PACTE CIVIQUE

CONTRIBUTION FRANCE STRATÉGIE

QUEL MODÈLE SOCIAL POUR LES MÉTIERS DU GRAND-ÂGE ?

MAI 2020

Pacte civique

RÉSUMÉ-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'*employeurabilité*[1]. 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. 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.

[1] Capacité à exercer la fonction d'employeur.

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.

SOMMAIRE

Résumé-Conclusion ____ *i*

Introduction ____ *1*

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. Présentation du projet « Employeurabilité » ____ *5*

1. **Pacte Civique et Emploi** ____ **5**
2. **Notre projet « employeurabilité »** ____ **5**

ii. Présentation des deux enquêtes portant sur les métiers du grand-âge ____ *8*

1. **Enquête EHPAD** ____ **9**
   1.1. Les difficultés présentes et les principales causes identifiées ____ 9
   1.2. Nos propositions ____ 9
2. **Enquête « Aide à domicile »** ____ **10**
   2.1. Les problèmes rencontrés (conduisant à des difficultés de turnover et de recrutement) et les principales causes identifiées ____ 10
   2.2. Un secteur que la crise sanitaire va conduire à renforcer ____ 11
   2.3. Nos propositions ____ 11

iii. Comment chaque niveau doit prendre sa part du changement ____ *15*

1. **Changer de regard** ____ **15**
2. **Quels changements dans nos comportements individuels ?** ____ **16**
3. **Quels progrès dans le fonctionnement des organisations ?** ____ **17**
4. **Quelles politiques publiques pour accompagner les personnes âgées ?** ____ **18**

Conclusion générale ____ *20*

Annexe 1 — Statistiques Grand âge et aides à domicile 21

1. Évolution de l'âge en France 21

2. Évolution de l'âge dans l'Union européenne 21

3. Retraités en France 22

4. Aides sociales pour personnes âgées 23

5. Espérance de vie en bonne santé en France 23

6. Dépenses de santé en France 24

7. Personnes âgées dépendantes 25

8. Structures d'accueil 25

9. Secteur des services d'aide à la personne 28

10. Aides à domicile et aides ménagères 32

11. Proches aidants des personnes âgées 35

Annexe 2 — EHPAD / Restitution Enquête SOS SENIORS Grand Est / Propositions 37

1. SOS Seniors Grand Est : Difficultés de recrutement des EHPAD du Grand Est 37

1.1. Introduction — contexte 37

1.2. Rencontre le 12/9/2019 à Metz avec la Directrice de SOS Senior Grand Est, le DRH régional et la responsable du recrutement. 38

1.2.1. Les constats 38

1.2.2. Les efforts déployés 39

1.3. Journée de recrutement Pôle Emploi — SOS Senior — 26 septembre 2019 40

1.3.1. Le programme de la demi-journée 41

1.3.2. Liste des EHPAD participants 41

1.3.3. Bilan de l'opération 42

1.3.4. Conclusion de SOS Seniors sur cette opération 45

2. Synthèse générale et propositions 45

2.1. Situation à fin 2019 45

2.2. Impact de la crise sanitaire de 2020 46

2.3. Propositions — Pistes d'amélioration 46

2.3.1. Les rémunérations 46

2.3.2. Les conditions de travail et la qualité de vie au travail 47
2.3.3. L'attractivité vers de nouveaux publics et leur accueil/accompagnement 48
2.4. Autres actions plus techniques et opérationnelles sans doute aussi à mettre en place 49
2.4.1. Politique « amont » d'incitation vis-à-vis des chômeurs 49
2.4.2. Meilleur organisation des plateformes 49

Annexe 3 : Approche transversale — « Aide à domicile » ***50***

1. Introduction 50

2. Contexte de la crise sanitaire 52

3. Un secteur à consolider 52

4. Employeurabilité et attractivité 53

5. Rapport El-Khomri 53

6. Secteur associatif traditionnel : ADAPA 57

6.1. ADAPA (Association D'aide A la Personne de l'Ain) 57
6.2. Rencontre avec des responsables d'ADAPA 58
6.3. Synthèse 59

7. Secteur marchand : O_2 Care Services 60

7.1. CR Entretiens O_2 61
7.1.1. J.-F. Auclair (alors DRH du groupe) et M. Cardon (alors directeur régional idF)61
7.1.2. Entretien avec une directrice d'agence O_2 (Alexandra Pechuzal — 17/01/2020) 62
7.2. Discours « siège » sur le recrutement » (et donc argumentaire « attractivité »)64
7.3. Synthèse 65

8. Secteur « libéré » : ALENVI 66

8.1. Rencontre avec Guillaume Desnoës, l'un des fondateurs d'ALENVI 67
8.1.1. Histoire de la création de la structure 67
8.1.2. Projets 68
8.1.3. Organisation du travail 68
8.1.4. Cadre 69
8.2. Les arguments « attractivité » d'ALENVI 69
8.3. Synthèse 69

9. Synthèse générale — Propositions 70

INTRODUCTION

La crise de la COVID-19[2], qui nous touche depuis le début de l'année 2020 a **remis en cause** un grand nombre de **convictions sociétales** que nous avions 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**.

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

[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.

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* » édité 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. L**a 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

[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.

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 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 Libault[4] et du rapport El Khomri[5].

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.

---

[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 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. PRÉSENTATION DU PROJET « EMPLOYEURABILITÉ »

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 surmédiatisation, 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 IKIGAÏ.

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. PRÉSENTATION DES DEUX ENQUÊTES PORTANT SUR LES MÉTIERS DU GRAND-ÂGE

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 recoupent 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 O_2, 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, sénioriales, 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 Bürtzog 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 Buurtzorg[6]) 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.

ALENVI[7], 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 les personnes s'orientant vers des professions dont nous avons globalement davantage besoin, en les rendant bien sûr plus « attractive » ?

[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…

- 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 présent[8]. 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 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 !

[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.

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 parcage des personnes âgées dans des « mouroirs » plus ou moins sophistiqués, à l'écart de la société, n'est ni humain ni fraternel, et en plus il coûte cher[9]. 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 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 décloisonne, qui mélange les

[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.

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, préfectures, 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 GÉNÉRALE

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 ».

ANNEXE 1 — STATISTIQUES GRAND ÂGE ET AIDES À DOMICILE

1. Évolution de l'âge en France

Au 1er janvier 2020, les **personnes âgées d'au moins 65 ans** représentent **20,5 %** de la population (20,1 % en 2019 et 19,7 % en 2018), on assiste à une progression de 4,7 points en vingt ans[10]. Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec **l'arrivée à 65 ans des générations nées après-guerre**. **Entre 2000 et 2020**, **hausse de 2,4 points** pour les habitants âgés de 75 ans ou plus (qui représentent près de 10 % de la population).

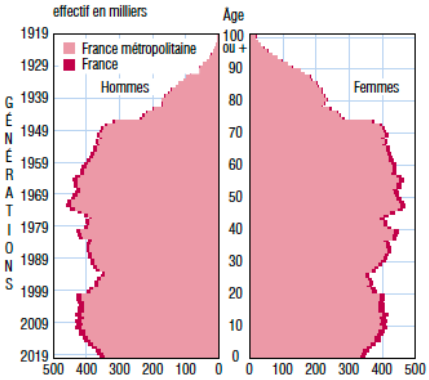
Il est prévu une population générale de 76,4 millions d'habitants en France au 1er janvier 2070. En 2040 : 28,7 % des Français auront plus de 65 ans (dû à l'amélioration de l'espérance de vie et l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations issues du baby-boom[11]).

Population par groupe d'âges en %

Au 1er janvier	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	*dont 75 ans ou plus*	Ensemble en milliers
France métropolitaine					
1946	29,5	54,5	16,0	*3,4*	40 125,2
1950	30,1	53,6	16,2	*3,8*	41 647,3
1960	32,3	51,0	16,7	*4,3*	45 464,8
1970	33,1	48,8	18,0	*4,7*	50 528,2
1980	30,6	52,4	17,0	*5,7*	53 731,4
1990	27,8	53,2	19,0	*6,8*	56 577,0
2000	25,6	53,8	20,6	*7,2*	58 858,2
2010	24,5	52,6	22,8	*8,9*	62 765,2
2014	24,3	51,2	24,4	*9,2*	64 028,0
2015	24,3	50,8	24,8	*9,3*	64 300,8
2016	24,3	50,5	25,2	*9,3*	64 468,8
2017	24,2	50,2	25,6	*9,3*	64 639,1
2018 (p)	24,0	49,9	26,0	*9,4*	64 737,8
2019 (p)	23,9	49,7	26,4	*9,5*	64 822,0
2020 (p)	23,7	49,4	26,9	*9,6*	64 898,0
France[1]					
1991	27,7	53,2	19,0	*6,6*	58 280,1
2000	25,8	53,8	20,4	*7,1*	60 508,2
2010	24,8	52,6	22,6	*8,8*	64 612,9
2014	24,6	51,2	24,2	*9,1*	66 130,9
2015	24,6	50,8	24,6	*9,1*	66 422,5
2016	24,6	50,5	24,9	*9,2*	66 602,6
2017	24,4	50,2	25,4	*9,2*	66 774,5
2018 (p)	24,3	49,9	25,8	*9,3*	66 883,8
2019 (p)	24,2	49,7	26,2	*9,4*	66 977,7
2020 (p)	24,0	49,4	26,6	*9,5*	67 063,7

1. France hors Mayotte avant 2014 et y c. Mayotte à partir de 2014.
Source : Insee, estimations de population.

Pyramide des âges au 1er janvier 2020



Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2019).

Projection de population par grand groupe d'âges en %

	Population au 1er janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

2. Évolution de l'âge dans l'Union européenne

Au 1er janvier 2018, 19**,7 % de la population avait de plus de 65 ans** (contre 16,2 % en 2003), allant de 22,6 % pour l'Italie (22,6 %) à 13,8 % pour l'Irlande[12]. Les **plus de 80 ans seront 12,6 % en 2070 et les plus de 65 % : 29,2 %** (quasi doublement pour les deux catégories par rapport à 2018).

[10] Pour comparaison, les moins de 20 ans représentent 23,7 % de la population française (-1,9 point en vingt ans) et les 20 – 59 ans : 55,8 % (-4,4 points en vingt ans).
[11] 21,3 % de moins de 20 ans prévus en 2070.
[12] En ce qui concerne les jeunes de moins de 15 ans : Irlande : 20,8 % ; France : 18,1 % ; Allemagne, Italie, Malte et Portugal : inférieur à 14 %.

Population et structure par âge dans le monde en 2018

en %

	Moins de 15 ans	15 à 64 ans	65 ans ou plus		Moins de 15 ans	15 à 64 ans	65 ans ou plus
Afrique	**40,7**	**55,8**	**3,4**	Asie méridionale orientale	25,7	67,7	6,6
Afrique orientale	42,6	54,6	2,9	Asie occidentale	28,6	65,8	5,6
Afrique centrale	45,5	51,8	2,8	**Europe**	**16,0**	**65,5**	**18,5**
Afrique septentrionale	32,7	61,8	5,5	Europe orientale	16,7	67,3	16,0
Afrique méridionale	29,8	65,0	5,2	Europe septentrionale	17,6	63,8	18,6
Afrique occidentale	43,6	53,6	2,8	Europe méridionale	14,2	65,1	20,8
Amérique latine, Caraïbes	**24,5**	**67,0**	**8,4**	Europe occidentale	15,6	64,0	20,4
Caraïbes	24,4	65,5	10,1	**Océanie**	**23,7**	**64,0**	**12,3**
Amérique centrale	27,6	65,5	6,9	Australie et Nouvelle Zélande	19,3	65,1	15,7
Amérique méridionale	23,3	67,8	8,9	Mélanésie	35,3	60,9	3,8
Amérique septentrionale	**18,4**	**65,6**	**16,0**	Micronésie	29,8	63,9	6,3
Asie	**23,9**	**67,8**	**8,3**	Polynésie	30,0	63,2	6,8
Asie orientale	17,3	70,4	12,3	**Monde**	**25,8**	**65,4**	**8,9**
Asie centrale méridionale	28,3	65,9	5,8				

Source : ONU (Demographic Yearbook 2018).

3. Retraités en France

À la fin de 2017, **16,2 millions de personnes étaient retraitées** (+0,7 % par rapport à 2016, soit +108 000 personnes et +360 000 par rapport à 2010). La principale cause du ralentissement est la **réforme des retraites qui repousse l'âge de départ**.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse recense **13,4 millions de bénéficiaires avec un montant moyen de 1 422 € brut** (soit 1 311 € net)[13] (complémentaires comprises, un peu plus de 1 000 € de retraite de base et monte jusqu'à 1 750 €, pension de réversion incluse), 1 096 € en moyenne pour les femmes et 1777 € pour les hommes. **455 000 personnes reçoivent le minimum vieillesse**, que ce soit l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV : 547,58 € pour une personne seule et 722,31 € pour un couple) ou l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA : 833,20 € et 1293,54 € respectivement).

Les **produits d'épargne retraite individuels** concernent **3,1 millions d'adhérents,** dont 2,3 millions d'adhérents pour les seuls plans d'épargne retraite populaire (PERP). Aujourd'hui, 958 000 rentes sont versées.

Les encours de retraite sont de 228,9 milliards d'euros à fin 2017.

Prestations de vieillesse-survie par régime

en milliards d'euros

	2017	2018 (p)	18/17 en %
Vieillesse-survie	**331,1**	**339,0**	**2,4**
Vieillesse	292,3	299,8	2,6
dont : régime général	*106,2*	...	...
régimes complémentaires	*76,8*	...	...
administrations publiques locale et centrale	*57,5*	...	...
Survie	38,7	39,2	1,1

Source : Drees, comptes de la protection sociale.

Pensions mensuelles de droit direct brutes

en euros courants

Au 31 décembre	2005	2010	2017
Montant moyen par retraité (en euros)	1 100	1 257	1 422
Évolution annuelle du montant (en %)	3,2	1,9	2,1
Évolution du montant corrigé de l'inflation annuelle (en %)[1]	1,6	0,1	0,9

1. Corrigé de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, y c. tabac, pour la France, en glissement annuel au 31 décembre de l'année.
Champ : retraités ayant perçu un droit direct au cours de l'année n, résidant en France ou à l'étranger, vivants au 31 décembre de l'année ; tous régimes confondus.
Note : y c. majoration pour enfants.
Source : Drees, EACR, EIR, modèle ANCETRE.

[13] Une hausse de 2,1 % en euros courants et 0,9 % en euros constants.

4. Aides sociales pour personnes âgées

Au 31 décembre 2018, **2,0 millions de mesures d'aide sociale étaient versées aux personnes âgées ou handicapées par les départements**, dont 1,5 million de prestations pour les personnes âgées et 1,3 million au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Barèmes des minima sociaux

valeurs mensuelles en euros

Au 1er avril 2019	Montants maximaux[1]	Plafonds de ressources
Allocation pour demandeur d'asile (ADA)[2]	206,83	206,83
Allocation temporaire d'attente (ATA)[3]	358,61	RSA
Allocation de solidarité spécifique (ASS)	509,18	1 171,80
Revenu de solidarité (RSO), allocation spécifique aux DROM	527,20	937,44
Revenu de solidarité active (RSA)	559,74	559,74
Allocation veuvage (AV)	616,65	770,82
Minimum invalidité[4]	705,88	723,25
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	860,00	860,00
Minimum vieillesse (ASPA)[5]	868,20	868,20
Allocation équivalent retraite de replacement (AER-R)[6]	1 100,17	1 736,16

1. Montant maximal sur un mois « moyen » calculé (365 jours/12) pour l'ADA, l'ATA, l'ASS et l'AER-R. 2. Le montant et le plafond sont majorés de 7,40 euros par jour (soit 225,08 euros par mois) pour chaque adulte ayant accepté l'offre de prise en charge, manifesté un besoin d'hébergement et n'ayant pas accès gratuitement à un hébergement ou à un logement à quelque titre que ce soit. 3. Le plafond de l'ATA correspond au montant forfaitaire du RSA selon la composition familiale. 4. Le minimum invalidité correspond à la somme de la pension d'invalidité minimale et de l'allocation supplémentaire invalidité (ASI). 5. Depuis 2006, l'allocation de solidarité pour personnes âgées (ASPA) remplace les diverses prestations composant le minimum vieillesse. 6. Allocation supprimée à compter du 1er janvier 2011 excepté pour les personnes qui en bénéficiaient déjà à cette date.
Note : barèmes pour une personne seule sans enfant.
Source : Législation.

