grand âge
et autonomie

PLAN DE MOBILISATION NATIONALE EN FAVEUR DE L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DU GRAND-AGE 2020-2024

Rapport remis à la
ministre des Solidarités et de la Santé
Etabli par Mme Myriam El Khomri

Octobre 2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Table des matières

ELEMENTS DE SYNTHESE **7**

PRINCIPAUX CONSTATS **11**

PRINCIPALES MESURES **13**

COUT DES PRINCIPALES ORIENTATIONS **16**

VECTEURS LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES **17**

QUELQUES IMAGES DE LA MISSION **18**

PREAMBULE **21**

DIAGNOSTIC **27**

1 DES METIERS DU GRAND AGE PEU ATTRACTIFS, PARCE QU'EXERCES DANS DES CONDITIONS DIFFICILES, POUVANT ETRE MAL REMUNERES ET PEU CONSIDERES, BIEN QU'ILS SOIENT PORTEURS DE SENS ET D'UNE UTILITE SOCIALE MAJEURE **33**

1.1 DES METIERS PORTEURS DE SENS ET D'UNE UTILITE SOCIALE MAJEURE 33

1.2 DES DIFFICULTES A RECRUTER ET A FIDELISER, REVELATRICES DU MANQUE D'ATTRACTIVITE DE CES METIERS 35

1.2.1 Des difficultés de recrutement et un turn-over important *36*

1.2.2 Des inscriptions aux concours en baisse, reflets du manque d'attractivité de ces métiers *36*

1.2.3 Des besoins de recrutement en forte croissance *37*

1.3 UNE SINISTRALITE RECORD 37

1.3.1 Des conditions de travail très dégradées *37*

1.3.2 Des conséquences multiples, en matière sanitaire et financière *38*

1.4 DES REMUNERATIONS DURABLEMENT FAIBLES 39

1.4.1 De premiers niveaux de salaire inférieurs au SMIC dans certaines conventions collectives *39*

1.4.2 Un travail à temps partiel trop répandu pour l'emploi à domicile *40*

2 UN INVESTISSEMENT ET DES ACTIONS REELLES DES AUTORITES PUBLIQUES DANS LES METIERS DU GRAND AGE, MAIS UN EFFORT DONT LA DISPERSION LIMITE L'IMPACT D'ENSEMBLE **41**

2.1 DES METIERS MAL IDENTIFIES PAR LE GRAND PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS EUX-MEMES 41

2.2 DES EFFORTS INDENIABLES POUR RENOVER LES FORMATIONS ET ASSURER LEUR GRATUITE, MAIS DES CLOISONNEMENTS PERSISTANTS 41

2.2.1 Des travaux de rénovation des diplômes conduits séparément au sein du ministère des solidarités et la santé et sans lien avec le ministère du travail en charge des certificats de qualification professionnelle *41*

2.2.2 Un assouplissement national des règles sur la formation en apprentissage qui n'a pas levé les freins spécifiques au secteur sanitaire et social *43*

2.2.3 Une gratuité des formations de principe, qui bute sur les cloisonnements des financements *43*

2.3 DES FINANCEMENTS AU SERVICE DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET DE LA FORMATION CONTINUE DONT LA STRUCTURE ET LES MONTANTS EVOLUENT POSITIVEMENT, MAIS DONT L'UTILISATION DOIT ENCORE PROGRESSER 44

2.3.1 Un engagement de l'Etat et des branches professionnelles pour accompagner la transformation des métiers et des organisations qui n'a pas encore produit à plein les effets escomptés *44*

2.3.2 Une contribution importante de la CNSA au financement de la formation et de l'amélioration de la qualité de vie au travail, mais qui ne compense pas cependant le manque de financement des OPCO *45*

2.3.3 Des réformes du financement, qui ont permis de renforcer les taux d'encadrement en EHPAD, mais qui reste inabouties pour les SAAD *46*

2.4 DES INNOVATIONS MULTIFORMES, EN MATIERE DE FORMATION ET DE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL, PORTEES PAR LES AUTORITES PUBLIQUES ET LES PROFESSIONNELS, MAIS QUI DEMEURENT LIMITEES EN L'ABSENCE D'UNE VERITABLE POLITIQUE NATIONALE 46

2.4.1 Une démarche nationale et une série d'actions de promotion de la qualité de vie au travail mises en place par le ministère des solidarités et de la santé ... 46
2.4.2 Un soutien méthodologique des structures mis en place par la branche AT-MP, l'ANACT et l'INRS ... 47
2.4.3 Des collectivités territoriales engagées ... 48
2.4.4 Au global, des dispositifs pour soutenir l'innovation, qui restent toutefois ponctuels et peu articulés ... 48

3 UN FOISONNEMENT ET UN CLOISONNEMENT DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES QUI CONSTITUENT DES FREINS STRUCTURELS A UNE RENOVATION EN PROFONDEUR DU SECTEUR DU GRAND AGE ... 50

3.1 UNE PLURALITE D'ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES ET DES SECTEURS DE REGULATION CLOISONNES, QUI PARTICIPENT AU MORCELLEMENT DU SECTEUR DU GRAND AGE ... 50
3.1.1 Un paysage foisonnant et éclaté des conventions collectives, qui gêne la mise en place d'un cadre commun et d'orientations partagées par l'ensemble des acteurs ... 50
3.1.2 Un paysage des OPCO qui a été simplifié récemment mais qui peut encore être resserré ... 51
3.2 UN CLOISONNEMENT DES METIERS ET DES STRUCTURES PROFESSIONNELLES, EN DECALAGE AVEC LA REALITE DES BESOINS ET DES ACCOMPAGNEMENTS ... 51
3.2.1 Des métiers artificiellement cloisonnés par une définition trop serrée des compétences de chacun ... 51
3.2.2 Un cloisonnement juridique et financier entre les différentes structures de prise en charge, en établissement (EHPAD) ou à domicile (SAAD) ... 52

PLAN D'ACTION ... 57

OBJECTIF GENERAL : REPONDRE AU BESOIN MASSIF DE PROFESSIONNELS A FORMER DANS LES CINQ PROCHAINES ANNEES ... 57

AXE 1 : ASSURER DE MEILLEURES CONDITIONS D'EMPLOI ET DE REMUNERATION, EN OUVRANT DE NOUVEAUX POSTES, EN RENOVANT LES CONVENTIONS COLLECTIVES ET EN METTANT EN PLACE UNE INITIATIVE NATIONALE ... 59

OBJECTIF 1 : RECRUTER A HAUTEUR DES NOUVEAUX BESOINS ... 59
OBJECTIF 2 : REMETTRE A NIVEAU LES REMUNERATIONS DES CONVENTIONS COLLECTIVES INFERIEURES AU SMIC ET PREVENIR TOUT RISQUE DE NOUVEAU DECROCHAGE ... 59
OBJECTIF 2 : ALLER VERS UN SOCLE COMMUN AUX DIFFERENTES CONVENTIONS COLLECTIVES, POUR GARANTIR DES CONDITIONS PLUS ATTRACTIVES D'EMPLOI ET DE REMUNERATIONS DANS LE SECTEUR DU GRAND AGE ... 61
OBJECTIF 3 : AIDER LA MOBILITE DES PROFESSIONNELS A DOMICILE ... 62

AXE 2 : DONNER UNE PRIORITE FORTE A LA REDUCTION DE LA SINISTRALITE ET A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ... 64

OBJECTIF 4 : REDUIRE D'UN CINQUIEME LA SINISTRALITE DES METIERS D'AIDE-SOIGNANT ET D'ACCOMPAGNANT D'ICI A FIN 2024 64
OBJECTIF 5 : MIEUX GARANTIR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL PAR DES LEVIERS STRUCTURANTS ... 68

AXE 3 : MODERNISER LES FORMATIONS ET CHANGER L'IMAGE DES METIERS ... 71

OBJECTIF 6 : OUVRIR PLUS LARGEMENT L'ACCES AUX FORMATIONS DES METIERS DU GRAND AGE ... 71
OBJECTIF 7 : METTRE EN PLACE DES FORMATIONS LISIBLES ET FAVORISANT LA POLYVALENCE ETABLISSEMENT-DOMICILE ... 75
OBJECTIF 8 : DIVERSIFIER LES VOIES D'ACCES AUX DIPLOMES ET PERSONNALISER LES PARCOURS DE FORMATION ... 76
OBJECTIF 9 : SOUTENIR LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES ENRICHISSANT L'EXERCICE DES METIERS ET STRUCTURER DES PARCOURS PROFESSIONNELS ATTRACTIFS ... 79
OBJECTIF 10 : MOBILISER DE NOUVELLES FORMES DE PEDAGOGIE ET CREER DES CAMPUS DES METIERS DU GRAND AGE ... 81
OBJECTIF 11 : CHANGER L'IMAGE DES METIERS DE L'ACCOMPAGNEMENT ... 83

AXE 4 : INNOVER POUR TRANSFORMER LES ORGANISATIONS ... 86

OBJECTIF 12 : DONNER DES PERSPECTIVES DE CARRIERE ET PERMETTRE UN EXERCICE PLUS AUTONOME DES AIDES-SOIGNANTS ET DES ACCOMPAGNANTS ... 86
OBJECTIF 13 : SOUTENIR L'INVESTISSEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LA PRISE EN CHARGE DU GRAND AGE ... 87
OBJECTIF 14 : PROMOUVOIR L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE, MANAGERIALE ET TECHNIQUE ... 89

AXE 5 : GARANTIR LA MOBILISATION ET LA COORDINATION DES ACTEURS ET DES FINANCEMENTS AU NIVEAU NATIONAL ET DANS LES TERRITOIRES ... 90

OBJECTIF 15 : DEFINIR AU NIVEAU DEPARTEMENTAL UNE FEUILLE DE ROUTE ET CREER UNE PLATEFORME DES METIERS DU GRAND AGE 90
OBJECTIF 16 : GARANTIR AU NIVEAU NATIONAL LA COORDINATION ET LA MOBILISATION NECESSAIRES 91

CONCLUSION 95

ANNEXES 99

Enquête de l'UNIOPSS sur les problématiques de recrutement **101**

REMERCIEMENTS..... 101

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 127

LETTRE DE MISSION 131

ELEMENTS DE SYNTHESE

« Le sens de notre vie est en question dans l'avenir qui nous attend ; nous ne savons pas qui nous sommes, si nous ignorons qui nous serons : ce vieil homme, cette vieille femme, reconnaissons-nous en eux. Il le faut si nous voulons assumer dans sa totalité notre condition humaine. Du coup, nous n'accepterons plus avec indifférence le malheur du dernier âge, nous nous sentirons concernés : nous le sommes. » Simone de Beauvoir, « La Vieillesse ».

Nous avons abordé cette mission dans un état d'esprit fait de responsabilité et d'empathie avec les professionnels, qui joue dans l'ombre, loin des lumières de la reconnaissance, un rôle clé auprès des personnes en perte d'autonomie.

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 soient si peu valorisés ? Pourquoi y a-t-il un gouffre entre l'engagement, la fierté des personnes que nous avons rencontrée et la manière dont on raconte leur métier.

L'inégalité salariale entre les hommes et les femmes constitue évidemment un élément d'explication, s'agissant de métiers très fortement féminisés. Mais au-delà de cette première réalité - qu'il nous faut impérativement combattre, l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie interroge plus globalement sur la maturité de notre société face à la question du vieillissement.

Car, en effet, dans nos sociétés obsédées par la performance, les « inactifs » en général et les personnes âgées en particulier, sont renvoyées à une image d'inutilité sociale et économique. Ce regard collectif et la déconsidération qui en découle, nombre des personnes rencontrées dans le cadre de cette mission nous ont dit le ressentir, constamment et puissamment.

En écho à cette sorte de déni collectif, leurs accompagnants eux-mêmes s'exposent à une indifférence, voire un mépris pour leurs actions au quotidien. Le sentiment d'être invisibles dans le champ public, médiatique, le sentiment que la beauté et le sens de leur métier au quotidien, un métier fait d'engagement et de relation humaine, dont ils sont fiers, n'est pas reconnu à sa juste valeur. Le sentiment aussi que leur parole n'est pas prise en compte, alors même qu'on leur confie ce que l'on a plus précieux, le soin de nos parents, de nos proches, des êtres qui nous sont les plus chers.

Ces accompagnants sont confrontés à l'affaiblissement des corps et des esprits, à la mort même, nous ne pouvons nier la charge mentale et physique que leur impose leur métier. Pourtant leur sentiment d'invisibilité est d'autant plus injustement ressenti qu'il se confronte à une exigence immense et légitime des familles, animées de sentiments qui mêlent souvent tristesse et culpabilité face à des situations familiales lourdes. Des attentes que nous nourrissons vis-à-vis de ces accompagnants qui sont inversement proportionnelles à la reconnaissance dont nous les gratifions en retour.

Reconnaissons-le sincèrement : lorsque nous sommes nous-mêmes concernés personnellement, à devoir confier à autrui le soin d'un parent, nous reconnaissons implicitement l'abnégation, le dévouement, le courage, des personnes auxquelles nous déléguons cette responsabilité. Nous attendons d'eux bien sûr des soins d'hygiène et un accompagnement de qualité mais, au-delà, c'est leur

bienveillance vis-à-vis de notre proche qui nous importe. Cette bienveillance, valeur ultime pour rendre plus douces les dernières années de la vie, comment ne pas reconnaitre que la société ne sait pas la valoriser.

Or ces métiers de sens et qui donnent du sens ne peuvent s'exercer sans évoluer dans un cadre bienveillant. N'y a-t-il pas justement, pour une société développée, un enjeu crucial à se penser comme une société de bienveillance et de bien-être ? Dans une sorte de symétrie des attentions, n'incombe-t-il pas à notre société d'avoir la même bienveillance à l'égard de ces personnes dont nous attendons tant ?

N'est-il pas temps de penser une « politique sociale durable », la durabilité n'étant plus un critère réservé au seul champ environnemental, mais dessinant le sens d'un basculement global, qui doit s'opérer dans tous les champs de la société.

Une politique sociale durable ne se limite pas à réparer les « dégâts » du passé. Elle les anticipe pour mieux les éviter. Une politique sociale durable permet ainsi une action en amont de « l'effondrement » du corps et de l'esprit, une action de prévention de la dépendance. Ces professionnels œuvrent à un accompagnement qui justement y concours, qui favorise l'autonomie ce qui implique donc de sortir du « travail à la chaine » comme ils le verbalisent, d'un cadre réglementaire trop strict, fait de référentiels de temps contraint, afin de pouvoir davantage maîtriser leur pratique, prendre le recul nécessaire à sa bonne exécution, échanger collectivement sur leurs besoins mais aussi sur leurs envies.

Il ne s'agit pas de « garderie » avec nos séniors pour leurs dernières années de vie - par effet miroir avec la « garderie » telle qu'on l'a longtemps considérée pour les premiers âges de la vie -, mais de bien plus que cela : d'un accompagnement, précieux, porteur de sens, dans une séquence charnière de l'existence, pour des personnes qui ont toujours un rôle à jouer, une expérience et des émotions à partager, tout simplement une vie à mener à son terme.

Beaucoup de professionnels rencontrés et des directions des structures concernées ont fait état de ce sens profond de leur métier, véritable boussole pour eux-mêmes et les personnes dont elles ont la charge, malgré les difficultés à bien l'exercer.

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.

Le rapport tente modestement d'apporter des réponses qui visent à porter une réforme structurelle, organique en ce sens que chacun de ses piliers se fait solidaire des autres, et qui permettrait aux salariés d'être dans une dynamique, de retrouver de l'espoir, du soutien, des solutions concrètes face au malaise ressenti actuellement.

En résumé, penser cette politique publique pour ce qu'elle est: la nécessité d'apporter de l'humanité dans notre vivre-ensemble pour bâtir une société de la bienveillance.

Principaux constats

De forts besoins en recrutement dans les métiers du grand âge

- Les personnes en perte d'autonomie (au sens des bénéficiaires de l'APA) **passeront de 1,387 million en 2020 à 1,479 million en 2025**.
- Pour répondre au vieillissement démographique et améliorer les conditions de prise en charge de ces personnes, **près de 93 000 postes supplémentaires devront être créés dans les 5 prochaines années** (2020-2024).
- Pour pourvoir les postes vacants, **260 000 professionnels devront être formés sur la même période**
- Les métiers du grand âge sont des métiers d'avenir, porteurs de sens, pour lesquels des perspectives d'évolution doivent être renforcées dans les EHPAD et créées pour le domicile.

Des métiers du grand âge peu attractif et à revaloriser

- Or, les professions d'aide-soignant et accompagnant éducatif et social qui sont **les deux grands métiers du grand âge sont des métiers dont l'attractivité est aujourd'hui très dégradée**. La baisse de 25% en six ans des candidatures aux concours d'accès à ces deux métiers est très révélatrice à cet égard.
- En effet, **ces métiers peuvent être mal rémunérés**, en particulier au domicile, avec un démarrage au SMIC, voire en-dessous, des progressions salariales et de façon générale des perspectives d'évolution qui sont très faibles. En conséquence, un taux de pauvreté élevé parmi ces métiers, par exemple 17,5% de ménages pauvres parmi les intervenants à domicile contre 6,5% en moyenne pour l'ensemble des salariés.
- De plus, **les conditions d'exercice de ces métiers sont très difficiles notamment par manque d'effectif**. Les postures, les rythmes de travail sont marqués par une forte pénibilité et se traduisent par un nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (« sinistralité ») trois fois supérieur à la moyenne nationale.
- Enfin, ces **métiers sont mal connus et peu considérés**, en particulier parmi les jeunes générations. Du reste, cette dévalorisation est le reflet du regard contemporain porté sur nos aînés et, de manière générale, sur les plus fragiles dans notre société.

Des efforts indéniables des autorités publiques pour restaurer l'attractivité de ces métiers mais aux effets insuffisants

- Les pouvoirs publics (Etat, conseils départementaux et régionaux) ont déployé **d'indéniables efforts pour tenter de restaurer l'attractivité** des métiers du grand âge, en agissant sur deux composantes majeurs que sont les formations et la qualité de vie au travail, grâce à la mise en place de réformes, à la mobilisation de financements et à un soutien résolu aux démarches d'innovations technologiques et organisationnelles.
- Toutefois, **ces efforts ont eu des effets limités, en raison de leur caractère dispersé et de l'incomplétude de certaines mesures**. Ainsi la réforme générale de l'apprentissage, destinée à libérer l'offre, n'a-t-elle eu qu'un effet limité sur les formations d'aides-soignants et

d'accompagnants éducatifs spécialisés qui sont par ailleurs soumises à des formes de quotas (limitations de capacité imposées dans les agréments et autorisations des structures de formation).

- Par ailleurs, **les organisations professionnelles des métiers du grand âge restent extrêmement cloisonnées et foisonnantes** (conventions collectives, opérateurs de compétences). Dans le secteur privé, les métiers du grand âge relèvent par exemple toujours de 7 conventions collectives à l'heure actuelle.

Le présent plan de mobilisation nationale vise donc à répondre au manque actuel d'attractivité de ces métiers et aux forts besoins de recrutements à venir.

Principales mesures

Axe 1 : Assurer de meilleures conditions d'emploi et de rémunération

- Ouvrir **18 500 postes supplémentaires** par an d'ici à fin 2024

Explication : Des ouvertures de postes seront nécessaires dans les toutes prochaines années pour répondre aux besoins de prise en charge du grand âge, dans un contexte de vieillissement démographique d'une part et de nécessaire augmentation du taux d'encadrement et du renforcement des temps collectifs d'autre part.

- Remettre à niveau au plus tard au 1er janvier 2021 les **rémunérations inférieures au SMIC** dans les grilles des conventions collectives à domicile

Explication : Aujourd'hui, les rémunérations des métiers du grand âge sont inférieures au SMIC dans certaines conventions collectives, ce qui a pour conséquence que les professionnels restent payés au SMIC pendant une dizaine d'années. Il convient donc de remettre ces rémunérations à niveau sans délai.

- Négocier une offre nationale compétitive **pour équiper les accompagnants à domicile de véhicules propres**

Explication : Les accompagnants à domicile supportent, notamment en zone rurale, des frais importants pour la mobilité d'un domicile à l'autre. Or, ces frais sont souvent insuffisamment indemnisés.

Axe 2 : Donner une priorité forte à la réduction de la sinistralité et à l'amélioration de la qualité de vie au travail

- Porter dans le cadre de la branche AT-MP de l'assurance-maladie un **programme national de lutte contre la sinistralité,** ciblé sur ces métiers

Explication : Le taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) est aujourd'hui tellement élevé dans le secteur du grand âge qu'un programme national spécifique apparait de plus en plus nécessaire.

- Imposer **4h de temps collectifs** par mois d'équipe à domicile et en EHPAD

Explication : Les temps collectifs entre professionnels (groupes de parole, échanges de bonnes pratiques, etc.) sont indispensables pour garantir la qualité de la prise en charge des personnes âgées et pour donner du sens au travail des professionnels.

Axe 3 : Moderniser les formations et changer l'image des métiers

- **Supprimer le concours** d'aide-soignant pour la formation initiale et l'apprentissage et assurer l'inscription dans les centres de formation via Parcours sup pour la formation initiale

Explication : Face à la pénurie récente de candidats, il convient de revoir en profondeur et d'ouvrir plus largement les conditions d'accès à ces formations.

- Garantir systématiquement la **gratuité de la formation**, hors frais d'inscription, quelle que soit la situation du candidat

Explications : Aujourd'hui, 5% environ des personnes en formation doivent payer leur formation, en sus des frais d'inscription, ce qui constitue une inégalité à laquelle il convient de mettre fin.

- **Réduire drastiquement l'éventail des diplômes** reconnus dans le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie

Explications : Il existe aujourd'hui une soixantaine de diplômes conduisant aux métiers d'accompagnant des personnes fragiles[1]. Ce foisonnement nuit gravement à la visibilité et à l'attractivité des métiers du grand âge.

- Porter à 10 % la part des diplômes d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social obtenus par la voie de l'**alternance**

Explications : Très peu développé pour ces diplômes, l'apprentissage est une voie efficace pour former rapidement et efficacement des professionnels à fort potentiel d'insertion dans le marché de l'emploi. Pour 100.000 personnes formées par an cela représentait 10.000 alternants (contre 600 par aujourd'hui).

- Porter à 25% la part des diplômes délivrés chaque année dans le cadre de la **VAE** en privilégiant la VAE collective

Explications : Les processus de validation des acquis de l'expérience (VAE) permettent d'augmenter rapidement le nombre de professionnels et donc de répondre aux besoins de recrutement des structures. Pour 100.000 personnes formées par an, cela représentait 25000 personnes.

- Permettre à tous les professionnels exerçant auprès des personnes en perte d'autonomie d'accéder à une **formation spécifique en gérontologie**

Explications : Une formation d'assistant de soins en gérontologie (ASG, 140 heures) existe depuis le premier plan cancer, mais aussi un passeport gériatrique inscrit à l'inventaire depuis 2017 ; il s'agit d'en ouvrir l'accès à tous les professionnels qui assistent quotidiennement les personnes en perte d'autonomie.

- Lancer une **campagne nationale de communication** pour changer le regard de la société sur les personnes âgées et les métiers du grand âge

Explications : Une grande campagne de communication sur les métiers du grand âge, aujourd'hui méconnus et dévalorisés, permettrait de changer le regard porté sur eux et donc de susciter des vocations.

Axe 4 : Innover pour transformer les organisations

- Soutenir et évaluer **les démarches innovantes** dans le champ de l'organisation du travail :

Explications : Ces démarches innovantes concernent par exemple, le modèle des équipes autonomes inspiré de la méthode Burtzoorg, le label Humanitude fondé sur une nouvelle approche de la relation des professionnels avec les personnes en perte d'autonomie, ou le label Cap Handéo adossé à une démarche de certification qualité.

- Reconnaître l'intérêt de la **pratique avancée en gérontologie** et soutenir son développement

Explications : La pratique avancée permet à des infirmières d'exercer des missions et des compétences poussées, jusque-là dévolues aux médecins ; la création d'une pratique avancée en gérontologie permettrait de reconnaitre davantage l'expertise des infirmières et de mieux couvrir les besoins de prise en charge des personnes âgées.

Axe 5 : Garantir la mobilisation et la coordination des acteurs et des financements au niveau national et dans les territoires

- Créer une **plateforme départementale des métiers du grand âge** chargée de mettre en œuvre un guichet unique de sécurisation des recrutements

[1] Rapport Asseraf, Pour une « simplification de l'offre des certifications » dans le champ des services aux personnes fragiles, 2009.

Explications : Ces plateformes départementales auraient pour mission d'organiser la mobilisation et la coordination, au niveau local, autour des formations aux métiers du grand âge, afin de susciter des vocations et de permettre aux candidats de réussir leur parcours de formation et leur insertion professionnelle.

- Assurer la **mobilisation des financements nationaux** nécessaires à la mise en place des actions

Explications : Le financement de ce plan relève de différents acteurs ; leur coordination sera assurée par le comité national des métiers du grand âge à mettre en place.

Coût des principales orientations

Intitulé	Coût annuel
Remise à niveau des rémunérations inférieures au SMIC	170 M€
18 500 postes à créer par an pour : - prendre en charge un nombre croissant de personnes en perte d'autonomie - augmenter les taux d'encadrement - imposer 4h de temps collectifs	450 M€[2]
Suppression des concours d'entrée en DEAS	1 M€
Programme national de lutte contre la sinistralité (développement d'une offre de formation, investissement dans des équipements…) de la branche AT-MP	100 M€
Campagne de communication sur les métiers du grand âge	4 M€
Création de plateformes départementales des métiers du grand âge	100 M€[3]
TOTAL	**0,825 Md€**

En sus de ces orientations évaluées à 0,825 Md€ annuel, d'autres mesures du présent plan de mobilisation nécessiteront de dégager des moyens financiers supplémentaires, en particulier :
- la formation des professionnels pour les 18 500 postes à créer et ceux à pourvoir du fait des vacances;

- le renforcement des dispositifs de sécurisation des étudiants (bourses notamment) ;
- l'accompagnement de la restructuration de l'offre de formation ;
- le financement d'un EDEC métiers du grand âge dans le cadre du PIC ;
- l'accès de tous les professionnels à une formation spécifique en gérontologie ;
- l'expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 de la mise en place pour les aides-soignants d'une activité libérale dans les zones sous-denses.

[2] Sur la base d'un salaire brut chargé de 25 000 € en moyenne (sur la base des coûts dans le secteur privé lucratif et en tenant compte des allégements de charge au niveau du SMIC). Les salaires à prendre en compte pour calculer l'impact à horizon 2025 sont ceux de début de carrière.
[3] Sur la base d'un coût de fonctionnement annuel moyen d'1 M€ par plateforme.

Vecteurs législatifs et réglementaires

Mesures de niveau LEGISLATIF pouvant être intégrées dans le futur projet de loi autonomie
pouvant être intégrées dans le futur projet de loi autonomie
Supprimer l'agrément national des conventions collectives du secteur associatif à la faveur de la mise en place de tarifs socles nationaux
Imposer le principe de temps collectifs d'équipe à domicile et en EHPAD
Supprimer les quota d'entrées en formation dans les établissements préparant à un diplôme d'AS
Créer une plateforme départementale des métiers du grand âge chargée de mettre en œuvre un guichet unique de sécurisation des recrutements
relevant du domaine de la loi de finances
Développer les groupements d'employeurs en les exonérant de la TVA
Mesures de niveau REGLEMENTAIRE
Supprimer les concours d'aide-soignant pour la formation initiale et l'apprentissage et d'accompagnant éducatif et social et assurer l'inscription dans les centres de formation via Parcours sup pour la formation initiale
Rapprocher les référentiels et les instituts de formation des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux, dans la perspective d'une fusion à terme des référentiels de formation
Renforcer les dispositifs de sécurisation financière des étudiants (contrats de pré-recrutement, bourses, indemnités de stage)
Reconnaître l'intérêt de la pratique avancée en gérontologie et soutenir son développement
Intégrer un stage en gériatrie dans les études de médecine

Quelques images de la mission

Rencontre avec les étudiants de première année de l'IFAS de Nîmes

Visite de la résidence LNA Marconi à Chatou

Réunion de travail à l'ADMR Nancy

Visite de l'UNA dans l'Orne

Visite chez Alenvi

Réunion de travail à l'Assemblée Nationale

Visite de l'EHPADADOM à Sartrouville

Rencontre avec les résidents d'Ages et vie à Besançon

Visite de LNA à Chatou

Visite du SPASAD, La Fosad Paris 5eme

Intervention au CFA Croix-Rouge/Korian à Romainville

PREAMBULE

« Les difficultés de recrutement sont considérables, les conditions de travail difficiles, l'absentéisme très élevé et les accidents du travail records. L'urgence est d'investir dans la qualité de service qui ne peut passer que par une amélioration des conditions de travail. »

Rapport de la concertation grand âge et autonomie, mars 2019.

La première priorité du rapport LIBAULT et une forte attente des acteurs

Par lettre du 27 juin 2019 jointe en annexe, Agnès BUZYN, ministre des solidarités et de la santé, a souhaité me confier la responsabilité d'élaborer **un plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge**, en lien avec la préparation **de la réforme très attendue du système de prise en charge des personnes âgées.** Dans le droit fil des préconisations du rapport de la concertation grand âge et autonomie, la ministre y soulignait la nécessaire pluralité des travaux à conduire autour de quelques chantiers clés, en particulier :

- L'évolution des métiers et des compétences pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées ;
- La capacité des employeurs à recruter les professionnels ;
- La promotion d'organisations de travail favorables à la qualité de vie au travail et à la lutte contre la sinistralité ;
- Le développement de parcours professionnels permettant la mobilité entre métiers et entre les structures ;
- La mise en place d'une plateforme métiers mobilisant l'ensemble des institutions et régulateurs publics et des acteurs concernés pour assurer la mise en œuvre du plan proposé.

La volonté de la ministre d'engager sans délai ces travaux répondait, comme elle le rappelait, à **l'urgence d'infléchir les difficultés croissantes rencontrées par les structures**, à domicile et en établissement, pour recruter les professionnels qui accompagnent au quotidien les personnes en perte d'autonomie. Urgence d'autant plus palpable que pour faire face au vieillissement de la population, leurs effectifs en équivalent temps plein, aujourd'hui de 830 000, devrait augmenter de 20% à horizon 2030, sans tenir compte des hausses des effectifs qui seront nécessaires pour améliorer la qualité des prises en charge.

*

Au regard de l'ampleur du chantier, j'ai souhaité m'entourer d'une équipe-projet réunissant :

- Des professionnels de terrain (deux aides-soignants travaillant en EHPAD public et une auxiliaire de vie travaillant à domicile) ;
- Des représentants des conseils régionaux, compétents en matière d'organisation et de financement des formations sanitaires et sociales ;
- Des représentants des conseils départementaux, qui financent la prise en charge de la dépendance à domicile et en établissement ;
- La directrice d'une structure innovante, plateforme d'appui au recrutement des professionnels du domicile dans les Yvelines dans le cadre d'une convention avec le conseil départemental ;
- Des personnalités issues des différents secteurs du grand âge, public (FHF), privé non lucratif (FEHAP et CROIX-ROUGE), privé lucratif (KORIAN).

La mission a bénéficié du soutien sans faille, au titre du ministère des solidarités et de la santé, du secrétariat du directeur-adjoint de cabinet, de l'appui de Fabrice Perrin (conseiller spécial chargé de la réforme du Grand âge et du médico-social) et Laetitia Buffet conseillère au cabinet de la ministre, de la direction générale de la cohésion sociale et de de la direction générale de l'offre de soins, et au titre du ministère du travail, de la direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle et de la direction générale du travail. L'inspection générale des affaires sociales a par ailleurs apporté un concours extrêmement précieux à ces travaux, grâce à l'implication tout au long de la mission de Christine D'Autume, de Mariane Saie en renfort au cours du mois d'octobre et Julien Jacob stagiaire durant le mois de septembre.

*

Pour conduire ses travaux, la mission a auditionné de multiples acteurs et personnalités, conduisant à plus de **150 auditions au total**, visité plusieurs structures sur le terrain (EHPAD, services à domicile, SPASAD, structures de formation) et s'est appuyée sur de nombreuses contributions écrites. Elle a exploité en complément un ensemble de documents disponibles ou réalisés à sa demande.

La mission a pu ainsi s'appuyer sur un ensemble extrêmement riche et dense de témoignages, analyses et propositions, issues notamment de la concertation grand âge et autonomie pilotée par Dominique LIBAULT, au premier rang desquels le rapport de l'atelier métiers[4].

Outre la tension croissante entre l'offre et la demande d'emploi dans ce secteur, trois grandes caractéristiques pointées par ces rapports permettent de prendre la mesure du défi à relever :

- Les salaires des aides-soignants et des aides à domicile sont faibles, progressent peu au fil de la carrière et les perspectives d'évolution professionnelle sont quasi-inexistantes ;
- Le taux d'accidents du travail, trois fois supérieur à la moyenne nationale, dépasse d'un tiers celui du BTP, en lien avec des conditions de travail physiquement et mentalement éprouvantes ;
- Les difficultés de recrutement, le turn-over et l'absentéisme massif alimentent aujourd'hui une spirale de dégradation extrêmement préoccupante dans ces structures.

La mission a pu mesurer, au travers de ses auditions et des nombreux échanges qu'elle a eus sur le terrain avec des responsables de structures et des professionnels, que leur inquiétude est très palpable. **L'attente est très forte et elle est unanime** : élus locaux et nationaux, syndicats, employeurs tous secteurs d'emploi confondus, administrations de terrain, professionnels, aidants et bénéficiaires. **La mission a aussi pu constater la forte motivation de ces acteurs, et tient à saluer leur engagement pour faire face au déficit d'attractivité des métiers.** Nombre d'entre eux s'investissent sans compter dans des projets innovants, souvent partenariaux, pour faire évoluer leurs organisations, les rendre plus attractives et améliorer la qualité de service.

