est complexe, à cause de l'imbrication de multiples structures et modes de financement. On peut proposer plusieurs processus pour le préparer : échanges d'expériences systématiques entre initiatives innovantes ; mobilisation, avec un pilotage efficace, de structures existantes peu utilisées comme les communautés de professionnels de santé territoriales ou les conférences de financeurs ; loi d'expérimentation permettant une mesure précise des difficultés à surmonter.

La réflexion doit être entamée sans délai sur les voies et moyens de mettre en œuvre cette transformation incontournable.

CONCLUSION GENERALE

Deux enquêtes de terrain, menées l'une auprès des EHPAD de la région Grand Est du groupe SOS, l'autre auprès de plusieurs catégories d'employeurs de l'aide à domicile, nous ont montré à quel point les métiers du « care » devaient être reconsidérés. Constituant l'une des rares applications très pratiques du principe de fraternité, ils jouent un rôle fondamental dans la cohésion de notre société.

C'est d'abord à un changement de regard que cette étude appelle, changement de regard des décideurs politiques, mais aussi des organisations de la société civile et de l'ensemble des citoyennes et citoyens.

Il incombe à l'État d'en tirer les conséquences, en concertation avec les partenaires sociaux, sur les questions de rémunération et de statut. Mais l'indispensable réhabilitation de ces métiers va bien au-delà. C'est à un grand mouvement de décentralisation et de déconcentration qu'il faut se livrer, pour redonner le goût de travailler aux salariés et l'attractivité à leur métiers.

C'est à l'État de fixer le cadre général, en particulier en matière de droit du travail.

C'est aux employeurs et aux salariés de construire ensemble, dans le dialogue, l'organisation du travail et l'environnement dans lequel il s'inscrit.

C'est enfin aux plus bas échelons possibles de l'organisation territoriale, commune et intercommunalité, qu'il appartient de construire les nouveaux projets et de créer un écosystème favorable à une intégration effective des personnes âgées dans la vie collective. La perspective finale est claire : réserver la formule EHPAD aux personnes à la santé très dégradée, et construire, en lien ou non avec ces structures maintenues, un environnement où les personnes âgées puissent « bien vieillir », avant de « bien mourir ».