Prestations d'aide sociale départementale

en milliers

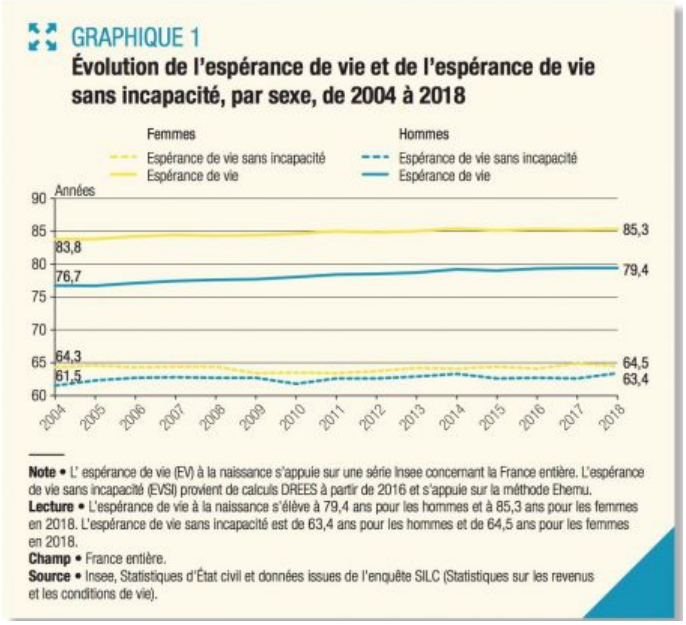
Au 31 décembre	2017 (r)	2018 (p)	18/17 (p) en %
Allocataires du RSA « socle », RSO[1]	1 886,0	1 889,0	0,2
Aide aux personnes âgées	1 452,4	1 466,9	1,0
Aide aux personnes handicapées	531,7	545,8	2,7
Aide sociale à l'enfance	344,1	354,9	3,1

1. Nombre de foyers allocataires du revenu de solidarité active (RSA) hors RSA jeunes. Champ : France hors Mayotte. Note : sont dénombrés ici les bénéficiaires d'une aide sociale, c'est-à-dire les personne ayant un droit ouvert à la prestation au 31 décembre de l'année, hormis pour l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Dans ce cas, ce sont les personnes payées au titre du mois de décembre qui sont dénombrées. Les totaux des aides comportent des doubles comptes car une même personne peut bénéficier de plusieurs aides.
Sources : CCMSA ; Cnaf ; Drees, enquêtes Aide sociale.

5. Espérance de vie en bonne santé en France

L'espérance de vie en bonne santé est le nombre moyen d'années de bonne santé que l'on peut espérer vivre au sein de l'espérance de vie (EV) dans les conditions médicales, sociales et sanitaires du moment. C'est un indicateur d'espérance de santé qui combine à la fois des informations sur la mortalité et sur la santé fonctionnelle. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique ayant ou n'ayant pas de limitations dans les activités usuelles et les taux de mortalité par sexe et âge (INSEE). L'EVBS est de 63,1 ans dans l'Union Européenne et de **64,5 ans en France pour les femmes** et respectivement de 63,3 ans et de **63,4 ans pour les hommes** (données 2017). Elle a tendance à augmenter pour les hommes depuis 10 ans (+ 1 an) et de légèrement diminuer pour les femmes (-0,4 ans).

Un autre mode de calcul consiste à ne prendre en compte que les personnes âgées de plus de 65 ans et de calculer leur espérance vie en bonne santé. **Elle est de 11,2 ans pour les femmes (76,2 ans) et 10,1 (75,1 ans) pour les hommes**. **Cette méthode ne prend pas en compte les personnes déjà malades ou en perte d'autonomie avant 65 ans**.



La catégorie socio-professionnelle joue également un rôle : **13 années d'espérance de vie séparent les travailleurs les plus aisés des travailleurs les plus pauvres**.

L'indicateur de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans s'inscrit dans une tendance à la hausse depuis dix ans avec un gain de 1 an et 2 mois pour les femmes et 1 an et 5 mois pour les hommes, ce qui traduit un recul de l'âge d'entrée en incapacité des personnes ayant atteint 65 ans. Ce phénomène pourrait être expliqué par une plus grande survie des personnes par rapport au grand âge et à la maladie (et qui vivent avec des séquelles fonctionnelles). Il se peut aussi qu'un nombre accru de personne se perçoive comme ayant un état de santé fonctionnel dégradé, ou qu'il y ait une réelle dégradation[14].

Les années de vie additionnelles sur ces deux décennies se sont accompagnées de troubles fonctionnels mais pas nécessairement de situation de dépendance. Certaines maladies chroniques étaient autrefois mortelles (par exemple le SIDA ou certains cancers), l'évolution de la médecine permet à ces personnes de vivre mieux plus longtemps[15].

6. Dépenses de santé en France

Les **dépenses courantes de santé au sens international** (DCSi) représentaient **17 % du PIB** de la France en 2017. Les dépenses plus élevées étaient dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques.

En 2018, la **consommation de soins et biens médicaux** (CSBM) avait une croissance en valeur de 1,5 % (203,5 milliards d'euros, soit **8,6 % du PIB** ou 3 037 euros par habitant) essentiellement dû à la

[14] Plus on est aisé, plus l'espérance de vie est élevée. Parmi les 5 % les plus aisés, l'espérance de vie à la naissance des hommes est de 84,4 ans, contre 71,7 ans parmi les 5 % les plus pauvres, soit 13 ans d'écart. Chez les femmes, cet écart est plus faible : 8 ans séparent les plus aisées des plus pauvres.

[15] En France, l'espérance de vie s'établit à 79,4 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes en 2017. La moyenne européenne pour l'espérance de vie à la naissance s'établit à 78,3 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes.

décélération des soins hospitaliers, les **soins de ville** ne représentant que **25 % des dépenses**. Le **reste à charge moyen est de 7 %** des dépenses des ménages (soit 14,3 milliards d'euros ou **210 € par an et par habitant**). **Il s'agit du taux le plus faible de l'OCDE**. Les **organismes complémentaires** comptent pour **13,4 %** des dépenses.

Consommation de soins et de biens médicaux
en milliards d'euros courants

	2006	2018	18/17 en %
Soins hospitaliers	**70,5**	**94,5**	**0,8**
Secteur public	54,4	73,0	0,8
Secteur privé	16,2	21,5	0,7
Soins ambulatoires	**83,3**	**109,0**	**2,1**
Soins de ville	39,3	55,0	2,9
dont : médecins et sages-femmes[1]	*17,1*	*21,1*	///
auxiliaires médicaux	*8,7*	*16,1*	*3,7*
dentistes	*9,1*	*11,4*	*1,4*
analyses de laboratoires	*3,9*	*4,4*	*– 1,3*
cures thermales	*0,3*	*0,4*	*– 0,7*
Médicaments en ambulatoire	31,5	32,7	– 0,2
Autres biens médicaux en ambulatoire	9,4	16,1	4,3
Optique	4,4	6,4	4,6
Prothèses, orthèses, VHP[2]	1,6	3,2	5,7
Matériels et pansements	3,3	6,5	3,4
Transports de malades	3,1	5,1	2,6
Consommation de soins et de biens médicaux	**153,9**	**203,5**	**1,5**

1. Les montants des dépenses de soins de médecins généralistes, de soins de médecins spécialistes et de contrats et autres soins ne sont pas directement comparables entre 2017 et 2018 compte tenu des différentes évolutions affectant en 2018 les dépenses versées au titre des rémunérations forfaitaires des médecins.
2. Véhicules pour handicapés physiques.
Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

Effectifs de la fonction publique hospitalière
en milliers

Au 31 décembre	2016 (r)	2017
Hôpitaux	1 038,4	1 037,1
Établissements médicaux sociaux[1]	148,6	150,5
Total	**1 187,0**	**1 187,7**
dont bénéficiaires de contrats aidés	*21,6*	*14,2*

1. Y c. établissements d'hébergement pour personnes âgées.
Champ : France hors Mayotte, postes principaux non annexes, y c. contrats aidés.
Source : Insee, Siasp.

7. Personnes âgées dépendantes

Fin 2017, les départements avaient octroyé 1,5 million de mesures d'aide sociale aux personnes âgées de 60 ans ou plus, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) comptant pour 90 %. Les dépenses annuelles des départements étaient de 5,9 milliards d'euros en 2017. **L'APA à domicile était versée à 768 800 personnes, soit 59 % de l'ensemble des bénéficiaires de cette allocation, moins dépendants que ceux en établissement :**

- **19 % des personnes à domiciles sont classés très dépendants en GIR 1 ou 2**[16] (contre **59 % des bénéficiaires vivant en établissement**). Les GIR 1 et 2 représentent 49 % du total des aides versées ;
- 23 % sont évalués en GIR 3 (18 % en établissement) ;
- 58 % des bénéficiaires sont classés en GIR 4 (23 % en établissement). Les GIR 3 ou 4 représentent 34 % au total des allocataires ;
- 17 % des bénéficiaires sont classés GIR 5 ou 6

8. Structures d'accueil

[16] Groupe isoressources (GIR) selon la grille AGGIR : GIR 1 à 2 : état de dépendance totale ou sévère ; GIR 3 à 4 : état de dépendance légère ou modérée ; GIR 5 : état de dépendance très légère ; GIR 6 : Personnes totalement autonomes.

Aujourd'hui sur notre territoire, nous comptons plus de 1,5 million de personnes dites dépendantes, dont 55 % d'entre elles en dépendance totale. Selon l'INSEE, dans dix ans le nombre de personnes de plus de 85 ans représentera 2 millions d'individus en France.

Elles sont davantage orientées vers la prise en charge de la dépendance. 728 000 personnes âgées résident en institution en France (5,7 % des personnes âgées de 65 ans et plus). Les **établissements publics de retraite représentent 600 000 lits**, alors que les 30 principaux groupes privés comptent quant à eux un peu plus de 85 000 places. Fin 2017, **594 700 lits** étaient proposés en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (**EHPAD**), contre **27 000** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (**EHPA**) n'ayant pas le statut d'EHPAD. La répartition en pourcentage est la suivante : **EHPAD : 80 %** ; Résidences autonomie : 12 % ; Unités de soins de longue durée : 7 % et EHPA non-EHPAD : 1 %.

En 2018, la **dépense de soins de longue durée** aux personnes âgées s'élève à **11,3 milliards d'euros**, dont 9,6 milliards d'euros pour les personnes âgées vivant en établissement (85 % du total) qui se subdivisent en 90 % des dépenses en établissements d'hébergement et 10 % en soins en USLD. Les **établissements d'accueil publics** représentent **41 % de la dépense totale** et les établissements privés (à but lucratif ou non) 36 % du total. **Depuis 2012, la part des dépenses des établissements publics recule au profit des établissements privés, qu'ils soient ou non à but lucratif**.

La taille des établissements est hétérogène avec environ **10 % des établissements qui offrent moins de 40 places d'hébergement complet** et 10,3 % des EHPAD qui disposent de plus de120 lits. **35,2 % des lits du secteur public sont installés dans des établissements de 120 places ou plus**.

45 % des EHPAD sont public, 31 % à but non lucratif et 24 % à but lucratif. Parmi ces derniers se trouvent trois groupes français :

- **Korian**, groupe qui proposant des services de soins et d'accompagnement pour les seniors dont des maisons de retraites, cliniques spécialisées, résidences services et des offres de soins à domicile présent dans quatre pays. Il gère 288 établissements en France, soit 23 900 lits ;
- **Orpea**, groupe spécialisé dans la prise en charge de la dépendance, présent dans dix pays. Il gère 352 établissements en France, soit 32 688 lits ;
- **Domus Vi**, groupe gérant des résidences médicalisées, résidences non médicalisées, des agences d'aide et soin à domicile et des cliniques psychiatriques. Il gère 187 établissements, soit 15 034 lits.

Parmi les EHPAD gérés par le secteur privé à but non lucratif, 70 % l'étaient par des associations, 10 % par des mutuelles, 3 % par des fondations. Les principaux acteurs de l'ESS sont la **fondation Partage et Vie** et les associations **GROUPE SOS Seniors** et **ARPAVIE**. Ces trois groupes font partie des **dix principaux gestionnaires d'EHPAD au niveau national**. Les acteurs de l'ESS bénéficient également de réseaux et de fédérations dont les principales sur le champ des EHPAD sont la FEHAP, l'UNIOPSS, la FNMF, la FNADEPA et l'AD-PA.

Les tarifs conventionnés varient de 53,7 à 64,2 euros par jour (fin 2015). 93 % des EHPAD publics sont habilités *aide sociale* (contre 4 % des EHPAD à but lucratif). Sans habilitation, les tarifs varient de 56,2 à 79,8 par jour. En 2018, le prix médian d'une chambre individuelle en EHPAD s'élève à 1 977 € par mois, soit 24 € de plus (+ 1,22 %) que celui constaté en 2017.

C'est un secteur qui regroupe **500 000 salariés** (430 000 équivalents temps plein) et très féminin (**87 % de femmes**, dont 93 % d'aide-soignantes, 92 % d'infirmières, 66 % de directrices d'établissements, 59 % d'employées de services généraux et 38 % médecins). Le taux d'encadrement est diversement élevé, allant (pour 100 places et en ETP) de 103 en USLD à 13 en résidences autonomie (63 en EHPAD et 38 en EHPA). C'est un secteur qui a aussi beaucoup de difficultés de recrutement. **44 % des EHPAD ne recrutent pas le personnel qu'ils souhaitent**, en particulier les aide-soignants (9 %) et les médecins coordinateurs (10 % de carence de recrutement).

Depuis 2009, **le nombre de lits en EHPA a fortement diminué (-8,5 % par an en moyenne). Le nombre de lits en EHPAD a augmenté (+ 2,0 % par an en moyenne)**. Ce changement s'explique en premier lieu par des transferts entre EHPA et EHPAD et des **conversions d'unités de soins de longue durée** (USLD) en EHPAD, ainsi que par un facteur démographique : **la proportion de personnes âgées très dépendantes** (GIR 1 et 2), **qui nécessitent un accompagnement médical plus conséquent, s'accroît** au sein de la population hébergée en institutions. Il y a 10 600 établissements d'hébergement pour personnes âgées en France.

On estime qu'il y aura **4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050**, soit **16,4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus** (contre 15,3 % en 2015) et alors qu'il représenteront 33 % de la population générale (21 % en 2000). Les personnes très dépendantes représenteront alors 4,3 % de la population des 60 ans ou plus (contre 3,7 % en 2015). Entre 2005 et 2050, la population des plus de 65 ans connaîtra une hausse de 80 %. Passant alors de 10 millions de personnes à 18 millions.

À ce jour, 35 % ont plus de 90 ans et 75 % sont des femmes. Les résidents souffrent généralement de la maladie d'Alzheimer (55 %), ainsi que d'hypertension artérielle (49 %). 35 % souffrent d'une maladie neurodégénérative. 47 % des établissements ont une unité Alzheimer, 2 % un PASA (pôle d'activités et de soins adaptés) et 3 % une UHR (unité d'hébergement renforcée).

Aides :

- 66 % pour se lever, se coucher, s'asseoir ;
- 86 % pour s'habiller ;
- 75 % pour se déplacer à l'intérieur ;
- 70 % pour s'alimenter ;
- 93 % pour faire leur toilette ;
- 77 % pour se repérer dans le temps et l'espace ;
- 78 % pour aller aux toilettes ;
- 83 % ont besoin d'aide pour s'exprimer.

Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées

en millions d'euros

	2008	2017	2018
Soins en établissements pour personnes âgées	**6 246**	**9 347**	**9 596**
Évolution (en %)	14,3	2,2	2,7
Unités de soins de longue durée (USLD) dans les hôpitaux	1 318	976	997
Soins en EHPA - EHPAD	4 928	8 372	8 599
Établissements publics	2 813	4 440	4 573
Établissements privés[1]	2 115	3 932	4 026
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	**1 211**	**1 641**	**1 655**
Évolution (en %)	9,5	2,7	0,9
Total des soins de longue durée aux personnes âgées	**7 457**	**10 988**	**11 250**
Évolution (en %)	13,5	2,3	2,4

1. Regroupe les établissements privés à but lucratif et à but non lucratif.
Note : les évolutions sont calculées par rapport à l'année précédente.
Source : Drees, comptes de la santé.

Répartition des bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance en 2017

en %

Au 31 décembre	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total
À domicile	2	17	23	58	100
En établissement	16	43	18	23	100

Champ : France hors Mayotte.
Source : Drees, enquête Aide sociale.

Capacités des établissements d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places en SSIAD

en nombre de lits

	2009	2018	Évolution annuelle moyenne 2018/2009 en %
USLD	47 966	(e) 31 302	– 4,6
EHPA	59 966	27 020	– 8,5
EHPAD	496 237	594 684	2,0
SSIAD	108 181	127 117	1,8

Source : Drees, comptes de la santé à partir de données Cnam, SAE.

L'âge moyen à l'entrée dans un établissement est de 85 ans et 2 mois en 2015 (contre 84 ans et 5 mois en 2011). La durée moyenne de résidence dans l'établissement se répartit comme suit :

- Décès en établissement : 3,3 ans (50 % des résidents) ;
- Décès en hospitalisation : 3,1 ans (16 % des résidents) ;
- Départ vers une autre structure : 1,1 an (19 % des résidents) ;
- Retour à domicile : 5 mois (15 % des résidents).

Les démarches administratives nécessaires aux projets de construction d'EHPAD expliquent le décalage entre l'offre et la demande. Pour chaque projet, une autorisation d'ouverture doit être octroyée. **Pas moins de cinq intervenants sont sollicités**, le ministère concerné, la Direction Générale de l'Agence de Santé, le préfet et le Président du Conseil Général. Le financement de la dépendance par des subventions devient ardu pour les finances publiques.

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

9. Secteur des services d'aide à la personne

Le secteur des services à la personne (non restrictifs aux personnes âgées) pèse environ **20 milliards d'euros** dans l'économie française, pour un total d'environ **1 milliard d'heures rémunérées**. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour **personnes âgées dépendantes** représentent environ **60 % des heures rémunérées** du secteur, tous acteurs employeurs confondus. Ils constituent le **domaine d'intervention historique des associations et organismes publics** (57 % et 56 % respectivement des heures effectuées par les acteurs de l'ESS et les acteurs publics étaient destinées aux personnes âgées en 2014).