*

[4] Co-présidé par Alice Casagrande, membre de l'équipe-projet et Mathias Albertone, sous-directeur des ressources humaines du système de santé à la Direction générale de l'offre de soins.

Au terme de ses travaux, la mission est convaincue que le manque d'attractivité croissant des métiers du grand âge constitue une **menace bien réelle pour l'accès des personnes en perte d'autonomie à un accompagnement social et sanitaire effectif et de qualité**, à moyen terme mais aussi à plus court terme, en période estivale notamment, comme l'ont confirmé de nombreux témoignages recueillis sur le terrain. Une réaction vigoureuse et d'ampleur des autorités publiques doit s'engager sans tarder.

Pour des raisons éthiques, en premier lieu.

Le manque de professionnels formés menace directement le droit des personnes âgées fragiles au maintien du lien social nécessaire à la protection de leur santé et de leur bien-être, mettant ainsi en péril le respect de valeurs éthiques fondamentales de notre société. C'est donc bien d'un enjeu de qualité démocratique qu'il s'agit aussi, puisque les citoyens aînés ne sauraient être pénalisés sous prétexte de leur âge et de leur fragilité.

Il porte aussi atteinte à la protection due au travailleur, également posée par le préambule de la Constitution. Les professionnels en poste peinent en effet à faire face aux tâches à accomplir, situation qui est source de souffrance au travail pour nombre d'entre eux et ne peut qu'aggraver la sinistralité déjà record dans ce secteur.

Pour préserver la transformation en cours de notre système sanitaire et social, ensuite.

Le manque de professionnels capables d'assurer au quotidien un accompagnement vigilant, permettant de préserver au mieux la santé et l'autonomie des personnes en perte d'autonomie, ne peut que favoriser une recrudescence des arrivées aux urgences et à l'hôpital, à rebours de la dynamique de transformation engagée par le Gouvernement.

Pour des raisons économiques et financières, enfin.

Laisser perdurer cette situation conduirait les pouvoirs publics, l'assurance-maladie, les organismes de prévoyance et *in fine* les entreprises du secteur, à supporter des coûts croissants liés notamment à l'aggravation de la sinistralité et de l'absentéisme. Les difficultés économiques du secteur imposeraient alors un soutien financier accru des pouvoirs publics.

Exigence éthique et rationalité économique se conjuguent, on le voit, en faveur d'une mobilisation nationale d'ampleur.

Les freins au changement dans ce secteur très complexe de l'action publique sont pour autant puissants. Ils appellent des choix clairs dont la mission ne mésestime pas la difficulté. **Elle est cependant convaincue que différer ces choix ne conduirait qu'à alourdir les coûts humains, éthiques, économiques, financiers et sociaux de la crise de recrutement qui menace.**

*

Les principaux éléments du manque d'attractivité persistant du secteur, que les efforts dispersés des autorités publiques n'ont pas permis d'infléchir, ainsi que les freins structurels à une action publique plus décisive sont analysés en première partie.

Les grands objectifs de la mobilisation nationale, les mesures proposées pour les atteindre et leurs conditions de mise en œuvre, présentés en deuxième partie, constituent le plan d'action en faveur de

l’attractivité des métiers du grand âge proposé par la mission.

Le temps a manqué parfois pour aborder la situation spécifique des services mandataires ou des salariés du particulier employeur. Il en a manqué également pour définir de manière plus approfondie les conditions de mise en œuvre de certaines de ces mesures. Les instances dont la création est proposée au titre du volet gouvernance du plan d’action offrent néanmoins un cadre approprié pour affiner et préciser, en tant que de besoin, la programmation des actions à mener.

DIAGNOSTIC

Les métiers du grand âge embrassent **un périmètre étendu de professions, principalement sanitaires et sociales**, mais aussi des professionnels de la restauration, de la domotique et autres prestataires de services. Les professions sanitaires et sociales sont les plus concernées par l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Si la plupart des professionnels de santé ont vocation à intervenir ne serait-ce que ponctuellement auprès des personnes âgées ou des personnes en perte d'autonomie, certains sont au cœur de leur prise en charge comme les médecins généralistes, les médecins coordonnateurs et les gériatres, les infirmiers et les aides-soignants. D'autres professionnels de santé comme la plupart des médecins spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les biologistes médicaux, et, pour les paramédicaux, les masseurs-kinésithérapeutes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes, les audioprothésistes et les opticiens-lunettiers sont d'un apport essentiel même s'il est plus ponctuel.

Dans le champ social, ce sont les accompagnants des personnes en perte d'autonomie qui jouent un rôle pivot, mais beaucoup d'autres professionnels participent à leur prise en charge comme les aide-ménagères, les assistants de service social ou encore les mandataires nommés par la justice.

*

Les tensions sur l'offre et sur la demande affectent cependant très inégalement ces professions.

En matière de **démographie médicale**, les difficultés pèsent particulièrement sur les médecins les plus présents auprès des personnes âgées que sont les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs en premier recours, ainsi que les gériatres.

La **démographie des infirmières** est dans l'ensemble convenable même s'il existe des tensions locales dans certains établissements et territoires, qui vont de pair en libéral avec des zones de forte densité.

La situation des **aides-soignants**, marquée par une baisse d'attractivité de leur profession qui frappe au premier chef le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est en revanche très préoccupante sur la période récente.

Par ailleurs, **dans le champ social**, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) peinent aujourd'hui à recruter les professionnels qui interviennent au domicile des personnes en perte d'autonomie, en particulier des professionnels titulaires du diplôme d'Etat (DE) d'accompagnant éducatif spécialisé (AES), d'auxiliaire de vie sociale (AVS) ou d'assistant médico-psychologique (AMP).

Les tensions concernant les aides-soignants et les accompagnants intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie sont d'autant plus préoccupantes que des départs massifs en retraite sont attendus dans les vingt prochaines années et que le nombre de personnes en perte d'autonomie devrait fortement augmenter dans le même temps.

*

C'est pourquoi, si la mission est pleinement consciente des tensions qui affectent les autres professions et de leur rôle essentiel auprès du grand âge, elle a fait le choix de **centrer ses travaux sur les professions d'aide-soignant et d'accompagnant à domicile** qui sont les plus présentes en temps et en nombre auprès des personnes en perte d'autonomie et peuvent à ce titre être considérées comme de véritables pivots de leur prise en charge, en établissement et à domicile. La désaffection qui menace ces métiers alors même que les besoins d'accompagnement du grand âge vont très fortement augmenter constitue de fait un risque majeur.

La mission mesure que le manque d'attractivité des professions de médecin généraliste, de médecin

coordonnateur[5] et de gériatre[6] fait de la même manière courir le risque de ne pouvoir répondre quantitativement et qualitativement aux besoins futurs de prise en charge médicale du grand âge. Elle a pris acte, cependant, de la priorité accordée à la démographie médicale par la *Stratégie nationale de transformation du système de santé*, et de la politique active menée par le Gouvernement pour l'améliorer et l'adapter aux besoins de prise en charge de la population dans les territoires. Elle a donc privilégié une approche spécifique.

Plus généralement, le choix de centrer ses travaux et ses propositions sur les professions d'aide-soignant et d'accompagnant des personnes en perte d'autonomie ne l'a pas conduite à écarter purement et simplement du prisme de ses réflexions les autres professions aujourd'hui investies dans la prise en charge du grand âge. Il paraissait important notamment de prendre en compte les besoins de coordination et de simplification du cadre de leurs interventions auprès des personnes âgées.

L'encadré ci-dessous précise le cadre d'exercice et de formation des professions d'aide-soignant et d'accompagnant des personnes en perte d'autonomie. Dans un souci de simplification, le terme d'accompagnant des personnes en perte d'autonomie désignera dans ce rapport les titulaires du diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif spécialisé, d'auxiliaire de vie sociale ou d'assistant médico-psychologique.

[5] 10% des EHPAD ont un poste de médecin coordonnateur non pourvu depuis plus de 6 mois.

[6] La gériatrie arrive en avant-dernière position des spécialités choisies par les étudiants accédant au 3ème cycle des études de médecine., 18% des 200 postes offerts au choix n'ont pas été pourvus pour 2018-2019 et 13% des 193 postes offerts en 2019-2020.

La profession d'aide-soignant

La profession d'aide-soignant est une profession sanitaire réglementée par le code de la santé publique, définie par référence à celle d'infirmier. Les aides-soignants sont, au total, 245.000 tous environnements de travail confondus Selon la définition qu'en donne ce code, les aides-soignants sont encadrés par l'infirmier et ont pour fonction de collaborer aux soins dispensés par celui-ci. La réglementation ne leur reconnaît pas de rôle propre, à la différence des infirmiers qui peuvent dispenser de façon autonome des soins infirmiers, sans passer par une délégation du médecin[7].

L'accès à la profession est réservé aux titulaires du diplôme d'Etat d'aide-soignant[8] (DEAS) qui est un diplôme de niveau V. L'entrée en formation passe par un concours organisé par les 483 Instituts de formation à la profession d'aide-soignant (IFAS) autorisés par le conseil régional, qui finance les formations sanitaires et sociales.

La formation comprend au total 1435 heures d'enseignement, soit 41 semaines réparties en 17 semaines d'enseignement théorique et 24 semaines de stages cliniques. Elle est accessible par l'apprentissage et la validation des acquis de l'expérience (VAE).

Les professions d'accompagnant éducatif et social, d'auxiliaire de vie sociale et d'assistant médico-psychologique

Les accompagnants des personnes en perte d'autonomie regroupent :
- les titulaires du diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social (DEAES), issu de la fusion en 2016 des diplômes respectifs d'auxiliaires de vie sociale (AVS) et d'aide médico-psychologique (AMP) ;
- les titulaires du diplôme d'Etat antérieur d'auxiliaire de vie sociale ;
- les titulaires du diplôme d'Etat antérieur d'assistant médico-psychologique, également visés par le code de la santé publique qui les cite aux cotés des aides-soignants au nombre des professionnels pouvant collaborer avec l'infirmier[9].

L'admission en formation DEAES passe par une sélection organisée dans 974 instituts de formation agréés par le conseil régional. Le DEAES est un diplôme de niveau V. Il comporte un socle commun et trois spécialités : accompagnement de la vie à domicile, accompagnement de la vie en structure collective et accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire.

Selon l'article D.451-88 du code de l'action sociale, le DEAES habilite ses titulaires à « réaliser un accompagnement social au quotidien, visant à compenser les conséquences d'un handicap, quelles qu'en soient l'origine ou la nature, qu'il s'agisse de difficultés liées à l'âge, à la maladie, ou au mode de vie, ou les conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, et à permettre à la personne de définir et de mettre en œuvre son projet de vie ».

La formation, d'une durée de 12 à 24 mois, comporte 1344 heures de formation dont 504 heures de formation théorique et 840 heures de formation pratique. La formation est accessible par l'apprentissage et la VAE.

---

[7] Le périmètre d'activité de l'infirmier comprend les soins qu'il exerce par délégation du médecin, d'une part, et « les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personne », d'autre part, qu'il exerce au titre de son rôle propre (article R-4311-3 du code de la santé publique).
[8] Arrêté du 22 octobre 2005 modifié.
[9] Article R4311-4 précité du code de la santé publique.

Bien qu'ils soient porteurs de sens et d'une utilité sociale majeure, les métiers du grand âge sont souvent exercés dans des conditions difficiles, mal rémunérés et sont peu considérés (1). Les actions des autorités publiques en direction de ces métiers ont à ce jour été dispersées et ont un impact d'ensemble limité (2). Des freins structurels, persistants aux démarches de progrès, contribuent à l'expliquer (3).

1 Des métiers du grand âge peu attractif, parce qu'exercés dans des conditions difficiles, souvent mal rémunérés et peu considérés, bien qu'ils soient porteurs de sens et d'une utilité sociale majeure

Malgré le sens et l'utilité sociale très forte qu'elles portent, les professions d'aide-soignant et d'accompagnant à domicile souffrent d'un manque d'attractivité qui fait peser un risque majeur de dégradation de la qualité de prise en charge des personnes âgées. Les données disponibles mettent en évidence ce problème d'attractivité qui se manifeste en particulier par les tensions sur les recrutements et sur des effectifs très volatiles.

Elles font aussi ressortir ses déterminants, qui concernent, sans surprise, la difficulté à trouver du sens dans le travail, la faiblesse des rémunérations et le manque de considération sociale de ces métiers, autant d'éléments qui contrastent avec leur utilité sociale majeure et l'attachement de nombre de professionnels rencontrés à leur métier qu'ils ne souhaitent pas abandonner mais dont ils attendent une meilleure valorisation.

1.1 Des métiers porteurs de sens et d'une utilité sociale majeure

Pour témoigner de la vocation qui les anime au quotidien, l'équipe projet a souhaité laisser la parole aux professionnels et étudiants pour partager sur leurs motivations et le sens qu'ils trouvent dans l'exercice de leurs métiers.

« De nos anciens nous prenons soin,
Ce qui importe c'est faire du bien,
Ce n'est pas facile tous les jours,
Car pour finir il faut qu'on courre.

Vous n'êtes pas de notre famille,
Mais faites bien partie de nos vies,
Chacun de vous nous laisse une trace,
Qui nourrit tous les jours notre âme

Vieillir n'est pas une punition,
Mais juste une question de vision,
Du temps qui passe et qui avance,
Et voilà toute votre importance.

Tous les jours même pendant les fêtes,
Faiseurs de bien nous tentons d'être,
Que dans vos corps et dans vos têtes,
Ne soit présent que du bien-être »

Notre mission de tous les jours est d'apporter de la vie aux années qu'il reste. »

David Lopes, Aide-Soignant, Membre de l'équipe projet

« J'aime mon métier d'auxiliaire de vie et j'aime l'exercer au domicile auprès de personnes âgées et/ou en situation de handicap. C'est une vocation pour moi.

J'aime aider les personnes âgées dans leur quotidien, créer un lien fort avec elles, les sortir de l'isolement, préserver leur dignité et contribuer à leur épanouissement. Etre cette présence bienveillante et rassurante, parfois ce seul lien extérieur qui apporte du bonheur à leur vie.

Mon métier est humain, rempli de sens et valorisant. Pour bien l'exercer, il faut aimer, aider, savoir écouter, être patiente, bienveillante, savoir s'adapter aux différents caractères, à chaque famille, trouver sa place tout en respectant le mode de vie de chaque personne ainsi que son environnement.

Les personnes âgées aiment être belles(beaux), rire, jouer, être amoureuses, gourmandes, se tenir au courant de l'actualité mais sont surtout les meilleurs livres de l'histoire de France. Elles aiment vivre tout simplement.

Nous avons tendance « à mettre à l'écart » les personnes âgées ou à les « oublier », mais aussi à trop les voir comme des personnes vulnérables.

N'oublions pas que demain nous serons à leur place. Alors commençons dès aujourd'hui à changer le regard que nous portons sur elles et sur les métiers du grand âge. »

Fabienne Simone BARBOZA, Auxiliaire de vie, Membre de l'équipe projet

« Certains diront qu'il est noble, d'autres diront qu'il est ingrat….

Il est vrai que le métier d'aide-soignant est difficile, physiquement et psychologiquement, métier que j'exerce depuis maintenant 28 ans, auprès des personnes âgées.

Mais le plus difficile n'est-il pas en réalité de vieillir ? De voir ses capacités décliner ? De devoir attendre que l'on soit aidé pour des simples gestes maintes et maintes fois répétés auparavant, sans l'aide de personne, en toute autonomie ?

Ce métier qui est le mien, j'en suis fière, fière du rôle qu'il joue auprès de nos aînés, qui vieillissent, qui ont été bien avant nous, des jeunes femmes, des jeunes hommes, des épouses, des maris, des mères, des pères, et qui ont traversé une vie remplie de joies et de peines…

C'est un métier de soutien, d'accompagnement, d'écoute, un métier humainement enrichissant.

Métier en perpétuel mouvement, car certes nous donnons beaucoup de nous-mêmes, nous apportons, mais nous recevons beaucoup également, de la part de nos aînés. Ils nous apportent un regard mature sur la vieillesse, la vie et le sens de la vie…De ce qui importe ou pas…

Et grâce à eux, nous évoluons dans notre métier, et parfois dans notre propre vie.

Avoir dans nos mains, dans ce que nous sommes, en tant que soignant, dans ce que nous renvoyons à l'autre, le pouvoir de donner une qualité de vie à ces personnes vieillissantes, est une noble tâche.

Et c'est le seul pouvoir qu'un soignant doit avoir… »

Emmanuelle Collet, Aide-Soignante, Membre de l'équipe projet

Lors d'une rencontre avec les élèves aides-**soignants de l'IRFSS de la Croix Rouge Française de Nîmes, le 24 septembre 2019, plusieurs d'entre eux ont fait part de leurs motivations personnelles et professionnelles :**

« Le respect de l'être humain » *« Le travail d'équipe »*

« L'enrichissement culturel et personnel auprès des patients »

« L'accompagnement de la personne (réconfort, soutien, empathie…) »

« L'évolution au sein d'une équipe pluridisciplinaire »

« Ce qui me plaît, la raison pour laquelle je me lève tous les matins, ce pourquoi je me bats tous les jours, c'est pour eux ! »

A la question « En tant que futur soignant, je veux », les retours reçus furent les suivants :

« Du temps pour être bienveillant » *« Des moyens matériels nécessaires »*

« Accompagner le grand âge dans les meilleures conditions »

« La reconnaissance de mon métier et de ses valeurs »

1.2 Des difficultés à recruter et à fidéliser, révélatrices du manque d'attractivité de ces métiers

Alors que les métiers d'aides à domicile, aides-soignants et infirmiers sont parmi les plus créateurs d'emploi, selon une étude de France Stratégies et de la DARES[10], les structures ne parviennent pas à faire le plein des recrutements nécessaires. Les métiers d'aide à domicile et d'aide-soignant peinent incontestablement à attirer et à fidéliser.

En 2017, on compte 9232 nouveaux diplômés des métiers d'accompagnement des personnes en besoin d'assistance [11] : 731 auxiliaires de vie sociale, 4.973 aides médico-psychologique et 3629 accompagnants éducatif et social. Dans le champ sanitaire, 22.899 diplômes d'aide-soignant ont été délivrés la même année. Le flux des nouveaux diplômés compétents pour accompagner les personnes en perte d'autonomie s'élève au total à un peu plus de 32.000. Or, ce flux ne suffit pas à couvrir les besoins en recrutement.

Le déficit d'attractivité des métiers d'aide-soignant et d'accompagnant à domicile apparaît criant et tend de surcroît à se renforcer. Ses causes sont éclairées par les enquêtes menées auprès des employeurs : à domicile, celles-ci font ressortir par ordre de citation, l'insuffisance des rémunérations, l'organisation du travail et les horaires de travail, la pénibilité psychique et physique et les temps partiels[12].

[10] Prospective des métiers et des qualifications (rapport France Stratégie, DARES, avril 2015) : les métiers à l'horizon 2022
[11] Diplômes nationaux du ministère des affaires sociales.
[12] Rapport de branche 2018 de la branche aide à domicile.

1.2.1 Des difficultés de recrutement et un turn-over important

- A domicile

A domicile, selon une enquête de l'UNA, le nombre de postes non pourvus est élevé : il concerne un poste sur cinq en 2018[13] et près de la moitié des structures[14]. Le métier d'aide à domicile serait pourtant le plus créateur d'emploi des trois professions précitées.

L'enquête annuelle de Pôle Emploi va dans le même sens. Ainsi, pour 2019, les besoins de main d'œuvre les plus importants concernent en priorité la famille « métiers des aides à domicile et aides ménagères » (76.370 projets de recrutement soit environ 3% du total) mais les difficultés de recrutement l'affectent particulièrement (81,4% des recrutements difficiles).

Autre donnée parlante, selon le dernier rapport annuel de la branche aide à domicile, le turn-over concernerait une auxiliaire de vie sociale sur cinq et la quasi-totalité des structures.

- En EHPAD (7 400 établissements)

Selon les données de la DREES[15], les EHPAD connaissent un turn-over élevé, la part du personnel récemment recruté (moins d'un an) atteignant 15%. Par ailleurs, près de la moitié des EHPAD fait état de difficultés de recrutement. Celles-ci concernent particulièrement les aides-soignants pour lesquels presqu'un établissement sur dix déclare un poste non pourvu depuis au moins six mois.

Selon les données du secteur, 81 % des EHPAD déclarent avoir des vacances de postes[16] et 82% jugent que les difficultés de recrutement sont récurrentes. Ces difficultés de recrutement pèsent par ailleurs sur les taux d'encadrement dans les EHPAD.

Tableau 1 : Taux d'encadrement des EHPAD (2015)

Taux d'encadrement (pour 100 places)	Privé lucratif	Privé non lucratif	Public hospitalier	Public non hospitalier	Ensemble
Aides-soignants	11,2	15,1	17,3	18,9	15,8
Personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation	9,8	6,8	3,2	4,9	6,2

Source : Données DREES

1.2.2 Des inscriptions aux concours en baisse, reflets du manque d'attractivité de ces métiers

A cet égard, la chute du nombre de candidatures aux concours d'aides-soignants, de 25% entre 2012 et 2017, est particulièrement révélatrice, bien qu'elle se soit paradoxalement accompagnée d'une hausse

[13] Selon une Enquête de l'UNA menée en 2018.
[14] Dans un contexte où la quasi-totalité des structures ont ouvert des postes en 2018.
[15] « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad », *Études et Résultats*, DREES, n°1067, Bazin M. et Muller M., juin 2018.
[16] Données UNIOPSS-URIOPSS, septembre 2019.

sensible du nombre d'inscrits en formation, de l'ordre de 9% sur la même période[17]. Par ailleurs, si la moitié des inscrits étaient précédemment en activité (dont les deux tiers dans le secteur sanitaire et social) avant l'entrée en formation, un cinquième était au chômage ou inactifs[18]. En tout état de cause, les étudiants qui s'inscrivent directement dans ces formations au sortir de leur parcours scolaire sont une petite minorité.

1.2.3 Des besoins de recrutement en forte croissance

Le rapport de la concertation grand âge et autonomie évaluait à 140 000 le nombre d'ETP supplémentaires à recruter en établissement et à domicile d'ici 2030 pour faire face aux besoins induits par le vieillissement de la population. Si l'on prend en compte, outre l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie, la nécessité d'augmenter les taux d'encadrement et les temps collectifs à domicile et les départs à remplacer, ce sont plus de 350 000 professionnels qu'il faudrait former d'ici 2025, dont plus de 92 000 postes à créer, 60.000 postes non pourvus aujourd'hui et 200.000 qui seront à renouveler du fait de départs en retraite et d'un turn-over important (voir infra préambule du plan d'action).

Il existe un risque majeur de ne pas pouvoir satisfaire ces besoins de recrutement si les difficultés actuelles persistaient ou s'aggravaient. Pour renverser cette tendance, il est nécessaire de s'interroger sur les causes du déficit d'attractivité de ces métiers, qui freine les entrées dans la profession autant qu'il accélère les départs en cours de carrière. Le regard globalement négatif que porte la société sur le grand âge, considéré principalement comme une charge et non comme une richesse, joue certainement un rôle dans le délaissement de ces métiers. Au-delà, il y a peu de doute que les sous-effectifs liés notamment à l'absentéisme, la sinistralité considérable du secteur et la difficulté des conditions de travail, qui s'ajoutent aux faibles rémunérations et au manque de perspective de carrière, influent directement sur la perte d'attractivité de ces métiers.

1.3 Une sinistralité record

1.3.1 Des conditions de travail très dégradées

Les métiers du grand âge sont fortement affectés par la dégradation des conditions de travail : le secteur de l'aide et des soins aux personnes âgés présente parmi les taux les plus élevés d'accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP) et d'absentéisme.

Avec des indices de fréquence proches de 100[19], la sinistralité AT/MP dans les secteurs des EHPAD et de l'aide et du soin à domicile est trois fois supérieure à la moyenne nationale et dépasse d'un tiers celle du BTP. En 2017, pour le secteur de l'hébergement médicalisé et social des personnes âgées, la CNAM a recensé environ 24.000 accidents du travail (soit une augmentation de +21% depuis 2013), 2.000 accidents de trajet et 1.200 et maladies professionnelles pour 252.000 salariés. A ces chiffres, il faudrait ajouter la sinistralité dans le secteur des aides à domicile aux personnes âgées (environ 19.000 accidents

[17] 102 354 candidatures en 2012 contre 76 811 en 2017 ; 24 721 inscrits en formation en 2012 contre 26 998 en 2017 (données DREES).
[18] 49% des inscrits étaient en emploi avant leur entrée en formation, 25¨% en études, 17% au chômage, 3% en inactivité et pour 6% la situation est inconnue (données DREES).
[19] Nombre d'accidents de travail donnant lieu à un arrêt de travail pour 10000 salariés.

du travail, soit une augmentation de +31%, pour 190.000 salariés au service de personnes âgées, en situation de handicap, etc.).

L'hébergement social des personnes âgées présente l'indice de fréquence le plus élevé en ce qui concerne les lombalgies et parmi les plus élevés en ce qui concerne les risques psychiques liés au travail. Cette sinistralité AT/MP va de pair avec un fort absentéisme (médiane à 10% en 2016 dans le secteur des EHPAD, pour une médiane nationale à 8,8%) et un turn-over élevé.

Cet état des lieux ne serait pas complet s'il ne faisait pas mention des situations de non-respect du droit du travail qui sont régulièrement constatées dans ce secteur[20], sans que leur fréquence puisse être quantifiée. Les signalements opérés par les départements aux autorités compétentes restent fréquemment sans réponse.

Ces conditions de travail dégradées contribuent à la mauvaise image du secteur et à son manque d'attractivité. Elles ont en outre un impact financier défavorable au regard du coût de l'absentéisme pour l'employeur pour les financeurs publics.

Réduire ce niveau élevé et croissant de sinistralité AT/MP est un impératif majeur pour protéger la santé des salariés. Il l'est d'autant plus que ces professionnels, souvent des femmes en moyenne plus âgées que l'ensemble des salariés et en situation sociale précaire pour les travailleurs à domicile, ont un risque plus important de développer des pathologies.

C'est aussi une condition *sine qua non* pour améliorer l'attractivité du secteur. Dans un secteur exposé en outre à des situations de violence au travail et de maltraitance institutionnelle, les AT/MP contribuent au niveau élevé de d'absentéisme et de turn-over, le poids de l'ajustement pesant *in fine* sur des professionnels en nombre insuffisant.

L'impact financier défavorable de cette situation mérite d'être souligné. Les 176.000 journées de travail perdues recensées par la CNAM en 2017 au titre des AT/MP représentent un coût important pour les employeurs, qu'ils soient contraints d'annuler des interventions (perte de recettes) ou d'assumer un surcoût pour les remplacer (intérim ou heures supplémentaires). De plus, cette sinistralité induit des taux élevés de cotisations prévoyance (par exemple de 4,5% à l'UNA). Ces surcoûts représentent au total des moyens substantiels qui pourraient avantageusement être redéployés pour créer des postes ou améliorer les salaires.

Dans ce contexte, on pourrait regretter que les services d'accueil et d'hébergement de personnes âgées bénéficient aujourd'hui d'un taux collectif de 3,2% pour les cotisations patronales AT/MP et non d'un taux individuel fixé en fonction de leur sinistralité, réputé plus incitatif pour développer les efforts de prévention. La suppression des taux collectifs dans ce secteur dont certains segments sont économiquement fragiles se traduirait néanmoins par un renchérissement important des taux de cotisation AT/MP, donc par un surcroît de charges finalement contreproductif pour encourager le développement de la prévention. Le remplacement des taux collectifs par des taux individuels dans ce secteur nécessitera donc des modalités particulières d'accompagnement pour éviter cet écueil.

Une priorité majeure doit, quoi qu'il en soit, être accordée à la réduction de la sinistralité dans ce secteur.

[20] Respect des durées maximales de travail hebdomadaires, rémunération du temps de travail pendant lequel le salarié est à disposition de l'employeur notamment.

1.4 Des rémunérations durablement faibles

Les rémunérations des aides-soignants et plus encore des accompagnants à domicile proposées dans le cadre des branches sont dans l'ensemble faibles. Leur espérance de gains au cours de la carrière est de plus limitée.

Il ressort ainsi d'une étude récente de la DREES[21] sur des données 2016 que le taux de pauvreté des intervenants à domicile est de 17,5 % contre 6,5 % pour l'ensemble des salariés. Le niveau de vie médian de leurs ménages est de 1 370 € par mois alors qu'il est de 1794 € pour l'ensemble des ménages dont au moins un des membres est salarié. 62 % des intervenants à domicile appartiennent aux 40 % des personnes les plus modestes. Le niveau de vie médian des aides-soignants est de 1750 €.

1.4.1 De premiers niveaux de salaire inférieurs au SMIC dans certaines conventions collectives

Les salaires de base des premiers niveaux d'emploi sont inférieurs au SMIC dans plusieurs conventions collectives. C'est notamment le cas dans la convention de la branche aide à domicile (BAD) et dans celle des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Salaires minimum bruts mensuels dans les conventions collectives nationales en 2019 (toutes catégories d'emploi confondues)

Convention collective nationale	Salaire minimum appliqué dans la convention collective
CC branche aide à domicile (21 mai 2010)	1452,60 €
CC FEHAP (31 oct 1951)	1503,00 €
SMIC horaire brut mensuel au 1er janv 2019	*1521,22 €*
CC entreprises de services à la personne (20 sept 2012)	1521,22 €
CC hospitalisation privée (SYNERPA) (18 avril 2002)	1527,00€
CC NEXEM (15 mars 1966)	1529,35 €
CC Croix Rouge Française	1532,16 €

Source : Données DGCS

Cette situation reflète l'écart qui s'est creusé entre le taux de croissance du SMIC et celui des salaires inscrits dans les conventions collectives du secteur non lucratif soumises à encadrement en vertu du mécanisme d'agrément ministériel. Il est particulièrement marqué dans la convention collective de la branche aide à domicile[22].

La progression salariale est en outre relativement faible au long de la carrière.

[21] Résultats à paraître.

[22] La CCN de la BAD (CCN du 21 mai 2010) prévoit que les deux premières catégories de la BAD présente des coefficients inférieurs au SMIC : les 13 premiers échelons pour la catégorie A et les 8 premiers pour la B, le passage au coefficient supérieur prenant effet à la date anniversaire de l'entrée dans l'association. Il en résulte qu'un auxiliaire de vie familiale (ADVF), classé en catégorie B pourra par exemple rester bloqué 8 ans au SMIC et une aide-ménagère, 13 ans. Les salariés titulaires d'un diplôme d'aide-soignant ou du DEAES ou les auxiliaires de vie sociale sont classées en catégorie C et à ce titre leur salaire est supérieur au SMIC.

1.4.2 Un travail à temps partiel trop répandu pour l'emploi à domicile

Les métiers du grand âge sont particulièrement concernés par le travail à temps partiel et les horaires fragmentés. Ainsi, dans le secteur de la branche aide à domicile, 79% des salariés sont à temps partiel avec un temps de travail qui augmente avec la qualification. Le temps de travail mensuel moyen est de 102h tous salariés confondus (contre 152h pour un travail à temps plein sur une base de 35 heures hebdomadaires)[23]. De plus, ce travail à temps partiel est le plus souvent subi. De nombreux professionnels sont parfois contraints de travailler deux à trois week-ends par mois.

[23] Données UNA.

2 Un investissement et des actions réelles des autorités publiques dans les métiers du grand âge, mais un effort dont la dispersion limite l'impact d'ensemble

Conscientes de l'ampleur croissante des défis à relever pour conforter l'attractivité des métiers du grand âge, les autorités publiques ont engagé des actions dans différents domaines : rénovation des formations, évolution des financements, soutiens à l'innovation en matière de formations et de qualité de vie au travail. Si l'investissement et les efforts consentis ont été réels, leur impact d'ensemble demeure à ce jour limité.

2.1 Des métiers mal identifiés par le grand public et des professionnels eux-mêmes

Au global, les métiers du grand âge sont mal identifiés et peu valorisés auprès du grand public, qu'il s'agisse des personnes en perte d'autonomie, de leurs aidants ou encore de potentiels candidats à ces métiers, mais également auprès des autres professionnels du secteur sanitaire et social.

Cette mauvaise identification est à relier à la multiplicité des formations, des diplômes et des intitulés des métiers du grand âge. Celle-ci entretient une certaine confusion sur les qualifications et attributions de chacun. Ce constat est particulièrement sensible pour les métiers à domicile : ainsi, les auxiliaires de vie sont confondus de manière récurrente avec des femmes ou hommes de ménage. Toutefois, les établissements sanitaires et sociaux ne sont pas épargnés par ce phénomène, avec par exemple des confusions fréquentes entre aides-soignants et agents des services hospitaliers.

Au-delà de l'attention globalement accordée par notre société aux aînés, en particulier à leur entrée en situation de dépendance, la mauvaise valorisation des métiers du grand âge tient comme on l'a vu à des facteurs multiples : pénibilité et sinistralité élevée entretenues par des difficultés de recrutement et un turn-over important, faibles rémunérations et progression salariale contenue au long de la carrière, perspectives d'évolution professionnelles opaques et fermées.

Pourtant, outre qu'ils constituent une filière professionnelle dynamique et à forts besoins de recrutement, les métiers du grand âge sont véritablement porteurs de sens, dès lors qu'ils sont exercés dans de bonnes conditions. Ils sont le reflet de la place que notre société est prête à faire à ses aînés, mais de manière plus générale au prendre soin et aux plus fragiles.

