

Rapport d'étude



Impact du vieillissement de la population et du développement des gérontechnologies sur les professionnels du sanitaire et social en Ile- de-France



**Guillaume CHUVIN
Mathieu LE FLOCH
Béatrice PARDINI**

Juin 2019

SOMMAIRE

Index des abréviations, sigles et acronymes utilisés	6
Résumé	8
Remerciements	9
INTRODUCTION	10
1. Contexte et enjeux	10
a) Demande de la Région	10
b) Le vieillissement de la population	10
c) La Silver Economie, une économie transverse tournée vers les « seniors »	11
2. Déroulé de l'étude	12
METHODOLOGIE	13
1. Délimitation du périmètre de l'étude	13
2. Les secteurs non dédiés aux personnes âgées	15
a) Commerce ou production de produits paramédicaux ou pharmacologiques	15
b) Les activités liées à la santé	16
c) Les activités sociales et médico-sociales non exclusivement tournées vers les personnes âgées :	18
d) Dans les « Autres secteurs d'activités » :	19
3. Présentation du champ de l'étude	20
PARTIE I - PRESENTATION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL DES PERSONNES AGEES	22
I - LES STRUCTURES	22
1. Les structures d'hébergement et d'accompagnement des personnes âgées	22
a) Panorama de la diversité des structures	23
b) Répartition des établissements : un sous-équipement régional	25
c) Le secteur privé à but lucratif surreprésenté en Ile-de-France	27
2. L'aide à domicile, un mode de prise en charge en développement	28
a) Forte augmentation du maintien à domicile	28
b) Répartition régionale des services d'aides à domicile	31
II - LES PROFESSIONNELS DU SANITAIRE ET SOCIAL	34
1. Des métiers et des champs d'interventions variés	34
a) Les métiers du soin	34
b) Les métiers de l'accompagnement à la vie quotidienne	34
c) Les métiers de la rééducation	35
d) Les métiers d'encadrement	35
2. Etat des lieux des professionnels étudiés en Ile-de-France	36
a) Forte progression des effectifs : +16% en 5 ans	36
b) Répartition des professionnels : une forte dichotomie structure/domicile	38
c) Un secteur très féminin, une forte proportion d'étrangers	40

3. Exercice à domicile, exercice en structure : des réalités différentes	42
a) Horaires atypiques et contrats précaires dans « le domicile »	43
b) Une surreprésentation des femmes étrangères dans « le domicile »	44
c) En structure, des conditions de travail et d'emploi jugées plus favorables	45
PARTIE II - UN SECTEUR EN EVOLUTION SOUS CONTRAINTES	47
I - LES FACTEURS D'EVOLUTION DU SECTEUR	47
1. Vieillesse de la population	47
a) Une pyramide des âges en transformation	47
b) Bénéficiaires de l'APA : une mesure de la dépendance	48
c) Des bénéficiaires de l'APA plus dépendants en établissement	49
d) Des différences territoriales importantes	50
2. Des personnels vieillissants	52
a) Une moyenne d'âge légèrement supérieure à la moyenne d'âge des actifs franciliens en emploi	52
b) Une importante part de professionnels en seconde partie de carrière en lien avec des parcours professionnels spécifiques au secteur, surtout à domicile	53
c) Des personnels de rééducation jeunes	54
3. Politique de santé publique : du maintien à domicile au « bien vieillir »	55
a) Maintien à domicile : contextualisation historique	55
b) Loi ASV : une reconnaissance législative des forts enjeux du maintien à domicile	56
c) Une offre médico-sociale à réinventer	56
4. Silver Economie, perceptions et pratiques	57
a) Silver économie : opportunité de développement économique	58
b) Tropisme technologique de la Silver Economie : typologie des technologies du champ	59
c) Une dichotomie entre les avancées des technologies et les attentes des acteurs du terrain	62
II - IMPACTS SUR LES BESOINS EN EMPLOI	66
1. Besoins en emploi et difficultés de recrutement à court terme	66
a) Projets de recrutement en hausse dans le sanitaire et social	66
b) Des taux de tensions élevés	68
c) Problématiques territoriales	70
2. Une évolution des rôles des structures et de leurs besoins en métiers, emplois et compétences	73
a) Des services au cœur du maintien à domicile	73
b) Des expérimentations de dispositifs pour améliorer la prise en charge	75
c) En structure, une prise en charge des pathologies les plus lourdes, un rapprochement des USLD et Ehpad	76
3. L'attractivité du secteur en question	77
a) Une image dépréciée, des conditions de travail particulièrement difficiles...	78
b) ... mais des structures et des fonctions attractives	78
c) Principale contrainte : les financements	79
d) Financements : quelles évolutions ?	81