Dans ce segment cohabitent, à côté des **acteurs privés lucratifs** (O_2, Ologi, Vitalliance…), des **acteurs de l'ESS** (Adessa Domicile, UNA, Siel Bleu, des PTCE, etc.). L'aide à domicile, **historiquement** couverte

en majorité par des **associations à but non lucratif** et les **opérateurs publics**, est de plus en plus investie par des sociétés privées.

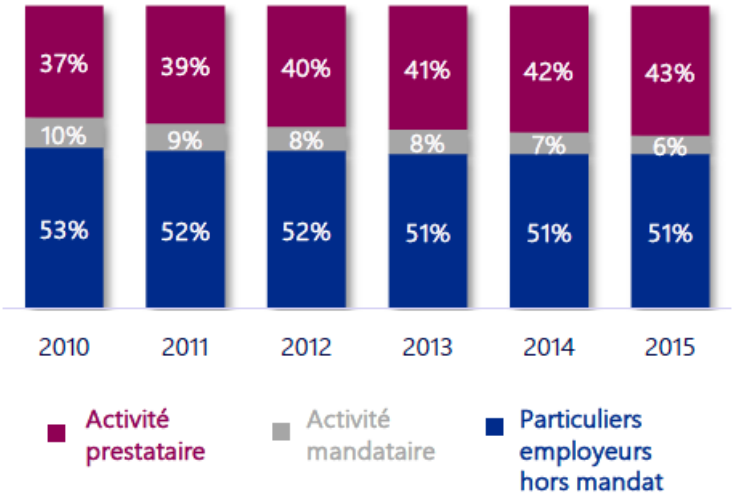
Dans le cadre des entreprises d'aide à la personnes, il est important de faire le distinguo entre, d'un côté, **association prestataire** (pour laquelle le client paie association, plus cher) et **association mandataire** (particulier employeur). Un travail est aussi à faire sur l'employeurabilité du client quant à sa relation avec ses employés ou les intervenants.

	Prestataire	Mandataire
Employeur	Association	Usager
Choix de l'intervenant	Association	Usager
Choix des créneaux d'intervention	Usager	Usager
Rédaction et signature du contrat de travail de l'intervenant	Association	Usager (aidé par l'association)
Bulletins de salaire et congés payés	Association	Association
Surcoûts à la fin du contrat	Non	Indemnités de licenciement
Gestion des remplacements lors des congés ou maladie	Association (sans surcoût)	L'association (prime de précarité : 10 %)
Déductions fiscales	Oui	Oui (y compris sur les frais de gestion)
Référent en cas de litige	Responsable de secteur	Association n'a qu'un rôle de conseil
Convention collective appliquée	Aide à domicile	Particulier employeur
Types de salariés	Agents à domicile, employées à domicile, Auxiliaires de vie sociale	Employées de maison, assistantes de vie, gardes malade de nuit, gardes d'enfants

	Prestataire	Mandataire
Avantages	Démarches simplifiées L'association est employeur (responsable des prestations) Remplacement de l'intervenant en cas d'absence ou de conflit	Coût horaire inférieur Choix du salarié et de ses horaires Remplacement possible sur demande
Inconvénients	Coût horaire supérieur Modifications horaires ou intervenant en cas de problème	Responsabilité d'employeur totale

L'activité prestataire reste encore majoritairement délivrée par les **associations** : elles assuraient **57 % des heures rémunérées en 2014**. Mais leur **volume d'heures diminue** de manière constante (-2 % en 2014 par rapport à 2013, - 3,2 % en 2013 par rapport à l'année précédente). Ce recul profite aux prestataires privés, dont le volume d'heures rémunérées croît à un rythme élevé (+ 9,1 % en 2014 par rapport à 2013, + 8,3 % en 2013 par rapport à l'année précédente). La part de marché des entreprises privées s'élevait à **32 % en 2014**. Les **grands acteurs nationaux tels que Vitalliance, Auxi'Life, Amelis, Générale des Services, O_2, Petits Fils, Pro Seniors et Senior compagnie dominent le secteur**. Ces entreprises sont **spécialisées dans le service à domicile de personnes dépendantes**.

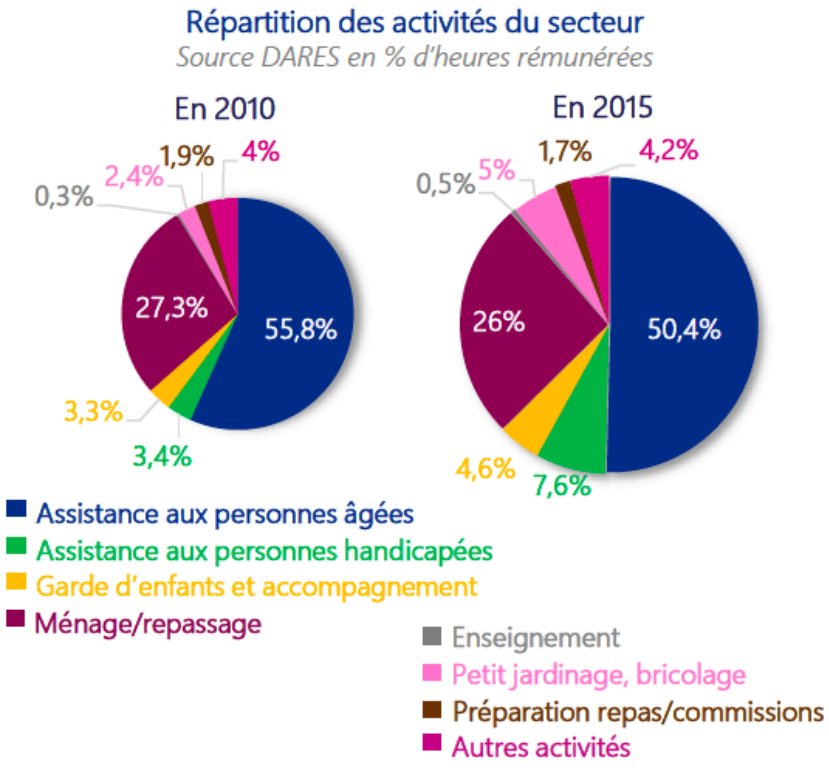
Part des heures rémunérées dans le secteur par modalité d'intervention entre 2010 et 2015
Source DARES



Les associations s'inscrivent dans une logique de décrochage depuis l'adoption de la loi du **26 juillet 2005** relative au développement des services à la personne (« loi Borloo »). Cette loi acte **l'entrée des services à la personne dans la sphère marchande** et par conséquent leur ouverture aux entreprises privées lucratives qui représentent, à peine dix ans plus tard, un tiers du chiffre d'affaires du secteur.

Des différences de positionnement entre acteurs conventionnels et de l'ESS peuvent être relevées :

- Les **entreprises privées lucratives** ont concentré principalement leurs interventions dans les **grands centres urbains**. Autre caractéristique de ces acteurs : une offre qui **cible préférentiellement une demande solvable et une offre de services d'emblée diversifiée** incluant soins de beauté (coiffure, manucure…), accompagnement aux déplacements (sorties culturelles, shopping…), garde d'animaux de compagnie, etc.
- Les **associations** ont longtemps fait le choix d'un modèle **d'intervention résolument axé sur une non-sélectivité des bénéficiaires et la réponse aux besoins de toutes les personnes âgée**s, y compris les moins favorisées. Cette volonté restreint la marge de manœuvre des acteurs de l'ESS, car elle se traduit par une fragilité budgétaire plus importante. Autre élément pouvant expliquer les difficultés du secteur associatif : la fiscalité. **Non éligibles au CICE** (crédit d'impôt compétitivité emploi), co**ntrairement aux entreprises non-ESS, les associations se sont trouvées en situation défavorable en dépit de certaines mesures de compensation** (abattement sur la taxe sur les salaires). La mise en place d'un CITS à partir de 2017 corrige cette situation.



Le segment des SAAD pour personnes âgées pourrait conserver une **dynamique positive** dans les prochaines années grâce aux **perspectives démographiques** et à **l'augmentation des besoins**. Les services continueront en effet à 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.

Les services pour personnes vulnérables	Les services pour tout type de personnes	
▪ Garde d'enfants de moins de 3 ans à leur domicile	▪ Entretien de la maison et travaux ménagers	▪ Assistance administrative à domicile
▪ Accompagnement des enfants de moins de 3 ans en dehors de leur domicile	▪ Petits travaux de jardinage	▪ Téléassistance et visio-assistance
▪ Assistance dans les actes quotidiens ou aide à l'insertion sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques	▪ Garde d'enfants de plus de 3 ans à domicile	▪ Interprète en langue des signes
▪ Conduite du véhicule des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives	▪ Accompagnement des enfants de plus de 3 ans en dehors de leur domicile	▪ Conduite du véhicule personnel au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives des personnes pour les personnes qui ont besoin de manière temporaire
▪ Accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques, dans leurs déplacements en dehors de leur domicile	▪ Soutien scolaire à domicile	▪ Accompagnement des personnes qui ont besoin temporairement d'une aide personnelle dans leurs déplacements hors de leur domicile
	▪ Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes	▪ Assistance aux personnes qui ont besoin temporairement d'une aide personnelle à leur domicile,
	▪ Livraison de repas à domicile	▪ Coordination et délivrance des services mentionnés ci-dessus.
	▪ Assistance informatique à domicile	
	▪ Soins et promenades pour les personnes dépendantes	
	▪ Maintenance, entretien et vigilance temporaires, à domicile, de la résidence principale et secondaire	

10. Aides à domicile et aides ménagères

Nous avions **1,99 million de particuliers employeurs** dont 1,4 million qui utilisait le CESU déclaratif (6 millions de ménages se déclarent demandeurs de Services à la personne, plus de 300 000 foyers sont à la recherche d'une solution de garde pour leur enfant). Le secteur emploi **733 300 salariés** déclarés par les particuliers employeurs qui ont distribué **806 millions d'euros en CESU** préfinancé par les entreprises, les collectivités et l'État en 2014 à **958 000 bénéficiaires (y compris autoentrepreneurs)**. 50 000 entreprises et collectivités cofinancent des CESU à leurs salariés. Ce secteur a **créé** plus de **390 000 emplois** depuis 2005.

Tableau 8 – Principaux secteurs employeurs des aides à domicile et aides ménagères

En %

Secteurs employeurs	2012-2014
Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement	63
Activités des ménages en tant qu'employeurs ou en tant que producteurs pour usage propre	22
Administration publique	5
Autres secteurs	10

Source : enquêtes Emploi, Insee, moyenne annuelle sur les années 2012 à 2014, traitement Dares.

Les **aides à domicile et aides ménagères** travaillent le plus souvent auprès de personnes âgées[17], handicapées ou de familles. **536 000 personnes** exercent spécifiquement ce métier. Leur part dans l'emploi régional est particulièrement importante en Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, et moindre en Île-de-France.

C'est une **profession quasi exclusivement féminine** (à 97 %). Bien que les emplois se soient fortement développés, les **titulaires sont plutôt âgés** : 43 % des aides à domicile et aides ménagères sont âgées de 50 ans ou plus, contre 29 % parmi l'ensemble des métiers. Les jeunes de moins de 30 ans n'occupent qu'un emploi sur dix.

Les titulaires de ces emplois sont **globalement peu diplômés** : 44 % ne disposent d'aucun diplôme et 38 % sont diplômés d'un CAP ou d'un BEP. Les moins de 30 ans sont un peu plus diplômés, mais seuls 30 % d'entre eux possèdent un diplôme de niveau supérieur ou égal au baccalauréat.

Tableau 4 – Principales spécialités de diplôme des aides à domicile et aides ménagères de moins de 30 ans ayant achevé leurs études et possèdant au moins un diplôme de niveau CAP ou BEP

En %

Spécialités de formation	2012-2014
Spécialités plurivalentes sanitaires et sociales	31
Travail social	13
Commerce, vente	7
Santé	7

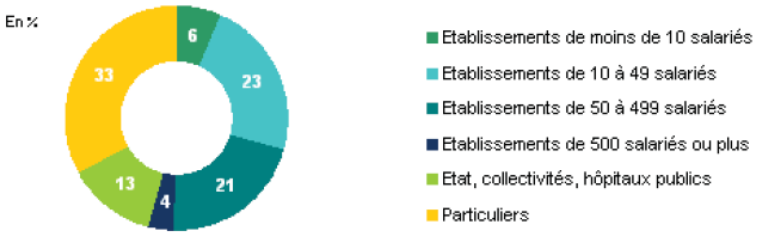
Source : enquêtes Emploi, Insee, moyenne annuelle sur les années 2012 à 2014, traitement Dares.

Les aides à domicile et aides ménagères sont à **86 % en contrat ou emploi à durée indéterminée** et à 13 % en contrat à durée limitée. Seul **1 % d'entre eux sont intérimaires**. Le **temps partiel** (72 %) et la part du **sous-emploi** (30 %) sont très importants. **Travailler le week-end est également fréquent** : 58 % exercent le samedi et 41 % le dimanche.

Un tiers des aides à domicile et aides ménagères travaillent pour des **particuliers**, **29 % sont salariés d'un établissement de moins de 50 salariés** et **13 % relèvent de l'État**, des collectivités, ou des hôpitaux publics.

[17] Il y a en France 1,5 million de personnes en situation de dépendance et 15,6 % de la population aura plus de 75 ans en 2050.

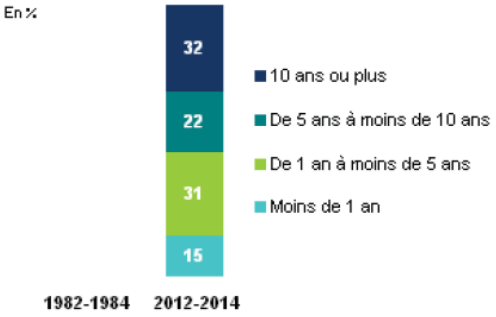
Graphique 9 – Catégorie d'employeurs pour les aides à domicile et aides ménagères salariés



Source : enquêtes Emploi, Insee, moyenne annuelle sur les années 2012 à 2014, traitement Dares.

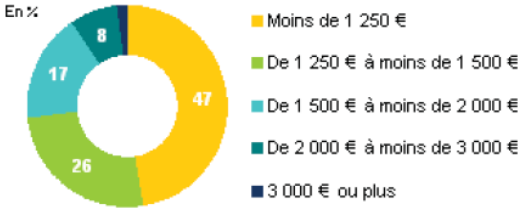
Les **salaires sont bas** : parmi les aides à domicile et aides ménagères travaillant à temps complet, **47 % perçoivent un salaire mensuel net inférieur à 1 250 €.**

Graphique 6 – Ancienneté dans l'entreprise des aides à domicile et aides ménagères



Source : enquêtes Emploi, Insee, moyenne annuelle sur les années 1982 à 1984 et 2012 à 2014, traitement Dares.

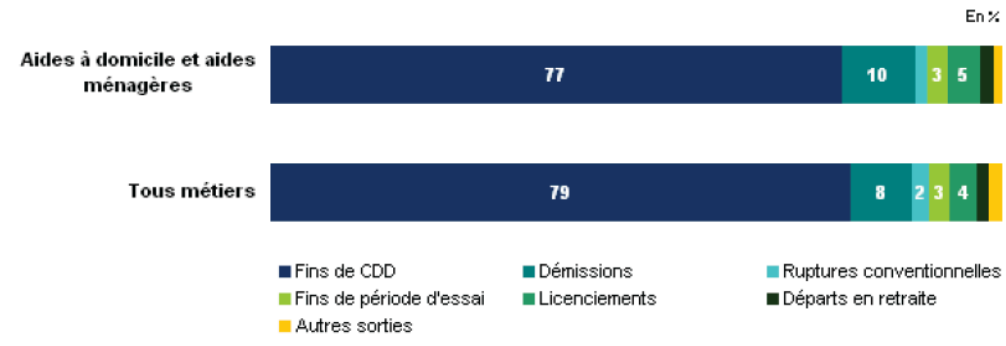
Graphique 8 – Salaire mensuel net des aides à domicile et aides ménagères salariés à temps complet (hors apprentis et stagiaires)



Source : enquêtes Emploi, Insee, moyenne annuelle sur les années 2012 à 2014, traitement Dares.

Malgré une forte hausse ces dernières années, **le nombre de demandeurs d'emploi inscrits sur les listes de Pôle emploi à la recherche d'un poste d'aide à domicile ou aide ménagère reste relativement peu élevé par rapport au nombre de personnes exerçant ce métier**. Une **partie non négligeable d'offres d'emploi, notamment auprès des particuliers employeurs, ne passent cependant pas par Pôle emploi**.

Graphique 12 – Sorties des aides à domicile et aides ménagères en 2014

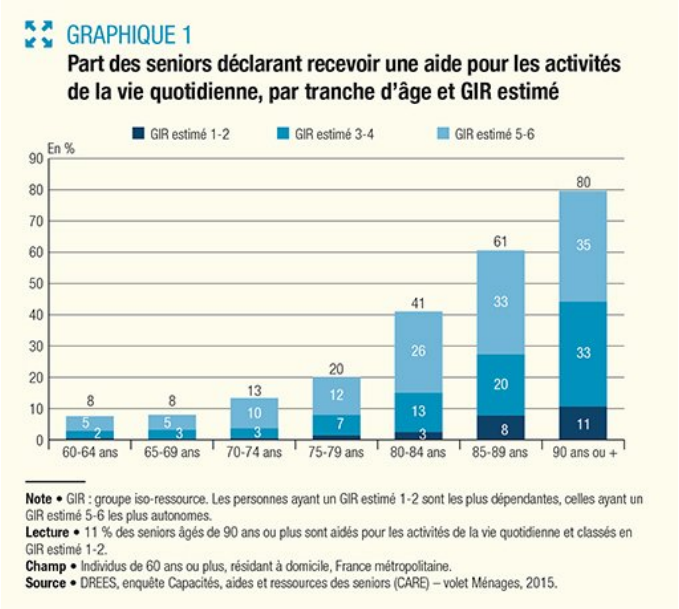


Source : DMMO-EMMO 2014, Dares.