L'amélioration de l'image de ces métiers, pour qu'ils soient mieux identifiés et valorisés comme porteurs de sens et offrant de véritables perspectives professionnelles, est donc une priorité de ce plan d'action.

2.2 Des efforts indéniables pour rénover les formations et assurer leur gratuité, mais des cloisonnements persistants

2.2.1 Des travaux de rénovation des diplômes conduits séparément au sein du ministère des solidarités et la santé et sans lien avec le ministère du travail en charge des certificats de qualification professionnelle

- Un nouveau diplôme national d'accompagnant éducatif et social destiné aux professionnels de l'accompagnement au domicile, créé en janvier 2016

Destiné à promouvoir un accompagnement global des personnes en besoin d'assistance et à faciliter les parcours professionnels, le diplôme national d'accompagnant éducatif et social (DEAES) a remplacé les diplômes d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et d'aide médico-psychologique (DEAMP). C'est un diplôme de niveau V (accessible aux personnes non titulaires du baccalauréat) qui comporte un socle de compétences communes (70 % des enseignements théoriques) ouvrant sur trois spécialités, à domicile, en structures collectives, et en milieu scolaire[24].

Sa mise en place n'a pas cependant rencontré les résultats escomptés, dans la mesure où les candidatures se sont tournées massivement vers l'accompagnement en structures collectives.

Par ailleurs, sa construction s'est faite sans lien avec les certificats de qualification professionnels des branches, en pratique très utilisés par les employeurs sur le terrain. A titre d'exemple, aucune passerelle n'a été construite entre le DEAES et le certificat de qualification professionnel « assistant de vie dépendance », également inscrit au Répertoire national des certifications professionnelles géré par France-compétences (RNCP).

- Une réingénierie en cours du diplôme national d'aide-soignant

La réingénierie en cours du diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS) vise à adapter cette formation à l'évolution des besoins des patients et du système[25]. En conformité avec la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, le référentiel de formation est structuré en blocs de compétences et domaines d'activité et devra être enregistré au RNCP. Le nouveau diplôme d'aide-soignant sera porté au niveau IV (baccalauréat).

- Des diplômes construits de façon étanche malgré la proximité des métiers

La rénovation du DEAES a été pilotée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et celle du DEAS par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). La réforme du DEAES est intervenue en 2016 alors que celle du DEAS est en cours de finalisation. Dans cette temporalité différente, les deux directions se sont mutuellement associées à leurs travaux respectifs, permettant une prise en compte des observations réciproques, même si les deux directions ont maintenu des différences dans les référentiels en estimant qu'elles renvoient à des métiers différents. Pourtant, sur le terrain, les activités des aides-soignants et des accompagnants des personnes en perte d'autonomie se rapprochent. Le référentiel de formation des aides-soignants en cours de réingénierie prévoit d'ailleurs que l'une des trois activités d'AS s'intitule « accompagner la personne dans les activités de la vie quotidienne et sociale dans le respect de son projet de vie ». Dans le même ordre d'idée, le référentiel d'AES comporte de son côté un module à dimension sanitaire sur l'accompagnement aux soins d'hygiène.

[24] Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire.
[25] La profession d'aide-soignant est une profession de santé réglementée inscrite dans le code de la santé publique.

2.2.2 Un assouplissement national des règles sur la formation en apprentissage qui n'a pas levé les freins spécifiques au secteur sanitaire et social

La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a mis fin au régime d'autorisation préalable à l'ouverture de centres de formation en apprentissage (CFA), qu'elle a remplacé par un simple régime de déclaration. Ce faisant, la loi visait à libérer l'offre de formation en apprentissage.

Toutefois, cette mesure générale n'a pas permis réellement libéré l'offre de formations pour le DEAS et le DEAES, car d'autres modes de régulation spécifiques ont été maintenus pour ces formations. En effet, les instituts de formation d'aide-soignant (IFAS) sont soumis à un régime d'autorisation, délivrée par le conseil régional, qui mentionne le nombre maximum de personnes pouvant être accueillies par session de formation ; quant aux établissements dispensant le DEAES, ils sont soumis à une procédure d'agrément délivré par la région après avis du représentant de l'Etat, agrément qui précise également les capacités d'accueil. Ces procédures d'autorisation et d'agrément n'ayant pas été supprimées par la loi du 5 septembre 2018, la libération générale de l'offre de formation en apprentissage a eu peu d'effets sur les métiers du sanitaire et du social.

2.2.3 Une gratuité des formations de principe, qui bute sur les cloisonnements des financements

Tous les étudiants qui s'inscrivent dans un centre de formation sanitaire ou social bénéficie en principe de la prise en charge du coût de leur formation par le conseil régional. Selon une enquête rapide menée par Régions de France, près de 5% des personnes inscrites en formation paieraient cependant leur formation. Il s'agit généralement de personnes qui ont démissionné de leur emploi depuis moins de deux ans. Elles ne peuvent accéder ni aux financements de la formation professionnelle dispensés par les opérateurs de compétences (OPCO), ni aux financements du conseil régional, ni à une prescription de Pôle Emploi.

Par ailleurs, un certain nombre de personnes rencontrées dans le cadre de la mission ont indiqué avoir dû démissionner pour obtenir le financement de leur formation. Nombre d'employeurs sont en difficulté pour obtenir le financement de formations longues comme celle d'infirmière pour les salariés qui le demandent. Ceux-ci demandent donc une rupture conventionnelle à leur employeur afin d'obtenir un financement de Pôle Emploi et du conseil régional. Ils sont fréquemment financés dans le cadre du dispositif de la R2F[26]. Il paraît indispensable de dégager des solutions pour mettre un terme à ces situations pour le moins anormales.

[26] Selon le rapport 2018-080R de l'Inspection générale des affaires sociales sur la rémunération de fin de formation (R2F) dans le secteur sanitaire, social et médico-social, la R2F est principalement utilisée pour les formations d'AS, d'infirmier, d'accompagnant éducatif et social (AES) et éducateur spécialisé. Ces quatre métiers représentent 50% des bénéficiaires de la R2F et 70% des heures de formation. Le rapport indique qu'il existe une utilisation opportuniste du dispositif de la R2F par des salariés en raison de la faiblesse de la formation continue qui les pousse à se tourner vers Pôle Emploi pour financer leur projet de formation.

2.3 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

2.3.1 Un engagement de l'Etat et des branches professionnelles pour accompagner la transformation des métiers et des organisations qui n'a pas encore produit tous les effets escomptés

Cet engagement devait se traduire par des engagements de développement de l'emploi et des compétences (EDEC), qui sont des accords pluriannuels de partenariat et de financement conclus entre le Ministère du Travail en association avec le Ministère des Solidarités et de la Santé, le Ministère de l'Economie et des finances et les branches professionnelles. Ils visent à favoriser l'anticipation des mutations, le développement de l'emploi et des compétences, et la sécurisation des parcours professionnels, ainsi que la qualité de vie au travail.

- Un EDEC « autonomie » signé en 2014 et des projets connexes qui ont eu des retombées réelles mais qui n'ont pas permis d'engager une véritable dynamique

De 2014 à 2017, une démarche d'EDEC a été mise en œuvre pour le secteur de l'autonomie. L'EDEC a été signé par l'Etat et cinq branches professionnelles, les organisations syndicales et quatre organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA). L'EDEC autonomie a disposé d'un budget global de 5 M€ dont 1,9 M€ apportés par l'Etat, à savoir la direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle.

L'EDEC autonomie poursuivait quatre objectifs, chacun déclinés en diverses actions par les OPCA. Premièrement, il s'agissait de soutenir les employeurs et les fonctions intermédiaires ; à cette fin, un référentiel de formation pour les responsables du secteur (sur la gestion des RH, le développement des partenariats…) a par exemple été créé par Uniformation. Deuxièmement, il s'agissait d'améliorer l'image de ces métiers et leur attractivité ; des actions de promotion de la formation « conducteur accompagnateur de personnes en mobilité réduite » (titre créé en 2013 et délivré aujourd'hui par 19 organismes) ont en particulier été conduites par Agefos pme. Troisièmement, il s'agissait de soutenir la professionnalisation et la qualification des salariés ; des actions de renforcement du dispositif de soutien de la branche à la VAE ont notamment été menées par Unifaf. Quatrièmement, il s'agissait de promouvoir la santé et la qualité de vie au travail ; des flashs prévention ont par exemple été diffusés par Actalians.

En complément des actions mises en œuvre dans le cadre de cet EDEC autonomie, la DGEFP a porté deux projets. Sur la période 2018-2020, un EDEC de la branche professionnelle des particuliers employeurs cible, entre autres métiers, celui d'assistant de vie. Sur l'année 2019, un contrat d'étude prospective (CEP) sur les besoins en emplois et compétences dans le secteur des services à la personne cible, entre autres activités, l'assistance aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap dans les actes de la vie quotidienne.

L'intérêt propre de chacune de ces actions n'est pas en cause. Cependant, il ne semble pas que l'EDEC 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.

- Un contrat de filière « services à la personne » signé en 2017, aux retombées très limitées

Un contrat de filière a été signé en 2017 et des travaux ont été engagés afin de conclure un EDEC « services à la personne ». Pour l'heure, ils ont démarré avec le lancement d'une étude prospective portant sur les besoins en emplois et compétences dans le secteur des services à la personne (4 activités sont ciblées dont celle portant sur l'assistance dans les actes quotidiens de la vie aux personnes âgées et personnes en situation de handicap ou atteintes de pathologie chronique) mais devront se traduire en actions opérationnelles.

2.3.2 Une contribution importante de la CNSA au financement de la formation et de l'amélioration de la qualité de vie au travail, mais qui ne compense pas cependant le manque de financement des OPCO

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) finance des actions de formation d'une part pour les professionnels du secteur du secteur médico-social et d'autre part pour les accueillants familiaux des personnes dépendantes (personnes âgées et handicapées).

La CNSA verse près de 30 M€ chaque année dans le cadre des conventions de partenariat qu'elle a conclues avec des OPCO/OPCA. En 2019, suite à la réforme du paysage des OPCO, la CNSA finance l'OCPO cohésion sociale (15,1 M€), l'OPCO santé (8,8 M€) et l'OPCO des entreprises de proximité (2 M€) ainsi que l'ANFPH (4,5 M€) et le CNFPT (0,75 M€). Ces financements viennent compléter ceux qui sont par ailleurs mobilisés, au titre de leurs obligations légales, par les OPCO.

En outre, des financements additionnels peuvent être mobilisés via des outils *ad hoc*. Peuvent par exemple être mentionnés des actions de professionnalisation et de modernisation des SAAD dans le cadre de partenariats avec les conseils départementaux (11 M€ en 2018) ou avec des têtes de réseaux (17 M€ en 2018), ou encore les mesures inscrites dans la stratégie nationale qualité de vie au travail « prendre soin de ceux qui soignent » (18 M€ en 2018) et des emplois d'avenir dans le cadre de conventions avec les OPCA (2,7 M€ alloués en 2017).

Ces moyens sont mobilisés pour soutenir des innovations organisationnelles et managériales, au service de la formation des professionnels et des accueillants familiaux des personnes dépendantes via une large palette d'offres. En 2017, les crédits de la CNSA ont permis à près de 55 000 professionnels de bénéficier d'une formation, dont près de 2.000 d'une formation qualifiante (en parcours complet ou en VAE), ainsi qu'à des accueillants familiaux. Les actions financées sont diverses : professionnalisation, analyse des pratiques, groupes de paroles, coaching des dirigeants, démarche qualité, prévention des AT/MP, etc.

Ces financements répondent à une problématique forte de montée en qualification des personnels du secteur et constituent une réponse aux besoins de recrutement et d'attractivité des métiers. Pour autant, un double enjeu se pose aujourd'hui pour la CNSA. D'une part, l'élargissement de ses partenaires actuels lui permettra de renforcer l'effet de ses actions de transformation du secteur. D'autre part, le renforcement de la démarche d'évaluation participera à lutter contre la sous-utilisation des crédits particulièrement sensible dans certains secteurs, par exemple celui des emplois d'avenir (0,6 M€ dépensés en 2017 pour 2,7 M€ alloués).

2.3.3 Des réformes du financement, qui ont permis de renforcer les taux d'encadrement en EHPAD, mais qui reste inabouties pour les SAAD

Effectif depuis 2017[27], le nouveau modèle de tarification des EHPAD a permis d'objectiver l'allocation de ressources par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance, en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis[28]. Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont calculés automatiquement par le biais d'équations tarifaires et peuvent être complétés le cas échéant, par des financements complémentaires au titre des modalités d'accueil particuliers et d'actions ponctuelles spécifiques. La dynamique de convergence tarifaire impulsée en application de cette réforme a fait l'objet d'un soutien financier significatif du Gouvernement : 915 M€ ont permis de créer 22 500 postes supplémentaires en EHPAD sur la période 2015-2021.

Quant aux SAAD, une enveloppe de 50 M€ gérée par la CNSA a été créée en 2019[29] pour préfigurer leur futur modèle rénové de financement. Le modèle rénové envisagé à ce jour repose sur un tarif de référence national applicable à tous les SAAD, dont les modalités de détermination sont à établir, et un complément de financement (appelé « modulation positive »). L'enveloppe de 50 M€ vise à préfigurer les modalités de mise en œuvre de cette modulation positive. Les critères d'attribution de ces crédits porteront sur des engagements de service (sur le profil des personnes accompagnées, la couverture territoriale, les horaires d'intervention, etc.).

La création de cette enveloppe en 2015 préfigure donc une réforme d'ampleur, avec notamment l'introduction d'une démarche, nouvelle pour le secteur, de contractualisation. Cette réforme devrait être mise en œuvre dans le cadre de la future loi autonomie.

2.4 Des innovations multiformes, en matière de formation et de qualité de vie au travail, portées par les autorités publiques et les professionnels, mais qui demeurent limitées en l'absence d'une véritable politique nationale

2.4.1 Une démarche nationale et une série d'actions de promotion de la qualité de vie au travail mises en place par le ministère des solidarités et de la santé

Le ministère et la branche AT/MP de l'assurance-maladie, conscients du défi à relever, se sont attelés à mettre en place une série d'actions destinées à améliorer la qualité de vie au travail (QVT), à réduire la sinistralité et à lutter contre l'absentéisme.

---

[27] Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

[28] Il conviendra dans le cadre de la refonte en cours de l'outil PATHOS de mieux prendre en compte les besoins liés aux troubles gérontopsychiatriques et les troubles de la cognition et d'intégrer une dimension préventive de valorisation des capacités.

[29] Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, art. 26. Décret n° 2019-457 du 15 mai 2019 relatif à la répartition et l'utilisation des crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 visant à la préfiguration d'un nouveau modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

La stratégie nationale pour améliorer la qualité de vie au travail en établissements pour personnes âgées dépendantes et personnes handicapées, arrêtée en juin 2018, prévoit de structurer un pilotage national et une animation territoriale, d'accompagner les établissements dans la mise en place de démarches de QVT, d'appuyer la montée en compétences des équipes et d'évaluer les actions. En complément le ministère s'est attelé depuis septembre 2018 à un projet de stratégie nationale pour la qualité de vie au travail des services à domicile et des SSIAD.

Au nombre des actions menées figure la création de l'observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.

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'ANACT (« clusters » d'établissements médico-sociaux[30]).

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 (FEHAP, NEXEM, CROIX ROUGE, FHF, UNIFED, SYNERPA, UNISSS). Cette charte prévoit notamment de doter les établissements d'indicateurs QVT et d'intégrer des objectifs QVT dans la contractualisation avec les ARS.

2.4.2 Un soutien méthodologique des structures mis en place par la branche AT-MP, l'ANACT et l'INRS

Des acteurs nationaux comme l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ou l'institut national de recherche et de sécurité (INRS), mais également l'ensemble des CARSAT, proposent des outils méthodologiques (guides, recommandations, tutoriels, etc.) pour aider les structures à mettre en place une démarche de diagnostic et de prévention pour préserver la santé de leurs personnels.

La réduction de la sinistralité dans le secteur de l'aide et des soins a par ailleurs été intégrée aux plans régionaux de santé au travail (PRST). Le PRST 2016-2020 de PACA prévoit par exemple d'équiper la moitié des EHPAD privés de la région en aides techniques visant à réduire les troubles musculo-squelettiques (lève-personne sur rail, etc.). L'action, portée par la CARSAT Sud-Est mobilise un large réseau de partenaires (notamment SYNERPA, URIOPSS, FNADEPA).

En outre, la lutte contre l'absentéisme fait l'objet d'un programme d'action porté par la CNAM depuis 2018. Un panel d'entreprises sélectionnées en raison de leur fort taux d'absentéisme (une centaine pour la première vague en 2018, 500 en 2019) bénéficie d'un accompagnement renforcé de la CARSAT et de la CPAM. Elles réalisent un diagnostic sur leur absentéisme (raisons, coût…), conçoivent puis déploient un plan d'action.

La branche AT-MP s'est aussi attachée à développer des incitations positives ou négatives pour encourager les efforts de prévention des établissements. Depuis 2010, les CARSAT peuvent accorder des dégrèvements sur les cotisations dues au titre des accidents du travail ou imposer des cotisations supplémentaires.

Au total, l'implication du ministère de la cohésion sociale et des solidarités s'est fortement développée

[30] Un cluster est un regroupement de 8 à 10 établissements lancés dans un processus de formation-action fondé sur l'implication d'un trinôme représentant des salariés/représentant des soignants/représentant de la direction.

depuis 2017 tandis que le réseau AT-MP de l'assurance-maladie, l'ANACT et l'INRS renforçaient leur action. S'il est trop tôt pour évaluer finement les résultats des actions menées, il reste qu'il est difficile d'en apprécier l'impact d'ensemble. Il paraît nécessaire de porter à un haut degré d'ambition la lutte contre la sinistralité en renforçant la coordination des acteurs et en mobilisant de nouveaux leviers structurants.

2.4.3 Des collectivités territoriales engagées

Dans le cadre des contrats de filière Santé - social pilotés par les conseils régionaux, comme dans les conférences des financeurs pilotés par les départements une multitude d'initiatives se développent pour améliorer l'attractivité et la formation dans ces métiers. Elles doivent être complétées aujourd'hui par une politique nationale qui s'attaque aux causes précitées de l'attractivité des métiers.

2.4.4 Au global, des dispositifs pour soutenir l'innovation, qui restent toutefois ponctuels et peu articulés

Le secteur de l'accompagnement du grand âge n'est pas spontanément perçu comme un lieu d'innovation. Les données manquent pour dessiner un paysage plus nuancé, même si la mission a rencontré beaucoup d'acteurs de terrain engagés dans l'innovation, aussi bien dans le champ de la formation des professionnels que dans celui des équipements à domicile et en établissement, ou encore dans l'innovation organisationnelle et managériale.

Beaucoup d'acteurs sont en effet convaincus que l'image peu dynamique du secteur contribue à dissuader les vocations alors même que l'innovation est un investissement incontournable du secteur.

Comme le note par exemple un rapport récent sur les innovations technologiques et numériques dans les établissements et services pour personnes âgées[31], celles-ci ont d'abord vocation à permettre de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées : faciliter l'accessibilité des soins et le recueil d'information, améliorer la sécurité des personnes âgées en réduisant notamment les risques de chute, faciliter la mobilité, développer la communication, renforcer le lien social. Cependant, pour ces raisons mêmes, elles sont également porteuses de bénéfices pour les professionnels, auxquels elles ouvrent des perspectives de gains de temps administratifs[32], de réduction de la pénibilité physique des tâches ou encore de facilitation des échanges collectifs.

Outre les technologies numériques, l'innovation organisationnelle et managériale est un levier reconnu d'amélioration de la qualité de vie au travail et de réduction de la sinistralité.

Une journée consacrée à l'innovation organisationnelle s'est tenue le 3 juillet 2019 au ministère des solidarités et de la santé afin de mettre en lumière les dynamiques d'innovation à l'œuvre aujourd'hui dans ce secteur (équipes autonomes, clusters d'établissements qualité de vie au travail, expérimentations visant à favoriser leur diffusion). Elle a mis en lumière une diversité d'initiatives prometteuses pour l'attractivité des métiers du grand-âge. Sur le terrain, beaucoup de structures se sont aussi engagées dans ces démarches qualité et de transformation organisationnelle, avec de

[31] Rapport commandé par la filière Silver economie à Marc Bourquin, conseiller stratégie de la FHF, et à Jean-Pierre Aquino, délégué général de la SFGG.
[32] Par exemple via des applications intelligentes d'aide à la gestion des plannings

premiers résultats qu'elles jugent positifs sur la réduction de l'absentéisme et la qualité de vie au travail.

L'innovation, qu'elle soit technologique, numérique ou organisationnelle, bénéficie de financements spécifiques de la CNSA, mais la difficulté pour les structures de proposer des innovations dont ils doivent définir en même temps les modalités d'évaluation, *a fortiori* une mesure d'impact achevée, freine très clairement la mobilisation de ces fonds. Un appui des structures sur ce point si l'on veut encourager leur capacité d'innovation de manière pérenne apparaît donc nécessaire. Des crédits sont également alloués aux structures par les ARS, mais ces aides sont apportées de manière non reconductible, ce qui en limite la portée. Par ailleurs, les innovations organisationnelles qui nécessitent de déroger à la réglementation en vigueur peuvent en principe être financées dans le cadre du dispositif spécifique mis en place par l'article 51 de la LFSS pour 2018. Il reste que ce dispositif, très exigeant du double point de vue des critères d'éligibilité et du dossier à constituer bénéficie surtout, en pratique, au secteur sanitaire.

Au total, si la volonté du ministère des solidarités et de la santé de soutenir des innovations organisationnelles est indéniable, on ne dispose pas néanmoins d'une vue nationale de ces initiatives ni de leur impact.

Il est donc difficile d'apprécier l'impact sur l'attractivité des métiers du grand âge de toutes ces initiatives, faute d'un recul suffisant d'une part et d'une véritable culture de l'évaluation d'autre part.

En conclusion, le manque de coordination entre les différentes administrations nationales concernées par la question de l'attractivité des métiers du grand âge est frappant. Il paraît décisif d'y remédier pour enclencher une dynamique forte d'amélioration de l'attractivité de ces métiers, adossée à des lignes directrices partagées et cohérentes.

3 Un foisonnement et un cloisonnement des organisations professionnelles qui constituent des freins structurels à une rénovation en profondeur du secteur du grand âge

Le secteur du grand âge est soumis à un cadre juridique et financier trop rigide, qui a induit un éclatement et dans le même temps un cloisonnement entre les secteurs (lucratif ou non lucratif, social ou sanitaire, etc.), entre les types d'accompagnement (à domicile ou en établissements) et entre les différents métiers.

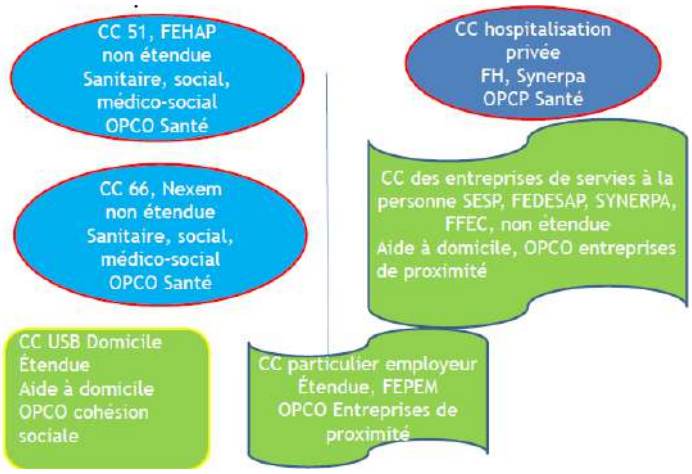
Ce cloisonnement est en décalage avec la réalité des besoins et des prises en charge. Il entrave les évolutions professionnelles, qu'elles soient individuelles ou collectives, et constitue un frein structurel à une rénovation en profondeur du secteur.

3.1 Une pluralité d'organisations professionnelles et des secteurs de régulation cloisonnés, qui participent au morcellement du secteur du grand âge

3.1.1 Un paysage foisonnant et éclaté des conventions collectives, qui gêne la mise en place d'un cadre commun et d'orientations partagées par l'ensemble des acteurs

Dans le secteur privé, le paysage conventionnel du secteur du grand âge reste éclaté dans pas moins de sept conventions collectives (voir cartographie ci-dessous, à laquelle il est possible d'ajouter l'accord d'entreprise de la Croix-Rouge).

Cet éclatement complique l'édification d'un cadre conventionnel rénové, propice à la construction d'une politique commune à ces acteurs en matière d'attractivité des métiers, de construction de parcours professionnels et de développement des compétences, afin de garantir la qualité de la prise en charge du grand âge. Un rapprochement en vue de fusionner les conventions collectives de NEXEM et de la Croix-Rouge est néanmoins en cours.



Cartographie des conventions collectives du secteur du grand âge et de leurs OPCO

A gauche : secteur non-lucratif

A droite : secteur lucratif

En vert : conventions collectives du secteur purement social

En bleu : conventions collectives d'un secteur élargi au sanitaire et au médico-social

Source : Boulay et Lévy Avocats

Par ailleurs, la procédure d'agrément à laquelle sont soumises les conventions collectives et avenants du secteur privé non lucratif constituent un cadre juridique peu responsabilisant. Ce cadre a été posé au motif de leur impact financier significatif pour les finances publiques. Toutefois, il emporte des conséquences négatives importantes, notamment sur l'évolution des rémunérations.

A noter en outre que dans le secteur public s'appliquent les statuts de la fonction publique.

3.1.2 Un paysage des OPCO qui a été simplifié récemment mais qui peut encore être resserré

La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a posé le cadre d'une simplification profonde du fonctionnement et du financement de la formation professionnelle, avec en particulier, aux termes de son article 39, la transformation des 20 opérateurs paritaires de collecte agréés (OPCA) en 11 opérateurs de compétence (OPCO).

Cette loi traduisait la volonté du Gouvernement de réduire le nombre d'opérateurs des branches professionnelles, désormais déchargés de la collecte des cotisations de la formation professionnelle (confiée aux URSSAF), pour les recomposer dans des ensembles cohérents et pertinents du point de vue de leur activité économique. Les OPCO ont pour mission principale d'apporter un appui aux branches pour le développement des compétences qui leur sont nécessaires au regard notamment des transformations économiques et sociales dans leur secteur.

Cette transformation a donc ouvert la voie à une relative simplification du paysage institutionnel de la formation professionnelle pour les métiers du grand âge. Hors fonction publique, ils relevaient avant la réforme de cinq OPCA contre trois OCPO après (cohésion sociale, santé, entreprises de proximité), en sus des structures dédiées à la fonction publique hospitalière (association nationale pour la formation du personnel hospitalier, ANFPH) d'une part et territoriale d'autre part (centre national de la fonction publique territoriale, CNFPT).

L'OPCO santé est l'opérateur commun des conventions collectives des champs sanitaires et médico-social, qu'elles soient ou non lucratives et étendues ou non au social. L'OPCO cohésion sociale est celui du seul secteur associatif de l'aide à domicile (BAD). L'OPCO entreprises de proximité est quant à lui commun à la convention collective du particulier employeur et à celle des services à la personne.

Cette simplification du secteur des conventions collectives va dans le sens du développement de démarches communes des partenaires conventionnels pour faire évoluer les métiers, les compétences et développer les parcours professionnels des salariés. Bien que cette simplification constitue un premier pas, une nouvelle réduction du nombre d'OPCO serait souhaitable afin d'accompagner au mieux la transformation du secteur.

3.2 Un cloisonnement des métiers et des structures professionnelles, en décalage avec la réalité des besoins et des accompagnements

3.2.1 Des métiers artificiellement cloisonnés par une définition trop serrée des compétences de chacun

Les décrets qui réglementent les compétences des différents métiers susceptibles d'intervenir auprès des personnes en perte d'autonomie sont trop rigides. Les actes définis par ces décrets comme pouvant

être accomplis par chacun des métiers et les compétences qui y sont associées ne reflètent pas la réalité des prises en charge. Dans les faits, il existe des chevauchements, des zones de contact entre les métiers d'auxiliaire de vie et d'aide-soignant, entre les métiers d'aide-soignant et d'infirmière.

3.2.2 Un cloisonnement juridique et financier entre les différentes structures de prise en charge, en établissement (EHPAD) ou à domicile (SAAD)

Les EHPAD et les SAAD sont aujourd'hui soumis à des règles rigides d'autorisation et de financement des établissements et services, qui reposent sur une distinction entre le sanitaire et le social en décalage avec la réalité des besoins et des prises en charge.

- Bénéficiaires de l'APA

Les personnes en perte d'autonomie peuvent bénéficier d'une aide financière, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), lorsque leur degré de dépendance nécessite l'aide de tiers pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Le degré de dépendance de la personne est évalué au travers de la grille AGGIR qui prévoit six niveaux de dépendance (du plus élevé classé en 1 au plus faible classé en 6). Les niveaux 5 et 6 n'ouvrent pas droit à l'APA.

Les personnes présentant les niveaux de dépendance 1 et 2, les plus lourds, sont majoritairement prises en charge en établissement, les EHPAD. Les personnes présentant des niveaux de dépendance 3 et 4 sont prises en charge à domicile ou en EHPAD. C'est à la personne que revient légitimement le choix de son mode de prise en charge, lequel dépend d'un ensemble d'éléments parmi lesquels les ressources de la personne, de son environnement (présence ou non d'aidants bénévoles), et son niveau de reste à charge jouent un rôle important. Comme l'a souligné le rapport de la concertation grand âge autonomie, la préférence des personnes âgées pour leur domicile est néanmoins forte, ce qui les conduit à entrer en EHPAD à un âge de plus en plus élevé. Le respect de ce choix doit conduire les pouvoirs publics à privilégier dorénavant une approche domiciliaire. En parallèle, des efforts doivent être engagés pour faire des EHPAD des lieux que les personnes âgées pourront vivre comme domicile.

On dénombre près de 1,4 million de bénéficiaires de l'APA dont 760.000 vivent à domicile et 601.000 en établissement. Les bénéficiaires de l'APA sont pris en charge soit à domicile par un SAAD, soit en EHPAD.

Tableau 3 : Nombre de structures et effectifs de professionnels assurant la prise en charge des personnes en perte d'autonomie au titre de l'APA à domicile et en établissement[33]

Taux d'encadrement (pour 100 places)	Nombre de structures	Nombre de places/bénéficiaires	Professionnels (ETP)	AS ou accompagnant (ETP)
EHPAD	7.400	601.000	377.000	124.500 (AS)
SAAD	7.000	760.000	120.000[34]	120.000[35]

Source : Enquête EHPA DREES et données DGCS

[33] Compte-non tenu pour les SAAD des personnes en perte d'autonomie ne bénéficiant pas de l'APA (GIR V et VI).
[3434] Sur la base de 190 millions d'heures prestées à domicile et d'une durée annuelle de travail de 1607 heures.
[35] On ne connaît pas le nombre de titulaires d'un DEAES ou d'un diplôme d'auxiliaires de vie dans ce total.

- Cloisonnement des prises en charge entre établissement et domicile

La réglementation ne permet pas d'organiser souplement la prise en charge à domicile ou en établissement au mieux des besoins des personnes âgées et des attentes des professionnels. Or, il serait rationnel, dès lors que les dispositifs de soutien à domicile et en EHPAD s'adressent aux mêmes personnes, qu'elles relèvent d'un cadre unifié d'autorisation et de financement.

Cela permettrait de fluidifier leurs parcours et de les adapter souplement à leurs besoins, avec par exemple la possibilité d'alterner des temps à domicile et en établissement. Cela permettrait aussi de décloisonner les professionnels à domicile et en établissement, pour qu'ils se connaissent mieux, et de mettre en place des organisations de travail propices à la réduction des temps partiels subis à domicile comme à une plus grande diversité d'exercice. Ce type d'organisation permettrait de plus de lutter contre l'isolement des personnes âgées à domicile, en leur permettant d'accéder à des temps collectifs d'animation, et de prévenir le traumatisme que représente souvent l'entrée en institution. Des expérimentations en ce sens sont en cours, comme par exemple le dispositif EHPAD@dom (Ehpad hors les murs) porté par la Croix-Rouge à Sartrouville, qu'il conviendrait de développer.

Aujourd'hui cependant, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les EHPAD relèvent de cadres d'autorisation et de financement bien distincts auxquels il faut ajouter ceux des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), présentés succinctement dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Régimes d'autorisation et de financement des structures intervenant dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie

	Autorisation	Financement (origine des crédits)	Financement (modalités)
EHPAD	Conseil départemental +ARS	APA (dépendance) Assurance-maladie (soins) résident ou aide sociale (hébergement)	Financement basé sur 3 sections tarifaires : - La section soins financée par l'assurance maladie en fonction d'une équation tarifaire qui prend en compte le besoin en soins des personnes (PATHOS) et le niveau de dépendance (GIR) - La section dépendance financée par le CD, en fonction d'une équation tarifaire qui prend en compte le degré de dépendance des personnes. Participation du résident sur la base d'un talon - La section hébergement, financée par le résident ou le CD via l'aide sociale à l'hébergement Depuis la loi ASV les CPOM remplacent les conventions tripartites.
SAAD	Conseil départemental	APA Concours CNSA	Tarification individuelle de chaque structure par le département : procédure budgétaire annuelle aboutissant à la fixation d'un tarif individualisé déterminé en fonction des dépenses et de l'activité prévues par le service mais aussi des contraintes budgétaires et des objectifs de dépenses de chaque conseil départemental.) pour les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale Ou solvabilisation des bénéficiaires du service par la valorisation des plans d'aide APA et des plans de compensation PCH sur la base du tarif de référence départemental pour les services non habilités à

			recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale
SSIAD	ARS	Assurance-maladie	Dotation globale
SPASAD	ARS Conseil départemental	Assurance-maladie APA	Sur la partie soins du SPASAD financement équivalent à un SSIAD : dotation globale de soins (R.314-137 du CASF) : Sur les prestations d'aide et d'accompagnement, financement équivalent à un SAAD : tarifs horaire ou dotation globale. Dans le cadre de l'expérimentation SPASAD intégré (article 49 loi ASV et prolongée par la loi OTSS) : financement des actions de prévention décidé dans le cadre de la conférence des financeurs. (article 3 loi ASV, L.233-1 CASF)

Il en résulte qu'un entrepreneur public ou privé qui souhaiterait accompagner les parcours des personnes âgées en mettant à leur disposition une gamme de prestations allant du domicile à l'hébergement en institution devra solliciter des autorisations et des financements non seulement distincts mais étanches. La réglementation n'offre pas de possibilité simple de mutualiser les financements EHPAD et SAAD et un contrôle strict de l'utilisation des heures APA à domicile est par ailleurs opéré par les départements. Des dispositifs innovants sont néanmoins en cours comme le partenariat entre l'hôpital Henri Dunant et le SPASAD La vie à domicile qui vise notamment à rapprocher les salariés d'un SPASAD d'un temps plein tout en répondant à une demande RH de l'hôpital (sur le temps du repas).