PARTIE III - ALIMENTATION DES METIERS ET FORMATIONS	85
I - ALIMENTATION DES METIERS	85
1. Un lien emploi-formation fort	85
a) Emplois réglementés et recouvrements de tâches	85
b) Des modes de recrutement caractéristiques du secteur	87
2. De nombreuses certifications au sein du secteur	88
a) La présence centrale des diplômes du sanitaire et social	88
b) D'autres diplômes et titres généralistes ou spécifiques	91
3. Pratiques et enjeux des parcours de formation au sein du secteur	94
a) Une hyper-spécialisation plébiscitée	94
b) La formation comme outil d'évolution professionnelle et de reconversion	95
c) Des freins à la formation	97
4. Projections des besoins en emploi en Ile-de-France	100
a) Méthodologie des projections des besoins en emploi	100
b) Les besoins en emploi à l'horizon 2030	104
II - BESOINS EN FORMATION	110
1. Des formations en question	110
a) Des formations perçues de manière très hétérogènes	110
b) Les stages un levier identifié mais difficilement mobilisés	112
2. Une inquiétude globale quant à l'évolution des différentes formations	114
a) Aides-soignants : des professionnels au cœur du secteur, aujourd'hui plus difficiles à recruter	114
b) Infirmiers : des critiques sur l'évolution de la formation et du métier, des interrogations sur la pratique avancée	115
c) AES : une place à trouver en accueil de jour et en Ehpad, une valorisation nécessaire à domicile	116
d) Cadre de santé : recentrer la fonction sur le management, une place à construire « hors les murs »	118
e) Dans la rééducation : des diplômés en plein essor, une augmentation du nombre de professionnels franciliens à venir	118
3. Quels besoins en formation spécifiques aux gérontechnologies ?	119
a) A domicile comme en structure, un impact encore limité pour les professionnels du secteur, à l'exception de ceux de la rééducation	119
b) Un impact surtout visible sur les fonctions supports, hors « cœur de métier »	121
c) Pour les niveaux V et infra, un impératif de formations courtes et de renforcement de la culture du numérique	121
d) Développer la technologie dans la formation, un levier souligné	123
4. Les besoins en formation à l'horizon 2030	125
CONCLUSION	133
BIBLIOGRAPHIE	136
ANNEXES	140