11. Proches aidants des personnes âgées

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.

Près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage, tandis que **19 % le sont uniquement par des professionnels**, le tiers restant recevant une aide mixte, c'est-à-dire à la fois par des aidants professionnels et de l'entourage. Alors que les seniors les plus autonomes sont aidés en majorité uniquement par leur entourage, l'aide mixte devient prépondérante pour les plus dépendants. **Trois millions de proches déclarent aider une personne âgée** de 60 ans ou plus vivant à domicile lui apportent une aide régulière, **720 000** le sont auprès de seniors **résidant en établissement** pour personnes âgées. **53 % des proches aidants sont des enfants du senior, dont 8 % cohabitent avec lui**. Un aidant sur deux est retraité. 3 203 000 de proches apportent un soutien moral à domicile (115 000 en institution) et 473 000 apportent un aide financière ou matérielle (194 000 en institution)[18].



Un senior aidé sur deux déclare un seul aidant. Quand les seniors sont aidés par un membre de l'entourage, **87 % d'entre eux le sont au moins par le conjoint ou les enfants**. Environ une femme aidée sur cinq et presque un homme aidé sur deux le sont uniquement par leur conjoint. **Le nombre d'aidants augmente avec le niveau de dépendance**.

La **moitié des seniors** les plus dépendants sont aidés **plus de 53 heures par semaine**, contre moins de 4 heures pour la moitié des plus autonomes.

[18] Base 3,9 millions de proches aidants de seniors vivant à domicile, 721 000 proches aidants de seniors vivant en institution.

Répartition des aidants :

- Conjoint (âge moyen : 73 ans) : 27,3 % ;
- Enfants cohabitants (âge moyen : 51 ans) : 8,3 % ;
- **Enfants non cohabitants** (âge moyen : 54 ans)[19] : **45,1 % ;**
- Aide aidant familial (âge moyen : 66 ans) : 12 % ;
- Aide hors famille (âge moyen : 66 ans) : 7,3 %.

Profil des aidants :

- **59,5 % de femmes**[20] ;
- **49 % sont retraités** ;
- 37 % occupent un emploi ;
- 5 % sont au chômage ;
- 4 % sont femmes ou hommes au foyer ;
- 3 % sont inactifs pour cause d'invalidité.

47 % déclarent au moins une **conséquence négative** de l'aide apportée au senior sur leur santé physique ou leur moral. 64 % des **conjoints cohabitant** déclarent au moins une conséquence sur la **santé**, contre 45 % pour les enfants cohabitants, 73 % des conjointes et 54 % des conjoints.

[19] Les trois quarts des enfants aidants qui ne cohabitent pas avec la personne aidée habitent à moins de 40 minutes du domicile du senior.

[20] Les femmes aident plus souvent pour le ménage (+6,9 points de pourcentage), la gestion administrative (+5,7 points de %), se laver ou s'habiller (+4,5 points de %). Les hommes déclarent beaucoup plus souvent apporter une aide au bricolage (+27 points de %).

ANNEXE 2 — EHPAD / RESTITUTION ENQUÊTE SOS SENIORS GRAND EST / PROPOSITIONS

1. SOS Seniors Grand Est : Difficultés de recrutement des EHPAD du Grand Est

1.1. Introduction — contexte

Suite à une rencontre avec JM Borello, Président du directoire du Groupe SOS, dans le cadre de notre enquête « employeurabilité », nous avons souhaité voir comment se traduisaient les valeurs « employeur » du Groupe face à une situation « employeuse difficile », en l'occurrence au sein de la Branche EHPAD gérée au sein de SOS Seniors.

Nous avons souhaité aller à la rencontre des responsables de SOS Senior dans le Grand Est après avoir été alertés par un article du Monde du 25/5/2019 évoquant la situation particulièrement difficile du Grand Est dans ce secteur, en particulier du fait d'une forte concurrence frontalière.

Morceaux choisis de cet article :

- *« Il me manque 6 infirmières et 15 aides-soignantes pour pouvoir ouvrir la totalité des places » se désole le directeur de cet EHPAD, proche de la frontière luxembourgeoise.*
- *Certains comme Camille prennent le train. Aide-soignante française, elle vit aux marches de la Moselle et travaille depuis 13 ans dans une « Maison de soins » pour personnes âgées au Luxembourg. « Au Grand-Duché, une aide-soignante débutante est rémunérée 2 400 € contre 1 200 en France », dit-elle.*
- *« Le "Lux" c'est l'eldorado… » Pour veiller sur 24 résidents d'Alzheimer, Camille est épaulée par 4 autres soignants ; des conditions de travail nettement plus favorables qu'en France. « C'est le jour et la nuit, confirme Fatima, infirmière française partie au Luxembourg. "On nous donne les moyens matériels et humains qui nous permettent de nous concentrer sur notre mission."*
- *« Dans l'Est, on a des difficultés de recrutement qu'on ne connaît pas ailleurs », confirme Jean-Marc Borello, patron du Groupe SOS.*
- *Pour fidéliser leurs personnels, les directeurs d'EHPAD n'ont d'autre choix que de les choyer.*
- *Directrice de l'EHPAD de Thionville, Leila Muller est aux petits soins avec son équipe. Mais ses efforts pour améliorer la « qualité de vie au travail » des soignants ne les détournent pas tous de l'envie de passer la frontière.*
- *Patrick Weiten, patron du département de la Moselle, prend sa part du fardeau. Il compte réunir les patrons des EHPAD mosellans pour leur annoncer que le département est prêt à cofinancer la formation de bénéficiaires du RSA qui voudraient travailler dans leurs établissements.*
- *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.*

Nous avons donc souhaité rencontrer les dirigeants de SOS Seniors à Metz pour en savoir plus.

1.2. Rencontre le 12/9/2019 à Metz avec la Directrice de SOS Senior Grand Est, le DRH régional et la responsable du recrutement.

1.2.1. Les constats

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, Elise Lucet…) montrant des conditions d'accueil et de travail très dégradées, voire de la maltraitance. Du coup, les gens qui cherchent du travail dans le médico-social ne veulent 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, on peut comprendre que cela soit très dur à gérer.

Le travail en EHPAD a également évolué depuis quelques années sans réelle prise en compte de l'évolution : les patients en EHPAD sont de plus en plus âgés à leur entrée en EHPAD et de plus en plus dépendants. Leur état demande donc de plus en plus de soins et d'interventions des équipes soignantes. La charge de travail par patient a augmenté et les ratios et effectifs n'ont pas suffisamment suivi.

Face à la pénurie de main d'œuvre, l'intérim est la « bouée de secours » des responsables. Les salariés s'y retrouvent en termes de salaires, car mieux payés (au moins à court terme) et sont sûrs de trouver du travail quand ils veulent.

Même pour les embauches, certains salariés qualifiés refusent les CDI et préfèrent enchaîner les CDD d'un établissement à l'autre, avec un CDD de printemps et un CDD d'automne pour « sécuriser » leurs dates de congés d'été et la trêve de Noël. Ce sont souvent des femmes qui veulent se caler sur les congés de leur conjoint. On peut le comprendre, mais ce n'est pas facile d'assurer la continuité des établissements dans ces conditions.
On assiste à une véritable « uberisation » d'une partie du personnel (souvent de bonne qualification) qui « se vend » ainsi d'un établissement à l'autre.
Le personnel moins qualifié est souvent plus stable à court terme, car désireux de sécuriser un emploi qu'il est moins sûr de retrouver facilement à proximité de son domicile. Mais le choix de travailler en EHPAD est souvent un choix par défaut et là aussi le turnover est important.

Pour fidéliser les équipes, on assiste à un retour vers une forme de paternalisme. L'exemple des chocolats à Noël, cité dans l'article du Monde, en est une illustration un peu dérisoire, mais révélatrice…

1.2.2. Les efforts déployés

Face à cette situation (aggravée, on l'a compris par la « concurrence » frontalière), la Direction Régionale de SOS Senior met en œuvre, plusieurs types d'actions et de mesures « employeur » :

- Sur le « front » des rémunérations, des gestes sont faits avec des primes, des avantages à l'ancienneté pour les CDI… Mais les salaires sont bas et l'écart avec la « concurrence » frontalière important.
  Et à court terme, il paraît illusoire de compter sur cet aspect pourtant essentiel pour améliorer la situation.
- Concernant l'attractivité, une modernisation des outils a été faite avec des « vidéos témoignages » destinées à permettre aux candidats (aux candidates dans les faits) de se projeter positivement dans le métier (et d'effacer les traces de l'EHPAD bashing).

  Des tentatives ont été faites avec des « chasseurs de têtes » pour tester des techniques et approches peu utilisées d'habitude.

  Des primes à la co-optation ont été tentées (sans grand succès…)
- Le deuxième axe est de recruter hors des cercles de gens déjà prêts à rejoindre le secteur (comme évoqué dans l'article du Monde pour les formations proposées aux allocataires du RSA). Il faut être capable d'aller chercher des gens motivés, mais avec une entrée faiblement qualifiée dans l'activité comme « auxiliaire de vie sociale ». Mais il faut ensuite être capable de les accompagner dans une véritable montée en compétence et donc de vraies possibilités d'évolution et de carrière. Pour cela une refonte de la VAE (Valorisation des Acquis par l'Expérience) serait un outil intéressant.
- Nous devons aussi faire évoluer les métiers, les rendre plus attractifs par leur contenu, leur « ambiance ». Nous travaillons à des changements symboliques, mais signifiants comme le fait de travailler en tenue civile. La gestion du temps, des plannings, des récupérations se fait de plus en plus en mode participatif.
- Avec Pôle Emploi, nous avons travaillé à une nouvelle approche de présentation de nos offres mixant la recherche de publics nouveaux et l'effet contact permettant de se projeter dans les nouvelles manières d'exercer que nous cherchons à développer.
- En 2018, nous avions bâti une opération « de grande envergure »… mais qui n'a donné aucunrésultat : mailing très large (3 000) puis relance (600) pour un objectif de 50 participants à une manifestation à l'agence de Pôle Emploi. En fait il est venu 20 personnes, 17 sont restées et 7 ont rempli la fiche de contact…

En 2019 les choses ont été revues entièrement pour tester une autre approche.

1.3. Journée de recrutement Pôle Emploi — SOS Senior — 26 septembre 2019

Elle nous a paru suffisamment intéressante pour la relater en détail de la conception aux résultats (même si apparemment décevants).

En voici une restitution détaillée, et d'abord la présentation :

UN JOB ? ET SI J'ESSAYAIS L'EHPAD…

GROUPE SOS Seniors et Pôle Emploi ont décidé d'agir pour à la fois briser les préjugés sur le travail en EHPAD et combler les besoins en recrutement dans les établissements mosellans du GROUPE SOS. Le 26 septembre, découvrez le travail en EHPAD !

Le travail en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est sujet à de nombreuses idées reçues. La représentation des fonctions d'Infirmier, d'Aide-soignant ou d'Auxiliaire de vie sociale n'est pas toujours conforme à la réalité et les conditions de travail diffèrent d'une structure à l'autre. En Moselle par exemple, ces métiers sont soumis à de nombreux défis : des postes exposés aux risques professionnels, des activités sur des plages horaires nuit/jour, une concurrence avec le Luxembourg, des besoins croissants du secteur…

UNE DEMI-JOURNÉE AU CŒUR D'UN EHPAD

GROUPE SOS Seniors et Pôle emploi ont décidé d'agir pour à la fois lever les préjugés sur le travail en EHPAD et combler les besoins en recrutement dans 26 établissements mosellans du GROUPE SOS. Ils se sont associés pour organiser une action originale et innovante le 26 septembre : organiser des demi-journées de découverte dans les 14 EHPAD pilotes de l'opération. Les participants pourront découvrir les métiers d'Infirmier,

d'Aide-soignant et d'Auxiliaire de vie sociale, les activités liées à la prise en charge des personnes âgées et le quotidien d'un EHPAD de l'intérieur.

L'objectif de cette action est qu'à l'issue de cette demi-journée les participants auront 4 alternatives et repartiront avec une proposition concrète :

- Une semaine d'immersion dans un des EHPAD partenaires de l'opération grâce à une période d'immersion professionnelle.
- Un 2e rendez-vous avec le directeur de l'EHPAD pour approfondir l'entretien
- Une inscription à un parcours de formation sur un des métiers présentés
- Une proposition de contrat de travail

1.3.1. Le programme de la demi-journée

13 h 45 : accueil des candidats
14 h : présentation de GROUPE SOS Seniors, des métiers d'infirmier, d'Aide-Soignant et Auxiliaire de Vie Sociale
14 h 30 : visite de l'établissement
15 h : entretien individuel en binôme

1.3.2. Liste des EHPAD participants

- **Les Peupliers** (Petite Rosselle) en lien avec **Les Cerisiers** (Forbach) et **Les Platanes** (Stiring-Wendel)
- **Les Châtaigniers** (Hagondange)
- **Les Coquelicots** (Talange)
- **Le Witten** (Algrange) en lien avec **Le Belvédère** (Algrange)
- **Le Clos Fleuri** (Fameck) en lien avec **Les Séquoias** (Florange)
- **La Forêt** (Hayange) en lien avec **Le Tournebride** (Hayange)
- **Le Plateau** (Ottange)
- **La Source du Breuil** (Sainte-Marie-aux-Chênes)
- **Les Cèdres** (Metz)
- **Les Mirabelliers** (Metz) en lien avec **Les Acacias** (Delme) et **les Pins** (Rémilly)
- **Le Hêtre pourpre** (Hombourg-Haut) en lien avec **Les Chênes** (Créhange), **Les Charmes** (Morhange) et **Les Lauriers** (Longeville-Lès-Saint-Avold)
- **Les Oliviers** (Phalsbourg) en lien avec **Saint-Joseph** (Saint-Jean-de-Bassel)
- **Les Tilleuls** (Terville) en lien avec **Les Érables** (Yutz)
- **La Kissel** (Hettange-Grande)

L'un d'entre nous a pu participer à la rencontre organisée le 26 septembre 2019 dans l'EHPAD des Mirabelliers à Metz. Ce qu'il en a retenu :

Témoignage :

La directrice de l'établissement a lors de cette journée, beaucoup insisté face aux candidats potentiels présents sur le fait que les postulants à une fonction au sein du groupe SOS devaient manifester d'abord et surtout une réelle empathie à l'égard des personnes résidentes. Pour elle, cette attitude était encore plus déterminante que les diplômes requis.

Tout en indiquant la nécessité de disposer des qualifications requises, elle a particulièrement insisté sur la nécessité d'avoir d'abord une attirance sincère pour ce type de fonctions, l'acquisition des compétences requises pouvant être proposée ensuite à ceux et celles qui confirmeraient leur motivation profonde à la suite de cette demi-journée de sensibilisation.

La directrice a pris le temps lors de cette visite de montrer aux postulants les difficultés et contraintes inhérentes à ces fonctions comme la grande pression qui pouvait régner dans le pavillon où étaient regroupés les résidents n'ayant plus leurs capacités cognitives. La volonté affichée de cette directrice de montrer aux candidats les difficultés liées aux postes qui pourraient leur être confiés m'a semblé un gage de meilleur résultat à terme. En effet il serait inutile de se lancer avec Pôle Emploi, dans une formation parfois longue et coûteuse pour des postulants qui auraient manifesté leur intérêt pour un poste en EHPAD si ces derniers étaient découragés au bout de quelques semaines par la dureté des tâches auxquels ils sont confrontés.

La directrice a également beaucoup insisté pour dire aux candidats présents que s'ils acceptaient une fonction au sein d'une EHPAD du groupe SOS, ils devaient considérer que les résidents étaient « chez eux » au sein de ces EHPAD. En conséquence, ces résidents pouvaient par exemple arriver avec leur mobilier et surtout en termes de comportement, il ne fallait pas « agresser » les résidents en adoptant une attitude « trop clinique », mais les aider en fonction de leurs capacités résiduelles.

Le 1er CR que nous a fait parvenir l'équipe responsable suite à cette journée de sensibilisation, montre la longueur du processus notamment pour s'assurer de la validité des diplômes que les postulants prétendent détenir ; Pôle emploi se révélant beaucoup moins rigoureux que les EHPAD qui doivent s'assurer de la réalité des formations antérieures avant d'embaucher de nouveaux salariés. Ces premiers mois ne tiennent pas compte du temps nécessaire pour les formations complémentaires variables suivant le niveau de départ des postulants et de leur capacité à se former à plein temps ou en tenant compte de leurs contraintes familiales souvent assez prenantes.