Aujourd'hui, un projet contenant par exemple 80 places d'EHPAD, 30 places de SSIAD, un SAAD, 10 places d'accueil de jour et 5 places d'hébergement émarge sur 5 enveloppes différentes et sur au moins 4 autorisations distinctes.

Un dispositif novateur a néanmoins vu le jour avec la création des SPASAD. Le SPASAD permet de faire bénéficier les personnes en perte d'autonomie d'un dispositif intégré de soutien à la perte d'autonomie et de soins. Il peut être créé à partir d'un SSIAD et d'un SAAD préexistants. Ce dispositif va dans le bon sens mais il suppose un accompagnement managérial conséquent et volontariste pour rapprocher effectivement les dimensions de l'aide et du soin, tant l'écart qui sépare les professions sociales et soignantes demeure à ce jour important.

- Interpénétration croissante des sources de financement

On constate par ailleurs une interpénétration croissante des financements des départements et de l'assurance-maladie dans le champ de la dépendance, ce qui a conduit la mission de concertation grand âge et autonomie à proposer la fusion des sections soins et dépendance des EHPAD. La part des concours départementaux versés par la CNSA dans le financement des SAAD[36] est par ailleurs passée de 32% en 2015 à près de 41% en 2018, pour tenir compte de l'augmentation des dépenses induites par la loi ASV et une dotation de 50 M€ de crédits d'assurance-maladie a été déléguée aux départements volontaires. Cette interpénétration montre les limites d'une approche fondée sur la séparation stricte de la dépendance et des soins. Les dispositifs étanches qui en résultent n'offrent pas, en particulier pour les SAAD, le cadre le plus propice au travail à temps complet et au développement de parcours professionnels variés.

[36] Le montant total des concours est déterminé par le produit des recettes qui lui sont affectées (cf. Art L 14-10-5 II 1° du CASF : 20% des recettes de CSA, 61 % de celles de la CASA, 64 % des recettes de CSG affectées à la CNSA

PLAN D’ACTION

Objectif général : répondre au besoin massif de professionnels à former dans les cinq prochaines années

Pour répondre aux besoins de prise en charge du grand âge, des financements massifs devront être dégagés dans les prochaines années pour créer d'ici fin 2024 près de 92 300 postes supplémentaires d'aides-soignants et d'accompagnants des personnes en perte d'autonomie, ce qui représente environ 18 500 postes par an en moyenne sur les 5 prochaines années**.**

Trois éléments expliquent l'ampleur de ces besoins :

- **Le vieillissement de la population d'abord** : les personnes en perte d'autonomie seront 1,479 million en 2025 (contre 1,387 million en 2020), ce qui entrainera un besoin supplémentaire direct d'environ **20 700 ETP d'ici à fin 2024** pour la prise en charge de ces personnes en établissement et à domicile[37] ;
- **L'augmentation du taux d'encadrement** des personnes en perte d'autonomie, qui est une nécessité incontournable pour garantir aux professionnels des conditions décentes d'intervention ; avec une augmentation de l'ordre de 20%, **66 500 ETP** supplémentaires seront nécessaires d'ici à fin 2024[38] ;
- La mise en place d'**une demi-journée de travail collectif par mois** dans les SSAD (**2 400 ETP**[39]) et les EHPAD (**2 700 ETP**[40]), soit au total, 5100 ETP fin 2024.

Par ailleurs, les besoins de recrutements sur les postes existants seront massifs, en raison :

- De l'existence de **60.000 postes non pourvus** aujourd'hui **;**
- Des départs massifs en retraite des cinq prochaines années[41] et du turn-over, qu'on peut estimer à **200.000 postes**[42].

Au total, c'est donc près de 352 600 aides-soignants et accompagnants qu'il faudra former dans les 5 prochaines années (70 520 par an, soit le double des flux actuels d'entrée en formation).

---

[37] Nombre de personnes en perte d'autonomie au sens des bénéficiaires de l'APA : 1,387 million en 2020 et 1,479 million en 2025 (données actualisées du Dossier DREES n°43 Projection des populations âgés dépendantes scénario intermédiaire), soit 92 000 personnes supplémentaires de 2020 à 2024 inclus, auxquelles est appliqué un taux d'encadrement moyen de **0,225 ETP accompagnant sanitaire ou social par personne âgée en perte d'autonomie** (0,314 en EHPAD et 0,141 en SAAD) au 31/12 /2015. D'où 20 700 ETP supplémentaires d'ici de 2020 à 2024.

[38] Taux d'encadrement à augmenter de 20%, soit de 0,045 ETP par personne âgée en perte d'autonomie, Pour 1,479 million de personnes en perte d'autonomie. D'où 66 550 ETP supplémentaires à pourvoir.

[39] Sur une base de 120 000 ETP accompagnants à domicile et d'une hypothèse d'1h de temps collectif déjà réalisée, soit une augmentation de 3h/151.7h= 0,0198 x 120.000 ETP = 2373 ETP arrondis à 2400

[40] Sur la base de 204 000 ETP et d'une hypothèse de 2H de temps collectif déjà réalisées en EHPAD, soit une augmentation de 2/151.7=0,0132x204 000 ETP=2 690 ETP arrondis à 2700**.**

[41] La pyramide des âges de ces professionnels se caractérise par le poids important de la classe d'âge 45-55 ans.

[42] Sur la base d'un taux de départs toutes causes confondues de l'ordre de 8 %.

Axe 1 : Assurer de meilleures conditions d'emploi et de rémunération, en ouvrant de nouveaux postes, en rénovant les conventions collectives et en mettant en place une initiative nationale

Tout d'abord, il convient d'ouvrir des postes. On ne peut admettre, ensuite, que les conventions collectives des SAAD prévoient des niveaux de rémunération inférieurs au SMIC pour les accompagnants à domicile, qui plus est après plusieurs années de carrière. Ce sont les deux premières urgences. Il faut aussi que les partenaires conventionnels unissent leurs efforts pour mettre en place à destination de ces professionnels un socle commun d'emploi et de rémunération rénové. Il est possible et nécessaire, enfin, de sécuriser financièrement leurs déplacements en les équipant de véhicules, dans le cadre d'une initiative nationale.

Objectif 1 : Recruter à hauteur des nouveaux besoins

Mesure 1 : **Ouvrir 18 500 postes supplémentaires par an d'ici à fin 2024**

Des ouvertures de postes d'aides-soignants et d'accompagnants des personnes en perte d'autonomie seront nécessaires dans les toutes prochaines années pour répondre aux besoins de prise en charge du grand âge, dans un contexte de vieillissement démographique d'une part et de nécessaire augmentation du taux d'encadrement et du renforcement des temps collectifs (voir objectif général *supra*). Près de 92 000 postes supplémentaires devront être créés d'ici à fin 2024, ce qui représente environ 18 500 postes par an en moyenne sur les 5 prochaines années.

Objectif 2 : Remettre à niveau les rémunérations des conventions collectives inférieures au SMIC et prévenir tout risque de nouveau décrochage

Aligner les premiers niveaux des conventions collectives sur le SMIC nécessite de réviser plus globalement les grilles des conventions collectives concernées pour renforcer la cohérence de leur architecture avec l'objectif de rendre plus attractives les rémunérations des aides-soignants et des accompagnants à domicile possédant les bonnes compétences validées par un diplôme. Cette révision a un coût financier qui doit être pris en compte dans la tarification des SAAD. En outre, il faut prévenir tout nouveau décrochage en créant un mécanisme d'indexation sur le SMIC. En corollaire, la mission préconise de supprimer l'agrément national de la convention collective du secteur non lucratif afin de responsabiliser les partenaires conventionnels.

Mesure 2 : **Remettre à niveau au 1er janvier 2021 les rémunérations inférieures au SMIC dans les grilles des conventions collectives à domicile et prendre en compte l'impact financier associé dans la tarification pour les conventions collectives soumises à agrément national**

Il appartient au ministère des solidarités et de la santé d'inviter les partenaires conventionnels concernés, au premier chef les partenaires de la branche aide à domicile, à lancer sans délai les travaux de révision requis. Ces travaux seront guidés par le double objectif de mettre à niveau les rémunérations inférieures au SMIC et d'assurer l'attractivité des rémunérations des accompagnants diplômés[43]. Le taux d'évolution de la masse salariale qui sera fixé en février 2020 devra anticiper le coût de cette refonte afin de permettre son agrément par le ministère dans l'attente de sa suppression proposée ci-après.

Il lui incombe en parallèle de mener des travaux pour intégrer dans la tarification des SAAD concernés le surcoût financier de la révision des grilles d'emploi et de rémunération des conventions collectives, résultant de l'alignement des rémunérations sur le SMIC.

S'agissant des modalités de cette intégration, la mission n'est pas en faveur d'une intégration directe du surcoût dans le tarif-socle national susceptible d'être mis en place dans le cadre de la réforme de la tarification en cours, qui bénéficierait à tous les SAAD. Elle juge préférable, pour prévenir les effets d'aubaine, d'abonder les dotations qui seront contractualisées avec les SAAD.

Mesure 3 : **Intégrer dans les conventions collectives un mécanisme d'alignement automatique des premiers niveaux de salaires qui se trouvent dépassés suite aux mesures de revalorisation du SMIC.**

La situation actuelle où les premiers niveaux des grilles des conventions collectives se trouvent dépassés par le SMIC est le fruit de l'écart croissant entre sa dynamique de revalorisation et celle, sensiblement inférieure, du taux d'évolution de la masse salariale des SAAD du secteur associatif.

Pour prévenir tout risque de nouveau décrochage, les conventions collectives devront prévoir une clause d'indexation sur le SMIC des niveaux de rémunération devenus inférieurs, dans le cadre de la révision des grilles d'emploi et de rémunération.

Une disposition prévoyant que l'activation de cette clause d'indexation, au regard de son impact sur la masse salariale, donnera systématiquement lieu à une compensation raisonnable dans la tarification des SAAD sera en corollaire intégrée au projet de loi autonomie.

Mesure 4 : **Supprimer l'agrément national des conventions collectives**

La mission considère qu'il doit être mis fin à l'agrément national des conventions collectives du secteur non lucratif, destiné à garantir la compatibilité des conditions d'emploi et de rémunération avec le taux maximal d'évolution de la masse salariale fixé pour tenir compte des contraintes financières des pouvoirs publics. En transférant au ministère des solidarités et de la santé l'approbation des accords conventionnels en matière d'emploi et de rémunération, ce dispositif aboutit à déresponsabiliser les partenaires sociaux qui n'ont plus de raison de rechercher des compromis garantissant une évolution raisonnable des rémunérations.

La mise en place de tarifs-socles nationaux créera les conditions d'une suppression de l'agrément national, les partenaires sociaux disposant alors de la visibilité nécessaire pour négocier des accords en matière de rémunération compatibles avec leurs financements.

[43] Cette révision n'a pas vocation à se traduire par une simple translation vers le haut de tous les niveaux de rémunération mais à mettre en œuvre au-delà de l'alignement sur le SMIC une stratégie salariale d'attractivité pour les métiers en tension.

La mission préconise en conséquence d'intégrer au projet de loi autonomie une disposition prévoyant la suppression de l'agrément national au projet de loi autonomie en cours de préparation, tout en garantissant une opposabilité aux financeurs, car les CPOM ne doivent pas pouvoir déroger aux conventions collectives.

Objectif 2 : Aller vers un socle commun aux différentes conventions collectives, pour garantir des conditions plus attractives d'emploi et de rémunérations dans le secteur du grand âge

Le morcellement des conventions collectives ne crée pas un contexte favorable pour mener des réformes d'ampleur en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge. Pour favoriser leur rapprochement, il est proposé de développer des démarches collaboratives interbranches, en s'appuyant sur leurs OPCO. La signature d'un engagement de développement des emplois et des compétences (EDEC) financé dans le cadre du plan d'investissement dans les compétences (PIC) sera une première étape. Poursuivre et amplifier ces collaborations facilitera à terme la constitution d'un seul OPCO et la mise en place d'un socle commun aux différentes conventions collectives en matière d'emplois et de compétences.

Mesure 5 : **Soutenir les démarches de rapprochement des partenaires conventionnels**

Les collaborations initiées dans le cadre de l'EDEC autonomie de 2014 nécessitent d'être capitalisées et amplifiées, pour relever le défi du vieillissement et faire face à ses retombées majeures en matière de ressources humaines, quantitatives (recrutements massifs nécessaires) et qualitatives (évolution des métiers et des compétences). Le plan d'investissement dans les compétences (PIC) offre l'opportunité de lancer la préparation d'un nouvel EDEC qui pourra s'appuyer, notamment, sur les résultats du contrat d'études prospective 2019 portant sur les besoins en emploi et compétences dans le secteur des services à la personne. Un lien devra être fait avec l'EDEC signé par la branche des particuliers employeurs qui cible le métier d'assistant de vie en lien avec la thématique autonomie et grand âge.

Le projet d'EDEC déposé en juillet dernier dans le champ du handicap mériterait d'être élargi au grand âge et étendu à l'ensemble des partenaires conventionnels du secteur du grand âge, comme membres signataires ou partenaires. Ce projet reconfiguré pourrait être présenté au comité de sélection d'ici la fin de l'année.

Un accompagnement actif par les pouvoirs publics est indispensable à cette fin.

Le ministère du travail en lien avec le ministère des solidarités et de la santé invitera avant la fin de l'année toutes les parties prenantes concernées (fédérations professionnelles, organisations syndicales, membres de la Commission paritaire nationale de l'emploi des branches du secteur du grand âge et de l'autonomie, CNSA, OPCO) à une réunion de lancement, en veillant à ce que des aides-soignants et des accompagnants à domicile y soient représentés. Pour marquer l'importance de cette action, les deux ministres pourraient co-présider cette réunion. Le ministère du travail (DGEFP) et le ministère des solidarités de la santé co-animeront par la suite les travaux de préparation et apporteront un appui à la rédaction du nouvel EDEC. Le nouveau projet d'EDEC devra être présenté avant le 31 mars 2020. Après sa signature, le plan d'action fera l'objet d'un suivi régulier associant l'ensemble de ces acteurs. La fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale, concernées par ces métiers pourront participer au processus.

Le soutien financier de l'Etat doit être à la hauteur des enjeux majeurs de ce chantier, soit a minima 50 % du coût estimé des actions prévues.

Mesure 6 : **Développer les démarches collaboratives et présenter un projet d'engagement de développement des emplois et des compétences (EDEC) financé dans le cadre du PIC, en associant la FPH et la FPT**

Le nouvel EDEC 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)

Mesure 7 : **Aller vers un OPCO commun aux partenaires conventionnels du secteur**

Le rapprochement des acteurs dans le cadre de l'EDEC crée des conditions favorables pour renforcer le partenariat des OPCO du secteur et à terme réduire leur nombre. L'objectif d'aller vers un OPCO unique nécessite d'amplifier les collaborations entre les trois OPCO aujourd'hui présents sur le secteur de l'autonomie et du grand âge, afin de mettre en évidence leurs bénéfices. Il importe que ces collaborations deviennent régulières et couvrent des domaines variés pour favoriser la structuration de réseaux d'acteurs interbranches.

La mission préconise de définir des objectifs opérationnels, pour rapprocher les quatre OPCO du champ sanitaire, social et médico-social, et de faire du partenariat un critère prépondérant pour l'accès des branches professionnelles au soutien financier public des politiques de ressources humaines.

Par ailleurs, une partie des partenaires conventionnels s'est déjà engagée dans un processus de rapprochement, susceptible d'aboutir à terme à la fusion de leurs conventions collectives respectives. Il est important que la puissance publique accompagne ce processus en apportant un soutien concret à l'élaboration des scénarios de convergence et à l'analyse de leurs impacts, ainsi qu'au dépassement des difficultés identifiées. Des moyens d'expertise doivent être mis à disposition des partenaires conventionnels à cette fin.

Objectif 3 : Aider la mobilité des professionnels à domicile

Mesure 8 : **Négocier une offre nationale compétitive pour équiper les accompagnants à domicile de véhicules propres**

Les accompagnants à domicile des SAAD supportent, notamment en zone rurale, des frais importants liés aux contraintes de mobilité d'un domicile à l'autre. Ces frais sont souvent insuffisamment indemnisés, 30 % seulement des départements appliquant l'avenant conventionnel (avenant 36 de la

CCN BAD) destiné à garantir leur couverture. De plus, l'acquisition d'un véhicule constitue un investissement hors de portée pour les personnes ayant de faibles revenus, qui ne peuvent de ce fait envisager de devenir accompagnantes à domicile dans les zones où l'utilisation de la voiture est indispensable. Certaines structures comme ADN 87 ont fait le choix de mettre à disposition de leurs accompagnants une flotte de véhicules pour partie électriques et hybrides, acquis notamment par voie de crédit-bail. ADN 87 estime ce choix plus avantageux économiquement que le remboursement des frais kilométriques, et très attractif pour les salariés. Autre exemple, le SAAD du Lot s'est équipé d'une flotte de véhicules de services électriques avec le soutien du département.

Equiper les accompagnants des SAAD de véhicules de service ou de fonction permettrait de renforcer sensiblement l'attractivité de ce métier. Certaines fédérations départementales de l'ADMR se sont d'ailleurs engagées dans cette voie, en faisant appel au programme d'économie sociale et solidaire Mobilize de Renault. Ce programme propose une formule de location avec option d'achat pour un véhicule neuf, à des conditions moins onéreuses que sur le marché, et pour un coût global d'usage inférieur à celui d'un véhicule d'occasion. Il est actuellement réservé à des publics en situation de précarité et en besoin de mobilité.

Pour réduire les coûts de la mobilité des accompagnants dans les SAAD, la mission propose qu'une ou plusieurs offres commerciales de location avec option d'achat soient négociées au plan national par les fédérations, avec l'appui technique de l'Etat, et effectives dès 2020.

Mesure 9 : **Autoriser l'usage d'un macaron pour les intervenants à domicile**

Pour faciliter les déplacements des accompagnants à domicile, il est proposé de les autoriser à faire usage d'un macaron professionnel pour leur véhicule. Cette autorisation constituerait d'abord une reconnaissance par les autorités du service public majeur que ces professionnels accomplissent en faveur du grand âge. Elle permettrait d'améliorer leur qualité de vie professionnelle au quotidien. Elle réduirait fortement l'impact sur leur pouvoir d'achat des pénalités financières liées au difficultés de stationnement dans les agglomérations.

L'Etat sera chargé dans chaque département, en lien avec le conseil départemental, de piloter la signature de protocoles entre les maires concernés et les fédérations des SAAD avant le 31 mars 2020, pour autoriser les accompagnants à domicile à faire usage d'un macaron professionnel.

Mesure 10 : **Aider à l'acquisition du permis de conduire en fin de formation**

11% des structures citent le manque de permis de conduire comme un frein au recrutement de personnes travaillant à domicile. Il serait donc utile de favoriser l'acquisition du permis de conduire durant la formation des personnes. A défaut, les structures d'aide à domicile pourraient se doter de véhicules sans permis ou d'autres modes de déplacement lorsque cela est possible.

Axe 2 : Donner une priorité forte à la réduction de la sinistralité et à l'amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif 4 : Réduire d'un cinquième la sinistralité des métiers d'aide-soignant et d'accompagnant d'ici à fin 2024

La sinistralité considérable de ces métiers, trois fois supérieure à la moyenne nationale, n'est pas acceptable. Pour des raisons éthiques, d'abord. Il est choquant que ces professionnels qui œuvrent chaque jour à préserver la santé et le bien-être des personnes âgées à domicile et en établissement, le fassent au détriment de leur propre santé et qualité de vie. Parce que cette situation bat en brèche, ensuite, le droit des travailleurs proclamé par notre constitution à la protection de leur santé. L'absentéisme induit par cette sinistralité élevée contribue, enfin, à dégrader tous les jours la qualité de vie au travail des aides-soignants et des accompagnants. Au surplus, cette sinistralité a un coût économique élevé.

Une action d'envergure des pouvoirs publics s'impose pour réduire rapidement et fortement cette sinistralité. L'objectif est de faire entrer la prévention des risques professionnels dans un cadre permanent et systémique porté par les dirigeants des structures. Un programme national porté par la branche AT-MP de l'assurance-maladie sera lancé. Les conseils départementaux intégreront des objectifs et des cibles précises de réduction de la sinistralité dans les contrats pluriannuels des structures d'aide et d'accompagnement à domicile. Un soutien sera apporté au recrutement de préventeurs formés à l'analyse des risques professionnels. Les dirigeants, les cadres intermédiaires et les intervenants seront formés à la prévention de la sinistralité. Les futurs professionnels seront sensibilisés au cours de leur formation à la prévention des troubles musculo-squelettiques et à l'utilisation d'outils appropriés (type rails de transferts).

Mesure 11 : **Porter dans le cadre de la branche AT-MP un programme national de lutte contre la sinistralité ciblée sur ces métiers**

Le lancement d'un programme national pluriannuel ciblé sur ces métiers garantira la priorité forte qui doit leur être accordée par la branche AT-MP, en cohérence avec la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 signée avec l'Etat. Ce programme permettra de renforcer et mettre en synergie les actions menées sur le terrain, en les regroupant autour d'objectifs nationaux assortis d'indicateurs et d'un échéancier. Les partenaires sociaux au plan national et local y prendront toute leur place. Pour garantir sa portée, ce programme nécessite une gouvernance adaptée permettant l'adhésion des employeurs et des salariés du public et du privé aux objectifs et actions, et des financements suffisants. Ces derniers sont aujourd'hui notoirement sous-dimensionnés, en dépit des excédents dégagés par la branche AT-MP. Leur périmètre doit être étendu, notamment, au remplacement des professionnels qui partent se former, aujourd'hui non pris en charge. Au-delà des crédits alloués aux dispositifs d'incitations financières (subvention prévention TPE et contrats de prévention) prévus au sein de la branche AT-MP pour l'ensemble des entreprises de tous les secteurs, la situation du secteur de l'aide et du soin à la personne nécessite la mise en œuvre d'un plan d'envergure spécifique avec des financements de la branche ATMP dédiés dans un cadre adapté.

Une lettre commune de la ministre des solidarités et de la santé et de la ministre du travail invitera l'UNCAM à engager sans délai l'élaboration, en lien avec les partenaires sociaux, de ce programme, qui devra être finalisé au 31 mars. Les CTN concernés seront associés.

Outre les dispositifs traditionnels développés par la branche AT-MP (aides financières et contrat de prévention), ce programme intégrera la prévention dans une démarche globale au niveau politique des directions générales. La détermination des actions de formations adaptées au secteur et à la spécificité des métiers, tant initiale que continue, devront être adaptées en prenant en compte notamment le remplacement des professionnels qui partent se former, aujourd'hui non pris en charge.

Le programme devra déterminer un ensemble d'indicateurs pour évaluer son efficacité et sa réussite. La baisse des indicateurs de fréquence d'AT-MP pour ces professionnels devra y figurer. Ceci se fera en lien avec la mesure 18.

Mesure 12 : **Intégrer après concertation avec les acteurs des objectifs et des cibles, propres à chaque établissement, de réduction de la sinistralité et de promotion de la QVT dans les CPOM**

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements et les structures d'aide à domicile constituent un levier pertinent de lutte contre la sinistralité et la qualité de vie au travail. Ils permettront d'aider les structures à financer des actions de lutte contre la sinistralité, en contrepartie d'objectifs et d'indicateurs définis contractuellement. Ils permettront aussi de dimensionner le soutien financier apporté à chaque structure en tenant compte de ses spécificités et de l'ampleur de l'effort à fournir pour réduire sa sinistralité et promouvoir la qualité de vie au travail, dans le cadre d'un dialogue social intégrant les représentants du personnel et les salariés.

Il est essentiel tout d'abord d'assurer une pleine transparence des données de sinistralité pour éclairer les décideurs et mobiliser les acteurs professionnels. Le diagnostic initial de sinistralité établi à cette fin s'appuiera notamment sur les indicateurs disponibles de la branche AT-MP et de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Dans le cadre du programme national prévu par la mesure *supra*, la branche AT-MP conduira un travail pour assurer la disponibilité de ces indicateurs pour les SAAD[44].

Les objectifs et les cibles de résultats de chaque structure seront définis à la lumière de ce diagnostic initial, en tenant compte de son degré de maturité en matière de lutte contre la sinistralité. Le soutien financier initial sera fonction du coût des actions nécessaires à la réalisation des objectifs. Une fraction de ce soutien sera conditionnée par l'atteinte des résultats prévus, dans la limite de 20 % du montant total de l'aide. Une enveloppe financière spécifique sera mise à disposition des autorités de tarification des établissements et des SAAD dès 2020, à hauteur de 5% des crédits délégués par la CNSA pour les CPOM des établissements et des structures d'aide à domicile.

Donner une pleine portée à cette action nécessite de rendre obligatoire les CPOM pour toutes les structures. Il est prévu que cette obligation soit effective en 2022 pour les EHPAD. La mission préconise d'anticiper dans le projet de loi autonomie grand âge cette échéance au 1er janvier 2021 pour les EHPAD et de l'instaurer à la même date pour les structures d'aide et d'accompagnement à domicile.

A l'issue du plan, il conviendra de réfléchir à un système incitatif récompensant les efforts de prévention à travers la cotisation AT-MP.

[44] Les données nationales de sinistralité des SAAD sont incluses dans l'agrégat des services à la personne.

Mesure 13 : **Approfondir les réflexions sur la prise en compte de la pénibilité dans le secteur**

La synthèse des portraits statistiques des métiers réalisée par la DARES précise que les aides-soignants ont des horaires de travail atypiques : 2/3 des aides-soignants travaillent le dimanche, ¾ le samedi, et moins d'un quart la nuit. Les aides-soignants sont également confrontés à la manutention de charges lourdes (manipulation des patients), à des postures pénibles, au bruit (exposition aux bips sonores des machines de surveillance médicale) et éventuellement aux risques d'accidents de trajets. Ils sont ainsi potentiellement exposés à au moins trois facteurs de risques[45] couverts par le compte professionnel de prévention (C2P)[46]. Selon la Direction des risques professionnels de la CNAM, 28 484 aides-soignants et 7 003 aides à domicile, aides ménagères et travailleuses familiales se sont vus ouvrir un compte au vu de leur exposition à certains facteurs de risques professionnels, soit une faible part de ces professionnels. Les seuils d'exposition permettant d'ouvrir un compte sont en effet difficile à atteindre.

Ces salariés ont cependant par ailleurs également droit au dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente mis en place en 2010, en lien avec des facteurs de pénibilité plus larges que ceux du C2P puisqu'ils incluent le port de charges lourdes et les postures pénibles, notamment.

La sinistralité massive qui affecte les professions d'aides-soignants et d'accompagnants signe pourtant sa pénibilité. La future loi retraite doit pouvoir offrir l'opportunité d'approfondir les réflexions en la matière.

Mesure 14 : **Soutenir le recrutement de préventeurs chargés de développer l'analyse des risques sur les lieux de travail et de définir des actions de prévention**

Certaines structures font appel à des professionnels, par exemple des ergonomes, des ergothérapeutes, spécifiquement chargés de faire un diagnostic des risques professionnels sur les lieux de travail des accompagnants à domicile et de les accompagner dans la prévention des troubles de santé liés à leur activité. Il est pertinent de soutenir le développement de cette fonction de préventeur en établissement et à domicile, dans des conditions économiquement soutenables pour les structures et attractives pour les professionnels concernés.

Le partage d'un poste de préventeur entre plusieurs structures va dans ce sens. Il peut être mis en œuvre dans le cadre de groupements d'employeurs mais la généralisation de ce dispositif nécessite de lever les freins fiscaux qui freinent aujourd'hui leur développement (voir mesure *supra*).

Un pôle ressources en matière de prévention des risques professionnels peut aussi être constitué en recrutant au niveau départemental un ou des préventeurs qui seront mis à disposition de l'ensemble des structures. Ce pôle ressources sera intégré dans les **plateformes départementales** dont la création est prévue par la mesure *infra*.

Pour accompagner le développement de postes de préventeurs auprès des structures, les groupements d'employeurs, les plateformes et les structures bénéficieront d'un soutien financier initial dans la limite de 50% du coût du poste. Ce soutien sera accordé dans le cadre d'une convention entre le conseil départemental, l'ARS, la CARSAT et la plateforme ou le groupement d'employeur ou entreprise. La

[45] Le travail de nuit, le travail en équipes successives alternantes et le bruit. Les trois autres critères sont les activités exercées en milieu hyperbare, les températures extrêmes et le travail répétitif.

[46] Réservé aux salariés du secteur privé, le C2P permet aux bénéficiaires d'acquérir des points qui peuvent être utilisés pour de la formation, un passage à temps partiel ou un départ anticipé à la retraite

feuille de route départementale « métiers du grand âge » précisera le cadre de déploiement de ces ressources.

Mesure 15 : **Mettre en place dans toutes les formations initiales des modules d'intégration de la prévention des troubles musculo-squelettiques dans l'acte professionnel**

La branche AT-MP a mis en place une offre de formation à la prévention des troubles musculo-squelettiques dans les établissements pour personnes âgées, destinée notamment aux dirigeants. Une offre est aussi en place pour les acteurs de l'aide à domicile.

Dans le cadre du programme national prévu par la mesure *supra*, cette offre sera étendue aux risques psychosociaux, également très prégnants dans ce secteur. Tous les directeurs des structures et les cadres intermédiaires en établissement et à domicile devront avoir été formés à la prévention des risques professionnels d'ici 2024.

Les structures mettront en place des formations pour leurs intervenants, aides-soignants et accompagnants à domicile, qui pourront être assurées par le préventeur départemental. Tous les nouveaux professionnels, dirigeants, cadres intermédiaires et intervenants devront être formés dans le délai de six mois suivant leur prise de poste.

Mesure 16 : **Développer une offre de formation sur la prévention de la sinistralité dans chaque région en direction des cadres et dirigeants et des intervenants des structures, et former systématiquement tous les nouveaux intervenants**

Tous les futurs professionnels devront bénéficier d'une sensibilisation à la prévention des troubles musculo-squelettiques dans le cadre de leurs stages pratiques obligatoires. Les directeurs des instituts de formation des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux mettront en place cette obligation dès 2020. Cette mesure sera financée dans le cadre de programme national de lutte contre la sinistralité (voir mesure *supra*).

A titre d'exemple, la start-up Tricky, issue du monde de la recherche, a développé en partenariat avec la CARSAT Aquitaine un modèle innovant de formation à la prévention des TMS.

Tricky propose ainsi un outil d'immersion à partir du concept de jeu d'évasion plus communément appelé « Escape Game », en y associant une session de débriefing réalisée par des professionnels de santé durant laquelle une évaluation est menée. L'ensemble des données collectées dans la phase immersion/débriefing puis également à distance permet à Tricky de fournir aux entreprises des indicateurs de suivi et de pilotage en santé du travail.

Ce dispositif à destination des EHPAD aura fait passer plus de 2 000 salariés d'ici fin 2019 avec un objectif de 10 000 salariés d'ici 2020. Plus d'un million de données seront alors collectées pour accompagner au mieux les salariés et les employeurs dans le pilotage et la gestion des TMS.

Objectif 5 : Mieux garantir l'amélioration de la qualité de vie au travail par des leviers structurants

Mesure 17 : **Imposer 4h de temps collectifs par mois d'équipe à domicile et en EHPAD**

Ménager des temps collectifs entre les professionnels est indispensable pour donner du sens à leur travail et pour garantir la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Ces temps collectifs leur permettent de partager leurs préoccupations et interrogations sur la pertinence et la qualité de leurs interventions, mais aussi leurs suggestions pour améliorer la qualité du service rendu et la qualité de leur vie au travail. L'absence ou l'insuffisance de ces temps collectifs aboutit à placer ces professionnels dans un contexte de travail exclusivement tourné vers l'accomplissement en série de tâches répétitives, dans des délais contraints. Cette situation est source de démotivation et d'épuisement professionnel et alimente un absentéisme important.

On ne dispose pas de données précises sur la fréquence de ces temps collectifs dans les structures ni sur leur durée. Environ 2 heures de temps collectifs par mois seraient assurées dans la branche associative de l'aide à domicile. Dans les SAAD, elle serait de deux heures par mois dans les structures de la BAD selon le Haut conseil de l'âge, chiffre qui est sans doute un majorant[47] . Les structures engagées dans la qualité de vie au travail, les équipes de terrain bénéficient de 4 heures de temps collectif mensuel.