Index des abréviations, sigles et acronymes utilisés

ADPFM	Accompagnant au domicile de personnes à fragilités multiples
AES	Accompagnant éducatif et social
AGGIR (grille)	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide médico-psychologique
APA	Allocation personnalisée d'autonomie OU Activité Physique Adaptée
APE	Activité principale exercée
AP-HP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	(Diplôme d'Etat d') Aide-soignant
ASG	Assistant de Soins en Gérontologie
ASH	Agent des services hospitaliers/hôteliers
(BP) ASSP	(Bac pro) Accompagnement, soins et services à la personne
ASV (loi)	Adaptation de la Société au Vieillessement
AVS	Auxiliaire de vie sociale
BAD	Branche de l'Aide à Domicile (privé associatif)
BCP	Base Centrale de Pilotage
BTS SP3S	Brevet de Technicien supérieur Services et prestations des secteurs sanitaire et social
CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale
CAFERUIS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CCAS	Centre communal d'action sociale
CIF	Congés Individuels de Formation
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination
CNSA	Caisse nationale de solidarité à l'autonomie
CPF	Compte Personnel de Formation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CS	Cadre de santé
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DE	Diplôme d'Etat (suivi de l'acronyme du métier lié au diplôme, par exemple le DEAES)
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHPA(D)	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes)
ETP	Equivalent Temps Plein
FAP	Familles d'Activités Professionnelles
FEDESAP	Fédération Françaises des Services à la Personne de proximité
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FEPEM	Fédération des Particuliers Employeurs de France
FESP	Fédération du Service aux Particuliers
FHF	Fédération Hospitalière de France
GIR	Groupe iso-ressource
GMP(S)	Gir Moyen Pondéré (Soins)
IDE(C)	Infirmier diplômé d'Etat (coordinateur)
IGAS	Inspection Générale des Affaires sociales
IPA	Infirmier en pratique avancée
IVA (enquête)	Insertion dans la Vie Active
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
NAF	Nomenclature d'Activité Française
OF	Organisme de formation
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
OPCO	Opérateur de compétences
PACES	Première année commune aux études de santé
PASA	Pôles d'activités et de soins adaptés
PATHOS	Outil d'évaluation de l'état de santé des résidents des EHPAD et des USLD
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
PMP	Pathos moyen pondéré
RSS	Résidence services senior
SAAD	Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile
SAP	Service à la personne
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SYNERPA	Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Agées
TP ADVF	Titre professionnel Assistant de vie aux familles
UGA	Unité de Gériatrie Aiguë
UHR	Unité d'hébergement renforcée
UNIFAF	ex-Opca gérant les fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif
USLD	Unité de soins de longue durée
USP	Unité de soins palliatifs
UVP	Unité de vie protégée
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

Résumé

La prise en charge du grand âge et de la dépendance est aujourd'hui au cœur de nombreuses réflexions politiques et sociales. Dans le contexte démographique et socioculturel actuel, la Silver économie tend à prendre une place croissante, dont il convient de mesurer et d'anticiper les conséquences. Le cœur de la Silver économie, **le secteur médico-social à destination des personnes âgées**, cristallise les enjeux prioritaires des années à venir (santé, bien-être, prise en charge médicale...) au sein desquelles évoluent une part importante des professionnels du sanitaire et social. **En Ile-de-France, ce vaste secteur emploie plus de 90 000 personnes** (hors pratiques libérales, employés familiaux et personnel hospitalier) **dont 60 000 professionnels paramédicaux et de l'accompagnement sanitaire et social. Ces effectifs sont dans une forte dynamique de croissance, avec une augmentation de 14% entre 2010 et 2015** (+19% pour ces seuls professionnels) dans un contexte global de faible création d'emploi. Les personnels du soin (aides-soignants et infirmiers), de l'accompagnement (aide à domicile, accompagnants éducatif et social) et de la rééducation (ergothérapeute, psychomotricien) sont les principaux bénéficiaires de cette croissance. De nombreuses dynamiques en cours influent sur ce secteur. Les avancées technologiques qui s'y développent, dans le sillage du développement de la Silver économie, mais également les contextes démographique, politique, économique, culturel et social impactent les besoins en emploi et en formation.

L'accent mis sur le maintien à domicile dans la prise en charge de la dépendance laisse supposer une réorganisation partielle du secteur dans les années à venir. **La grande majorité des créations d'emploi devrait se faire dans le secteur de l'aide à domicile.** La prise en charge des personnes âgées en structure médicalisée (Ehpad) et à domicile concernera de plus en plus un public aux pathologies multiples et dépendant. Les équipes devront comporter une proportion de personnels soignants plus importante. **La formation de la grande majorité des intervenants devra se renforcer sur les connaissances gériatriques** et des problématiques du grand âge (des pathologies et de leur prise en charge). La création d'un diplôme intermédiaire entre les diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social (AES, de niveau V) et celui d'infirmier (niveau II) faciliterait l'acquisition des nouvelles capacités préconisées. Cela permettrait également une plus grande fluidité des parcours professionnels et une meilleure attractivité du secteur. A domicile, la création d'un métier d'intervenant social spécialisé sur la gérontologie pourrait avoir les mêmes bénéfices.