1.3.3. Bilan de l'opération

Voici le bilan à six mois dressé par la Direction de SOS Senior et Pôle Emploi :

SYNTHÈSE OPÉRATION « UN JOB ? ET SI J'ESSAYAIS L'EHPAD ? »

Entretiens menés dans les agences

Pôle Emploi de THIONVILLE, FORBACH et METZ

✓ **Globalité**

➔ Environ **50 000** demandeurs d'emploi en Moselle ;

➔ Sur ces 50 000 personnes, le Pôle Emploi a procédé à une analyse et des arbitrages, en écartant les personnes non disponibles pour des raisons de santé (maladie/inaptitude/contre-indications aux métiers soignants), ayant engagé une formation sur une autre voie, ayant plus de 60 ans, ou encore en maternité. Par ailleurs, le Pôle Emploi a dimensionné un panel en fonction de ses capacités de présence (nombre de conseillers) le jour de l'opération. Au final, en tenant compte de ses différents critères de sélection, le Pôle Emploi a envoyé un mail invitant à une première réunion de présentation (début septembre) du sujet à **2234** demandeurs ;

➔ Sur ces 2234 demandeurs d'emploi, **665** se sont effectivement déplacées, début septembre, pour assister à une première présentation, par le Pôle Emploi, des métiers soignants et du groupe SOS ;

➔ Sur ces 665 personnes présentes, **320** ont confirmé souhaiter être présentes au sein d'un de nos établissements le 26 septembre ;

➔ Sur 320 personnes devant être présentes, **262** se sont bel et bien rendues dans un de nos établissements le 26 septembre ;

➔ Sur ces 262 personnes présentes, **246** ont souhaité bénéficier, à la fin de la visite, d'un entretien tripartite avec un recruteur du groupe SOS et un conseiller Pôle Emploi ;

➔ Sur ces 246 personnes ayant eu un entretien le 26 septembre, **73** ont été sélectionnées et conviées à un dernier entretien en agence Pôle Emploi pour finaliser le dispositif et fixer les modalités de leur cursus, avec un recruteur du groupe SOS et un conseiller Pôle Emploi ;

➔ Sur ces 73 personnes conviées, **35** se sont effectivement déplacées en agence Pôle Emploi pour ce dernier entretien ;

➔ Sur ces 35 personnes présentes, **seulement 9 pourraient suivre la formation d'aide-soignant (6** remplissent les conditions pour suivre le cursus complet menant au DE Aide Soignant et **3** pour suivre le cursus partiel).

En résumé : 50 000 Demandeurs d'emploi mosellans →2234 →665 →320 →262 →246 →73 →35 →9 demandeurs d'emploi pouvant suivre la formation d'Aide-Soignant.

✓ **Taux de présence au dernier entretien**

Nombre total d'entretiens prévus : 73 ;

Nombre total de demandeurs présents : 35.

Par secteurs :

- THIONVILLE : 9 sur 11 soit 81 % de présence ;
- FORBACH : 16 sur 35 soit 45 % de présence ;
- METZ : 10 sur 27 soit 37 % de présence.

TAUX GLOBAL DE PRÉSENCE : 35 / 73 → 48 %

✓ **Résultat de la sélection**

Sur 35 personnes rencontrées, 9 peuvent, à notre sens, suivre le cursus envisagé. Ce ratio tient compte de l'analyse de chaque entretien : motivation, capacité à suivre le dispositif sur la durée par rapport aux contraintes (mobilité, finances, vie personnelle). Ce chiffre est un maximum, car il ne tient pas compte des événements qui pourraient encore survenir d'ici le démarrage du dispositif : reprise d'activité, changement de souhait, etc.

Les 9 personnes à former se répartiraient de la façon suivante :

- CURSUS PARTIEL : 3 personnes ;
- CURSUS COMPLET : 6 personnes.

Les 26 personnes rencontrées ne pouvant finalement pas suivre la formation :

- 11 ont des contraintes physiques ou ne présentent pas un niveau suffisant pour pouvoir suivre la formation d'aide-soignant ;
- 8 sont engagées ou vont s'engager sur une autre voie professionnelle ;
- 3 expliquent avoir des contraintes de garde d'enfants ;
- 2 ne souhaitent finalement pas travailler en EHPAD ou avec des personnes âgées ;
- 2 précisent qu'ils ne pourront pas se rendre sur le lieu de la formation pour cause de mobilité (pas permis / pas véhicule).

✓ **Conclusions**

Un taux d'absence de plus de 50 % dans cette dernière phase du dispositif est décevant, et empêche de creuser un grand nombre de situations.

Le potentiel de demandeurs d'emploi à former, tant dans le cadre d'un cursus complet que partiel, est insuffisant pour lancer un groupe particulier de formation en interne, d'autant plus que ce nombre pourrait encore décroître d'ici le démarrage effectif.

Les 9 personnes restantes vont être rattachées prioritairement aux sessions de formations qualifiantes DEAVF et DEAES déjà achetées et programmées par Pôle Emploi en 2020.

Une des possibilités pour favoriser l'émergence de nouveaux aides-soignants diplômés consistera à créer justement, en 2020, un partenariat avec le Pôle Emploi pour proposer systématiquement, à tous les demandeurs d'emploi qui enclencheront et boucleront en 2020 une formation « intermédiaire » (DEAVF et DEAES), la passerelle de quelques mois vers le DE aide-soignant. Pour ce faire, la proposition leur sera faite dès les premiers mois de formation intermédiaire et pourra être portée par notre IFAS à Saint-Avold.

1.3.4. Conclusion de SOS Seniors sur cette opération

(au final, assez décevante, on l'aura compris)

L'opération du 26 septembre nous a amenés à 2 constats assez nets : le mal est profond en termes d'attractivité des métiers d'aide à la personne, d'une part, et, d'autre part, le plus grand vivier de France (Pôle Emploi) est bien incertain. Vous constaterez vous-mêmes (voir ci-dessus) que tout au long du processus, les personnes ciblées se sont progressivement désistées, tant pour des raisons de motivation que d'ordre financière/logistique.

Renouveler une telle expérience, pourquoi pas, mais si elle n'est propre qu'à notre groupe, si elle n'est pas organisée partout et par toutes les forces vives de ce pays, si des moyens incitatifs ne sont pas mis en place pour orienter les personnes vers ces métiers en tension et des moyens coercitifs pour favoriser l'intérêt collectif (besoin sur ces métiers) à l'intérêt individuel (chacun se forme sur ce qu'il veut, peu importe les débouchés), je crains des années difficiles pour la naissance de suffisamment de nouvelles vocations par rapport à nos besoins actuels et surtout à venir.

Nous n'abandonnons pas, et le groupe poursuit ses efforts pour tenter de créer par exemple prochainement un CFA 100 % interne et former des aides-soignantes. Mais quand bien même vous auriez la plus belle école du monde, que serait-elle sans suffisamment d'élèves ? Bien peu de choses. Le plus important reste et restera donc pour nos établissements, mais aussi toute la chaîne soignante de ce pays de redonner à ces métiers l'éclat qu'ils méritent, et sans lequel rien ne sera possible. La crise actuelle va-t-elle redonner l'envie d'aider et de s'investir sur des métiers de ce type, ou au contraire faire fuir encore davantage ? Telle est la question.

2. Synthèse générale et propositions

2.1. Situation à fin 2019

Même si cette journée, basée sur un « effet contact » fort, n'a pas démontré une sensible amélioration en termes de recrutement, elle a ouvert des perspectives et montré qu'il était peut-être possible de recruter autrement, convaincre, attirer…

Mais à court terme, la situation relatée par l'article du Monde et confirmée et vécue par nos interlocuteurs de SOS Seniors restait toujours préoccupante et très tendue à fin 2019.

En parlant de cette journée, la presse locale parlait « d'appel de détresse ».

Moselle / MÉDICO-SOCIAL

EHPAD : SOS Seniors lance un appel de détresse

En France, l'espérance de vie augmente car la mortalité des seniors baisse. **PROBLÈME** : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes manquent de personnel soignant au moment où le vieillissement de la population accentue leurs besoins. Le Groupe SOS Seniors et Pôle emploi Moselle se sont unis pour organiser une demi-journée de recrutement innovante, le **JEUDI 26 SEPTEMBRE**.

2.2. Impact de la crise sanitaire de 2020

On imagine donc dans quelles conditions les EHPAD se sont trouvés confrontés à la crise sanitaire de début 2020.

La presse a relaté beaucoup de témoignages sur le dévouement dont ont fait preuve les équipes pour faire face à l'épidémie en protégeant « au mieux » les patients, allant jusqu'à s'enfermer dans l'établissement avec les patients pour prévenir toute contamination par des contacts extérieurs.

Ce dévouement aura permis de sauver beaucoup de vies et d'éviter le désastre absolu, même si, dans certains EHPAD, de nombreux patients ont finalement été atteints.

Le sentiment général n'en demeure pas moins qu'il est indispensable d'améliorer la situation et de vraiment s'attaquer aux problèmes de sous-effectifs et de recrutements et pour cela (comme le démontrent toutes les facettes de notre enquête sur les secteurs en tension) aux conditions d'exercices de ces métiers.

Le dévouement est à saluer (et sera à « reconnaitre » dans tous les sens du terme). Il ne peut constituer une méthode de gestion des ressources humaines.

2.3. Propositions — Pistes d'amélioration

Nous proposons d'attaquer le chantier du changement de la « manière d'employer » dans ce secteur des EHPAD (l'employeurabilité) sous 3 angles :

- Les rémunérations
- Les conditions de travail et la qualité du travail
- L'attractivité vers de nouveaux publics et leur accueil/accompagnement

2.3.1. Les rémunérations

Pour des raisons multiples et dépassant le cadre de notre enquête, le secteur fait indiscutablement partie de ceux offrant des niveaux de rémunérations faibles en comparaison des contraintes et responsabilités de son personnel.

Ce n'est pas le cas partout, et malheureusement pour les structures du Grand Est, en particulier dans les pays limitrophes (Luxembourg, Suisse, Allemagne).

C'est un sujet majeur sur lequel la France doit s'interroger :

Comment expliquer que « nos » infirmières soient rémunérées à 6 % en dessous du salaire moyen relevé dans notre pays quand leurs homologues sont à +3 % en GB, +11 % en Belgique, +13 % en Allemagne, +24 % aux USA, +26 % en Espagne et même +83 % au Chili ? (cf. le Monde du 17/04/2020).

Nous devrons nous interroger sur le retard pris depuis longtemps, dans notre politique de rémunération du personnel de santé par rapport à nos voisins (l'indemnité de nuit n'a pas été réévaluée depuis 2001 et s'élève à 1,07 € de l'heure et la dernière revalorisation du salaire infirmier remonte à 2010, etc..).

L'écart est tel que même si un effort doit rapidement être fait, il ne comblera pas le fossé actuel à très court terme.

Il faut donc faire cet effort, mais en sachant qu'il sera nécessaire, mais ne sera pas seul suffisant.

Les efforts financiers seront sans doute à faire aussi « en amont » (voir plus bas) en faveur des demandeurs d'emploi prêts à s'orienter vers ce secteur.

Sur ce même plan « rémunérations », pour attirer, mais surtout fidéliser, il faudra aussi mobiliser les avantages financiers attendus par les salariés en CDI pour se sentir inciter à rester dans les établissements de manière continue (voir les témoignages sur les fuites vers l'intérim et les CDD).

2.3.2. Les conditions de travail et la qualité de vie au travail

Cet aspect nous paraît essentiel et se retrouve au cœur de toutes les aspirations des salariés des secteurs « en tension », secteurs qui n'attirent pas, ne fidélisent pas leur personnel.

Quelques points importants propres à ce secteur :

- **Les horaires et plannings**

  Les personnels savent et acceptent les contraintes du métier. Ils ne supportent plus, par contre, les plannings « qui tombent » sans concertation, dialogue. Il faut pouvoir introduire de la souplesse, de l'écoute, des échanges au sein des équipes pour les établir. Il y a déjà de belles avancées, des expériences, des outils de co-construction… Il faut un vrai dialogue social de proximité sur ces sujets.

- **La soutenabilité psychologique et physique des postes**

  Il ne paraît plus possible de demander à une personne de tenir en permanence un poste au contact et service continu des patients les plus lourdement dépendants. Des EHPAD ont déjà mis en place des rotations entre les secteurs et niveaux de dépendance pour que chacun prenne sa part dans les limites de ce qu'il peut supporter. En concertation et dialogue avec les équipes, cela peut et doit contribuer à mieux supporter la charge de travail et constituer un élément important de sa soutenabilité dans la durée.

- **La recherche de sens**

L'utilité sociale de ce secteur est plus que jamais perçue par l'ensemble de la société. Cette activité est donc porteuse de sens et au cœur d'un lien social primordial avec les seniors. Les conditions d'exercice du travail doit permettre aux salariés de le vivre au quotidien. Tout ce qui peut permettre de « mettre du sens » dans les missions à remplir sera facteur de qualité de la vie au travail : temps consacré aux patients, lien avec les familles… La crise a mis lumière pour tous les citoyens (même ceux qui n'avaient pas de proches en EHPAD), le rôle crucial tenu par les soignants entre les patients et leur entourage. Il faut capitaliser sur cette prise de conscience !

- **Le travail en équipe, le dialogue**

Sur tous les « petits » sujets du quotidien, les contraintes particulières inopinées, les difficultés rencontrées, beaucoup de salariés expriment le besoin de pouvoir s'exprimer, être entendus de leurs collègues, de leurs managers.

Beaucoup de témoignages montrent que quand cette dimension « collaborative » n'est pas en place (dans ce secteur comme dans d'autres), les salariés « craquent »… et s'en vont.

On ne peut pas fidéliser si on n'écoute pas. Certains employeurs l'ont compris. D'autres ont besoin d'en prendre conscience et d'agir.

- **La mobilisation du personnel pour les recrutements**

Lors de la crise sanitaire, lorsque les EHPAD ont tout tenté pour renforcer leurs effectifs pour faire face, l'un des rares canaux à avoir apporté des solutions a été le « bouche à oreille » des salariés qui ont su trouver quelques personnes (et avec les « bons mots ») pouvant venir rejoindre les équipes pourtant surchargées.

Cette voie sera à mieux utiliser et à renforcer de manière plus organisée hors contexte de la crise.

2.3.3. L'attractivité vers de nouveaux publics et leur accueil/accompagnement

Les deux axes précédents devraient permettre s'ils progressent de façon significative, visible et connue de rendre ces emplois plus attractifs.

Ils comportent une part de « pénibilité » incontournable, mais sont aussi riches de sens et d'utilité sociale. Et si les difficultés sont reconnues et prises en compte, les valeurs associées à ces métiers seront plus audibles.

On peut donc espérer, avec des actions permettant de vraies rencontres et de vraies découvertes (comme celle relatée plus haut), mais dans des perspectives sensiblement améliorées d'exercice des métiers, toucher des publics ne venant pas spontanément vers ces métiers alors qu'ils sont en recherche difficile d'emploi.

Ces personnes peuvent se découvrir motivées et prêtes à rejoindre ce secteur, mais ne pas avoir les qualifications requises, voire pouvoir rencontrer des difficultés pour les acquérir.

Il faudra donc mettre en place les filières de formation classiques ou au sein des établissements avec des entrées à des niveaux de qualification faibles. L'opportunité d'ouvrir des CFA directement « connectés » aux réseaux d'établissement est sans doute aussi à explorer. Il faudra aussi mettre en place des accompagnements, dégager du temps à des pairs qualifiés, permettre des évolutions, revoir la VAE…

2.4. Autres actions plus techniques et opérationnelles sans doute aussi à mettre en place

2.4.1. Politique « amont » d'incitation vis-à-vis des chômeurs

Il faudrait peut-être revoir la manière d'intéresser y compris financièrement les demandeurs d'emploi à une orientation vers ces métiers, via en particulier Pôle Emploi et l'Assurance Chômage :

La politique assumée de Pôle Emploi vise à favoriser systématiquement les projets individuels sans 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 ? Les personnes en recherche d'emploi, en choisissant leur formation doivent-elles pouvoir le faire en faisant abstraction de toute considération de l'état du marché de l'emploi ? Ne faudrait-il pas encourager davantage les personnes s'orientant vers des professions dont nous avons globalement davantage besoin ?

C'est ainsi qu'il est proposé de réfléchir à une modification du système d'indemnisation du chômage pour favoriser ceux qui s'orienteraient vers des formations réclamées par le marché en accroissant leurs indemnités chômage, a contrario de ceux qui voudraient choisir des formations disposant de moindres débouchés professionnels.

2.4.2. Meilleur organisation des plateformes

L'exemple du Grand Est montre le besoin criant d'introduire une plus grande cohérence entre les offres des différentes plateformes de l'emploi avec un échange obligatoire des postes acceptés par les candidats pour éviter la juxtaposition d'emplois successifs qui ne respecte pas les règles existantes sur le temps de travail sans mentionner les politiques onéreuses du « chacun pour soi » menées par ces plateformes. Pour les salariés aussi cette harmonisation dans la complémentarité des offres permettrait une construction de carrière plus sereine. Cette tension sur l'offre de travail par les salariés ne profite aujourd'hui qu'aux plus diplômés.

ANNEXE 3 : APPROCHE TRANSVERSALE — « AIDE À DOMICILE »

1. Introduction

Dans le cadre de notre enquête « employeurabilité », nous avons souhaité regarder un secteur en tension et en déficit d'attractivité bien particulier, celui des emplois de « l'aide à domicile ». Ce terme englobe des services variés : ménage, assistance aux seniors, garde d'enfants, pour certaines structures soins infirmiers courants… Ce regard, qui se veut transversal sur quelques facettes de ses activités, tente d'analyser les manières de recruter, voire d'employer des différentes composantes de ce secteur et de découvrir les solutions aux difficultés qu'il rencontre déjà mobilisées ou envisagées.