Une durée minimale de 4 heures de temps collectif par mois, hors temps de transmission, dans les établissements et les structures doit devenir la règle. Le projet de loi autonomie et grand âge comportera une disposition imposant principe de temps collectifs dans tous les établissements et services du secteur. Des moyens supplémentaires permettront de prendre en compte le coût de cette mesure pour les structures.

Mesure 18 : **Mettre en place un baromètre national sur la qualité de vie au travail pour ces professions**

Le niveau très important de l'absentéisme et du turn-over dans les EHPAD et services d'aide et d'accompagnement à domicile témoignent clairement des difficultés de ces structures à promouvoir une qualité suffisante de vie au travail. Pour éclairer les autorités et les employeurs sur les difficultés rencontrées et l'impact des actions menées pour y faire face, il apparaît utile de mettre régulièrement à leur disposition des éléments qualitatifs, en complément des indicateurs quantitatifs mentionnés dans la meure 11 supra.

Un baromètre national sur la qualité de vie au travail répondrait à ce besoin et conforterait la dynamique d'amélioration de la qualité de vie au travail portée par le ministère des santés et de la solidarité. Son élaboration sera confiée à l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des établissements sanitaires et médico-sociaux, dont le périmètre de compétences sera étendu aux structures d'accompagnement à domicile. L'élaboration du baromètre associera les fédérations d'employeurs et organisations de salariés du secteur et bénéficiera du soutien de l'ANACT. La première édition du baromètre interviendra en juin 2020.

Les organismes de protection sociale complémentaires pourraient contribuer au financement de cet outil dans le cadre d'une convention avec le ministère.

---

[47] Les structures répondantes étant probablement celles qui assurent le plus d'heures de temps de travail collectif.

Mesure 19 : **Développer les groupements d'employeurs en les exonérant de TVA**

Le groupement d'employeurs permet de mettre des salariés à la disposition de ses adhérents. Il peut leur apporter aide et conseil en matière d'emploi ou de gestion des ressources humaines. Le groupement est l'employeur des salariés et les met à disposition des adhérents par contrat.

Le développement des groupements d'employeurs contribuerait à la dynamique d'amélioration de l'attractivité des métiers d'aide-soignant et d'accompagnant à domicile. Ce type de groupement, qui peut réunir des structures de statuts différents, permet de faciliter le recrutement dans les territoires ou les filières en tension, de partager des salariés pour faire face aux fluctuations ou au fractionnement de l'activité, de mutualiser des ressources d'expertise (appui au recrutement, organisation du travail, lutte contre la sinistralité, GPEC). Il contribue aussi à de meilleures conditions d'emploi des salariés en permettant de réduire les temps partiels subis et de faciliter les parcours professionnels.

Cependant, le développement des groupements d'employeurs bute aujourd'hui sur des difficultés d'ordre fiscal. Ainsi, un groupement qui réunit plusieurs structures aux statuts juridiques différents (privés lucratifs, privés non lucratifs, public) ne pourra pas bénéficier de l'exonération de TVA si l'un de ses adhérents y est soumis. Autre cas de figure, un groupement d'employeurs qui réunit des établissements sanitaires exonérés de TVA et un EHPAD assujetti à la TVA y sera soumis pour l'ensemble de ses activités, y compris sanitaires, si les recettes de TVA de l'établissement assujetti représentent plus de 20 % du total de ses recettes.

Le régime fiscal des groupements employeurs pourrait être adapté notamment pour exonérer de TVA ses prestations à finalité sanitaire (mise à disposition de personnel pour les activités sanitaires d'un membre). Le ministère des solidarités et de la santé saisira le ministère des finances afin d'envisager des adaptations appropriées à la situation des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Dans le secteur public, les petites structures sont confrontées à des difficultés pour financer des remplacements. Elles manquent des ressources nécessaires pour assurer l'accompagnement des évolutions professionnelles de leurs agents et, plus encore, pour gérer des réorganisations ou des restructurations de l'offre d'hébergement médico-social. A ce titre, les EHPAD publics autonomes pourraient bénéficier d'un appui externe pour expérimenter la mutualisation de la gestion de l'absentéisme et des réorientations professionnelles dans des territoires volontaires.

Mesure 20 : **Amplifier l'action du ministère et des collectivités territoriales en faveur de la promotion de la qualité de vie au travail, au travers notamment du soutien apporté aux démarches innovantes et du partage de leurs résultats**

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 portés par l'ANACT et autres projets innovants.

Ces organisations reposent sur deux piliers, la promotion d'une approche globale de la personne âgée de ses besoins qui ne peut se résumer à l'exécution d'une succession de tâches techniques standardisées, et le développement de l'autonomie des équipes de terrain pour assurer la prise en charge quotidienne des bénéficiaires. Elles ont pour enjeux la réappropriation par les professionnels du sens de leur activité et leur responsabilisation et sont, pour ces raisons, de véritables leviers de la qualité de vie au travail et de réduction de l'absentéisme et du turn-over.

Toutes les structures du secteur du grand âge sont concernées par l'innovation organisationnelle pour relever le défi de l'attractivité des métiers. Pour s'y engager, elles doivent disposer de managers formés et des moyens nécessaires pour financer les formations des professionnels et assurer leur remplacement. Les crédits de la CNSA ne permettent pas aujourd'hui de déployer ces formations dans tous les établissements concernés, ni d'assurer l'évaluation de leurs résultats.

Le comité national des métiers de l'autonomie et du grand âge dont la création est prévue évaluera les besoins de financement à satisfaire pour que toutes les structures s'engagent dans la mise en place d'organisations innovantes.

Mesure 21 : **Investir dans les équipements permettant de réduire la pénibilité au travail et dans les nouvelles technologies**

Il est nécessaire de développer l'investissement dans les équipements qui permettent de réduire la pénibilité au travail et la sinistralité. Ces équipements qui peuvent avoir un coût élevé doivent avoir fait l'objet d'une évaluation préalable, confirmant leur impact positif pour les professionnels et le bien-fondé de généraliser leur utilisation. Le programme national de lutte contre la sinistralité prévoira une action pour organiser ces évaluations et diffuser leurs résultats auprès des facteurs de la prise en charge du grand âge.

Le déploiement des équipements évalués favorablement dans les établissements ou à domicile fera l'objet d'une programmation par les ARS en lien avec les conseils départementaux et les CARSAT, sur la base des priorités arrêtées en commun, avec le soutien technique de l'INRS. La CNSA et la branche AT-MP mettront en place des moyens financiers renforcés pour la mettre en œuvre. Des actions de sensibilisation de l'entourage, souvent réticent, à l'intérêt des équipements seront menées.

Les nouvelles technologies qui permettent de réduire le temps passé aux tâches administratives, de partager les informations sur la prise en charge des personnes âgées au sein d'une équipe et d'assurer leur traçabilité est un vecteur d'amélioration de la qualité de vie au travail et d'attractivité pour les professionnels, notamment les plus jeunes. Leur déploiement doit être encouragé pour les technologies éprouvées, selon les mêmes modalités que pour les équipements destinés à réduire la pénibilité au travail. Une fraction des financements sera consacrée à l'expérimentation de technologies véritablement innovantes. Des formations à l'utilisation de ces nouvelles technologies devront être déployées.

Axe 3 : Moderniser les formations et changer l'image des métiers

Objectif 6 : Ouvrir plus largement l'accès aux formations des métiers du grand âge

Mesure 22 : **Mobiliser le PIC dans le cadre des pactes régionaux**

Le ministère du travail considère la filière du grand âge comme une filière stratégique qu'il faut investir durant l'année 2020. Une orientation des financements du Plan d'investissement dans les compétences (PIC) sur les formations sanitaires et sociales sera mis en place dans le cadre des pactes régionaux et ce sans effet de substitution de ce qui est d'ores et déjà financé par les régions, en direction des publics cibles : jeunes, demandeurs d'emploi niveau infra-4 pour des formations de niveau 4 et 5 ainsi que dans le cadre des financements de la VAE.

Mesure 23 : **Renforcer les dispositifs de repérage et d'accompagnement des candidats**

Pour stimuler les candidatures aux formations aux métiers du grand âge, les dispositifs de repérage et d'accompagnement existants devront être renforcés et de nouveaux dispositifs créés. Cet effort pourra s'appuyer en particulier sur la mobilisation des lycées, en accord avec les services du ministre de l'éducation nationale, et de tous les outils de l'emploi en direction des jeunes (EPIDE, écoles de la 2e chance, missions locales…).

L'union nationale des missions locales se tient disponible pour signer, avec l'ensemble de acteurs du secteur, des conventions afin de déployer un appui au recrutement de candidats jeunes ainsi qu'une aide au maintien des jeunes dans l'emploi à travers des périodes de mise en situation en milieu professionnel (PMSMP). La meilleure connaissance des conditions de l'emploi réduit toujours les risques d'interruption des parcours. A ce jour, les missions locales ont proposé un emploi dans le secteur du grand âge à près de 15.000 jeunes, dont 11.000 ont accédé à l'emploi.

L'élargissement des viviers de recrutement passe aussi par l'amplification d'opérations de sensibilisation, comme l'opération « Viens voir mon métier » de Pôle Emploi. Une convention pourrait être signée entre toutes les fédérations et Pôle Emploi afin d'organiser une fois par mois dans chaque agence Pôle Emploi, une opération « Viens voir mon métier » ciblée sur les métiers du grand âge.

Au-delà de cette action de mobilisation de Pôle Emploi, une convention de l'ensemble des secteurs et fédérations avec Pôle emploi pourrait voir le jour afin de faire du secteur de l'autonomie une filière stratégique et définir ainsi les conditions d'accompagnement à déployer pour des personnes en contrat de sécurisation professionnelle, ou des demandeurs d'emploi. Par exemple, un travail spécifique pourrait être mené entre la fédération du commerce et de la distribution, dont certains salariés sont touchés par des licenciements économiques, et les fédérations du secteur du grand âge et de l'autonomie, afin d'orienter les personnes qui souhaiteraient entamer une reconversion dans des métiers de l'accompagnement sanitaire et social.

Les aides à la mobilité et l'amélioration des conditions de travail et de rémunération ainsi que la mobilisation des branches professionnelles sont des leviers nécessaires pour amplifier la démarche. Le

renforcement des dispositifs de repérage et d'accompagnement des candidats pourra en outre être inscrit parmi les missions des futures plateformes départementales des métiers du grand âge (voir mesure *infra*).

Mesure 24 : **Supprimer le concours d'aide-soignant pour la formation initiale et l'apprentissage et assurer l'inscription dans les centres de formation via Parcours sup pour la formation initiale**

On assiste à une baisse des inscriptions aux concours de DEAS et de DEAES. Les employeurs doivent faire face, dans le même temps, à une pénurie de candidatures pour ces emplois, en établissement et à domicile. Le principe du concours apparaît, dans ce contexte, constituer un frein inutile à l'accès à la formation d'aide-soignant. Les premiers éléments de bilan disponibles sur la suppression récente du concours d'entrée en Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) indiquent au demeurant que l'inscription via Parcours Sup s'est soldée par un afflux de candidatures, celles-ci représentant 10% du total des inscriptions sur ce portail. En donnant une visibilité complète sur l'offre de formation en IFSI et en simplifiant considérablement la démarche d'inscription, Parcours Sup permet d'accroître le volume de candidatures. Par ailleurs en 2017, 60 % des élèves inscrit en formation d'aide-soignant avaient *a minima* le baccalauréat. Enfin, la réingénierie en cours prévoit de porter au niveau IV le diplôme d'aide-soignant.

Il est donc proposé de supprimer le concours d'entrée en IFAS (Instituts de formation au diplôme d'aide-soignant) et d'organiser l'inscription aux formations d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social via Parcours Sup dès 2021. Cette voie d'inscription devra être ouverte aux candidats non titulaires du baccalauréat, à des fins de simplification du système.

Même s'il a baissé, le nombre des candidatures à ces formations reste élevé. En 2017, il s'élevait à 72 000 pour la formation au diplôme d'aide-soignant et à plus de 10 000 pour le DEAES. Les frais d'inscription à ce concours représentent par ailleurs un apport de recettes non négligeable pour les Instituts de formation. La compensation de la perte de recettes des instituts de formation nécessite des financements au bénéfice des régions de la part de l'Etat et le cas échéant des mesures de réorganisation.

Par ailleurs, la spécificité de ces métiers marqués par l'importance de la dimension relationnelle nécessite que les centres de formation puissent, le cas échéant, mener un entretien avec le candidat avant confirmation de son inscription, afin de limiter les abandons ultérieurs en cours de formation.

La suppression du concours d'aide-soignant interviendra par voie règlementaire en 2020. L'organisation de la bascule vers Parcours Sup nécessite une préparation rigoureuse sous l'égide des ministères de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, en lien avec le ministère des solidarités et de la santé et en partenariat avec les Régions et les représentants des instituts de formation. Un comité de pilotage de la réforme sera mis en place dès novembre 2019 sous la présidence conjointe de ces ministères.

Mesure 25 : **Supprimer toute possibilité de quota national pour les entrées en formation d'AS**

La profession d'aide-soignant est une profession réglementée par le code de la santé publique, comme l'ensemble des professions sanitaires. Les conditions d'accès à ces professions, leurs formations et limites de compétences ainsi que leurs domaines d'exercice sont étroitement encadrés par ce code. En

vertu de ce principe, le ministère de la santé en lien avec le ministère de l'enseignement supérieur pour les formations universitaires, peut assurer une régulation quantitative des entrées en formation en fixant des quotas pluriannuels d'effectifs à former qui s'imposent aux conseils régionaux.

En pratique, le ministère de la santé ne fixe pas de quota national pour cette profession.

Une régulation quantitative nationale apparaît de fait sans objet dans le contexte de fortes tensions qui pèsent sur les recrutements d'aides-soignants, en particulier en EHPAD. Les aides-soignants n'étant pas rémunérés à l'acte, leur nombre n'est pas susceptibles, par ailleurs, d'induire une augmentation des dépenses d'assurance-maladie. Enfin, les conseils régionaux qui financent les formations sont les mieux placés pour assurer la régulation quantitative des entrées en formation d'aide-soignant au regard des besoins de prise en charge dans la région, en lien avec les besoins concernant les accompagnants des personnes en perte d'autonomie. Il convient donc de mettre en cohérence les textes avec la pratique et de supprimer en droit tout quota national pour la profession d'aide-soignant[48].

L'article L4383-2 du code la santé publique sera modifié à cet effet dans le projet de loi Autonomie et grand âge.

Mesure 26 : **Garantir systématiquement la gratuité de la formation, hors frais d'inscription, quelle que soit la situation du candidat**

A la différence des formations universitaires dont la gratuité est de principe, les formations professionnelles dont le coût est souvent élevé ne donnent pas systématiquement lieu à une prise en charge. Selon les données recueillies par Régions de France, le coût d'une formation hors frais administratifs est de l'ordre de 6000 € par an.

En pratique, peu d'étudiants ne bénéficient pas d'une prise en charge de leurs frais de formation. En formation initiale au sortir du système scolaire, celle-ci est assurée par la Région. Les demandeurs d'emploi bénéficient également d'une prescription de Pôle Emploi pour la prise en charge de leur formation aide-soignant ou DEAES par la Région. Enfin, les salariés qui s'engagent dans ces formations ont accès aux financements des OPCO dans le cadre de la formation professionnelle continue.

La mission a cependant constaté lors de ses visites de terrain que les promotions comptaient fréquemment au moins un étudiant finançant personnellement en tout ou partie sa formation. Selon l'enquête rapide menée à l'initiative de Régions de France dans 11 régions pour cerner plus précisément la part des étudiants concernés en institut de formation aide-soignant, les Régions prennent en charge pour plus de 70 % des étudiants les frais de formation. Les frais de formation des autres étudiants sont financés par les OPCO ou les employeurs, ou l'Education nationale quand la formation est assurée par un lycée. Au total, la part maximale d'étudiants ne bénéficiant d'aucune prise en charge serait comprise entre 0 et 3,5%. Les étudiants concernés sont en règle générale les salariés qui ont démissionné depuis moins de 2 ans.

Compte-tenu du niveau élevé des frais de formation, il est probable que des salariés potentiellement candidats à ces formations y renoncent en l'absence de perspective de prise en charge.

[48] Au-delà des aides-soignants, la suppression du quota national pourrait concerner l'ensemble des professions visées au livre III de la quatrième partie du CSP, réserve faite des ambulanciers.

Il convient de mettre fin à ces situations et d'assurer systématiquement la gratuité des formations en Institut de formation aide-soignante ou accompagnant éducatif et social. Le financement pourra être assuré dans le cadre d'une convention Etat-Région-OPCO-Pôle Emploi.

Mesure 27 : **Renforcer les dispositifs de sécurisation financière des étudiants (contrats de pré-recrutement, bourses, stages)**

Les contrats de pré-recrutement sont des formations rémunérées par l'employeur ; ils constituent une forme de sécurisation financière pour les personnes formées qui sont ainsi rémunérées et bénéficient de certaines garanties de recrutement à l'issue de leur formation. Si certaines formes de contrats de pré-recrutement existent actuellement pour les aides-soignants, ces contrats ne disposent pas d'une base juridique solide. La création de dispositifs de contrats de pré-recrutement pour les aides-soignants pour les accompagnants éducatifs et sociaux nécessiterait une mesure de niveau législatif et pourra donc être inscrite dans le projet de loi autonomie et grand âge.

Les régions proposent par ailleurs des bourses pour les formations aux métiers du secteur social. Si les montants de ces bourses varient selon les régions, ils sont généralement alignés sur les bourses universitaires. Une réflexion pourrait donc utilement être engagée par les régions en vue d'une convergence de ces bourses.

De la même manière, les gratifications versées dans le cadre de stages sont globalement faibles. Les contraintes logistiques des stagiaires pourraient être mieux prises en compte, avec par exemple un dispositif de prise en charge financière partielle des frais de logement.

Mesure 28 : **Porter à au moins deux le nombre de sessions annuelles dans tous les centres de formation à horizon 2021 pour la formation initiale**

Compte-tenu de la diversité des provenances des candidats potentiels aux formations d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social, la tenue d'une seule session annuelle de formation conduit à une perte de candidats potentiels. En effet, si l'ouverture d'une session annuelle à l'époque de la rentrée des classes convient pour des candidats venant d'achever un cycle d'études, il en va différemment pour les personnes en emploi, au chômage ou inactives qui chercheraient à s'orienter vers ces formations en cours d'année et auxquelles semblerait trop éloignée l'échéance de la prochaine rentrée scolaire.

Par conséquent, le nombre de sessions annuelles proposées par les centres de formation doit être portée à au moins deux, avec une mise en œuvre au maximum d'ici à horizon 2021[49].

Mesure 29 : **Accompagner le développement du maillage territorial de l'offre de formation en tenant compte des contraintes de logement et de transport des étudiants**

Le maillage territorial de l'offre de formation est déterminant pour garantir son accessibilité aux candidats potentiels. Si ce maillage s'apprécie au premier chef au regard du nombre de centres de formation existants, d'autres facteurs sont également à prendre en compte, tels que l'accessibilité par

[49] Les instituts de formation géographiquement proches pourront se regrouper pour organiser ces sessions supplémentaires dans l'hypothèse de masse critique insuffisante de candidats au niveau d'un ou plusieurs centres.

les transports collectifs ou encore l'offre de logement en proximité. Les réflexions, par nature de long terme sur la structuration de l'offre de formation devra donc prendre en compte ces différentes composantes, ainsi que, en corollaire, l'accompagnement possible des étudiants pour faciliter leur mobilité et leur accès au logement.

Objectif 7 : Mettre en place des formations lisibles et favorisant la polyvalence établissement-domicile

Mesure 30 : **Réduire drastiquement l'éventail des diplômes reconnus dans le champ de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie**

Le Répertoire nationale des certifications professionnelles (RNCP) recense les diplômes d'Etat et les certifications de qualification professionnelle (CQP) inscrits à la demande d'une branche après instruction par la CNCP. Les diplômes conduisant aux métiers d'accompagnant des personnes fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, petite enfance, notamment) sont particulièrement nombreux[50]. A titre d'exemple, deux diplômes inscrits au RNCP sont très utilisés par les employeurs des accompagnants à domicile, le diplôme d'assistant de vie dépendance (DAVD) créé par le ministère du travail, d'une part, et celui d'assistant de vie aux familles (DAVF), d'autre part. Le premier est un certificat de qualification professionnelle (CQP) créé à l'initiative de la branche du particulier employeur, et le second une certification portée par l'Etat (ministère chargé de l'emploi). Tous ces diplômes sont aujourd'hui de niveau 5 (3 dans la nouvelle classification européenne).

L'éventail très large des diplômes ouvrant l'accès aux métiers d'accompagnant nuit à leur visibilité et ne facilite pas les parcours professionnels. Ainsi, un professionnel titulaire du CQP « assistant de vie dépendance » ne bénéficie d'aucune passerelle vers le DEAES.

Les diplômes d'Etat présentent l'avantage d'être plus facilement spécifiés dans des conventions collectives qu'un CQP et généralement mieux identifiés par les employeurs. Cependant, les branches et les employeurs se tournent en pratique vers d'autres diplômes, voire recrutent des salariés sans diplôme.

Afin d'assurer une meilleure visibilité sur les diplômes conduisant aux métiers d'accompagnant dans le secteur de l'autonomie et du grand âge et faciliter la mise en place de parcours professionnels attractifs, il est nécessaire de resserrer le nombre de diplômes et certifications inscrites au RNCP actuelles.

Le ministère du travail en lien avec le ministère social et en partenariat avec les branches professionnelles, les OPCO et les salariés concernés pilotera ce chantier qui sera lancé dès janvier 2020. France-compétence dressera dans une première étape une cartographie des certifications existantes et des compétences et passerelles associées pour le 1er juillet 2020. Les ministères engageront sur cette base une concertation pour resserrer l'éventail des diplômes et développer les passerelles.

[50] Une soixantaine de diplômes d'accompagnant des personnes fragiles (Rapport Asseraf, Pour une « simplification de l'offre des certifications » dans le champ des services aux personnes fragiles, 2009.

Mesure 31 : **Rapprocher les référentiels et les instituts de formation des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux, dans la perspective d'une fusion à terme des référentiels de formation**

Les référentiels de formation du DEAES et des aides-soignants se réfèrent à des éléments communs de compétences et leurs durée respectives de formation sont proches (672 heures pour le DEAES). Le métier d'aide-soignant nécessite néanmoins de mettre en œuvre des connaissances et des capacités de raisonnement clinique dans des domaines de soins très variés. Pour autant, la segmentation des tâches prévue par les textes apparaît inadaptée[51] et le métier d'aide-soignant proche en pratique de celui d'accompagnant lorsqu'il est exercé au domicile et en EHPAD.

Recourir à deux professionnels pour des activités voisines aboutit à multiplier les intervenants auprès des personnes âgées, à l'opposé de leurs attentes. Cette division souvent théorique des tâches est de plus problématique pour l'identité professionnelle des accompagnants à domicile.

La mission juge donc souhaitable d'aller à terme vers un métier unique d'accompagnant au quotidien des personnes en perte d'autonomie de niveau IV. En corollaire, pour faciliter l'accès à ces métiers les personnes non ou peu diplômées, un niveau V d'entrée sera maintenu en EHPAD et en SAAD[52].

Dans cette perspective, un travail sera mené dès 2020 pour rapprocher les IFAS des centres de formation au DEAES et favoriser des actions communes de formation des étudiants, dans le cadre d'une instruction du ministère de la santé et des affaires sociales rédigée conjointement par la direction générale de l'offre de soins et la direction générale des affaires sociales. En parallèle, la refonte du référentiel de formation du DEAES sera mise à profit pour consolider un socle commun et des passerelles avec le nouveau référentiel aide-soignant. La fusion de ces deux référentiels sera engagée au plus tard en 2024.

Objectif 8 : Diversifier les voies d'accès aux diplômes et personnaliser les parcours de formation

Mesure 32 : **Porter à 10 % d'ici 2025 la part des diplômes d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social obtenus par la voie de l'alternance**

L'apprentissage est aujourd'hui très peu développé pour les formations d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social. Selon les données de la DREES, on comptait 118 étudiants inscrits en formation au DEAES par la voie de l'apprentissage (1,7% du total) en 2016, et 352 en formation d'aide-soignant (1,4% du total) en 2014.

Cette voie de formation paraît pourtant offrir une perspective prometteuse pour attirer de nouveaux candidats vers ces métiers, notamment parce que les apprentis sont rémunérés[53] et disposent d'un contrat de travail. Pour 100.000 personnes formées par an aux métiers du grand âge, cela représentait 10.000 alternants par an (contre 600 apprentis aujourd'hui).

---

[51] Par exemple, le fait que les DEAVS ne peuvent effectuer que certains types de toilettes et que certaines toilettes nécessitent en principe l'intervention d'une AS.
[52] Qui pourrait être de type assistant de vie familiale (ADVF)
[53] Selon une étude de l'Observatoire de l'hospitalisation privée (FHP), la rémunération est au 1er rang des motivations des apprentis ayant opté pour cette voie de formation.

La loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel crée un nouveau contexte juridique pour faciliter le développement de l'apprentissage, en ouvrant aux entreprises la possibilité de créer un centre de formation d'apprentis (CFA) sans autorisation administrative préalable. Des financements sont attribués par les OPCO selon les niveaux de prise en charge définis par les branches professionnelles. Les contrats d'apprentissage bénéficient ainsi d'un refinancement systématique par les OPCO.

Le développement très faible de l'apprentissage pour les métiers d'aide-soignant et d'accompagnant à domicile est sans doute en partie lié aux difficultés des acteurs à l'articuler avec le cadre juridique et financier propre aux formations sanitaires et sociales. L'autorisation des centres de formation et leur financement incombe en effet aux conseils régionaux, après avis de l'agence régionale de santé et dans la limite des quotas définis par le ministère des solidarités et de la santé pour les formations d'aide-soignant. Les conseils régionaux ne souhaitent pas nécessairement, par ailleurs, s'impliquer dans le développement de l'apprentissage qu'elles estiment incomber dorénavant aux OPCO.

Le développement de la Pro-A, dispositif nouveau de promotion ou de reconversion par alternance destiné à des salariés en CDI, financé selon les mêmes modalités, risque de se heurter aux mêmes difficultés.

Les fédérations d'employeurs du secteur de l'autonomie et du grand âge souhaitent pourtant développer l'apprentissage, comme l'atteste la création récente d'une classe d'apprentis par la Croix-Rouge en partenariat avec le Groupe Korian.

Il convient donc de mettre en place les conditions d'un développement ambitieux de l'apprentissage pour ces métiers, aujourd'hui non réunies. La cible de 10 % d'aides-soignants et d'accompagnants éducatif et social formés par la voie de l'apprentissage à horizon 2025 répond à cet objectif, qui sera intégré dans le futur EDEC. Le ministère du travail, le ministère de la santé et de la solidarité et Régions de France signeront par ailleurs un accord national pour mettre en place les actions nécessaires à l'atteinte de cet objectif, en concertation avec les acteurs conventionnels.

Mesure 33 : **Soutenir les dispositifs de formation dans le cadre d'un contrat de travail**

Les contrats de professionnalisation sont un support à mobiliser pour former des personnes en difficulté d'accès à l'emploi aux métiers du grand âge. Les contrats de professionnalisation sont des contrats de travail qui permettent à leurs titulaires d'être rémunérés et de bénéficier d'une formation pendant la durée de leur contrat. Les Groupement d'Employeurs pour l'Insertion et la Qualification (GEIQ) offrent notamment un support intéressant dans cette perspective[54]. Il s'agit de groupements d'employeurs qui font appel à des personnes éloignées de l'emploi pour leurs besoins de recrutements. Le Geiq est l'employeur de la personne qu'il met à disposition de ses entreprises adhérentes en organisant des parcours de formation en alternance. Il assure en parallèle un accompagnement socio-professionnel. Le financement du dispositif est assuré à 70% par les entreprises bénéficiaires de la mise à disposition, 20 % par les OPCO et 10 % par la Directe.

[54] Les GEIQ ont mis en œuvre en 2018 plus de 9 000 parcours d'insertion. Ils affichent des taux de 92% de réussite aux qualifications présentées et de 70% de sortie vers l'emploi).

Les GEIQ restent néanmoins encore peu développés dans le champ du grand âge[55] où les durées de formation sont longues[56].

Pour soutenir le développement des contrats de professionnalisation dans le champ du grand âge, les contrats signés pourraient bénéficier d'un soutien spécifique du PIC.

Mesure 34 : **Porter à 25% la part des diplômes délivrés chaque année dans le cadre de la VAE en privilégiant la VAE collective**

En offrant aux salariés qui exercent dans les EHPAD et les services d'aides et d'accompagnement à domicile la possibilité de valider un diplôme d'aide-soignant ou d'accompagnant éducatif et social dans le cadre d'une formation allégée, la validation des acquis de l'expérience (VAE) apparaît une voie privilégiée pour augmenter les effectifs de ces professionnels et répondre aux besoins de recrutement des structures. Cependant, cette voie de formation occupe une place encore marginale aujourd'hui. En 2014, les candidats au diplôme d'aide-soignant dans le cadre de VAE représentaient 4,4% du total et 4,2% des reçus (un peu moins d'un millier). Pour le diplôme d'auxiliaire de vie sociale, on comptait 2,4% de candidats au diplôme par la voie de la VAE et 1,4 % de reçus (10 candidats).

Pour développer la VAE, des éléments clé ont été identifiés, parmi lesquels le découpage modulaire des formations en blocs de compétence et une communication renforcée en direction des branches, des régions et des publics. Des dispositifs très innovants sont actuellement en cours de déploiement sur certains territoires. Par exemple, l'organisme de formation Les 2 Rives promeut de nouvelles formes de VAE destinées à alléger le parcours actuel et à ouvrir la voie de ce dispositif à d'autres publics :

- Une VAE dite « hybride » couplant VAE et formation en présentiel ou à distance, à destination d'un public justifiant d'une expérience professionnelle suffisante sur le métier d'auxiliaire de vie et souhaitant évoluer vers le métier d'aide-soignant.
- Une VAE dite « inversée » pour les profils souhaitant découvrir le secteur. Sont ainsi concernées toutes les personnes en situation de recherche d'emploi souhaitant parallèlement se former, acquérir une expérience professionnelle et viser un diplôme à terme dans la perspective d'un retour en emploi durable sur un secteur qui recrute.

C'est pourquoi l'objectif de porter à 25% la part des diplômes délivrés dans le cadre de la VAE est retenu. Comme en matière d'apprentissage, le développement de la VAE pourra s'appuyer sur le futur EDEC et la conclusion de l'accord national prévu *supra*. Pour 100.000 personnes formées par an aux métiers du grand âge, cela représentait 25 000 personnes par an.

Mesure 35 : **Favoriser la modularité des formations**

La structuration des parcours de formation en modules (plutôt que selon un schéma fixe) permet d'offrir une plus grande souplesse et donc de s'adapter au mieux au profil et aux contraintes de chaque étudiant. La réingénierie en cours du diplôme d'aide-soignant repose largement sur ce principe de modularité, qui doit être conforté et étendu aux autres diplômes des métiers du grand âge.

---

[55] Deux dans le secteur médico-social (EHPAD) et neuf dans le secteur de l'aide à domicile

[56] Le coût de l'accompagnement s'élève à 4 à 5000€ par contrat

En effet, la modularité des formations permet de s'adapter à chaque étudiant et pourra donc conduire à adapter le contenu, voire la durée, de la formation. Elle pourra permettre de prendre en compte, par exemple, des compétences déjà acquises dans le cadre d'une formation ou d'une expérience professionnelle antérieure (avec une validation automatique des modules se rapportant à ces compétences) ou des difficultés particulières au moment de la première insertion professionnelle ou d'une reprise d'activité (avec des modules optionnels à valider en sus du tronc commun). Ainsi, les aides-soignants actuellement en poste pourraient accéder aux études d'infirmier dès la deuxième année du cursus compte tenu du fait qu'ils disposent déjà du DEAS et d'une expérience professionnelle.

La modularité doit aller de pair avec la diffusion croissante des apprentissages dématérialisés (e-learning). Outre qu'ils peuvent, à la marge, impacter le coût total des formations, ils offrent également une plus grande souplesse aux étudiants, permettant d'adapter le rythme de l'apprentissage aux contraintes de la vie personnelle et de réduire leurs déplacements.

Objectif 9 : Soutenir le développement des compétences enrichissant l'exercice des métiers et structurer des parcours professionnels attractifs

Mesure 36 : **Permettre à tous les professionnels exerçant auprès des personnes en perte d'autonomie d'accéder à une formation spécifique en gérontologie**

La formation des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux reste générale et ne leur permet pas de se doter de toutes les connaissances et compétences de base utiles à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Or les aides-soignants qui exercent en EHPAD, ainsi que les accompagnants éducatifs et sociaux en EHPAD ou à domicile, doivent de plus en plus faire face à des situations lourdes auprès de personnes désorientées et souffrant de troubles cognitifs importants. Il paraît donc important de leur permettre d'accéder à une formation complémentaire de base en gérontologie, pour qu'ils soient en capacité d'aborder ces situations de façon appropriée et de préserver la qualité de vie de ces personnes.

La formation d'assistant de soins en gérontologie (ASG) créée dans le cadre du premier plan Alzheimer, d'une durée de 140 heures (4 semaines) répond à cet objectif. Elle est très appréciée des professionnels qui souhaitent son extension au-delà des UHR et des PASA, seuls les professionnels de ces unités pouvant y prétendre aujourd'hui et bénéficier d'une prime à ce titre[57].