Autre pan de la Silver Economie étudié, **les gérontechnologies pourront devenir de véritables leviers sur plusieurs aspects. L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées** (coordination des professionnels, facilitation du maintien à domicile, maintien des capacités des personnes âgées...) **l'innovation pédagogique** (mise en situation par simulation, apprentissage des possibilités offertes par les technologies...), mais également **l'attractivité du secteur** (amélioration des conditions de travail, de l'image du secteur...) pourraient ainsi en bénéficier. **La définition de connaissances théoriques et pratiques qui seraient nécessaire au bon usage de l'ensemble des technologies employées dans le secteur est rendue difficile par leur variété et hétérogénéité.** Si les filières de la rééducation ont déjà bien intégré les gérontechnologies à leurs formations, permettant aux professionnels d'en avoir une vision globale et d'en voir les potentialités, ce n'est pas le cas des autres formations du sanitaire et social. Moins amenés à les utiliser dans leurs activités, les élèves des formations de niveau V (AES, AS) devraient davantage acquérir un premier niveau d'usage du numérique qui leur permettra par la suite de mieux appréhender et de s'adapter aux technologies rencontrées sur les lieux de travail et à leurs évolutions. Alors que la place des technologies dans le secteur reste en grande partie à construire, **la plupart des acteurs rencontrés estiment que celles-ci n'ont pas vocation à se substituer aux professionnels en raison de la place centrale des dimensions humaine et sociale de ces activités.**

Enfin, dans l'objectif de mesurer l'impact du vieillissement de la population et du développement des technologies du numérique, l'étude propose trois scénarii d'évolutions des besoins en emploi sur les métiers d'aides-soignants, infirmiers, ergothérapeutes, psychomotriciens, AES (AMP et AVS), ASH, et cadres de santé dans les établissements et services à domicile d'accompagnements et d'aides aux personnes âgées. **Ces projections révèlent qu'à l'horizon 2030, les effectifs sur ces métiers augmenteraient de 41% dans le scénario central.** L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, les départs à la retraite des professionnels et les politiques publiques de prise en charge du grand âge sont les principaux facteurs pris en compte dans ces projections. A l'inverse, l'impact du développement des technologies du numérique devraient être très faible à moyen terme sur les besoins en emploi. Dans notre scénario central, **les effectifs de ces professionnels passeraient de 58 000 à 83 000 professionnels**, avec de fortes créations d'emplois d'aide à domicile, aide-soignant et infirmier. D'après ces estimations, **les capacités en formation actuelles devraient globalement permettre de répondre à cette hausse des besoins, à l'exception notable des AES « à domicile ».** Cependant **c'est la question de l'attractivité de ces formations qui se pose aujourd'hui avec le plus d'acuité** (en particulier pour le DEAES « à domicile » et le DEAS). De même, les difficultés de recrutement actuelles viennent davantage du manque d'attractivité du secteur que du manque de professionnels. **La valorisation des métiers et du secteur** (salaires, conditions de travail, perspectives d'évolution...) **semble être le principal levier pour assurer l'adéquation entre les effectifs de formés et les besoins en emploi.**