Nous tenterons pour finir de les « croiser » pour les consolider et d'en proposer quelques autres.

Ce secteur se prête bien à une approche transversale des conditions d'emploi, étant donné que les types d'employeurs y sont variés :

- Employeurs particuliers « en direct » avec gestion via CESU (ou pas…) ;
- Collectivités territoriales soit directement ou par CCAS ou CIAS ;
- Organismes sociaux ;
- Employeurs du secteur marchand (type O_2) ;
- Employeurs associatifs (type ADMR, Familles rurales, UNA ou ADAPA) qui peuvent couvrir une palette plus ou moins large allant de l'aide à domicile, à la gestion comme mandataire de la personne aidée et passant par les soins infirmiers, l'aide familiale, aide liée à la maternité et l'intervention auprès de handicapés mentaux ou de malades Alzheimer ;
- Employeurs SAS avec agrément ESUS (Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale) d'un nouveau type qui explorent des approches « innovantes », voire « libérées » (type ALENVI).

Nous nous sommes concentrés sur les structures employeuses de trois types (associatives, marchandes et « libérées »), faute de moyens de pouvoir questionner la fonction « employeur » de particuliers, par nature, sauf quelques exceptions comme « Copamane », non organisés ou celle d'emplois de collectivités territoriales.

On peut cependant observer que l'emploi direct par des particuliers pourrait aussi se redévelopper via le « travail indépendant » et le statut d'autoentrepreneur. Chacun peut croiser des « signes » du développement de cette approche…

On peut aussi constater que la création des « chèques emploi services » a facilité le rôle administratif des particuliers employeurs pour les personnes qui intervenaient chez eux.

Il convient, en passant, pointer le rôle moteur de l'État dans cette évolution positive, via la mise en place des CESU et l'accompagnement fiscal du changement pour les particuliers-employeurs.

Concernant les trois types de structures employeuses (marchandes, associatives, SAS « libérée »), notre objectif est de voir comment chacun est confronté au problème (de recrutement, de fidélisation…) et essaye d'apporter une réponse aux difficultés rencontrées au regard de son statut, de ses valeurs ou de sa culture professionnelle.

Les entreprises de ce secteur, qu'elles soient associatives, classiques ou dans des statuts nouveaux ont de fait des appellations différentes, « aide à domicile », « services à la personne », assistante de vie… pour parler de l'ensemble nous emploierons le terme « d'aide à domicile ». Chaque facette de cette activité renvoie à des histoires assez différentes, de la « bonne », au « soutien de proximité », à la travailleuse familiale, ou à l'entreprise nouvelle de services… dont elles ont gardé en partie auprès du grand public une image plus ou moins erronée. La diversité et l'hétérogénéité des prestations suivant les structures, les organismes de contrôle et la pluralité des modes de financement contribuent sans nul doute au déficit d'image du secteur. Mais il n'est pas lié qu'à cette dimension.

Pour caractériser les secteurs auxquels notre travail s'est attaché, nous pourrions les qualifier par trois traits marquants :

1. L'activité se passe chez un tiers où le salarié intervient en général seul, donc dans une relation de face-à-face. Le management doit apprécier la compétence du salarié à partir de signaux et de canaux d'information très divers. Les réactions du « client » sont importantes, mais pas toujours déterminantes. Car, si un salarié n'arrive pas à répondre à la demande d'une personne, il peut très bien convenir avec une autre personne.
2. Le travail (production du salarié) est en partie co-construit. À partir d'un cadre fixé entre l'employeur et le « client », un ajustement se réalise entre l'intervenant et la personne bénéficiant du service. D'une prestation sur l'autre, les changements peuvent être importants. Phénomène accru avec l'évolution de l'âge, de la maladie ou de la dépendance. D'une intervention à l'autre, la marge d'autonomie du salarié dépend de beaucoup de facteurs comme la forme physique et mentale de la personne, des priorités et des impératifs, mais aussi des contraintes qui peuvent être fixées par « l'environnement médical », les différentes de réglementations pour chaque type d'aides. Par ailleurs, en ce qui concerne les personnes en déficit d'autonomie, la famille peut intervenir avec une perception propre de ce qui est souhaitable pour leurs parents ou leurs enfants.
3. Le cadre de l'intervention, bien que formel, s'organise en partie dans un « système client ». Les financeurs, comme les Conseils Généraux et la fiscalité fixent des règles et ont des exigences administratives assez précises. D'autres institutions peuvent contribuer au financement de

l'aide pour les personnes ayant peu de moyens et imposent les termes de leur soutien et leur contrôle.

2. Contexte de la crise sanitaire

La crise sanitaire du second trimestre 2020 a mis en évidence tout le secteur de la santé, du médico-social et du « care » en général.

La société a pu prendre conscience que dans de telles périodes, sa survie (au sens littéral du terme) dépendait des personnes y exerçant leur activité et… du manque de considération à leur égard en temps « normal » !

Même si ce n'est pas la branche qui a été la plus visible et médiatisée, le secteur de l'aide à domicile a montré sa très grande utilité sociale.

Le nombre important de personnes âgées, vulnérables et/ou isolées, qui ont pu traverser la période en restant chez elle, totalement confinées, a été un facteur clé de maîtrise de la crise.

Qu'en aurait-il été s'il avait fallu transférer ces personnes vulnérables vers des EPHAD qui déjà « n'en pouvaient plus » ou des structures hospitalières déjà submergées ?

Quand on sait, de plus, que dans cette période, les familles de ces personnes avaient pour consignes (justifiées) de ne pas venir physiquement chez leurs proches, on mesure ce qu'a pu représenter la continuité remarquable de service dont a fait preuve ce secteur de l'aide à domicile et ses salariés.

3. Un secteur à consolider

La société a pris conscience de l'importance des services rendus permettant le maintien à domicile d'un maximum de personnes vulnérables, mais dont l'état de santé rend encore possible ce maintien.

Nous traiterons ici de l'emploi à domicile vital à court terme (assistantes de vie, aides ménagères pour les courses et le ménage, soins infirmiers), mais il faudra aussi se pencher sur les autres aides (paramédical en particulier) à apporter « à domicile » aux personnes et le rôle de Clic à ce niveau.

Les personnels ont fait preuve de professionnalisme, de civisme d'humanité et ont « assuré » sans ouvrir de débat sur les conditions d'exercice de leur travail.

Mais les difficultés, le manque de reconnaissance (à tous les sens du terme), le manque de personnel (qui étaient déjà présents avant l'épidémie) sont clairement apparus et devront être traités.

À la sortie de la crise, on ne peut faire l'économie d'une interrogation sur le rôle de ces secteurs dans la prise en charge de certains publics et d'une consolidation de ce secteur d'activité.

Il faudra en faire un secteur reconnu, mieux organisé dans sa diversité et ses complémentarités, attractif, où les jeunes (hommes et femmes) en particulier auront envie de venir travailler, s'y sentiront bien et auront envie de rester.

4. Employeurabilité et attractivité

Le projet « employeurabilité » rencontre souvent la notion d'« attractivité ».

Celle-ci est beaucoup plus connue et utilisée que celle d'employeurabilité, en particulier par les employeurs et beaucoup des parties prenantes concernées (Pôle Emploi, par exemple). On est prêt à reconnaître à un secteur « en tension » de recrutement, voire avec des difficultés de fidélisation, un « déficit d'attractivité ».

On parle rarement (surtout les employeurs en parlant d'eux-mêmes) d'un problème d'employeurabilité.

Nous pensons cependant que la réflexion sur l'employeurabilité (l'amélioration de la manière d'être employeur) est un préalable indispensable au traitement du « déficit d'attractivité ».

Avant de chercher à attirer les candidats, qui ne viennent pas spontanément, en jouant souvent beaucoup sur des techniques de communication ou d'image, et espérer les garder dans l'entreprise, il nous paraît indispensable de se poser les questions suivantes :

- Quel employeur suis-je ?
- « Et donc aussi quel type de recruteur dans un secteur en fort mouvement et des métiers qui restent à inventer ? »
- « Comment repenser une façon d'être employeur-recruteur, d'être à l'écoute des candidats et de leurs aspirations, et pareillement pour mes salariés déjà dans l'entreprise ? »

5. Rapport El-Khomri

Ce rapport remis en octobre 2019 rejoint tout à fait notre sujet.

Le terme « attractivité » est utilisé et non « employeurabilité », mais comme indiqué ci-dessus, la réflexion « employeurabilité » nous paraît incluse dans celle d'attractivité et à mener en amont puis en parallèle de celle sur l'attractivité.

Le secteur du grand âge est indiscutablement (et la crise sanitaire du Covd-19 l'a montré avec force) :

- Un secteur d'activité qui a des besoins de recrutement (et qui en aura de plus en plus) ;
- Mais qui peine à recruter et à fidéliser (et on en est même parfois à freiner le développement ou fonctionner en mode réduit ou dégradé).

Le rapport va bien au-delà du secteur de l'aide à domicile et aborde, en particulier, les difficultés d'emploi au sein des EPHAD que nous abordons dans une autre partie de nos documents (EPHAD du Grand Est du Groupe SOS Seniors avec les difficultés particulières liées à la « concurrence » frontalière allemande, suisse et luxembourgeoise).

Le rapport a attiré notre attention, car, il liste les mesures à prendre pour améliorer la situation dans tous les domaines de l'attractivité, dont ceux liés à la manière d'exercer la fonction employeur.

À noter cependant que le rapport s'adresse aux pouvoirs publics et non directement aux employeurs.

On peut cependant noter que dans sa lettre de mission, la ministre de la Santé insiste bien sur l'évolution des métiers et le rôle que doivent jouer les employeurs. Les 4 axes des attendus du rapport sont :

- ***Initier la nécessaire évolution des métiers ;***
- ***Renforcer la capacité des employeurs à recruter les professionnels nécessaires ;***
- ***Favoriser la mise en place d'organisation de structures favorables à la qualité de vie au travail des professionnels ;***
- ***Ouvrir des perspectives de carrières.***

Regardons donc ce que le rapport nous dit ce que nous pourrions « embarquer » dans notre réflexion « employeurabilité », en particulier pour ce secteur de l'aide à domicile.

Le rapport se place bien dans notre problématique (y compris sur sa transversalité entre statuts des acteurs et questionnement sur les raisons des difficultés rencontrées) aussi bien pour celle concernant l'aide à la personne que celle traitée par ailleurs des EPHAD :

« Nous l'avons fait sans opposer les mondes du public, du privé ou même de l'associatif, conscients que se joue là un défi majeur pour notre société qui dépasse toutes les frontières.

Très vite, la mission sur l'attractivité des métiers de l'autonomie et du grand âge s'est interrogée sur les raisons de cette situation critique, aggravée par les difficultés croissantes rencontrées par les professionnels.

Une question s'est imposée tout au long de nos travaux : comment admettre que des métiers utiles socialement sont si peu valorisés ? Pourquoi y a-t-il un gouffre entre l'engagement, la fierté des personnes que nous avons rencontrées et la manière dont on raconte leur métier...../.....

Nous avons donc eu à cœur au sein de la mission de conjuguer deux impératifs : la qualité de vie au travail des professionnels et la qualité de service auprès des personnes en perte d'autonomie. »

Concernant les solutions déjà lancées ou à renforcer, on trouve des thématiques que nous avons croisées par ailleurs et qui nous semblent pertinentes :

« Des financements au service de la qualité de vie au travail et de la formation continue dont la structure et les montants évoluent positivement, mais dont l'utilisation doit encore progresser.

Les actions financées sont diverses : professionnalisation, analyse des pratiques, groupes de paroles, coaching des dirigeants, démarche qualité, prévention des AT/MP, etc. »

Avec des bémols sur l'état actuel des solutions mobilisées :

« L'intérêt propre de chacune de ces actions n'est pas en cause. Cependant, il ne semble pas que l'EDEC (Engagement Développement Et Compétences) "autonomie" ait permis d'enclencher une dynamique probante de collaboration entre les branches professionnelles et les OPCA concernés, permettant de définir des cibles stratégiques communes en faveur de l'attractivité des métiers de l'autonomie. »

Mais avec des ouvertures qui semblent intéressantes :

« Un réseau de référents QVT en agences régionales de santé (ARS) a été créé et des financements délégués pour accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux qui s'engagent dans des actions expérimentales avec le soutien de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail ("clusters" d'établissements médico-sociaux).

Une "charte d'engagement des employeurs autour de la QVT" visant notamment à favoriser la négociation collective sur ce sujet a par ailleurs été mise en chantier en collaboration avec les fédérations d'employeurs. Cette charte prévoit notamment de doter les établissements d'indicateurs QVT et d'intégrer des objectifs QVT dans la contractualisation avec les ARS (Agences Régionales de Santé). »

Et, dans le Plan d'Action, quelques recommandations, bien de type « amélioration de l'employeurabilité » :

- ***« La mise en place d'une demi-journée de travail collectif par mois dans l'aide à domicile (2 400 ETP) et les EHPAD (2 700 ETP, soit au total, 5100 ETP fin 2024).***
- ***Il est possible et nécessaire, enfin, de sécuriser financièrement leurs déplacements en les équipant de véhicules, dans le cadre d'une initiative nationale. »***

Il est proposé la mise en place d'un nouvel EDEC :

« Le nouvel EDEC** (dispositif porté par le Ministère du Travail) **devra mettre l'amélioration de l'attractivité des métiers d'aide-soignant et d'accompagnant à domicile au cœur de ses objectifs. Des objectifs et des actions seront définis notamment pour :

- ***Faire connaître et valoriser ces métiers, renforcer sa mixité, et outiller les acteurs de l'orientation, de l'insertion de la formation et de l'emploi ;***
- ***Développer des diagnostics en matière d'organisation du travail, de conditions de travail et de rémunération, de sinistralité, et de parcours professionnels, et mettre en place des actions clés pour répondre aux difficultés identifiées ;***
- ***Élargir les viviers et rénover les pratiques de recrutement ;***
- ***Développer des responsabilités spécifiques (tutorat, coordination, actions de prévention auprès des professionnels et des personnes âgées). »***

Et un soutien « promis » aux initiatives innovantes :

« Le ministère des Solidarités et de la Santé et la CNSA apportent un soutien aux démarches des structures en faveur de la qualité de vie au travail, dont la promotion d'organisations nouvelles, comme par exemple les équipes autonomes inspirées du modèle Burtzoorg, la promotion d'approches nouvelles de la relation avec la personne âgée donnant lieu à l'attribution de labels, les clusters qualité de vie au travail porté par l'ANACT et autres projets innovants. »

Analyse :

On le voit, ce rapport dont l'objectif est de « favoriser l'attractivité » prévoit bien la nécessité d'y associer une réflexion sur les conditions de l'exercice de ces métiers proposés par les employeurs du secteur.

Il y a bien une prise de conscience que convaincre les candidats de venir exercer dans ces secteurs sans remise en cause des conditions d'emploi (et d'exercice de la fonction employeur) ne suffira pas.

Cette réflexion et cette remise en cause doivent porter sur les aspects matériels, bien sûr, et traiter tous les aspects de la QVT, mais aussi sur la manière d'associer les équipes à leur propre management.

On le verra dans nos enquêtes de terrain ces questions sont de plus en plus présentes chez tous les acteurs.

Une porte est même ouverte vers des remises en cause plus importantes de mode de fonctionnement des structures avec un intérêt évoqué pour des « organisations nouvelles, comme par exemple les équipes autonomes ». C'est une direction que nous avons pu examiner lors de notre rencontre avec ALENVI.

6. Secteur associatif traditionnel : ADAPA

6.1. ADAPA (Association D'aide A la Personne de l'Ain)

L'ADAPA fait partie de l'UNA.

L'UNA est un mouvement associatif militant, un syndicat d'employeurs et un réseau d'associations, mutuelles, fondations, services publics territoriaux (CCAS/CIAS) et hospitaliers. La fédération représente 850 structures adhérentes, employant 96 000 salariés.

Il est avec l'ADMR l'un des 2 gros réseaux du secteur au sein de l'ESS.

Fédération de référence dans le secteur du domicile, fondée en 1970 et reconnue d'utilité publique, UNA rassemble des acteurs de l'économie sociale et solidaire, du secteur public territorial ou hospitalier.

UNA, ACTEUR POLITIQUE ET SOCIAL AU SERVICE DES POPULATIONS ET DE L'INTERET GENERAL

L'action de UNA s'inscrit dans le cadre de la charte d'engagements réciproques de 2014 signée entre l'Etat, le Mouvement associatif et les collectivités territoriales. Elle réaffirme que notre rôle est d'interpeller et d'alerter autant que d'expérimenter et d'innover au service de l'intérêt général.

A ce titre UNA est membre de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss), afin de porter en commun, au niveau national et sur les territoires, notre engagement en tant que mouvement social et militant.

L'ensemble des membres du réseau UNA (bénévoles, professionnels, acteurs de la petite enfance, de la famille, du handicap ou du grand âge) :

- Agit pour la promotion des droits humains.
- Défend les intérêts auprès des pouvoirs publics avec la volonté d'améliorer la santé de nos concitoyens et de préserver la cohésion sociale.
- Promeut le rôle des professionnels dans l'accompagnement des personnes âgées et/ou en situation de handicap et des familles qui en ont besoin pour leur permettre de vivre à domicile, quelques soient leur lieu de domiciliation et les difficultés sociales ou de santé qu'elles rencontrent.

On le voit, le réseau se positionne fortement en tant qu'acteur de l'ESS avec un lien fort avec les acteurs et les politiques publiques et une référence à l'intérêt général.