Il convient donc d'ouvrir l'accès à la formation ASG de tous les professionnels qui assistent quotidiennement les personnes en perte d'autonomie, notamment les accompagnants à domicile.

L'arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation sera modifié en conséquence dans un délai de 6 mois suivant la remise du présent plan de mobilisation nationale.

[57] 90€ par mois

Mesure 37 : **Structurer des parcours professionnels attractifs**

Les perspectives professionnelles des aides-soignants et des accompagnants sont aujourd'hui limitées et dans l'ensemble peu organisées. Les aides-soignantes qui veulent devenir infirmières doivent toujours passer un concours alors qu'il a été supprimé pour la voie externe. Les accompagnants titulaires d'un DEAES qui veulent devenir aides-soignantes sont dispensés du concours mais pas de la formation en IFAS. Plus généralement, un effort de structuration des passerelles et des perspectives professionnelles est indispensable et chaque professionnel doit bénéficier d'un accompagnement individuel dans son parcours de carrière, en premier lieu de son employeur.

Il paraît indispensable, au-delà, d'élargir les perspectives d'évolution professionnelle de ces professionnels.

- Développer de nouvelles fonctions en matière d'animation des équipes, de tutorat et d'enseignement, de prévention sanitaire auprès des personnes en perte d'autonomie :
  - Référente métier des équipes de terrain ;
  - Référente prévention (par exemple nutrition, activité physique ou repérage des situations de maltraitance ;
  - Tutorat dans le cadre de groupement d'employeurs ou d'enseignement dans des écoles de formation ;
- Mettre en place la fonction d'aide-soignant coordonnateur, déjà proposée par le rapport de la concertation grand-âge autonomie ;
- Ouvrir aux aides-soignantes expérimentées qui exercent de façon régulière des enseignements ponctuels en IFSI l'accès à des fonctions permanentes d'enseignement en IFAS, aujourd'hui réservées aux cadres de santé infirmiers[58], et modifier à cet effet l'article 10 de l'arrêté du 31/07/2009 ;

L'EDEC offre un support approprié pour travailler à mieux structurer les parcours des accompagnants des personnes âgées et les faciliter en développant les passerelles entre diplômes. Les branches professionnelles et les employeurs publics définiront des objectifs précis de développement véd'évpour développer ces parcours. Les financements des OPCO et OPCA devront être mis à niveau pour les soutenir. L'EDEC identifiera par ailleurs l'éventail des fonctions à structurer et précisera les compétences associées ainsi que les besoins de formation correspondants. La plateforme départementale métiers du grand âge organisera, en lien avec les fédérations, la mise en place des formations nécessaires.

[58] Il serait cohérent d'expertiser de la même manière l'ouverture aux infirmières non cadres des fonctions d'enseignement permanent en IFSI, étant observé que les exigences concernant les formateurs des IFSI relèvent aussi du ministère de l'enseignement supérieur, s'agissant d'une formation de niveau licence.

Mesure 38 : **Ouvrir aux aides-soignantes de la fonction publique un grade terminal en catégorie B**

La suppression de la catégorie active des aides-soignants dans le cadre de la réforme des retraites nécessite des compensations appropriées. Selon les dispositions de l'arrêté du 12 novembre 1969, le métier d'aide-soignant pour les titulaires de la fonction publique hospitalière fait partie des emplois classés en « catégorie active ». Les agents classés en catégorie active peuvent faire valoir leur droit de partir à la retraite de manière anticipée. Les agents titulaires peuvent partir dès 57 ans à condition d'avoir effectué 17 ans de services, et de pouvoir justifier de 166 à 172 trimestres d'assurance retraite pour percevoir la pension maximale. Ils ont également droit à une majoration de leur durée d'assurance, à raison d'un an par période de dix années de services effectifs. Ce régime spécifique avantageux contrebalançait leurs rémunérations peu élevées et répondait à la pénibilité du secteur.

En complément de la mesure n°13 sur la baisse de la sinistralité, l'ouverture d'un grade terminal en B pour les aides-soignants expérimentés est proposée, pour tenir compte d'abord de la perte future de cet avantage, et pour reconnaître l'expérience, la pénibilité et les compétences acquises dans des contextes de soins de plus en plus exigeants.

Mesure 39 : **Développer l'analyse et l'échange des pratiques professionnelles au sein des établissements, de la branche d'aide à domicile et de manière décloisonnée entre ces secteurs**

En sus de la mise en place d'une demi-journée mensuelle de temps collectif pour les équipes qui travaillent dans des structures d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, l'analyse des pratiques professionnelles peut être développée dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) pour les aides-soignants et de la formation professionnelle tout au long de la vie pour les accompagnants à domicile. Il serait très utile et pertinent de développer dans ce cadre des formations interprofessionnelles et inter-structures (SAAD, EHPAD, SSIAD, établissements de santé) à l'analyse des pratiques professionnelles pour renforcer la connaissance réciproque des professionnels concernés et faciliter leur collaboration.

Un soutien méthodologique et financier sera apporté au développement de modules d'analyse des pratiques interprofessionnels et inter-structures, dans le cadre du futur EDEC, par l'ANDPC et les OPCO et OPCA du secteur.

Objectif 10 : Mobiliser de nouvelles formes de pédagogie et créer des campus des métiers du grand âge

Mesure 40 : **Mobiliser de nouvelles formes de pédagogie pour diffuser de nouvelles connaissances et mieux répondre aux besoins spécifiques**

L'enjeu de créer et développer les capacités d'empathie et de respect de l'autonomie est majeur pour la qualité de vie au travail : la perception d'une qualité de service dégradée et d'une impossibilité d'exercer ses missions de manière conforme aux attendus des personnes accompagnées et de leurs proches représente une des premières sources de décrochage des formations, de démobilisation professionnelle et de burn-out.

Le défi de faire coïncider la qualité du service rendu et l'accomplissement au travail implique s'appuyer sur des formes de pédagogie innovantes. Pour cela, les actions suivantes pourront être conduites :

- rendre obligatoire tous les deux ans la formation du personnel des EHPAD et des services à domicile sur le risque de maltraitance, sur le modèle de l'obligation annuelle de formation sur le risque incendie en établissement ;
- associer les étudiants au recueil de la satisfaction des personnes accompagnées conformément aux indications méthodologiques de la Haute Autorité et de Santé, afin de leur permettre d'ancrer d'emblée leurs pratiques professionnelles dans la résonance aux perceptions et besoins des personnes qu'ils accompagnent ;
- généraliser la participation des citoyens aînés et des aidants à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et de l'accompagnement social ; cette pratique améliore la qualité de service et augmente la capacité d'empathie, le respect de l'autonomie et la prise de décision partagée. Cet objectif est également visé par de nouvelles formations comme celles des Transmetteurs, portés par M. Xavier Emmanuelli. Cette formation a l'avantage d'être organisée à l'Université et est destinée aux accompagnants à domicile de personnes à fragilités multiples, néanmoins il convient de lui donner une reconnaissance nationale afin que le plus d'intervenants à domicile possible puissent en bénéficier. Ces formations ont en outre le bénéfice de prévoir d'emblée un temps dédié à la meilleure compréhension et approche de la sexualité, des besoins des minorités, ou de la prise en compte des différences culturelles ;
- mieux mobiliser les espaces éthiques régionaux pour les professionnels de l'aide et du soin à domicile.

En outre, le concept de « SITE QUALIFIANT » devra tendre à développer et sécuriser les contrats de préapprentissage et apprentissage ou contrats de qualification, à chercher les lieux de sites qualifiant, à sécuriser la relation entre les jeunes et les maîtres d'apprentissage ou tuteurs, à élaborer le projet d'accueil du stagiaire (charte d'accueil), à s'assurer de la bonne cohérence de chaque projet de stage, à assumer le rôle de « chef d'orchestre » entre le jeune, l'organisme de formation, le SAAD ou l'EHPAD avec un travail de veille sur les évolutions opérationnelles sur les métiers en temps réel. Ce concept de « site qualifiant » pourra être porté dans ses missions par la plateforme départementale métiers (voir mesure *infra*).

Mesure 41 : **Créer un Campus des Métiers du grand âge pour diffuser des connaissances de manière plus souple et moins coûteuse**

Ce Campus des Métiers du grand âge sera un guichet unique de formation et de qualification décloisonné dans les domaines de la santé, du médico-social et de l'aide à la personne. Ce regroupement d'acteurs et de formations permettra en effet de travailler sur les éléments suivants :

- Un socle commun de compétences ;
- Des passerelles métiers sous forme de « modulaires » ;
- La mise en œuvre d'une conférence décloisonnée des financeurs de la formation professionnelle et initiale ;
- Une intégration du numérique, de la domotique et des enjeux de la robotique sociale dans les référentiels métiers permettant d'appréhender les nouveaux usages numériques de la société ;
- Une lisibilité des parcours professionnels facilitant les mobilités de carrières et rendant plus attractifs les métiers sanitaires, paramédicaux, médico-sociaux et d'aide à la personne ;
- Formations de niveau I à niveau V ;
- Structuration d'un guichet unique de coordination et d'orientation ;
- Formations institutionnelles communes à toutes les formations et promotions ;

- Formations en modules pour souplesse dans le parcours de formation (transposition des ECTS à l'infra-bac) ;
- Approche en termes de décloisonnement entre les filières (métiers des services à la personne et métiers du soin) ;
- Mise en œuvre d'une démarche de labellisation du Campus des métiers et des qualifications ;
- Structuration d'un centre de recherche mutualisé (avec maintien des laboratoires existants) ;
- Intégration de la numérisation/digitalisation dans l'offre pédagogique et la R&D.

Objectif 11 : Changer l'image des métiers de l'accompagnement

Mesure 42 : **Lancer une campagne nationale de communication pour changer le regard de la société sur les personnes âgées et les métiers du grand âge**

Au-delà de facteurs concrets et multiples auxquels le présent rapport entend apporter des solutions (faiblesse des rémunérations, pénibilité et sinistralité élevées, faiblesse des perspectives d'évolutions professionnelles…), le manque d'attractivité des métiers du grand âge tient aussi à leur mauvaise image. Le regard porté sur les aînés en perte d'autonomie, de plus en plus considérés comme une charge, déteint sur les métiers dont la vocation est d'en prendre soin. Cette mauvaise image freine des vocations et entretient les tensions sur les ressources humaines, dans un secteur pourtant en pleine expansion, avec des besoins croissants en recrutement, et porteur de sens pour les personnes qui y travaillent.

L'image des métiers du grand âge doit évoluer. Pour cela, une grande campagne de communication nationale doit être mise en œuvre. Le message à faire passer est simple : des dizaines de milliers d'emplois à pourvoir, l'assurance de trouver un travail et l'assurance de trouver un sens à ce travail, au cœur de l'humain.

En complément, cette campagne pourrait mettre en valeur le fait que les actes et les petits gestes qui prennent soin des citoyens aînés ne sont pas la seule affaire des professionnels. Les proches, les voisins, les habitants d'un quartier dans leurs relations ordinaires de tous les jours, et bien sûr les bénévoles, participent à la création d'un espace de sollicitude qui leur rendent la vie plus facile et la ville plus accueillante. Ils rendent des services, informent, accompagnent, effectuent des démarches de tous ordres pour que les personnes âgées en perte d'autonomie vivent dignement, respectés dans leurs souhaits, entendus dans leurs besoins, à leur domicile, à l'hôpital ou en EHPAD. Les professionnels interviennent en complémentarité, en continuité de cette mobilisation : ils ne sont pas et ne doivent pas se sentir seuls investis de l'accompagnement et du prendre soin. C'est bien d'une cité qui soigne qu'ils doivent se sentir parties prenantes, et non les seuls chargés du « fardeau » stigmatisé de la dépendance.

Cette campagne de communication devrait être pilotée conjointement par le ministère chargé de solidarités et de la santé et le ministère du travail, et co-construite avec l'ensemble des acteurs institutionnels (assurance-maladie, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, etc.), professionnels (fédérations, acteurs de terrain., etc.) et des personnes qui pourraient être candidates à ces métiers et qui constituent la cible. Pour maximiser son impact, cette campagne de communication devrait être programmée en plusieurs vagues, idéalement sur plusieurs années. Elle devrait être diffusée dans les médias traditionnels (spots télévisuels, radiophoniques, etc.), mais recourir également à des supports et relais à fort potentiel viral (réseaux sociaux, web-séries, influenceurs, etc.).

Les campagnes de communication mises en œuvre par le ministère des armées pour stimuler les engagements témoignent de l'efficacité des campagnes de communication menées à grande échelle et en plusieurs vagues annuelles, avec un message bien identifié (« engagez-vous »). Ces campagnes devraient donc constituer une source d'inspiration pour la campagne de communication sur les métiers du grand âge.

Le budget à prévoir est *a minima* de 2 M€ pour la création des supports de communication (spot télé, etc.) puis de 4 M€ par an pour leur diffusion.

Mesure 43 : **Doter les conseillers de l'orientation, de l'insertion et de l'emploi d'une connaissance précise de ces métiers et des compétences requises**

Pour orienter avec succès des personnes en recherche de formation ou d'emploi vers les métiers du grand âge, des prérequis sont indispensables. Le premier est d'évaluer les capacités relationnelles et l'aptitude à l'empathie du candidat, indispensables pour exercer ces métiers. Le second est d'avoir une connaissance précise et concrète de ces métiers, pour apporter aux candidats toute l'information nécessaire. Il est essentiel enfin de mettre l'accent sur le sens et l'utilité sociale majeure de ces métiers. Or, nombreux sont les témoignages d'une méconnaissance fréquente de ces prérequis de la part des acteurs de l'orientation, de l'insertion et de l'emploi, qui débouchent sur l'absence de suite donnée à la proposition d'orientation, à l'initiative du candidat ou de l'employeur, ou à l'abandon rapide du parcours initié.

L'enjeu de doter les conseillers de ces réseaux d'une meilleure connaissance et compréhension de ces métiers est important car c'est sur eux que reposent, dans une large mesure, la sécurisation des recrutements dans un proche avenir

Pôle Emploi et l'Union nationale des missions locales engageront dès 2020 un plan d'action en vue de mieux former les conseillers de leurs réseaux respectifs aux métiers du grand âge et d'élaborer des outils d'identification des compétences relationnelles plus spécifiques au secteur d'activité, en lien avec les acteurs du secteur. Les **plateformes** métiers des départements, prévues par la mesure *infra*, apporteront un soutien opérationnel à la mise en place des actions (mise à disposition de supports d'information papier ou numériques, actions collectives d'information, organisation d'ateliers, etc.).

Mesure 44 : **Créer un « Senior BAFA »**

La mission fait sienne la proposition de créer un « senior BAFA », avancée par la députée Audrey DUFEU-SCHBERT dans le cadre de sa mission sur le rôle et l'image des seniors dans notre société, qui lui a confiée le Premier ministre. Outre son intérêt pour lutter contre l'isolement des personnes âgées et les soutenir en tant qu'acteurs ayant toute leur place dans la cité, ces animateurs pourront jouer un rôle utile de vigilance dans la période sensible des congés d'été[59]. Cette expérience est susceptible enfin de les orienter vers les métiers du grand âge.

Les seniors BAFA seront mis en place dès l'été 2020 dans les communes volontaires qui les emploieront avec le soutien financier de la CNAF.

[59] En raison des départs en congés des aidants professionnels et familiaux

Mesure 45 : **Soutenir et développer les stages précoces au cours de la scolarité dans les établissements et services du grand âge**

La découverte précoce des métiers du grand âge dans le cadre du stage professionnel obligatoire de classe de 3ème et des stages pratiques des filières scolaires sanitaires et sociales contribuerait à améliorer l'orientation des jeunes vers les filières de formation du système scolaire dans ce secteur. Le choix d'orientation reposerait en effet sur une base plus solide du fait d'une connaissance concrète du métier, d'une part, et la découverte de ces milieux professionnels par un public plus large faciliterait les choix d'orientation en sa faveur.

Une offre de stages précoces en SAAD et en EHPAD à destination des publics scolaires sera mise en place par les plateformes départementales créées par la mesure *infra* et des actions de communication seront organisées pour accompagner leur diffusion auprès des élèves.

Axe 4 : Innover pour transformer les organisations

Objectif 12 : Donner des perspectives de carrière et permettre un exercice plus autonome des aides-soignants et des accompagnants

Mesure 46 : **Reconnaître les glissements de tâches et les sécuriser dans le cadre de protocoles nationaux habilitant les aides-soignants et les accompagnants à les pratiquer**

Les glissements de tâches désignent des actes que des professionnels de santé sont conduits à pratiquer au-delà de leur périmètre de compétences. Pour les aides-soignants, cela concerne des actes relevant du décret d'actes infirmiers, qu'ils accomplissent seuls, sans être encadrés par une infirmière comme la réglementation le prévoit. Cette situation les expose professionnellement et juridiquement dans la mesure où leur responsabilité sera engagée en cas d'accident.

Ils ont néanmoins mis en évidence la capacité des aides-soignants de développer leurs compétences et leur autonomie et d'améliorer la qualité du service rendu au patient. C'est pourquoi la possibilité est offerte aux professionnels de santé qui souhaitent organiser entre eux des délégations de tâches pérennes d'établir un protocole de coopération soumis à autorisation. En pratique cependant cette possibilité est peu utilisée en raison de la lourdeur de la procédure d'autorisation.

Le cadre juridique a récemment évolué pour faciliter le développement des protocoles de coopération entre les professionnels de santé. Des protocoles de coopération validés au plan national permettent dorénavant aux professionnels de les mettre en œuvre facilement, par simple déclaration aux autorités.

Les glissements de tâches entre infirmiers et aides-soignants peuvent ainsi être régularisés dans le cadre de protocoles autorisés au plan national, sous condition de formation préalable habilitant les aides-soignants à les pratiquer.

Les prochains appels à projets nationaux organisés pour développer les protocoles nationaux comporteront un volet sur les coopérations dans le secteur du grand âge, ce qui permettra de sécuriser les glissements de tâches les plus fréquents.

La loi grand âge et autonomie comportera une disposition pour inclure des accompagnants éducatifs et sociaux dans le périmètre des professions habilitées à mettre en œuvre des protocoles de coopération avec les infirmiers.

Mesure 47 : **Expérimenter dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 la mise en place pour les aides-soignants d'une activité libérale dans les zones sous-denses**

L'article 51 de la LFSS pour 2018 ouvre la possibilité d'expérimenter des projets innovants d'organisation des soins, destinés à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé ou l'accès aux soins, et de financer ces expérimentations. Ces expérimentations doivent déroger à la réglementation en vigueur. Les projets d'expérimentation, nationaux ou régionaux, sont autorisés après avis d'un comité technique national de l'innovation.

Ce dispositif offre un support pour expérimenter l'ouverture d'une activité libérale aux aides-soignants, intéressante à un double titre :

- pour faciliter l'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie dans les zones de sous-densité infirmière ;
- pour ouvrir aux aides-soignantes un débouché attractif et valorisant, de nature à améliorer l'attractivité de la profession.

Seuls les aides-soignants confirmés, disposant d'une expérience professionnelle au moins égale à 10 ans, pourront entrer dans cette expérimentation. Celle-ci étant réservée aux zones de sous-densité infirmière, l'autorisation sera délivrée par le DG d'ARS. De plus, l'aide-soignant n'ayant pas de rôle propre, les expérimentations s'appuieront sur la mise en place d'un protocole entre ce dernier et l'infirmière.

Mesure 48 : **Favoriser la possibilité pour les employeurs de proposer des postes sur des doubles compétences**

L'emploi à temps partiel est la règle dans la prise en charge des personnes âgées à domicile, générant des revenus particulièrement faibles pour les auxiliaires de vie. Mais la plupart disent ne pas pouvoir assumer physiquement de temps plein en raison des contraintes physiques et psychologiques du métier.

D'autre part les usagers ont non seulement besoin de soins mais aussi de lien social, de culture, de loisirs comme d'appui à l'utilisation des outils numériques. Il est donc proposé d'expérimenter le financement de temps partiels de postes d'auxiliaires de vie sur des missions de médiation numérique, culturelle et sociale, complémentaires aux soins.

Objectif 13 : Soutenir l'investissement des professionnels de santé dans la prise en charge du grand âge

Mesure 49 : **Reconnaître l'intérêt de la pratique avancée en gérontologie et soutenir son développement**

Sous l'effet du vieillissement démographique, on comptera 300 000 personnes en perte d'autonomie en 2030 de plus qu'en 2016. La nouvelle approche du virage domiciliaire permettra à un nombre croissant d'entre elles d'être accompagnées à domicile. L'ouverture de la pratique avancée aux infirmières a pour but de les habiliter à prendre en charge des patients après un diagnostic médical. La formation correspondante est de niveau master 2. Le développement de la pratique avancée va ainsi permettre de mieux couvrir les besoins de prise en charge des personnes âgées. Un master « Pathologie chroniques stabilisée ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires » qui comporte un volet gérontologie a été créé dans cette perspective. Il n'est pas cependant ciblé sur la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Les acteurs du secteur du grand âge regrettent de façon unanime qu'il n'ait pas été créé de formation d'IPA en gérontologie, compte tenu des besoins à satisfaire.

La possibilité d'exercer en tant qu'infirmière de pratique avancée en gérontologie en établissement ou à domicile devra être effective dès 2021.

A cet effet, un référentiel de formation de pratique avancée en gérontologie comportant un socle commun avec le référentiel « pathologies chronique stabilisées » sera établi. Des passerelles seront mises en place entre ces deux formations.

Mesure 50 : **Intégrer un stage en gériatrie dans les études de médecine**

Les personnes âgées vont constituer une part croissante de l'activité médicale dans les prochaines décennies du fait du vieillissement démographique et de la prévalence accrue des pathologies chroniques avec l'âge. Il paraît donc nécessaire que tous les étudiants en médecine bénéficient d'un temps consacré à la prise en charge médicale du grand âge au cours de leurs études.

Ce temps de sensibilisation et d'apprentissage doit permettre à tous les étudiants en médecine d'acquérir une culture de base gériatrique, et favorisera le choix de cette spécialité en 3ème cycle dans un contexte où on ne pourvoit que la moitié des 200 à 250 postes de PH à renouveler en gériatrie chaque année.

Un stage obligatoire en gériatrie sera organisé au cours du 2ème cycle des études médicales, le cas échéant dans le cadre du service sanitaire, au plus tard en 2025.

Mesure 51 : **Innover dans la coordination territoriale des acteurs par la promotion d'un nouveau métier : « care manager »**

La coordination est un enjeu majeur en particulier dans le secteur du domicile. Les cloisonnements et l'émiettement des services de soins et d'aide à domicile sur les territoires entraînent pour les usagers un manque de lisibilité des aides et des offres de services adaptés à leurs situations et à leurs besoins, une complexité des démarches pour y accéder et des ruptures des prises en charge préjudiciables à leur qualité de vie.

Le care manager est un rôle essentiel, pour les seniors et leurs aidants. Ce service existe depuis longtemps dans les pays de l'Europe du Nord et au Québec. Plus récemment, d'autres pays d'Europe (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Italie) et le Japon se sont également dotés de ce type de service.

Le « Care Manager » est un métier à mieux définir et valoriser. Ces missions peuvent varier d'une action à l'autre sans qu'il ne soit proposé une définition formelle. Il peut s'agir de simples missions liées à la coordination des services prévus dans le cadre d'actions de renforcement du maintien à domicile même si elle est centrée sur les usagers. À l'opposé, des actions plus spécifiques, par exemple un service de coaching téléphonique motivationnel en direction de patients chroniques et de seniors autonomes signalés avec une fragilité repérée, un service « sentinelle » spécifique dédié à des personnes en perte d'autonomie et à des patients chroniques ou en convalescence à domicile bénéficiant d'un plan d'aide ou de soins, ou encore un « accompagnant » dont les missions sont de type social (repérage de personnes isolées, appels et visites de convivialité, etc.).

Le care manager est un métier d'avenir à consolider et à valoriser. Appuyé sur des outils numériques et une organisation en autonomie, c'est un métier attractif sur le marché des services d'aide à la personne, notamment auprès des jeunes de niveau bac+ 2 ou bac+ 3. Le métier de care manager favorise l'évolution de carrière pour les professionnels médicaux, paramédicaux, médicosociaux et sociaux (VAE, formation continue). Enfin, il peut permettre de créer de nouveaux emplois.

Objectif 14 : Promouvoir l'innovation organisationnelle, managériale et technique

Mesure 52 : **Renforcer la formation des cadres dirigeants et des cadres de proximité en matière d'innovation organisationnelle, managériale et technique**

La promotion d'un environnement de travail de qualité nécessite une implication managériale forte et soutenue dans le temps qui repose en premier lieu sur les dirigeants de structures. Ceux-ci doivent être en premier lieu sensibilisés à la dimension stratégique des démarches innovantes, qu'ils doivent considérer comme un investissement pour développer la qualité et l'efficience de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, et non comme un coût. Il est nécessaire en second lieu de structurer une offre de formation destinée à renforcer les connaissances des dirigeants sur les innovations managériales, techniques et organisationnelles et leurs compétences pour les mettre en œuvre.

Le développement de cette offre de formation sera impulsé par la plateforme départementale en lien avec les parties prenantes des fédérations. Des objectifs seront fixés en vue d'assurer à horizon 2025 la formation de tous les dirigeants en activité. En parallèle, la formation au management sera renforcée dans les référentiels de formation des dirigeants des SAAD et des ESSMS.

La mobilisation des financements du PIC, du programme national de lutte contre la sinistralité de la branche AT-MP et de la formation professionnelle continue permettra de financer ces actions.

Mesure 53 : **Soutenir et évaluer les démarches innovantes dans le champ de la qualité de vie au travail**

Une partie des structures en établissement et à domicile est d'ores et déjà engagée dans des démarches de transformation organisationnelle, pour améliorer la qualité de l'accompagnement des bénéficiaires et développer la qualité et la sécurité de vie au travail des professionnels. Ces démarches innovantes concernent par exemple, le modèle des équipes autonomes inspiré de la méthode Burtzoorg, le label Humanitude fondé sur une nouvelle approche de la relation des professionnels avec les personnes en perte d'autonomie, ou le label Cap Handéo adossé à une démarche de certification qualité. Les structures qui ont mis en place ces démarches innovantes obtiennent des résultats significatifs notamment de réduction de l'absentéisme, du turn-over et plus généralement de baisse de la sinistralité.

Pour soutenir et développer ce type de démarches, deux besoins sont identifiés : le premier est d'organiser une évaluation scientifique externe de l'impact de ces modèles avec un recul suffisant sur leur mise en œuvre, le second est de lever les freins financiers liés à certaines de ces démarches qui sont longues et entraînent des coûts significatifs quand l'ensemble des équipes doivent être formés.

L'Observatoire national des métiers du grand âge prévu par la mesure 60 aura notamment pour mission de suivre le déploiement de ces démarches, d'une part, et de coordonner et structurer l'évaluation de ces démarches innovantes. Les structures pourront par ailleurs bénéficier d'aides renforcées pour financer les formations des professionnels, attribuées par la CNSA, la branche AT-MP dans le cadre du programme national de lutte contre la sinistralité et dans le cadre du PIC.

Axe 5 : Garantir la mobilisation et la coordination des acteurs et des financements au niveau national et dans les territoires

Objectif 15 : Définir au niveau départemental une feuille de route et créer une plateforme des métiers du grand âge

Mesure 54 : **Réunir dans chaque département une conférence des métiers du grand âge chargée de définir une feuille de route 2020-2024**

Une conférence départementale des métiers du grand âge pourra être installée dans chaque département au plus tard le 1er mars 2020. Elle réunira, autour du préfet qui en assurera la présidence, du président du conseil départemental et d'un représentant de l'agence régionale de santé, l'ensemble des partenaires intéressés, notamment des représentants locaux des fédérations nationales dans le champ social et sanitaires, les principaux établissements et services à domicile, un représentant de la branche AT-MP, etc. Elle pourra se tenir au moins une fois par semestre.

Cette conférence aura pour première mission l'adoption d'une feuille de route départementale 2020-2024 pour les métiers du grand âge qui sera la déclinaison locale du plan de mobilisation nationale. Cette feuille de route s'appuiera sur un diagnostic local. Elle abordera prioritairement les axes du plan national concernant la réduction de la sinistralité (promotion des outils existants, développement de nouveaux programmes…) et le soutien à la formation (restructuration de l'offre en soutien de l'échelon régional, identification et accompagnement de tous ordres aux candidats, etc.). Elle déclinera également des mesures relatives aux autres axes (déclinaison locale de l'EDEC, soutien à la mobilité pour les personnes travaillant à domicile, etc.).

Elle aura pour seconde mission d'assurer le pilotage stratégique et la gouvernance de la plateforme décrite dans la mesure ci-après.

Mesure 55 : **Créer une plateforme départementale des métiers du grand âge chargée de mettre en œuvre un guichet unique de sécurisation des recrutements**

La mise en place d'une plateforme des métiers du grand âge, dans chaque département, constitue une des propositions phares de ce rapport. Elle vise à organiser la mobilisation et la coordination, au niveau local, autour des formations aux métiers du grand âge, afin de susciter des vocations, de permettre aux candidats de réussir leur parcours de formation et leur insertion professionnelle, et donc, *in fine*, de satisfaire aux besoins de recrutements du secteur.

Ces plateformes devraient se voir confier comme socle de missions de base :

- la valorisation et la sensibilisation aux métiers du grand âge ;
- l'organisation de la prospection systématique des viviers dans chaque département (en coordination avec le guichet régional compétent) ;
- la mise en place d'un sas d'orientation pour chaque candidat repéré (mise en situation professionnelle pour évaluer la motivation et les capacités relationnelles) ;
- l'accompagnement de chaque candidat dans son parcours de formation (type de formation, financement, recherche de bourses ou rémunération, etc.).

En complément, de manière facultative et selon les besoins locaux, ces plateformes pourraient se voir confier d'autres missions, comme la sécurisation de la qualité d'accueil et d'encadrement dans les terrains de stage, l'accompagnement des employeurs pour la formation professionnelle, l'accompagnement des particuliers employeurs ou encore le conseil carrière pour les personnes déjà en activité dans ce secteur.

La plateforme départementale pourra également développer les relais « Assistant(e)s de vie » du réseau Particulier-Emploi (FEPEM). Ce réseau compte 23 implantations de relais en France. Il assure 200 permanences régulières et effectuent 800 évènements ponctuels. Les relais Assistant de vie (ADV) sont des solutions de proximité en faveur de la lutte contre l'isolement des assistant(e)s de vie, (salariés du particulier employeur). Ils permettent de proposer des temps et lieux de rencontre entre professionnels pour encourager la création d'un réseau, développer les connaissances sur le métier d'assistant de vie et sur les formations, approfondir des thèmes propres à l'exercice du métier.

Le pilotage de la gouvernance de cette plateforme sera confié conjointement au préfet, au président du conseil départemental et au directeur départemental de l'agence régionale de santé.

Le déploiement comprend trois phases, pour une durée totale d'un an :

- Modélisation de la plateforme au sein d'un cahier des charges établi par la conférence départementale des métiers du grand âge/de l'autonomie (3 mois) ;
- Sélection le ou les opérateurs de la plateforme par appel à projets, selon (3 mois) ;
- Mise en place de la plateforme (6 mois).

Le coût estimé par plateforme est de 0,8 à 1,3 M€ par département.

Objectif 16 : Garantir au niveau national la coordination et la mobilisation nécessaires

Mesure 56 : **Réunir un comité national des métiers du grand âge chargé de soutenir, de suivre et d'évaluer la mise en place des actions du présent plan de mobilisation nationale**

Ce comité national des métiers du grand âge pourra constituer l'instance de gouvernance du présent plan de mobilisation nationale et être installé à partir du 1er mars 2020. Il réunira, autour d'un parlementaire qui en assurera la présidence, des représentants des principaux ministres intéressés (solidarités et santé, travail, voire éducation nationale et enseignement supérieur), des opérateurs (France Compétences, la CNSA…), de la branche AT-MP, des représentants syndicaux, des fédérations nationales (dans le secteur sanitaire et dans le secteur social), de l'association des régions de France, de l'assemblée des départements de France et des personnes en perte d'autonomie et de leurs proches, ainsi que des entreprises du secteur. Il pourra se tenir au moins une fois par semestre.

Ce comité aura pour mission de suivre la mise en œuvre du présent plan de mobilisation nationale, en particulier la mobilisation des diverses sources de financement et l'avancée des mesures nécessitant la révision de textes législatifs ou réglementaires. Il pourra élaborer des bilans périodiques du déploiement du plan, au niveau national mais également au niveau local, identifier les éventuels points de blocage, émettre des recommandations et préciser les grandes orientations du plan.

Ce comité pourra être mentionné dans l'accord tripartite qui fait l'objet de la mesure ci-après et qui permettra de lui donner une assise pérenne.

Mesure 57 : **Signer un accord tripartite Etat-conseil régionaux-conseils départementaux pour favoriser l'implication des collectivités dans la mise en œuvre du plan de mobilisation nationale**

Cet accord tripartite permettra d'inscrire le plan de mobilisation et son comité national dans une dynamique de moyen voire de long terme. Sans qu'il soit à proprement parler nécessaire au déploiement du présent plan, cet accord tripartite permettra de formaliser les engagements réciproques de l'Etat, des conseils régionaux et des conseils départementaux en faveur des métiers du grand âge. Il s'agira ainsi de faciliter la mobilisation de l'ensemble des acteurs, qui pourront appuyer leur légitimité non seulement sur une dynamique nationale, mais également sur de véritables engagements.

Le plan de mobilisation nationale a bien sûr vocation à être mis en œuvre au plus vite, c'est-à-dire sans qu'il soit besoin qu'un tel accord tripartite soit formellement signé.