6.2. Rencontre avec des responsables d'ADAPA

L'ADAPA de l'AIN couvre l'ensemble du département. C'est avec l'ADMR les deux plus grosses structures du département. Son activité représente 800 000 heures d'intervention en prestataires. L'Adapa emploie 900 personnes.

Ils rencontrent de gros problèmes de recrutement et le *sourcing* du Pôle Emploi ne leur apporte que peu d'aide, car sur 10 reçus, il s'avère qu'il n'y a qu'une seule personne, en moyenne, qui est intéressée par ce type d'activité. Le turnover est important du fait des contraintes du métier, de la faiblesse des salaires et des conditions de travail.

L'Adapa obtient de meilleurs résultats de fidélisation par le relais d'un GIEC qui couvre les départements de l'Ain, les deux Savoie, l'Isère et la Drôme. Il permet une réelle formation et un accompagnement (200 heures). Mais l'OPCO qui finance la formation (alternance) devient très réticent pour s'engager au-delà de ce qui est fait jusqu'à présent pourtant notoirement insuffisant pour améliorer la professionnalisation et la fidélisation. De plus, cela ne leur permet d'embaucher à l'issue de la formation que 10 à 15 personnes par ce circuit, ce qui est loin de leur besoin.

Pour favoriser la responsabilisation des personnes et renforcer la cohésion sur les différents territoires, des équipes semi-autonomes sont mises en place (10 en 2019 et 10 nouvelles pour 2020) qui s'organisent localement et sont plus réactives. Les problèmes et les questions n'ont pas besoin de remonter au niveau de l'échelon départemental. Elles permettent aux personnes qui rencontrent une difficulté dans l'exercice de leur métier ou qui souhaitent réfléchir sur leur activité de se rencontrer, soit entre-elles, soit avec une responsable d'équipe. Elles ont également la possibilité de demander l'aide de compétences externes lorsqu'elles n'arrivent pas à trouver de solution satisfaisante. Il faudrait creuser cet aspect intéressant, car c'est une pratique de professionnalisation à partir de méthodes d'analyse des pratiques professionnelles.

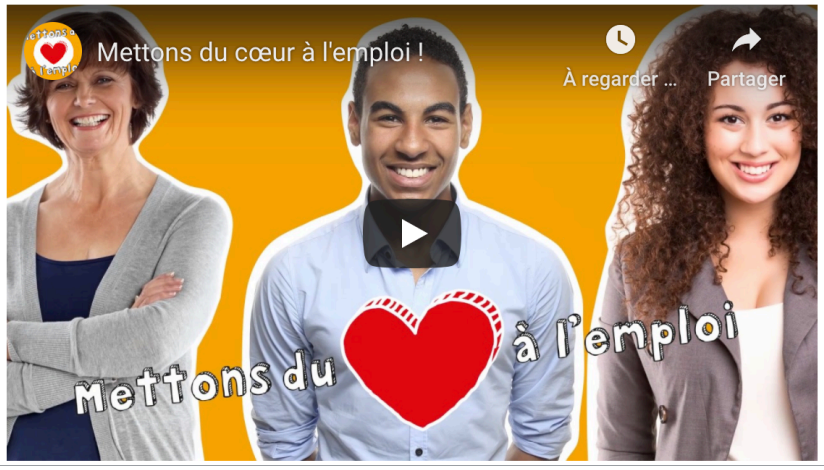
Dans le département, beaucoup de petites structures disparaissent chaque année, même s'il s'en crée d'autres, il s'avère que la question de la taille critique se pose.

Actuellement, de nombreux rapports ont bien fait le diagnostic de la situation, mais les décisions ne suivent pas pour de nombreuses raisons, dont le fait que l'État décide, mais ce sont les Conseils Départementaux qui financent et chacun a des enjeux, des fonctionnements différents et des stratégies pour regrouper ou pas les associations. Situation qui ne facilite ni la mise en place de nouvelles règles ni l'allègement administratif. Par ailleurs, les relations avec les ARS doivent être clarifiées pour obtenir une réelle décentralisation.

Extrait du site commun dédié au recrutement des associations d'aide à domicile (UNA, ADMR…)

Pourquoi vous investir au sein d'une association d'aide à domicile ?

- Pour donner un sens à votre vie professionnelle.
- Se sentir utile auprès des personnes chez qui vous intervenez.
- Travailler pour une structure qui met l'humain au centre de son action.
- Évoluer tout au long de votre parcours professionnel. Tous les ans, plus de la moitié de nos salariés bénéficient de formations.
- Être autonome dans votre travail et force de proposition.
- Bénéficier d'une convention collective étendue, d'un régime de prévoyance, d'une complémentaire santé, du remboursement de frais de déplacements selon les dispositions de la convention collective, de congés d'ancienneté, et autres avantages.
- Rejoindre une branche professionnelle forte de 222 000 salariés qui prônent un travail de qualité.



On voit que l'argumentaire pour convaincre (pour être attractif) repose beaucoup sur les valeurs portées par le secteur associatif (« donner du sens », « se sentir utile », « mettre l'humain au centre de son action »).

Mais aussi des aspects « qualité de vie » et « autonomie », abordés dans l'interview ci-dessus (possibilités d'évolution et de formations, autonomie, travail de qualité…).

6.3. Synthèse

Ce secteur « associatif » est le secteur historique de l'aide à domicile organisée. Il est constitué d'une multitude de petites associations mêlant souvent management salarié et bénévole, mais les structures tendent à se fédérer et à se regrouper.

Il est souvent riche de « valeurs » issues souvent de la création et de l'histoire de chaque structure.

Compte tenu des évolutions de la société, aussi bien du côté des bénéficiaires de l'aide que des personnes y travaillant, ce secteur évolue et doit continuer à évoluer.

Une structure comme celle de l'Ain offre une grande palette d'interventions (soins infirmiers, auxiliaire de vie, emplois familiaux, garde à domicile jour et nuit pour malade, aide à la toilette, téléassistance,

accompagnement et transport pour les personnes à mobilité réduite, aides aux aidants, portage de repas, aide-ménagère, garde d'enfant de plus de 3 ans…) Services sont gérés sous la forme de prestataire ou de mandataire pour les personnes âgées et les handicapés.

Le secteur se professionnalise constamment et répond à de nouvelles demandes (des bénévoles peuvent intervenir dans la gouvernance et plus rarement dans le management) et proposer des conditions d'emplois et des perspectives de « carrières » (ou poursuite de parcours) à ses intervenants.

Il doit cependant pouvoir garder son originalité sociale, liée à son appartenance à l'ESS, d'accompagnement des personnes qui ne sont pas considérées comme de simples « clients ».

Ces aspects en lien avec l'utilité sociale (tout comme les connexions importantes avec les politiques publiques en direction des personnes les plus fragiles nécessitant une prise en charge par des aides financières) sont des caractéristiques fortes de ce secteur qui constituent un potentiel d'attractivité de type « valeurs » et « sens » avec une traduction, toujours à améliorer, en termes d'organisation concrète pour répondre à ses orientations. D'où l'importance de la notion de co-construction de l'activité entre les différentes parties.

L'écoute des intervenants et leur association à leur propre management sont des pistes intéressantes (évoquée lors de l'entretien avec ADAPA). Elles sont sans doute un challenge pour des structures associatives où la gouvernance et le management sont souvent déjà partagés entre bénévoles et salariés et où les institutions représentatives du personnel sont généralement en place dans les structures qui ont la taille requise.

7. Secteur marchand : O_2 Care Services

On le voit dès les premiers documents d'O_2, leur message est très calé sur les aspects **«** qualité **»**, **«** professionnalisme **»…** Un discours très **«** marchand **»** (avec un petit rappel des crédits d'impôt et sur le poids économique)**.**

Dans sa présentation, O_2 rappelle même qu'il a initié le « satisfait ou remboursé » dans ce secteur. Ce qui le relie vraiment aux pratiques commerciales du secteur privé. On imagine mal le secteur associatif (ADMR ou ADAPA) tenir un tel discours.

7.1. CR Entretiens O_2

7.1.1. J.-F. Auclair (alors DRH du groupe) et M. Cardon (alors directeur régional idF)

O_2 est leader sur son marché de l'aide à domicile chez les particuliers.

En fort développement malgré la « concurrence » avec les associations, mais pas vraiment sur les mêmes publics (salariés) et clients (particuliers). Aussi en concurrence avec les recrutements « directs » (femmes de ménage, garde d'enfants…)

Ils ont des agences physiques sur tout le territoire + des franchisés. Ils veulent continuer à grossir par croissance externe et moins par création d'agences.

Le siège est au Mans et c'est là qu'est la plateforme nationale qui gère tous les contacts et les redispatche vers les agences (clients, offre de service par DE, jusqu'aux modifications d'horaires…).

Ils recrutent beaucoup et sont de ce fait très sollicités par les médias et les pouvoirs publics. Leurs difficultés de recrutement sont quantitatives et en même temps qualitatives (niveau d'exigence, car salariés envoyés chez les gens auprès d'enfants, personnes âgées…).

Sur le plan qualitatif, les clients attendent un « vrai » service. O_2 est un opérateur privé « vendant » une prestation. S'il faut faire du repassage, les clients n'admettront pas (contrairement à une femme de ménage recrutée en direct ou dans un contexte moins « marchand ») un repassage approximatif. O_2 doit donc s'assurer par des tests le niveau des candidats-salariés, voire compléter leur formation si nécessaire.

Ils ont cependant des « arguments » (variables suivant le secteur de comparaison) : statut de salarié, horaires normaux en journée, aide à la mobilité… Beaucoup de salariés sont à temps partiel. Certains voudraient se rapprocher du plein temps. Ce n'est pas toujours facile et demande de la polyvalence (l'aide au senior se fait le matin et la garde d'enfant postscolaire l'après-midi).

Échanges sur l'info (France Info) disant qu'O_2 avait du mal à recruter malgré des CDI et des « voitures de fonction » pour les salariés :

- Les difficultés existent effectivement ;
- O_2 propose des CDI, car on veut garder le personnel qu'on recrute s'il nous permet de rendre les services attendus par nos clients ;
- Nous nous efforçons de résoudre les problèmes de mobilité (en particulier en zone rurale ou périurbaine) de nos salariés et avons donc quelques voitures de service (et non de « fonction »). En particulier, nos clients attendent une prestation « garantie ». Si un(e) salarié(e) a un empêchement, nous devons pouvoir le remplacer à coup sûr par un autre à mobilité assurée (donc avec voiture O_2).

Pour les recrutements, ils travaillent avec tous les prescripteurs (SPE ou associations), mais sont à l'écoute de ceux qui peuvent prescrire bien et en ciblant.

Ils font des PMSMP avec 1/2 journées à l'agence et 1/2 journées en double avec un salarié chez des clients volontaires.

Cela se gère localement/régionalement.

7.1.2. Entretien avec une directrice d'agence O_2 (Alexandra Pechuzal — 17/01/2020)

L'« agence » visitée est une agence et non une franchise.

La directrice et les trois salariées du siège sont des salariées du « groupe O_2 » tout comme les 60 salariées sur le terrain.

L'effectif est 100 % féminin. Il y a eu de rares exceptions, mais les candidatures masculines sont rares et il y a de vraies réticences aussi côté clients.

L'agence travaille principalement sur trois métiers :

- Ménage (environ 65 %) ;
- Aide aux seniors (environ 25 %) ;
- Garde d'enfants (environ 15 %).

Certaines activités nécessitent des diplômes ou des agréments des salariés (enfants de moins de trois ans, soins aux seniors) d'autres de simples contrôles de compétences par O_2 (repassage par exemple !).

➔ **Recrutement**

Les besoins en recrutement sont permanents. Le turnover est important :

- 60 % de renouvellement par an ;
- 40 % de stable (souvent sur plusieurs années).

Voir ci-dessous « fidélisation ».

Les offres d'emplois sont émises par l'agence.

Elles sont publiées en premier lieu sur le site (géré nationalement) d'O_2 et relayées systématiquement sur des sites partenaires « gratuits » : Pôle Emploi, le Bon Coin…

L'Agence dispose aussi d'un crédit (ouvert par le groupe) de publications sur des sites plus spécialisés et professionnels. C'est la directrice qui gère son quota suivant l'enjeu et la difficulté du recrutement.

Les candidatures reviennent systématiquement à l'agence (y compris candidatures spontanées ou locales aux bureaux de l'agence).

Le traitement et l'accueil sont faits par l'équipe de l'agence et basés sur la motivation, les compétences les disponibilités.

Un planning des plages de disponibilité des candidates est établi et « croisé » avec celui des clients.

Pas mal de souplesse dans les activités « ménage ».

Beaucoup moins dans les activités « garde d'enfants » et « aide aux seniors ».

➔ **Fidélisation/perspectives d'évolution (et donc « attractivité »)**

Les leviers de la fidélisation sont la montée en compétence et la mobilité conduisant à un vrai temps choisi (possibilité de temps plein).

Le secteur offre des rémunérations basses restant voisines du SMIC et même avec quelques avantages « grand groupe » les conditions de salaires ne constituent pas un argument fort dans ce domaine.

Toutes les embauches se font en CDI, ce qui envoie un message positif.

L'aide au senior est une activité principalement du matin et la garde d'enfants de fin d'après-midi — soirée. Le ménage a une plage plus large (matinée et début d'après-midi).

La direction d'O_2 (voir interviews précédentes) et une partie des salariés souhaitent tendre vers des contrats à temps plein.

On voit donc que cela suppose un maximum de polyvalence dont l'acquisition de certaines qualifications reconnues ou diplômes.

O_2 a mis en place une offre très complète et « à tiroirs » de formations permettant en particulier d'évoluer vers les métiers de garde d'enfants et d'assistant de vie.

La prise en compte des contraintes de mobilité accompagne cette acquisition de la polyvalence et d'un poste à temps plein.

La mobilité est un élément central dans une agence rurale comme celle visitée. Les clients se répartissent sur une zone géographique étendue et non desservie par les transports en commun.

Les salariées « de base » sont indemnisées pour leurs trajets entre missions (et au-delà de 20 km pour les prises et fins de poste). Mais l'agence dispose aussi de 15 véhicules « O_2 » de service qu'elle met à disposition des salariées les plus polyvalentes (pouvant en outre assurer des remplacements de dernière minute).

Toutes ces mesures permettent une certaine « fidélisation » (environ 40 % de l'effectif « stable »).

Cela ne fait pas tout, car tous les salariés ne peuvent ou ne souhaitent pas évoluer et les causes de départ sont souvent liées à des événements ou choix de vie personnels.

➔ **Situation au sein du secteur « aide à la personne »**

O_2 se situe à un niveau intermédiaire dans ses exigences et « contraintes imposées » à ses salariées.

- Vis-à-vis des « aides » de proximité (embauches directes des salariées par un client ou contexte moins marchand), O_2 présente un niveau d'exigence plus fort.

O_2 est un groupe « marchand », vendant une prestation (exemple du niveau de repassage accepté suivant le contexte). O_2 est, par ailleurs, régulièrement contrôlé sur les qualifications requises et ne peut avoir le niveau de « tolérance » acceptable dans d'autres contextes.

- Vis-à-vis des structures, le travail chez O_2 peut apparaître moins contraignant.

Pour l'aide aux seniors par exemple :

- Pas de travail de nuit ;
- Moins d'interventions en WE ;
- Soins de minimum une heure avec la personne en continu.

7.2. Discours « siège » sur le recrutement » (et donc argumentaire « attractivité »)

Le site « O_2 recrute » présente un argumentaire synthétique :

Ces arguments sont très « corporate » et valorise une image « pro » et moderne (ambiance « start-up »…) de l'entreprise. On propose de rejoindre une entreprise dynamique (arguments placés en tête) et pour des emplois durables (CDI, perspectives, proches du lieu de résidence).

On ne dit rien sur l'écoute des salariés, l'autonomie.

Peu de choses aussi (contrairement au secteur associatif) sur l'utilité sociale (sauf à dire que ces métiers ont du sens) ni le lien avec des politiques publiques.

7.3. Synthèse

O_2 est une société bien reconnue sur le marché du service à la personne à domicile chez les particuliers (personnes âgées, enfants). Elle est présente sur tout le territoire national, en concurrence directe avec les entreprises d'aide par l'insertion, mais sa croissance est pour l'instant continue. Elle est en constant recrutement, mais avec des difficultés à la fois quantitative (turnover important) et qualitative (personnel peu qualifié ou peu motivé par les tâches demandées). Les salariés, surtout des femmes (100 % dans plusieurs agences), sont recrutés en CDI avec des horaires de journée, mais beaucoup sont en temps partiel.

Le recrutement se fait à la fois sur le site du groupe O_2, mais aussi sur des sites d'annonces gratuites (Pôle Emploi, Leboncoin…) ou professionnels (quota d'annonces gérées par le groupe en cas de difficulté de recrutement). Le traitement des candidatures est fait localement en fonction des motivations, des

compétences et des disponibilités. Les horaires, gérés localement, sont souples pour les activités ménages, mais doivent adapter aux exigences des clients pour les enfants et les seniors.

Plusieurs solutions sont présentées afin de pallier le turnover important (environ 60 % chaque année) : véhicules de service remplacement rapide en cas d'empêchement, formation des salariés (vérification des diplômes pour les tâches l'exigeant, mais aussi contrôles des compétences et évolution professionnelle accompagnée par l'entreprise), mise en situation professionnelle. La mobilité conduisant à un vrai temps choisi ainsi que l'apprentissage des connaissances et la polyvalence sont mis en avant par le groupe pour fidéliser son personnel ainsi que les avantages « groupes » qui ne peuvent être donné par les petites entreprises (le salaire en lui-même est proche du SMIC). Les départs sont liés en grande majorité à des événements et des choix de vie personnels.

O_2 se situe à un niveau intermédiaire dans ses contraintes imposées à ses salariés et reste un groupe marchand qui vend une prestation et est redevable de ses services auprès des clients, mais est moins contraignant que ces concurrents en ce qui concerne l'aide aux seniors (pas de travail de nuit, peu d'intervention le week-end et le personnel reste un temps minimum avec les personnes).

8. Secteur « libéré » : ALENVI

ALENVI est une petite et récente structure qui a pour but d'expérimenter et développer une nouvelle approche de l'aide à la personne (ciblage « séniors »).

Cette nouvelle approche se décline sur trois plans :

- La mission : Un enjeu de société majeur. Mettre en place un modèle capable de faire face à la demande croissante d'accompagnement tout en renouant avec la nature profondément humaine des métiers concernés est le défi qu'Alenvi a choisi de relever.
- Le modèle : Un modèle d'entreprise innovant. Créer Alenvi sous la forme d'une Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale (ESUS) centrée sur une mission permet de tester de nouveaux formats d'actions et d'apporter des solutions novatrices.
- L'impact : Un impact social positif à développer à grande échelle.
    - En réalisant une première étude d'impact en 2018, Alenvi a pu montrer que valoriser le métier d'auxiliaire de vie et reconnaître le pouvoir et la responsabilité de ceux qui accompagnent les personnes âgées est possible et souhaitable tant cela crée de valeur sociale.
    - Fort de ce constat, ALENVI cherche à démultiplier cet impact en se développant, en proposant leurs innovations à leurs confrères et en co-construisant l'avenir du secteur.

- La création d'un référentiel partagé de mesure d'impact, **l'Indice d'Alignement Humain, est ainsi une initiative lancée par Alenvi en 2019 pour faire progresser le secteur dans son ensemble.**

ALENVI est très présent au cœur du mouvement de réflexion sur les « entreprises libérées » (au sein du MOUVES, Mouvement des Entrepreneurs Sociaux, en particulier).

ALENVI est une des structures évoquées dans le rapport El Khomri : « *"Le ministère des Solidarités et de la Santé et la CNSA apportent un soutien aux démarches des structures en faveur de la qualité de vie au travail, dont la promotion d'organisations nouvelles, comme par exemple les équipes autonomes inspirées du modèle Burtzoorg, »*

8.1. Rencontre avec Guillaume Desnoës, l'un des fondateurs d'ALENVI

8.1.1. Histoire de la création de la structure

Alenvi a été créé par Guillaume Desnoës avec deux anciens camarades de HEC il y a 3 ans et demi (ex de Sodexho et de Leroy Merlin). Ils sont partis d'une problématique sociétale : accompagner les personnes âgées. Le déclencheur de départ était qu'on payait les gens au SMIC dans un secteur où le travail est standardisé à outrance. La planification se fait dans les bureaux, l'exécution sur le terrain. Pour les malades, le sentiment d'être infantilisé revient en permanence. On assiste à la douleur d'être instrumentalisé tout en observant la souffrance des professionnels du secteur.

Alenvi est une équipe de 75 professionnels (50 il y a un an) répartis entre Lyon et Paris en équipe autonome, avec un salaire plus élevé d'environ 10 % que le secteur et propose des CDI 35 heures. Le mode d'organisation du travail est différent des autres structures, car il implique à la fois prospection et rôle tournant. En effet, s'occuper d'une personne âgée est complexe, il est donc possible de s'occuper d'autres choses que de tâches répétitives. Alenvi veut des professionnels de l'empathie et non de tâches, qu'il considère comme des auxiliaires d'envie et non de vie.

Il s'agit d'une SAS avec agrément ESUS qui a une gouvernance partagée composée d'un comité représentant chaque équipe. Les équipes s'occupent beaucoup de troubles cognitifs (en particulier Alzheimer) et sont rémunérées sur la base du ticket modérateur. La structure est un prestataire de service en coordination avec du personnel médical et paramédical (médecin, infirmier, accueil de jour). Il y a un lien fort entre les professionnels et les auxiliaires par le biais de réunions informelles ou formelles (obligatoires). Il y a aussi des réunions de coordination dans les cas les plus complexes (par exemple pour les services sociaux ou quand il n'y a pas de famille impliquée).

Ils souhaitent s'occuper d'une pathologie dans son ensemble, de gens qu'ils accompagnent. Les équipes locales se débrouillent avec un forfait d'heures. Ce n'est pas seulement un modèle, mais aussi une philosophie. Un coach aide les équipes à être plus autonomes.

Les autres structures d'aides à domicile (autant les associations que les entreprises privées) commencent à se réunir autour du collectif « Humains d'abord ». On assiste aussi chez les concurrents du secteur à des problèmes d'absentéisme (15 à 20 % dans le secteur contre 4 % chez Alenvi) ainsi qu'un turnover important. L'entreprise a donc à cœur d'être l'acteur d'une vraie transformation de son secteur et de considérer l'importance des savoir-être autant que de la communication et de la formation (auxiliaires de vie et encadrants : 300 personnes formées en 2019, 1000 de prévus pour 2020). Ils ont ainsi créé leur propre ERP, qui est un pilier important de leur structure managériale avec des outils coopératifs.

8.1.2. Projets

Facturation au forfait des infirmiers (et non à l'acte), ce qui permet de découvrir d'autres pathologies ; Accompagnement pluridisciplinaire dont les gens ont besoin (infirmier, auxiliaires de vie).

8.1.3. Organisation du travail

La structure propose des CDI 35 h sous conditions et sous réserve que les personnes soient capables de les réalisées (actuellement 70 % de temps pleins). 10 % du temps de travail concerne la coordination des auxiliaires de vie (travail du management). Si des diplômes spécifiques peuvent être demandés, il est possible de les faire avoir par équivalence ainsi qu'un agrément départemental.

Le cadre de la modulation annuelle du temps de travail fait que les heures supplémentaires sont payées à la fin du mois (alors que la convention collective précise qu'elles sont modulées sur l'année et payées à la fin si elles sont en positif, ou alors elles sont perdues pour l'entreprise). Cette formule permet un suivi plus fin de manière comptable. Environ 20 % du temps de travail est considéré en heure supplémentaire (les mois où le temps de travail est moindre ne sont pas compensés par ceux avec une plus grande activité).

Ils considèrent qu'il s'agit d'un des métiers de l'humain qui ne doit pas se limiter à faire la toilette et le ménage, mais doit aussi gérer l'humain dans le cadre d'un contrat de service à la fois formel et informel.

Le suivi du planning mouvant sur la quinzaine est fait à la fois par la famille et les auxiliaires. La facturation par quinzaine permet ainsi un affinement des prestations.

Le recrutement des auxiliaires est fait soit par des sites d'annonces généraux (p.-ex. : Indeed) amis aussi via Pôle Emploi ou les écoles de formation (auxiliaire de vie, aide-soignant). Mais beaucoup de personnes ont basculé parce qu'elles étaient démotivées par leur travail dans les autres structures et les conditions de travail. Le turnover dans le secteur est important parce que salaire est souvent très faible. Le recrutement se fait entre pairs, l'équipe centrale rassemble les demandes. On a environ 30 candidatures pour un recrutement, mais à Paris, Pôle Emploi envoie assez facilement des personnes pas nécessairement qualifiées vers ces formations. Un tiers des périodes d'essai ne sont pas validées, souvent parce que les auxiliaires ne s'épanouissent pas dans ce type de modèle.

8.1.4. Cadre

La « Charte d'envie » impose solidarité et respect de l'autre. L'intégration dans les équipes se fait avec une formation à la charte pour en expliquer le fonctionnement. Des réunions de l'équipe (12 équipes sectorisées) sont imposées tous les 15 jours pour communiquer aussi sur les plannings, mais communication passe aussi par des chats. Les plannings sont gérés en direct et tout le monde peut en voir les modifications (demandes venant des bénéficiaires parfois, mais il faut de la flexibilité et de la responsabilisation dans les deux sens), ce qui provoque un impact sur la qualité des accompagnements et des relations avec les personnes avec lesquelles ils ont une mission.

8.2. Les arguments « attractivité » d'ALENVI

On peut y voir une approche assez différente de celle du secteur associatif « traditionnel » et du secteur marchand. L'accent est principalement mis sur le sens, la durabilité, mais surtout l'autonomie/collaboration (3 arguments sur 5).

8.3. Synthèse

Alenvi est une structure de petite taille et jeune qui s'organise autour d'une cible sensible qui demande une grande attention et une bonne coordination avec d'autres intervenants pour éviter une régression rapide des personnes suivies. Elle accorde une place importante au bien-être de ses collaborateurs. L'accompagnement des personnes âgées peut être quelque chose de très difficile à vivre au quotidien pour eux et il est primordial que les gestes ne deviennent pas automatiques. À cette fin, ils ont donc pu mettre en place deux grandes innovations.

Tout d'abord la prise en charge non pas d'un acte médical, mais d'un forfait d'heures qui considère la pathologie de la personne accompagnée dans son intégralité. Cette approche pluridisciplinaire, à l'opposé de celle qui peut se faire dans le cadre des cadres du ticket modérateur de la Sécurité Sociale, permet de ne pas se focaliser sur un symptôme particulier, mais permet aussi de pouvoir déceler d'autres types de problèmes qui peuvent parfois aller outre le domaine médical et demander d'autres interventions qui

n'auraient pas été préalablement détectées. L'accent est aussi mis sur la participation de tous à la gestion des bénéficiaires de leurs services : réunions à la fois formelles (réunions de cohésion ou imposées par la législation) et informelles impliquant le personnel médical, paramédical et d'assistance afin d'acquérir une vision globale du soin à développer. Les plannings sont revus chaque quinzaine avec les patients, leurs familles et les équipes dans leur globalité, toujours de manière collégiale. De même, l'accent est mis sur la formation non seulement de ses propres professionnels (75 personnes début 2020), mais aussi des autres structures du secteur. Ils veulent mettre l'humain et non le patient au centre de leur démarche et souhaite être l'acteur de la transformation du secteur en conciliant savoir technique et connaissance fine des besoins des patients.

Alenvi propose en plus de ces mesures, un salaire plus élevé de 10 % que ces concurrents et a une politique heures supplémentaires plus intéressantes (ils vont au-delà de ce que propose la convention collective) et par conséquent, a un absentéisme et un turnover moindre.

Sa philosophe peut se résumer à ce qu'Alenvi est un professionnel de l'empathie. Le travail se fait par des auxiliaires d'envie, et non de vie, qui gère l'humain et respecte l'autre.

9. Synthèse générale — Propositions

Il ne s'agit pas pour nous de porter des jugements ou de décerner des bons points, ne serait-ce que sur le seul point visé par notre enquête, la façon d'être employeur et de recruter (en essayant de se montrer « attractif »). Nous pensons que chaque expérience explore une facette de l'employeurabilité pour beaucoup liée à son histoire (parfois courte) et à sa culture.

- Le secteur associatif porte depuis longtemps les valeurs liées à l'utilité sociale et est le plus directement en lien avec le tissu local (via ses bénévoles, ses liens avec les élus et les institutions et les politiques publiques) ; C'est principalement lui qui traite le cas des personnes en grande difficulté financière ;
- Le secteur marchand est plus centré sur une relation clientèle, bien souvent plus aisée, avec des exigences de professionnalisme de la part de son personnel pour garantir un service de qualité (au sens « normes » du terme) ;
- Le secteur nouveau, centré sur des pathologies plus invalidantes et plus complexes et y répond en impliquant les aspirations à l'autonomie, au besoin de collaboration et de sens partagé des salariés dans une telle situation. Il se veut pionnier ouvert à de nouvelles organisations du travail.

Les trois « secteurs » nous semblent devoir continuer à cohabiter et certainement à rechercher des formes d'organisation pour répondre à des problèmes spécifiques ; compte tenu de la croissance unanimement reconnue comme indispensable à venir des besoins pour répondre à une pluralité de situation spécifique qui nécessite de plus en plus l'articulation de professionnels différents. La qualité de vie des personnes aidées doit être au centre des préoccupations. Mais elle a peu de chance de voir le jour si parallèlement,

les salariées se trouvent plus responsabilisées, mieux reconnues avec des conditions de travail de meilleure qualité.

Actuellement, tous ne visent pas les mêmes cibles et les mêmes demandes et ne sont pas soumises aux mêmes contraintes et types de financement.

Mais aucun des secteurs ne pourra faire l'économie de chercher à exercer son activité et recruter et « employer » ses salariés de manière adaptée aux aspirations des personnes prêtes à continuer à y travailler ou à le rejoindre.

Et chacun aura à apprendre des autres :

- **L'écoute des salariés, le basculement vers un fonctionnement de plus en plus autonome et en équipe** qui est au cœur du projet d'ALENVI commencent à se développe également dans le secteur associatif (l'ADAPA). Le management d'O_2 (qui le fait déjà de façon informelle) devra sûrement également aller plus loin dans ce domaine. Des outils comme « l'Indice d'alignement humain » ou notre outil « IKIGAÏ » pourront aider à avancer dans ce domaine, tout comme l'accompagnement des structures existantes par des acteurs comme l'Atelier 48.
- Les employeurs du secteur devront tous faire preuve **d'efficacité dans le traitement des freins au bon exercice de ces métiers** (comme O_2 l'a fait avec le problème de la mobilité en zone rurale ou ALENVI sur la rémunération).
- **La question des plannings en particulier devra être traitée par les employeurs via un dialogue** (une co-construction ?) avec les salariés et des outils collaboratifs à mettre en place. Les salariés « en place » sont conscients des contraintes liées à l'exercice de la profession (elles-mêmes liées au service à apporter au client-patient), mais ils ne supportent plus les plannings « qui tombent du haut ». Cela se sait et rebutent beaucoup de candidats (tes) qui craignent qu'il ne soit pas tenu compte de leurs propres contraintes.
- **Le temps choisi (aspiration au temps plein ou temps partiel choisi) est aussi un sujet à traiter**. C'est un sujet complexe, car il doit prendre en compte les aspirations des salariés et leurs capacités (polyvalence) et les rendre compatibles avec les besoins très divers des clients-patients en termes de type de services et de temporalité (dans la journée et suivant les périodes).
- **La question de l'utilité sociale, du sens, de la fierté en lien avec tous les acteurs de la société** devra être traitée par tous (même si le secteur de l'ESS y répond sans doute le mieux en l'état). Il faudra répondre à la question posée dans le rapport El Khomri : *comment admettre que des métiers utiles socialement soient si peu valorisés ? Pourquoi y a-t-il un gouffre entre l'engagement, la fierté des personnes que nous avons rencontrées et la manière dont on raconte leur métier ?* La crise sanitaire a montré la grande fragilité et les difficultés liées au regroupement de personnes très vulnérables. Le maintien à domicile aussi longtemps que possible des seniors avec tous les services (matériels et soignants) nécessaires est de plus en plus souhaité par les personnes et sera aussi une nécessité sociale (la crise récente a montré les limites du regroupement en

établissements). Aussi, les employeurs du secteur de l'aide à domicile devront permettre l'intégration de leurs salariés dans une véritable « chaîne du care » autour des personnes concernées (pouvant aller jusqu'à des approches « EPHAD à domicile ») et créant **une meilleure collaboration entre intervenants de tous types, patients-clients et leur entourage**.

- **Les possibilités d'évolution via la formation et/ou l'orientation vers d'autres tâches** à l'intérieur (ou en périphérie) du secteur d'activité sont également à travailler. Ces métiers sont physiquement et parfois psychologiquement usants, il faut donc pouvoir ouvrir des perspectives d'évolution s'adaptant à l'usure des personnels et ménageant leur propre santé. Sinon, ils ne resteront pas ou n'y rentreront pas.
- Enfin, un changement nécessaire et qui doit accompagner (et traduire ?) l'amélioration de l'attractivité des métiers de ce secteur : **il faut qu'il se « dé-genre » et améliorer la mixité !** On a vu l'exemple de l'agence O_2 rencontrée où 100 % des 65 salariés sont des femmes. Un déficit de mixité de genre dans une activité est souvent le signe de la mauvaise prise en compte de certaines de ses caractéristiques ou contraintes. Ce changement ne se fera pas par la seule volonté des employeurs (même s'ils doivent y contribuer), mais grâce à un changement de regard de toute la société (y compris les clients-patients).

Ces pistes d'efforts attendus des employeurs du secteur de l'aide à domicile ne suffiront pas, seuls à régler les difficultés du secteur, ne serait-ce que celles de la fidélisation et du recrutement. Mais ce qui est certain c'est l'employeur doit intégrer ces questions dans des métiers qui continuent à se construire en interaction avec un environnement qui apparaît plus ressources que concurrences. D'autres efforts et réformes seront indispensables dans de nombreux domaines. En particulier, tous ceux listés dans les conclusions du rapport El Khomri concernant les cadres réglementaires, les statuts, les qualifications, l'éducation et la communication autour de ces métiers, la formation…

En même temps que les métiers évoluent, que les services se diversifient, c'est une dimension sociétale qui est en jeu ? Ce qui invite à des débats et à la participation de toutes les parties prenantes pour trouver les solutions optimales. Et chacun doit prendre sa part et les employeurs y sont confrontés dès aujourd'hui.