Mesure 58 : **Assurer la mobilisation des financements nationaux nécessaires à la mise en place des actions**

Le chiffrage proposé dans la synthèse du présent rapport fournit une estimation des moyens financiers supplémentaires à mobiliser pour mettre en œuvre les principales mesures de la compétence du ministère des solidarités et de la santé. L'inscription de ces mesures dans le projet de loi autonomie et grand âge garantira leur financement. Beaucoup de mesures relèvent par ailleurs à titre principal de la compétence des ministères du travail, de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. Les régions et les départements sont également concernés.

Le comité national des métiers du grand âge constitue l'enceinte appropriée pour évaluer les moyens financiers supplémentaires induits par les différentes mesures du plan et préciser leurs supports. Il devra notamment réaliser une cartographie des fonds susceptibles d'être mobilisés pour les financer, dont une partie pourrait être regroupée dans un fond d'appui à l'amélioration des conditions et de la qualité de vie de vie au travail dont le rapport issu de la concertation Autonomie et grand âge proposait la création.

Ce comité établira chaque année dans le cadre d'une programmation pluriannuelle le montant des crédits nécessaires à la mise en œuvre des mesures et précisera leur répartition entre les différents financeurs. Il rédigera un rapport annuel retraçant les financements alloués à la mise en œuvre des mesures.

Les dépenses pour la dépendance vont s'accroitre dans les prochaines décennies et nécessiter des ressources publiques croissantes. La sécurisation des moyens financiers est indispensable pour garantir le déploiement des mesures et leur consolidation au-delà de 2024. Plusieurs orientations y contribueraient.

Par nature pérenne, le financement de la dépendance appelle des ressources pérennes. Il est nécessaire de répondre à cette exigence, en affectant comme le proposait le rapport de la concertation grand âge et autonomie le produit de la CRDS au financement du risque dépendance à compter de 2025 suite à l'extinction de la dette sociale, ou en lui affectant toute autre ressource pérenne.

Une autre préoccupation concerne la mise en place du nouveau barème de la taxe sur les salaires, dont il serait souhaitable d'assurer la cohérence avec les objectifs de lutte contre les temps partiels subis et d'amélioration des rémunérations proches du SMIC proposés infra[60].

Enfin, les disparités de tarification des départements sont source de disparités de prise en charge pour les personnes âgées dépendantes. Dans le même temps, le respect du Pacte de Cahors peut constituer un frein aux efforts de certains départements pour mettre en œuvre les mesures proposées par ce rapport. La mission estime donc nécessaire d'envisager d'adapter les modalités du respect du Pacte de Cahors à la situation de ces départements, de façon transitoire et pour des dépenses limitées dans leur périmètre. La perte croissante d'attractivité des métiers du grand âge menace en effet directement l'accès des personnes âgées dépendantes à un accompagnement digne et de qualité.

Mesure 59 : **Créer un observatoire national des métiers du grand âge fédérant les observatoires de branches dans le champ de l'autonomie et du grand âge**

L'installation d'un observatoire national des métiers du grand âge en présence des partenaires sociaux, permettra de fédérer un ensemble d'observatoires existants mais fonctionnant actuellement sans instance formelle de coordination notamment ceux de la direction générale de la santé (DGOS), de la fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP) ou encore dans les différentes branches. L'observatoire national ne se substituera pas à ces observatoires, mais les fédérera, en posant un cadre d'échanges périodiques sur leurs programmes de travail, développement d'outils d'observation et bases ressources et résultats des travaux et études menées.

[60] En effet, pour un salarié à temps plein au SMIC, le taux actuel est de 13,60%, contre un taux minimal à 4,25%. Ce taux minimal devrait être maintenu au moins jusqu'au SMIC afin de ne pas freiner des passages à temps plein, voire jusqu'à 1,5 SMIC pour ne pas freiner les progressions salariales.

CONCLUSION

La mise en œuvre de ces mesures offrira une base solide pour relever le défi de l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie, en mobilisant l'ensemble de ses leviers.

Le nombre et la diversité de ces mesures reflètent l'ampleur du défi, qui requiert l'implication active de plusieurs ministères, des Conseils régionaux et départementaux, de l'Assurance-maladie, des partenaires sociaux du secteur de l'autonomie, des OPCO, du secteur public, des associations, des entreprises.

La mission tient à souligner, en conclusion, que ce chantier appelle une cohérence d'ensemble des politiques publiques en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge et de l'autonomie.

Le projet de loi Autonomie et grand âge et la réforme de la tarification, en particulier, doivent soutenir le chantier de l'attractivité des métiers du grand âge.

Cela nous semble devoir être une grande loi de mobilisation de toute la société, pour des raisons éthiques, démocratiques, sociales et économiques, comme nous l'avons rappelé en préambule.

Au regard des difficultés rencontrées cet été, il nous parait utile de recommander d'ores et déjà, que la loi Autonomie puisse trouver une traduction budgétaire au sein d'un projet de loi de financement rectificative de la Sécurité Sociale pour 2020.

Mais bien au-delà des moyens, pour opérer cette évolution, il faut une mobilisation de la société toute entière, qui se retrouve dans le regard que l'on porte aux personnes en perte d'autonomie, et dans la considération et reconnaissance que l'on doit à celles et ceux qui les accompagnent.

Cette loi Autonomie nous semble devoir incarner un nouveau cadre légal pour un nouvel élan et tourner la page d'une organisation qui pousse parfois à l'indifférenciation dont les personnes en perte d'autonomie peuvent faire l'objet, voire à une forme de déshumanisation.

La place qu'occupent les accompagnants des personnes en perte d'autonomie dit beaucoup de notre société. L'immense majorité des français souhaite rester le plus longtemps possible à domicile, cela appelle à investir dans une politique cohérente dont les professionnels en sont la clé de voute.

Une société de bienveillance et de bien être que nous appelons tous de nos vœux, c'est une citoyenneté pleine et entière pour les personnes en perte d'autonomie, comme le revendique, à juste titre, les personnes âgées au sein du projet « Citoyennâge » et c'est aussi une reconnaissance et une plus grande considération pour les accompagnants.

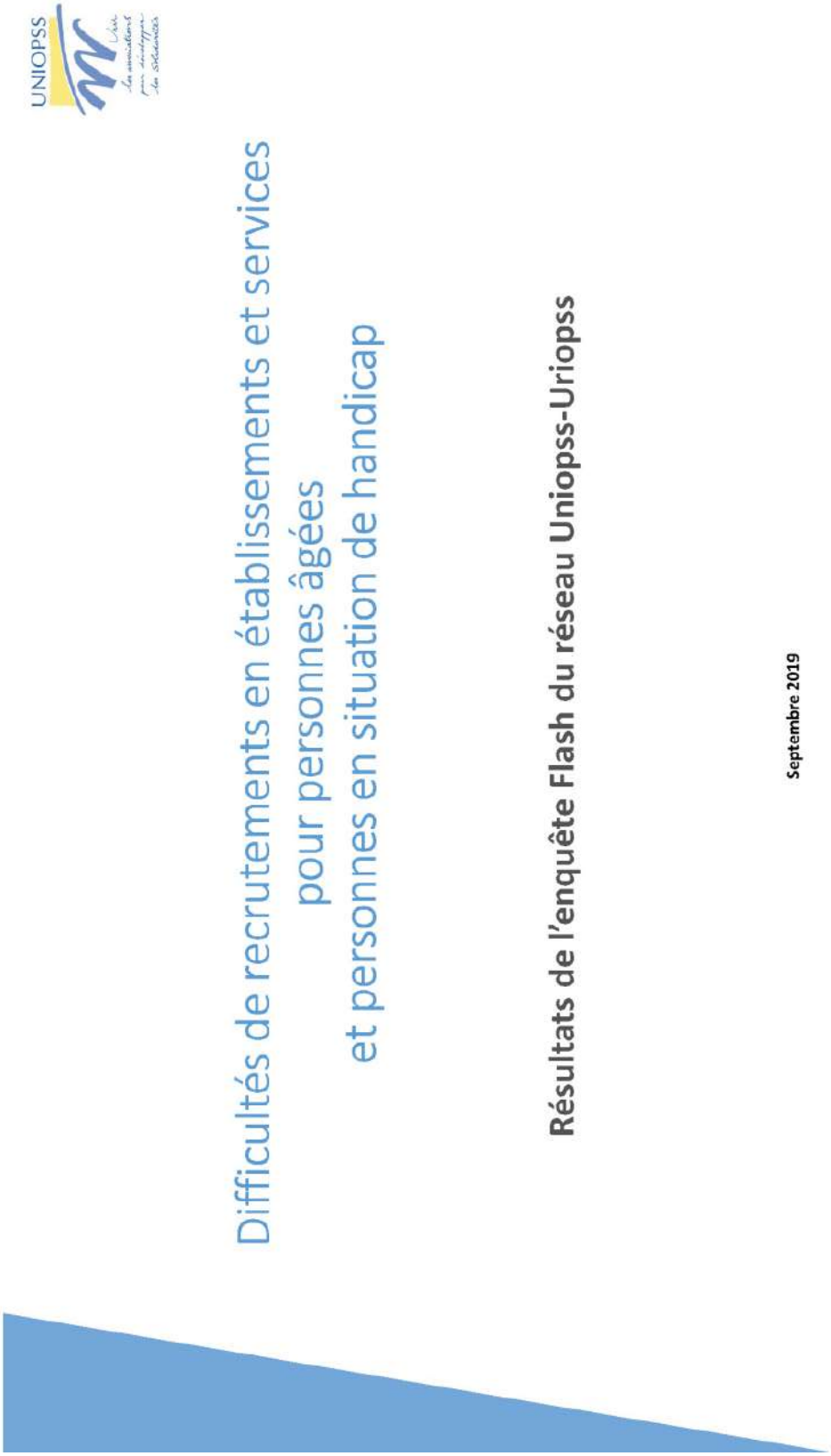
Se sentir au « bas de l'échelle sociale », « les bouches trous » sur le terrain, les variables d'ajustement d'une organisation administrative et financière qui a perdu le sens, comme ils nous l'ont témoigné, ne permet ni de se projeter, ni de trouver tous les jours la force de l'engagement auprès de celles et ceux qui en ont besoin. Ne pas avoir à choisir entre faire vite et faire bien, voilà une revendication simple.

Nous espérons que ce rapport pourra contribuer à y répondre et que les parties prenantes pourront dépasser les enjeux financiers et d'organisation administrative, et qu'un consensus pourra voir le jour entre elles.

A toutes les « bienveilleuses »* et « bienveilleurs », un seul mot suffit : Merci !

ANNEXES

Enquête de l'UNIOPSS sur les problématiques de recrutement



ENQUETE FLASH – DIFFICULTES DE RECRUTEMENT DES ESMS

Le réseau Uniopss / Uriopss, alerté par de nombreux établissements et services concernant leurs difficultés chroniques de recrutement (accentuées en période estivale), a souhaité disposer d'une vision panoramique et qualitative des difficultés et besoins de recrutement sur l'ensemble des postes à une échelle nationale pendant l'été 2019.

A cette fin, un questionnaire a été envoyé aux établissements et services médico-sociaux du secteur de l'âge et du handicap, sans oublier évidemment le secteur du domicile.

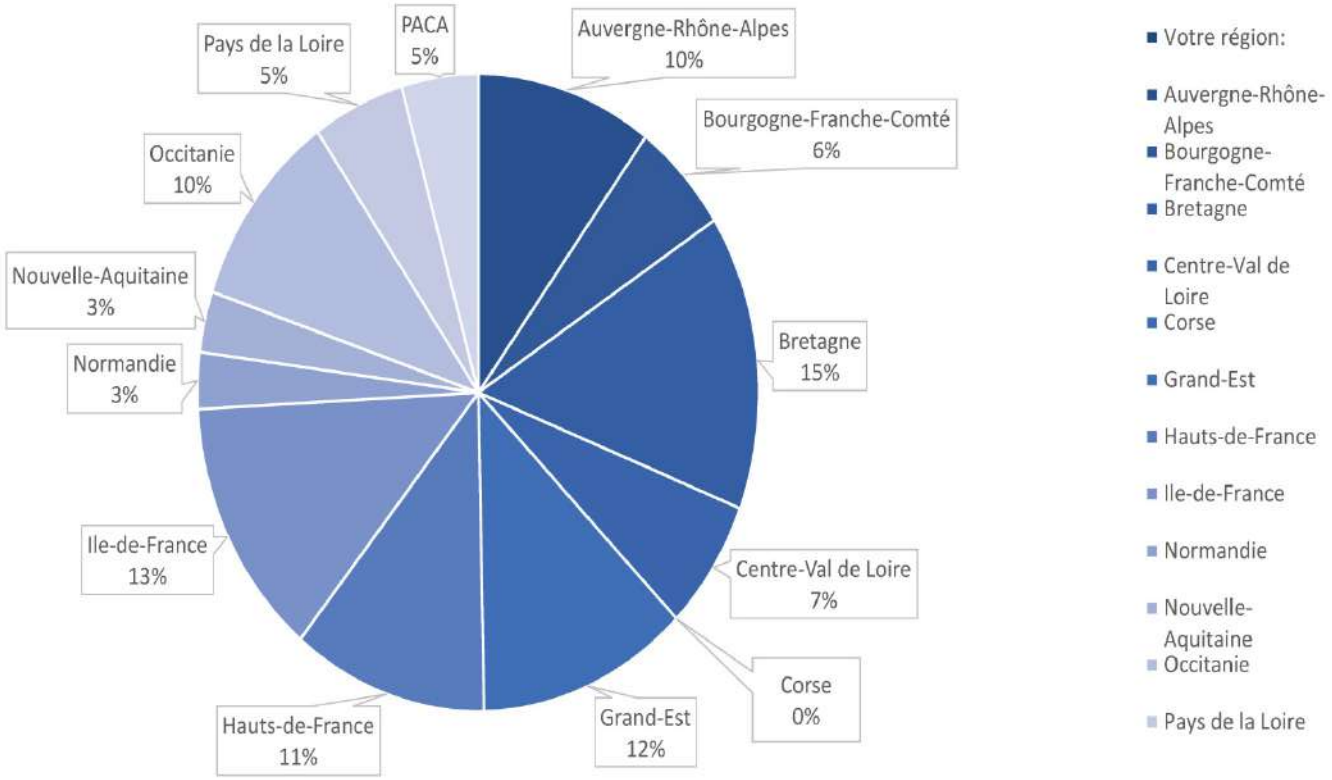
Plus de 450 établissements et services ont répondu à ce questionnaire

Le recueil et l'analyse des données va ainsi permettre d'alimenter l'argumentaire de notre réseau pour :

- faire valoir de l'urgence des situations du secteur
- alerter des dangers réels que ces difficultés génèrent pour l'accompagnement des personnes
- constituer une base de données qualitatives, appuyée sur les retours du terrain à même de mieux caractériser les difficultés
- mettre en exergue les difficultés rencontrées au niveau de l'emploi pour une prise en considération rapide de la part des organismes locaux (ARS, CD, pôle emploi, IRTS, instituts de formations, etc.)
- contribuer au "plan métiers" confié à Myriam EL KHOMRI

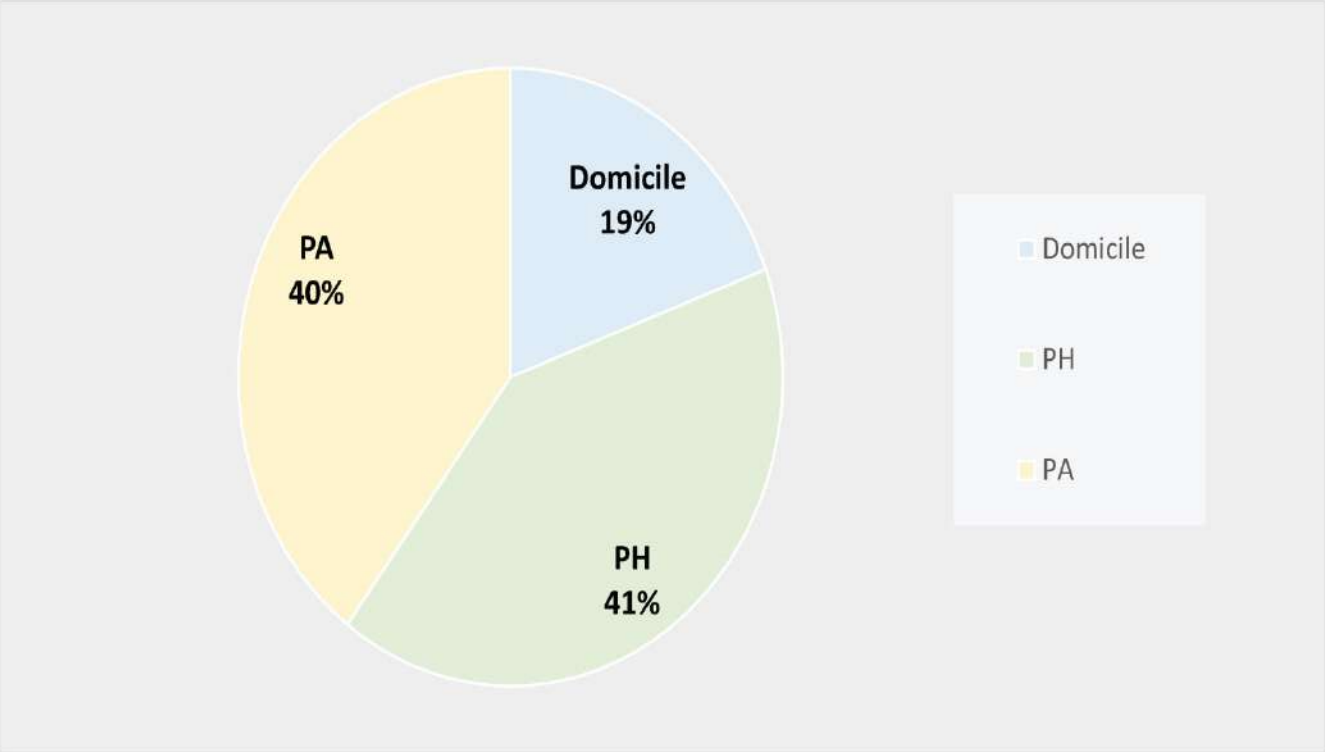
IDENTITE DES REPONDANTS

RÉPARTITION PAR RÉGION



IDENTITE DES REPONDANTS

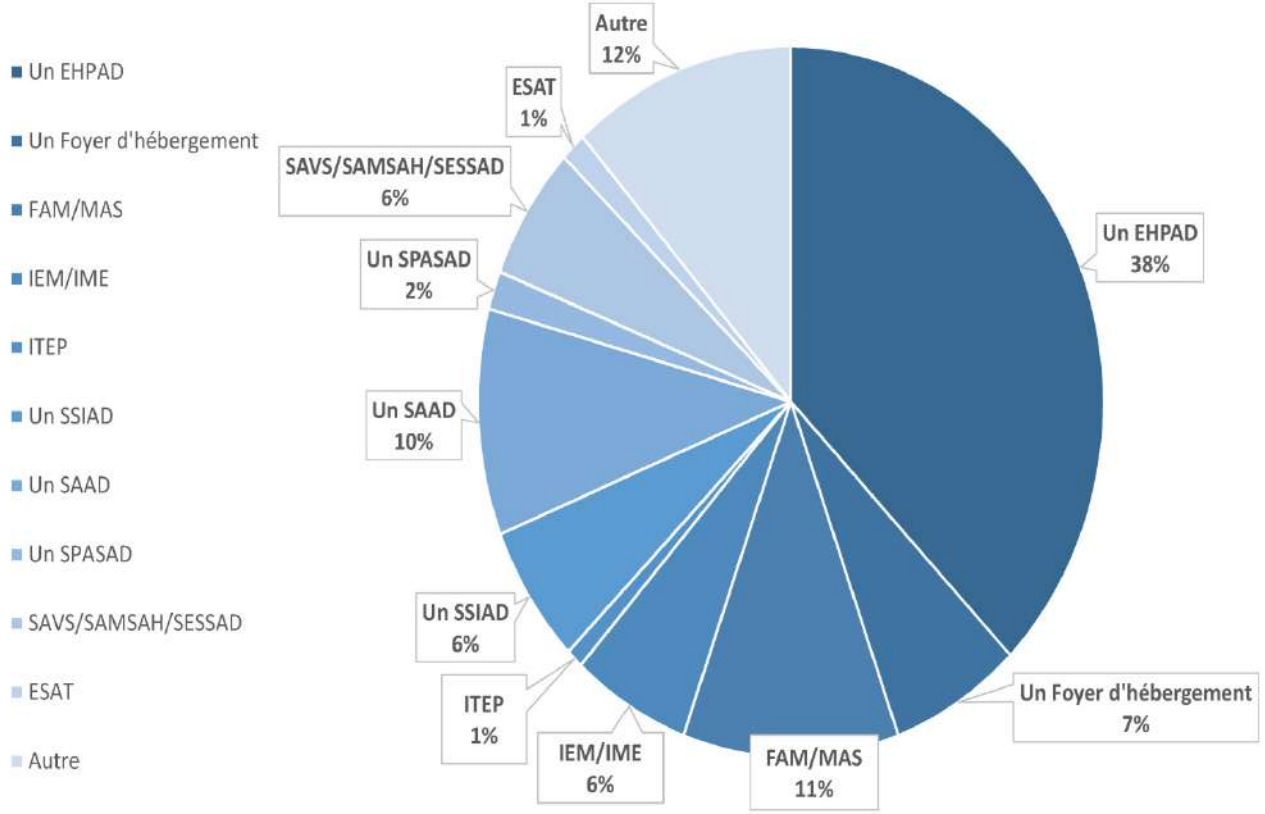
RÉPARTITION PAR SECTEUR



grand âge et autonomie

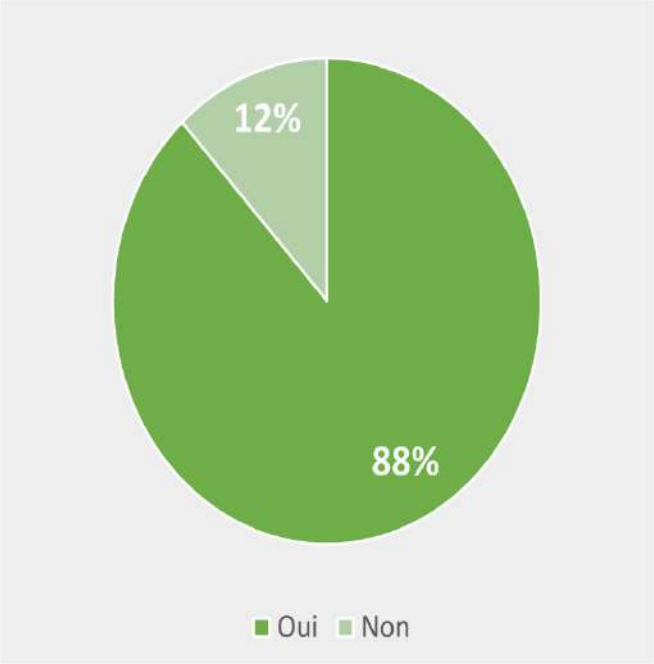
IDENTITE DES REPONDANTS

RÉPARTITION PAR TYPE D'ETABLISSEMENT

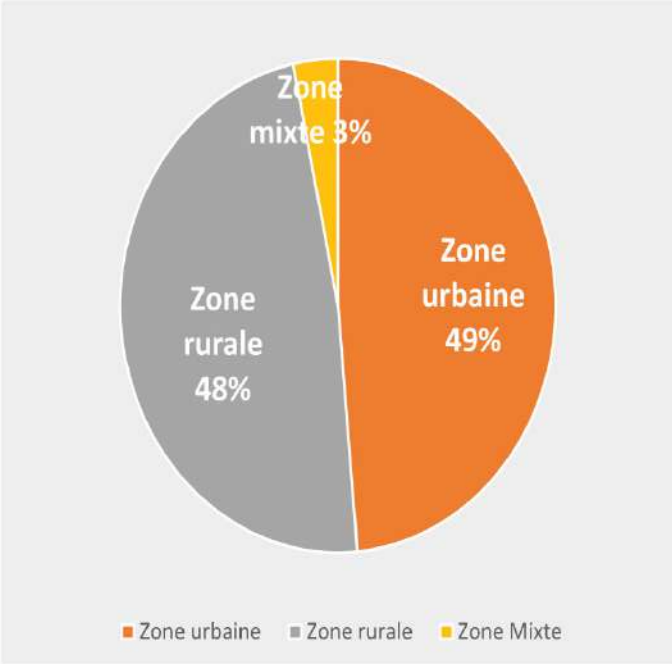


IDENTITE DES REPONDANTS

ADHÉRENT D'UNE URIOPSS :

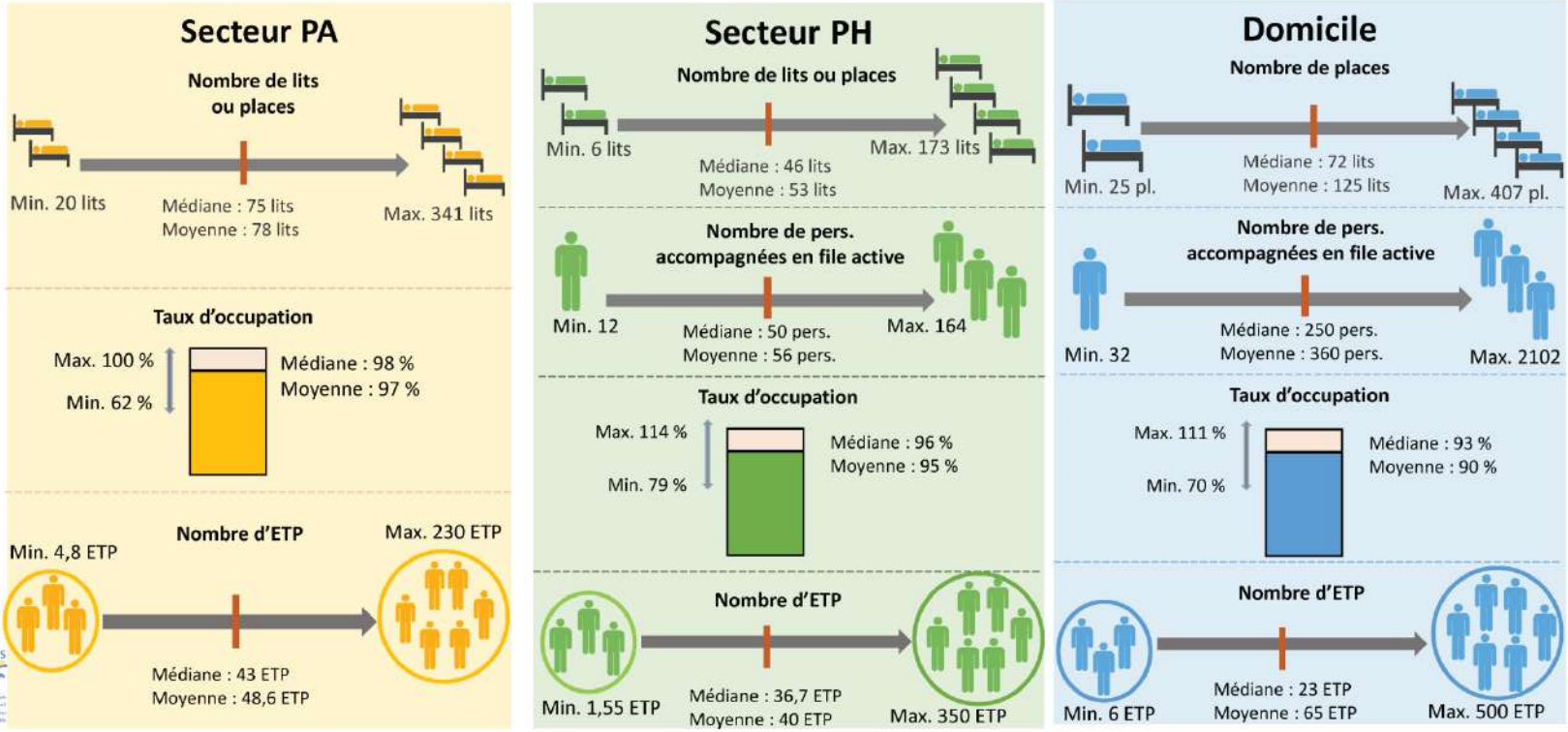


RÉPARTITION PAR ZONE GÉOGRAPHIQUE :



IDENTITE DES REPONDANTS

CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DES STRUCTURES



TAUX D'ETP* VACANTS

**Les ETP vacants sont des postes non pourvus depuis au moins le 30 juin 2019 et restant à pourvoir au 1er septembre*

Secteur PA

- 33 répondants ont indiqué n'avoir aucune vacance de poste soit 19 %
- Taux de vacance de poste : 5 %

Secteur PH

- 50 répondants ont indiqué n'avoir aucune vacance de poste soit 30 %
- Taux de vacance de poste : 3 %

Domicile

- 17 répondants ont indiqué n'avoir aucune vacance de poste soit 20 %
- Taux de vacance de poste : 6 %

- **23 % des répondants ne constatent aucune vacance de poste (tous secteurs confondus)**
- **Taux de vacance global (tous secteurs confondus) : 5 %**

Calcul du taux de vacance :
nb total d'ETP vacants (socio-éducatif, accompagnement à la vie quotidienne, soignant) / nb total d'ETP dans la structure (y compris administratif, fonctions support)

TAUX D'ETP NON REMPLACES*

**Les ETP non remplacés sont ceux touchés par un absentéisme en attente de remplacement et ce depuis au moins le 30 juin 2019 (arrêt maladie, congés maternité, mise en disponibilité...)*

Secteur PA

- 71 répondants ont indiqué n'avoir aucun ETP non remplacé soit 42 %
- Taux d'ETP non remplacé : 2 %

Secteur PH

- 83 répondants ont indiqué n'avoir aucun ETP non remplacé soit 53 %
- Taux d'ETP non remplacé : 3 %

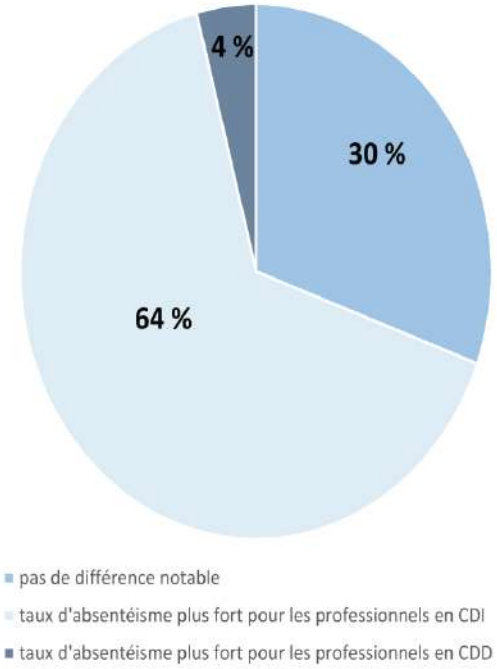
Domicile

- 29 répondants ont indiqué n'avoir aucun ETP non remplacé soit 41 %
- Taux d'ETP non remplacé : 4 %

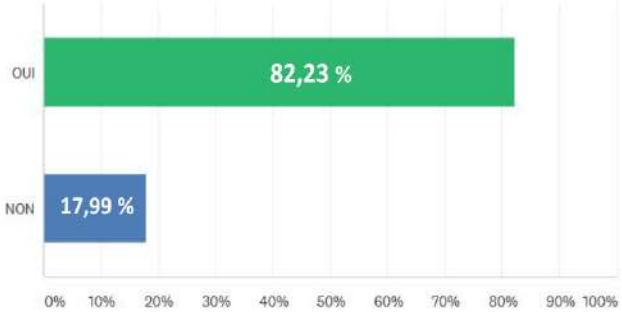
- **46 % des répondants n'ont pas d'ETP non remplacé dans leur structure (tous secteurs confondus)**
- **Taux d'ETP non remplacé global (tous secteurs confondus) : 3 %**

Calcul du taux d'ETP non remplacé :
nb total d'ETP non remplacés (socio-éducatif, accompagnement à la vie quotidienne, soignant) / nb total d'ETP dans la structure (y compris administratif, fonctions support)

Le taux d'absentéisme est-il plus fort chez les professionnels en CDI ou chez les professionnels en CDD ?



LES DIFFICULTÉS REVIENNENT-ELLES DE MANIÈRE CHRONIQUE ?



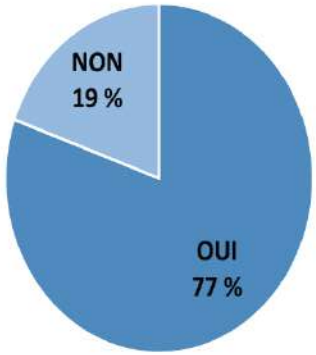
- **41 %** des répondants précisent qu'il y a un pic l'été et pendant les vacances scolaires
- **21 %** des répondants précisent que les problèmes sont les mêmes toute l'année

Les répondants précisent que leurs difficultés sont récurrentes :

- **Pour 28 %** : Depuis + de 5 ans
- **Pour 20 %** : Depuis 3-4 ans
- **Pour 54 %** : Depuis 2 ans

21 % des répondants insistent sur l'accélération des difficultés cette année

LE MANQUE DE PERSONNEL EN PÉRIODE ESTIVAL A-T-IL PERMIS D'APPLIQUER DE MANIÈRE SATISFAISANTE LES CONSIGNES RELATIVES A LA MISE EN OEUVRE DU PLAN BLEU :



Eléments de précisions apportés par les répondants :

« Une sollicitation plus importante des familles a été nécessaire »

« Recrutement d'intérimaires pendant les grosses chaleurs pour rafraichir les résidents »

« Surcharge de travail pour le personnel présent »

« Intervention de bénévoles de la Croix-Rouge auprès des résidents »

« Réorganisation des horaires de travail pour un coucher plus tardif »

« Demande de renfort exceptionnel pendant la période de canicule non pourvue par l'agence d'intérim et des services publiques de l'emploi »

« Pas de manière satisfaisante, mais grâce à l'aide des bénévoles nous avons pu pallier ce manque »

« Rappel de personnels en congés »

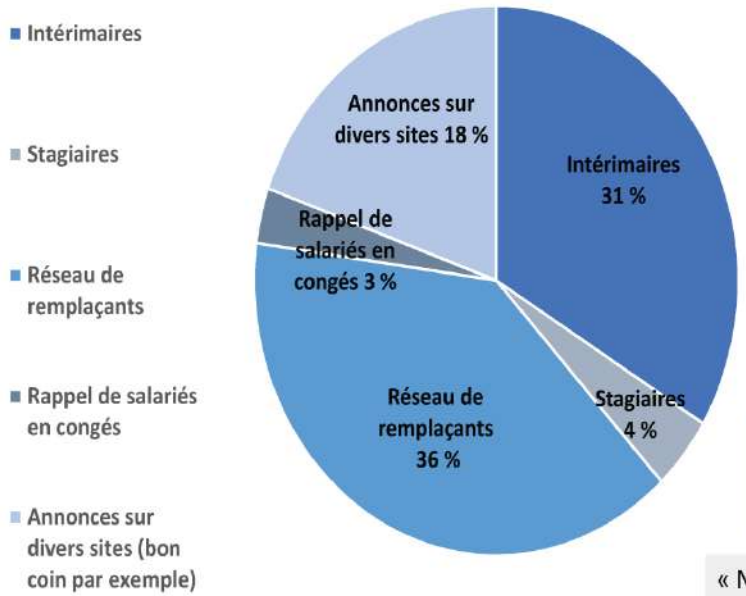
« Demande de renfort bénévoles et des familles »

« Glissement de tâches »

« Si les consignes ont été respectées, c'est au détriment des conditions de travail des professionnels ».

grand âge et autonomie

LES LEVIERS QUI ONT ÉTÉ MOBILISÉS POUR PALLIER AUX DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT RENCONTRÉES DURANT L'ÉTÉ :



Eléments précisés par les répondants :

- 10 % ont utilisé tous les leviers
- 10 % ont eu recours à des étudiants
- 16 % ont eu recours aux heures supplémentaires
- 17 % ont mutualisé des postes avec d'autres associations
- 18 % ont fait appel à des réseaux de remplaçants
- 19 % font état de glissement de tâches
- 21 % ont fait état d'une réorganisation interne

« 10 000 € d'intérimaires en partie non budgétés ».

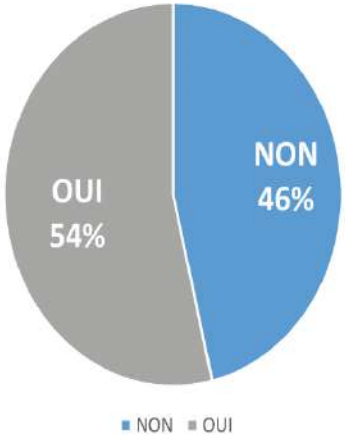
« Même les agences d'intérimaires ne peuvent plus répondre à nos demandes. C'est la cadre de santé qui est venue remplacer l'IDE ».

« Nous avons recours à des heures supplémentaires parfois avec un non respect des impératifs du code du travail ».

grand âge et autonomie

RECOURS AUX « FAISANT FONCTION » :

La notion de « faisant fonction » désigne un professionnel qui réalise une tâche pour laquelle il n'est pas diplômé.
Exemple : un agent de service hospitaliser (ASH) réalise les fonctions d'un aide-soignant (AS)
Cette question est particulièrement sensible : il est normalement interdit de faire appel à des « faisant fonction », pourtant faute de personnel suffisant les établissements sont souvent contraints d'y avoir recours.



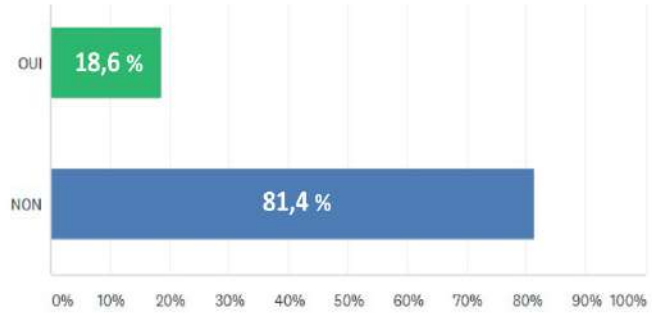
Pour ceux qui ont fait appel à des « faisant-fonction » :

- **68 %** sont des « faisant-fonction » pour des postes d'aides-soignants
- **12 %** sont des « faisant-fonction » pour des postes d'AES
- **12 %** sont des « faisant-fonction » pour divers postes (coordinateur de soins, fonctions d'encadrement notamment)
- **8 %** sont des « faisant-fonction » pour des postes d'éducateurs spécialisés

Autres éléments :

- **1 %** des répondants ont fait appel à d'autres associations pour éviter de recruter des « faisant-fonction »
- **4 %** des répondants indiquent que ces personnels sont en cours de formation

LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS (ARS, CD, PÔLE EMPLOI…) ONT-ILS ÉTÉ AIDANTS DURANT CETTE PÉRIODE :



→ **20 répondants** parmi ceux qui ont répondu oui, précisent que pôle emploi s'est fortement mobilisé

→ **27 % des répondants** ont signalé leurs difficultés de recrutement comme « évènement indésirable » aux ARS

Remontées de terrain sur les mobilisations des autorités de contrôle :

- « Mobilisation de l'ARS pour avoir les autorisations de faire travailler des étudiants en médecine ».
- « Suite à de nombreuses alertes, le problème est reconnu et des solutions commencent à émerger mais avec effet à 1 ou 2 ans ».
- « Financement par le CD pour un accueil dérogatoire en urgence ».
- « L'ARS devrait donner des CNR (crédits non reconductibles) pour les remplacements d'été ».

PRINCIPALES CAUSES IDENTIFIÉES DES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT PAR TYPE DE POSTE :
[question ouverte // % sur la base de répondants à la question]

Médecin coordonnateur
- Pénurie de médecins /désertification médicale : **41 %**
- Absence de candidatures : **21 %**
- Rôle/statut du MEDEC : **16 %**
- Salaire peu attractif : **9 %**
- Facteur géographique : **6 %**
- Temps de travail peu attractif : **6 %**

IDE / IDEC
- Absence de candidatures : **29 %**
- Salaire peu attractif : **25 %**
- Captation par l'intérimaire : **10 %**
- Conventions collectives (CCN 66/51) : **10 %**
- Horaires de coupes : **9 %**
- Facteur géographique : **5 %**

Aide soignante
- Absence de candidatures : **26 %**
- Rémunération & conditions de travail : **25 %**
- Manque d'attractivité du secteur : **19 %**
- Problématique horaires (horaires de coupes, temps partiels, « sorties d'écoles) : **13 %**
- Captation par l'intérim / refus de CDI : **11 %**
- Manque de personnel formé : **9 %**
- Facteur géographique : **3 %**

AES
- Absence de candidatures : **30 %**
- Rémunération & conditions de travail : **29 %**
- Problématique des horaires : **21 %**
  - Horaires de soir / week-end
  - Horaires de coupes / morcellement
  - temps partiels / Amplitudes horaires
- Niveau de formation trop bas : **11 %**
- Facteur géographique : **4 %**

PRINCIPALES CAUSES IDENTIFIÉES DES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT PAR TYPE DE POSTE :

[question ouverte // % sur la base de répondants à la question]

ASH (agent de santé hospitalier)
- Peu de candidats : **32 %**
- Salaire trop faible : **30 %**
- Horaires : **25 %**
- Travail peu intéressant / peu de motivation : **22 %**
- Candidats sans formation : **14 %**

Paramédicaux
- Salaire non compétitif par rapport au libéral : **45 %**
- Salaire non attractif : **35 %**
- Manque de candidats : **30 %**

Moniteur éducateur
- Salaire : **36 %**
- Plus de postes que de candidats : **31 %**
- Choix de l'intérim : **29 %**
- Absence de candidatures : **22 %**
- Refus des horaires : **19 %**

Animateurs / coordonnateur de vie sociale
- Manque de candidature et de profils adéquat : **50 %**
- La polyvalence nécessitée par ce poste : **40 %**
- Méconnaissance du public : **25 %**

Educateur spécialisé
- Absence de candidature / pénurie : **48 %**
- Polyvalence (métier technique et accompagnement médico-social) difficile à trouver : **23 %**
- Salaire : **12 %**
- Etablissements peu attractifs : **12 %**
- Horaires : **10 %**

Psychologues / psychiatres
- Temps de travail / ETP proposé trop faible : **65 %**
- Pénurie : **36 %**
- Salaire : **8 %**

PRINCIPALES CAUSES IDENTIFIÉES DES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT PAR TYPE DE POSTE :

[question ouverte // % sur la base de répondants à la question]

ZOOM SUR LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE

Aide à domicile / employé à domicile

- Salaires et manque d'attractivité du métier : **46 %**
- Rapport offre/demande inégale : **21 %**
- Peu de candidatures : **21%**
- Horaires : **15 %**
- Pénibilité : **14 %**
- Indemnité des frais kilométriques trop faible : **14 %**
- Manque de motivation des personnels : **14 %**
- Pas de permis de conduire : **11 %**

TISF

- Pas de candidats : **40 %**
- Conditions de travail : **40 %**
- Trop peu de profil adéquats / manque de diplômés : **35 %**
- Manque de valorisation et de reconnaissance de ce métier : **20 %**

Responsable de secteur

- Manque de candidat ou candidats sans formation complète : **38 %**
- Conditions de travail (trop d'absentéisme à gérer) & Travail en tension permanente : **38 %**
- Attractivité du secteur : **25 %**
- Poste difficilement remplaçable sur de courtes périodes : **25 %**

QUELLES CONSÉQUENCES DU MANQUE DE PERSONNEL SUR L'ACCOMPAGNEMENT :

→ 88,7 % des répondants font état d'une diminution de qualité de l'accompagnement*

32 %	Diminution du temps de présence - de la qualité relationnelle auprès des personnes accompagnées
28 %	Epuisement - fatigue - usure - stress - surcharge des professionnels / démotivation
20 %	Allègement des soins - défaut d'accompagnement en soins - baisse de la qualité des soins - absence de suivi médical
17 %	Insécurité, perturbation, déstabilisation, anxiété, débordement des résidents, agitation, plus de violence, troubles du comportement, voire hospitalisation psy
14 %	Toilettes réduites
13 %	Réduction - suppression des activités de loisirs

* 7,3 % indiquent un maintien de la qualité des soins mais avec un épuisement des professionnels
4 % ne sont pas concernés (fermeture l'été / absence de difficultés de remplacement)

*Les répondants ont souvent fait remonter plusieurs types de difficultés qui expliquent que le taux de réponse soit supérieur à 100 %

grand âge et autonomie

QUELLES CONSÉQUENCES DU MANQUE DE PERSONNEL SUR L'ACCOMPAGNEMENT :

Apparaissent environ 30 occurrences sur chacun des sujets suivants :

- Coût de l'intérim
- Tensions avec les familles
- Problèmes de sécurité des usagers (moins de surveillance / Fausses routes / erreurs médicamenteuses)
- Tensions dans l'équipe / dégradation de l'ambiance générale
- Diminution de la qualité du nettoyage des locaux / ménage plus succinct
- Recours aux aidants familiaux pour relai

Une dizaine de répondants font état :

- De fermeture de lits
- De personnes âgées non levées / alitées 1 jour sur 2

PROPOSITIONS :

→ **Plus de 700 propositions ont été formulées à travers 467 retours**

61 %

PROPOSITIONS RELATIVES A L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS :

- Revaloriser les salaires & indemnités kilométriques
- Renégociation des CCN / Harmoniser les conventions
- Développer – renforcer la formation et notamment la formation continue
- Revoir l'organisation du travail / Supprimer les horaires coupés
- Augmenter le taux d'encadrement / les effectifs
- Favoriser les systèmes de gardes d'enfants pour les personnes à horaires décalés.

32 %

PROPOSITIONS POUR REVALORISER L'IMAGE DU SECTEUR :

- Communiquer de façon positive pour changer le regard
- Prévoir de grandes campagnes de publicité pour rendre le secteur attractif
- Raconter de belles histoires
- Créer une web série ou une série télé valorisante sur la vie à domicile et en ehpad
- Valoriser les métiers auprès des jeunes et des moins jeunes qui souhaitent se réorienter, montrer le sens et l'humain de nos métiers.

grand âge et autonomie

PROPOSITIONS

31 %

PROPOSITIONS POUR PALLIER AUX DIFFICULTES DE RECRUTEMENT

- Favoriser les demandes de stages - augmenter les quotas de stage obligatoires durant l'été
- Former plus de personnes par la voie de l'apprentissage
- Travailler plus en lien avec les écoles de formation
  - Sensibiliser les structures de formation aux besoins de terrain
  - Intervenir dans les écoles,
- Faciliter la formation pour les personnes en reconversion
- Organiser des forums de présentation des métiers,
- Mettre en place une obligation de service en ESMS pour les jeunes diplômés
- Augmenter le numérus clausus, notamment pour les psychologues et les orthophonistes
- Mettre en œuvre des aides à la mobilité des demandeurs d'emploi,
- Sensibiliser / former pôle emploi aux besoins et réalités du secteur
- Pénaliser le seul travail par l'intérim
- « chercher à masculiniser la profession pour attirer de nouveaux publics »
- Former les personnels aux troubles psy
- Professionnaliser des fonctions de remplaçants dans des budgets spécifiques pour les besoins mutualisés
- Reconnaitre les diplômes étrangers / faciliter les équivalences

PROPOSITIONS :

27 %

PROPOSITIONS POUR PALLIER AUX DIFFICULTES DE REMPLACEMENT :

- Mettre en place – renforcer – des « pools » de remplaçants
- Organiser des mutualisations entre établissements
- Financer un réseau de remplaçants à l'année par le Conseil départemental
- Mettre en place un réseau de centralisation et de diffusion des besoins de nos établissements appuyé par les autorités de contrôles
- Décaler les sorties d'école (ide et as) en juin pour être disponibles et opérationnelles dès début juillet pour pallier aux remplacements des congés
- Prime aux remplaçants
- Prime à la présence
- Anticipation en lien avec pôle emploi et les écoles du travail social
- Disposer d'un vivier de candidatures inter-structures

« PAROLES DE DIRECTEURS »

« La fin des emplois aidés nous met en réelle difficulté car nous formions et recrutions en CDI et CDD les jeunes en parcours d'insertion, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui ».

« Les difficultés liées à un secteur d'emploi en tension conduisent les jeunes diplômés à refuser des CDI au prétexte qu'ils sont mieux rémunérés en travaillant pour les agences d'intérim. Cette réalité conduit, si l'établissement veut maintenir le niveau de qualité exigé dans l'accompagnement des résidents, à ne pas tenir son cadre budgétaire sur le plan de la masse salariale ».

« Nous sommes sur des métiers souvent de cœur avec de bas salaires et ces revenus repartent dans l'économie. Il faut réellement investir dans nos équipes qui font un super boulot et dépensent leurs salaires dans les économies locales ».

« Malgré les difficultés, tous et toutes travaillent, main dans la main pour maintenir une qualité de vie et de prise en charge ».

« L'attractivité d'un secteur est difficile à valoriser sur présentation d'équipes en souffrance et à bout de souffle ».

« Nos établissements sont à bout de souffle ».

« Il y a urgence ! »

Pour toute information complémentaire

Uniopss : 15 rue Albert – CS 21306
75214 Paris Cedex 13
Tél : 01 53 36 35 00
www.uniopss.asso.fr

Septembre 2019
Laurène Dervieu – Conseillère technique Autonomie
Laurie Fradin – Conseillère technique Santé/ESSMS
Aurélie Valleix – Conseillère technique Tarification gestion

Remerciements

J'adresse mes remerciements les plus chaleureux à l'ensemble de l'équipe-projet qui m'a accompagnée tout au long de ses travaux, dans l'analyse de la situation, dans les visites de terrain et dans l'élaboration des mesures de ce plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge.

Je connais votre investissement et sais que les professionnels pour lesquels nous avons tenté de trouver des solutions, peuvent compter sur votre détermination, énergie, et envie d'apporter du changement. Je ne doute pas que vous prendrez votre part à ce chantier. Merci à vous pour votre engagement sans faille dans cette belle mission.

- Geneviève MANNARINO, vice-présidente du département du Nord
- Françoise JEANSON, conseillère régionale de la région Nouvelle-Aquitaine
- Fabienne Simone BARBOZA, auxiliaire de vie,
- Emmanuelle COLLET, aide-soignante, et David LOPES, aides-soignants EHPAD Public
- Claire BERNARD et David DUVAL, de Régions de France
- Pierre LOYER et Cyril CARBONNEL du département du Nord
- Asmae CHOUTA et Sophie COURANT, de la plateforme INVIE
- Marc BOURQUIN et Benjamin CANIARD de la FHF
- Johan GIRARD et Marie-Luce ROUXEL de la CROIX-ROUGE FRANCAISE
- Alice CASAGRANDE et Jean-Christian SOVRANO, de la FEHAP
- Nadège PLOU, DRH, Adrienne ABADIE, et Rohan GOUGÉ, du Groupe Korian
- Philippe DENORMANDIE, du Groupe NEHS
- Sophie LE LANN, ADEF Résidences
- Christine d'AUTUME et Mariane SAÏE, membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ainsi que Julien JACOB, stagiaire de l'IGAS

J'adresse également mes remerciements aux équipes de la Résidence Marconi (LNA Santé), de la Résidence Pierre Wautriche (Fondation Partage et Vie), d'Ages et Vie, de l'Ehpad associatif La Neuville, des 3èmes Rencontres du Bien Vivre à Domicile, d'ALENVI, du Congrès des Ages et du Vieillissement, de la FEPEM, de l'IRFSS de Nîmes, de l'ADMR, des structures de Limoges, de l'UNA Pays d'Ouche, de l'UNA Pays Alençon Perche, de la Fosad (SPASAD de Paris 5eme) et aux équipes en charge de la classe dédiée Croix-Rouge/Korian, qui nous ont accueillis lors de nos déplacements, nous permettant d'asseoir nos réflexions et notre connaissance des métiers du grand âge sur de véritables observations de terrain.

Liste des personnes rencontrées

Action Tank Entreprise & Pauvreté	Jacques BERGER Nicolas DOUZIECH Yvan SEGAL François ROUVIER
ADESSA A DOMICILE	Patrick MALPHETTES Hugues VIDOR Jérôme PERRIN Carine RYCKEBOËR
ADMR	Thierry d'ABOVILLE Laurence JACQUON
AD-PA	Patrick CHAMPVERT
AGEFIPH	Didier EYSSARTIER Véronique BUSTREEL
AGIRC-ARCCO	François-Xavier SELLERET C. CORTI F. DECHERF
ANFH	Luc DELRUE Emmanuelle QUILLET
APHP	Martin HIRSCH Anne RUBINSTEIN
Assemblée nationale	Brigitte BOURGUIGNON Charlotte LECOCQ Annie CHAPELIER Véronique HAMMERER Audrey DUFEU-SCHUBERT Cyrille ISAAC-SIBILLE Brigitte BOURGUIGNON
Assises Nationales de l'Aide à Domicile	Luc BROUSSY
Association AMICIAL	Julie GAUTHIER
Association CetteFamille	Paul-Alexis RACINE JOURDREN
Association Française des Aidants	Florence LEDUC Clémentine CABRIERES
Association Les Transmetteurs	Xavier EMMANUELLI
Atmosphère Aides et soins à domicile	Jean-Pierre COUDRE
Boulay-Levy avocats	Blandine BOULAY
Caisse des Dépôts et consignations	Eric LOMBARD
CFDT	Jocelyne CABANAL Flavie BOLARD Nathalie PAIN Michel LECLERC
CFE-CGC	Délégation tout secteur sanitaire et social

CFTC	Patrick MERCIER Frédéric FISCHBACH David ALLET, Ali LAAZAOUI Aurélie SAGEZ Aline MOUGENOT Benoit CHAPALAIN Sylvain FINCK
CGT	Mireille CARROT
CITP	BOIVIN-CHAMPEAUX ROUSSEL
CNAM	Marine JEANTET
CNCPH	Dominique GILLOT
CNDEPAH	Emmanuel SYS
CNSA	Marie-Anne MONTCHAMP Virginie MAGNANT
Commission des DRH et Coordonnateurs généraux de soins des CHU	Marie-Noëlle GERAIN BREUZARD Madame DUGAST Madame JORAY Pr FOUGERE
Congrès AD-PA	Patrick CHAMPVERT
Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	Pascale MATHIEU
Conseil National de l'Ordre des Infirmiers	Patrick CHAMBOREDON catherine JOCHMANS MORAINE
Consultants	Pascal LEVY Cyrille BILLAUD
Croix-Rouge française	Marie-Hélène BELLUCCI Yannick CHATEL
Défenseur des droits	Patrick GOHET
Département de gériatrie	Pr Claude JEANDEL
Département du Nord	Geneviève MANNARINO
Déplacement ALENVI	Thibault de SAINT BLANCARD Mme LENOUVEL
DG ARS	Aurélien ROUSSEAU (IDF) Pierre RICORDEAU (Occitanie) Pierre PRIBILE (Bourgogne-Franche-Comté)
DGCS	Virginie LASSERRE Jean-Philippe VINQUANT Jean-Guillaume BRETENOUX David SOUBRIE Olivier BACHELLERY Mathilde DUVAL
DGEFP	Sonia MAZNA Bénédicte LEGRAND-JUNG
DGOS	Cécile COURREGES Nelly JOUSSET-ANTIPHON
Direction Générale des Entreprises	Monique BOSQUAIN Madame Brigitte DRURE-RECOING
DREES **DARES**	Patrick AUBERT Fanny MIKOL
Ecole Pratique des Hautes Etudes	Jean-Michel VERDIER
EHPAD Humanitude	Annie DEVIVIE
EPIDE	Nathalie HANET

ERER IDF	Pr Emmanuel HIRSCH
Fédération commerce et distribution	Jacques CREYSSEL
Fédération Française des GEIQ	Francis LEVY
Fédération Française des psychomotriciens	Nicolas Raynal
FEDESAP	Frank NATAF Julien JOURDAN Amir REZA-TOFIGHI
FEHAP	Antoine Perrin
FEPEM	Marie-Béatrice LEVAUX
FESP	Olivier PERALDI Magali AMRANI Guillaume STAUB Mehdi TIBOURTINE
FFA-ASSURANCE	C. JOYEUX G. WOLKOWITSCH
FHF	Marc BOURQUIN Zina RIET
FNAAFP/CSF	Claire PERRAULT
FNAQPA	Didier SAPY
FNEHAP	Elisabeth HUBERT Nicolas NOIRIEL
FO	Dominique REGNIER
FO-SPS	Gilles GADIER Francis VOILLOT
France Assos Santé	Gérard RAYMOND
France compétences	Stéphane LARDY
Groupe La Poste	Yannick IMBERT
Groupe SOS	Jean-Marc BORELLO
Hâ-Hâ et Associés	Marie-Pierre BERRY
IFAS	Michel JOUBARD Danièle PICCOLO
Interfédération pour la Protection juridique des majeurs (FNAT, UNAPEI, UNAF)	Antoine TREDEZ
Intervention FEPEM	Marie-Béatrice LEVAUX
LACAM	
LNA Santé	Christophe BOULANGER
Ministère de l'Education nationale	Jean-Michel BLANQUER
Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation	Frédérique VIDAL
Ministère des solidarités et de la santé	Agnès BUZIN Fabrice PERRIN
Ministère du travail	Muriel PENICAUD Jean Marie MARX Damien DELEVALLEE Alain DRUELLES
Mutualité	Betty BERTHON
Mutualité	Albert LAUTMAN
NEXEM	Dorothée BEDOK Marie ABOUSSA Aurélie SABATIER

OPCO Cohésion sociale	Antoine PROST David CLUZEAU Thierry DEZ
OPCO Entreprises de proximité	Sylvia VEITL Arnaud MURET Philippe GAERTNER Aline MOUGENOT Eric CHEVEE
OPCO Santé	Sébastien BOSCH Franck MONFORT Jean-Pierre DELFINO
OPPBTP	Paul DUPHIL
Parlement européen	Anne-Sophie PELLETIER
Pôle Emploi	Jean BASSERES Misoo Yoon
Présidence de la République	Marie FONTANEL Frank VON LENNEP Guillaume COUILLARD Pierre-André IMBERT
Pro BTP	H.NAERHUYSEN Bertrand BOIVIN-CHAMPEAUX
SAMU social de Paris	Anne-Cécile GRAILLOT Thomas BAUDE Anne-Ségolène GOUMARRE
Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre en charge des Personnes handicapées	Sophie CLUZEL
Secrétariat d'Etat auprès de la ministre des solidarités et de la santé	Christelle DUBOS
SPASAD	Florence DELOBELLE
SYNERPA	Florence ARNAIZ-MAUMÉ Carole FALGUIERES
BRANCHE ATMP	François EXPERT Franck GAMBELLI
UNA	Guillaume QUERCY Hélène GODIN LEMASSON Sébastien CHEVALIER Audrey BLIN
UNAFORIS	Arlette DURUAL Philippe ROPERS
UNCCAS	Joëlle MARTINAUX Hélène-Sophie MESNAGE
UNIOPSS	Patrick DOUTRELIGNE
UNML Union Nationale des Missions Locales	Serge KROICHVILI Caroline PREVOST
UNPS	Madame Anne DEHETRE Madame Claire BARANGE
UNSA	Martine VIGNAU, Véronique HEDON-MALLEN
Ancienne ministre	Michèle DELAUNAY
Ancien ministre	Xavier EMMANUELLI

Lettre de mission

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 27.6.2019

N/Réf : CAB AB/ PEGASE/ D-19-016054

Madame la Ministre,

A l'occasion de son discours devant le Parlement réuni en Congrès le 9 juillet 2018, le Président de la République a annoncé l'inscription d'une réforme du grand âge et de l'autonomie au programme de travail du Gouvernement pour l'année 2019. Le Gouvernement doit à présent s'engager dans la voie d'une réforme historique et très attendue du système de prise en charge des personnes âgées, avec pour objectif de poser les bases du système de demain tout en répondant aux urgences d'aujourd'hui.

Le rapport remis par Dominique Libault a établi des constats partagés et identifié parmi les sujets à traiter de manière prioritaire les enjeux liés aux métiers du Grand âge. J'ai annoncé le 28 mars 2019 ma volonté d'engager sans délai l'élaboration d'un Plan métier en nommant une mission à cet effet.

Environ 830 000 ETP travaillent actuellement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. La concertation qui vient de s'achever a permis d'estimer que, du fait de la seule évolution démographique, ce nombre devrait augmenter d'environ 20 % d'ici 2030, sans tenir compte des hausses des effectifs qui seront nécessaires pour améliorer la qualité des prises en charge. Cette augmentation s'inscrit dans un contexte où les structures, à domicile comme en établissement, peinent à recruter et à fidéliser leur personnel. Les difficultés d'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement ne sont pas propres au secteur des personnes âgées, et s'observent aussi dans le champ du handicap, mais elles se posent avec une acuité particulière au vu des perspectives de vieillissement de la population. Il m'apparaît donc urgent de restaurer l'attractivité des métiers du grand âge, en donnant une priorité à l'amélioration des conditions d'exercice.

.../...

Madame Myriam EL-KHOMRI

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS SP 07
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

C'est pourquoi je souhaite vous confier une mission sur ce sujet majeur que vous exercerez à titre bénévole.

Je vous demande dans ce cadre de proposer et de piloter un plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge qui devra permettre, notamment en vous appuyant sur les préconisations du rapport de Dominique LIBAULT, de répondre aux enjeux suivants, dans une logique gestion des emplois et des compétences du secteur :

1. Initier la nécessaire évolution des métiers et des compétences pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées. Une réflexion spécifique devra être conduite afin que les professionnels soient mieux armés pour accompagner les personnes âgées dans leur parcours, en favorisant l'autonomie et l'intégration des personnes. Il convient également de faciliter leur intervention dans différentes structures, avec une logique de décloisonnement et de polyvalence (non seulement au domicile et dans les établissements mais également dans le cadre de solutions de prise en charge intermédiaires).

Dans cette perspective, je vous demande d'identifier les compétences qui apparaissent indispensables pour répondre à ces nouveaux besoins et de déterminer les leviers disponibles pour les intégrer dans les formations des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, aussi bien au niveau de la formation initiale (notamment en augmentant le nombre de professionnels disposant du diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social récemment créé) que des formations d'adaptation au poste et de la formation continue. Comme première étape, je souhaite que vous expertisiez, avec l'ensemble des parties impliquées, la possibilité d'une contractualisation d'un engagement de développement des emplois et des compétences (EDEC) avec l'Etat dans le cadre de l'appui financier du Plan d'investissements dans les compétences (PIC) pour le secteur privé et d'un accord miroir pour le secteur public. S'agissant de la mise en œuvre d'une revalorisation du métier d'aide-soignante exerçant dans les EHPAD, vous vous articulerez avec le groupe de travail mis en place par la DGOS.

2. Renforcer la capacité des employeurs à recruter les professionnels nécessaires pour réaliser des interventions de qualité.
Pour pallier les difficultés de recrutement, nous vous demandons de définir des modalités concrètes de recours aux dispositifs des politiques de formation et de l'emploi, notamment dans le cadre du Plan d'Investissement dans les Compétences (PIC) en vue d'attirer vers ces métiers des personnes en recherche d'emploi, tout en contribuant aux objectifs d'insertion professionnelle de ces publics : développement de l'usage des parcours emploi compétence (PEC), mobilisation des structures de l'insertion par l'activité économique sur ces sujets, montée en puissance de l'apprentissage sur ces métiers et mobilisation des dispositifs de validation des acquis de l'expérience.

.../...

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS SP 07
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

Je vous demande également de réfléchir à une stratégie globale de communication pour valoriser les actions qui seront conduites au profit des métiers du grand âge, susceptibles de mobiliser l'ensemble des acteurs potentiellement impliqués, de l'Education nationale en passant par les financeurs (notamment les Régions), les pouvoirs publics et, évidemment les partenaires sociaux.

3. Favoriser la mise en place d'organisation de structures (services à domicile, établissements et modes de prise en charge intermédiaires) favorables à la qualité de vie au travail des professionnels et donc à la qualité du service rendu, notamment au travers d'un développement des temps collectifs de partage et d'analyse des pratiques (d'autant plus nécessaires que les interventions au domicile devraient se renforcer).

Sur ce point, je vous demande notamment de me faire des propositions pour renforcer la politique spécifique de prévention des risques dans le secteur du grand âge déjà mise en place par la CNAM et le déploiement de la stratégie de promotion de la qualité de vie au travail déjà lancée, sous le pilotage de la DGCS, pour les établissements médico-sociaux, notamment au travers de la charte d'engagement travaillé avec les employeurs, et à venir pour les services à domicile.

4. Ouvrir des perspectives de carrière, notamment en favorisant la mise en place de parcours, aussi bien entre les différents métiers du grand âge qu'entre les structures (entre les établissements et les services à domicile).
Vous identifierez également les nouvelles fonctions pouvant favoriser ces parcours professionnels tout en contribuant à l'amélioration de la qualité des prises en charge.

Je souhaite que vous puissiez me présenter le plan de mobilisation nationale en faveur des métiers du grand âge pour le 15 octobre 2019, en amont de la présentation du projet de loi sur le grand âge et l'autonomie, en précisant pour chacune de vos propositions les modalités et le calendrier de mise en œuvre.

Vos propositions devront par ailleurs examiner à quelles conditions les recommandations identifiées pour les métiers du grand âge peuvent être mobilisées au bénéfice de l'accompagnement à domicile ou en établissement des personnes les plus fragiles, en particulier des personnes en situation de handicap, dans un contexte de forte polyvalence des publics accompagnés par les structures et associations gestionnaires.

Je vous remercie de prévoir un premier temps de restitution pour le 16 septembre 2019, à l'occasion duquel vous présenterez les premières pistes déjà identifiées, en soulignant dès cette première étape les mesures vous apparaissant prioritaires et les conditions qu'il vous semble nécessaire de réunir pour assurer leur mise en œuvre.

.../...

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS SP 07
TÉLÉPHONE : 01 40 56 60 00

Afin de garantir la coopération de l'ensemble des acteurs, il vous reviendra de proposer des conditions de création d'une plate-forme que vous animerez, et qui associera toutes les parties prenantes concernées : Etat (DGCS, DGOS, DGEFP, DGT, DGCL, DGESCO et DGESIP), fédérations du secteur, publics comme privés lucratifs et non lucratifs, partenaires sociaux, nouveaux OPCO du secteur (OPCO santé-médicosocial, OPCO cohésion sociale, OPCO entreprises de proximité), ANFH et grands opérateurs concernés (CNSA, HAS, Pôle emploi, CNAM branche ATMP, CNAV, INRS, ANACT notamment), des représentants de conseils départementaux, de conseils régionaux ainsi que des organismes de formation.

Pour votre mission, vous vous appuierez sur une équipe projet composé de personnalités représentant les principaux acteurs et vous pourrez compter sur l'apport d'un membre de l'inspection générale des affaires sociales ainsi que sur les services de la DGCS, de la DGOS, et de la DGEFP.

Je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Agnès BUZYN

grand âge et autonomie

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

grand âge et autonomie