Remerciements

Défi métiers remercie les participants aux ateliers de travail sur les projections en emploi ainsi que les membres du comité technique d'experts qui ont permis, par la qualité et la pertinence de leurs échanges, d'enrichir notre vision du champ d'étude et d'éprouver nos hypothèses de travail. Etaient notamment représentées les organisations suivantes : le Conseil régional d'Ile-de-France, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) d'Ile-de-France, Pôle Emploi, la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) d'Ile-de-France, l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, la Fédération française des services à la personne et de proximité (Fedesap) la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), la Fédération des entreprises du service aux particuliers (Fesp), la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération des particuliers employeurs de France (Fepem), l'Union régionale des professionnels de santé, l'Association Nationale pour la Formation des personnels Hospitaliers d'Ile-de-France (ANFH), le Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Agées (Synerpa), Géron'd'if, Ipéria, l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), Actalians, Unifaf, Uniformation, l'Union nationale des aides à domicile en milieu rural (UNADMR), l'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uriopss) Ile-de-France, ainsi que les représentants des Conseils départementaux franciliens de Paris, de Seine et Marne, du Val-de-Marne, de Seine-Saint-Denis et du Val d'Oise. Nous remercions également les organismes de formation qui ont participé à nos ateliers dédiés aux questions des formations : Institut de formation en ergothérapie (IFE) de l'UPEC, Institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) - EFOM Boris Dolto Masseur-Kinésithérapeute, Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) - Croix Rouge Française Paris, Institut Supérieur de Rééducation en Psychomotricité (ISRP), Institut de formation en psychomotricité (IFP) - Ecole du Centre Hospitalier Intercommunal De Meulan Les Mureaux, IFP - Pitié Salpêtrière - Sorbonne Université, Institut du centre hospitalier du sud-francilien (CHSF), Lycée professionnel Hélène Boucher, Ecole de La Croix Rouge Française Romainville, IFSI et Institut de formation des aides-soignants (IFAS) du Centre Hospitalier Saint Joseph, Assisteal Formation, Institut de Recherche et de Formation à l'Action Sociale de l'Essonne (IRFASE) et Animation 93 et 94.

Défi métiers remercie également vivement l'ensemble des personnes qui ont accepté de participer à cette étude lors d'entretiens individuels ou collectifs, pour leur disponibilité et leur implication : directeurs d'établissement, médecins gériatres, responsables de ressources humaines, responsables de secteurs, responsables de services, représentants d'organismes de formation et représentants de branche et fédérations professionnelles, acteurs de l'innovation et de la recherche dans le domaine des gérontechnologies, ainsi que les services des Conseils départementaux franciliens, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de l'ARS.

Introduction

1. Contexte et enjeux

a) Demande de la Région

La Direction des formations sanitaires et sociales de la Région Ile-de-France a commandité à Défi métiers la réalisation d'une étude sur la « Silver économie ». L'objectif est d'analyser l'impact du développement de la Silver économie sur les emplois des professionnels du sanitaire et social, tant du point de vue du volume d'emplois que des savoirs et savoir-faire nécessaires pour occuper ces emplois.

La Région pilote les vingt-neuf formations sociales et paramédicales transférées par le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2004. Ces diplômes d'Etat sont donc au cœur de ses interrogations. Toutefois, afin d'avoir une vision plus complète des professionnels, le commanditaire souhaite ouvrir cette réflexion aux emplois occupés par l'ensemble des titulaires de diplômes de la spécialité « sanitaire et sociale », quel que soit le certificateur (Éducation nationale, Ministère du Travail, Ministère de l'Agriculture...).

L'étude s'inscrit dans le cadre du suivi du schéma régional des formations sanitaires et sociales 2016-2022. Au terme de celle-ci, **il s'agira de bénéficier d'un panorama des métiers et secteurs impactés par le développement de la Silver économie et du vieillissement de la population** et d'obtenir **une mesure des besoins en volume** des principaux métiers du sanitaire et social dans les secteurs d'activité les plus touchés par ce développement à moyen terme. Il s'agira également de **repérer les capacités nouvelles, générées par la Silver économie et le vieillissement de la population, nécessaires pour occuper ces emplois**. L'objectif est de permettre aux instances décisionnelles régionales de disposer des éléments de réflexion nécessaires à la mise en relation entre offres de formation et besoins en emploi.

b) Le vieillissement de la population

L'augmentation de l'espérance de vie et l'arrivée des baby-boomers à des âges élevés font mécaniquement augmenter le nombre et le poids des personnes âgées au sein de notre société. Le vieillissement de la population représente alors un enjeu démographique, social et économique pour l'ensemble du territoire national. L'Ile-de-France est considérée comme une région « jeune ». C'est en effet une région attractive pour les jeunes actifs et que les Franciliens quittent plus volontiers au moment de la retraite (par phénomène d'héliotropisme notamment). Toutefois, elle est également concernée par la problématique du vieillissement : l'âge moyen des habitants passerait de 37,4 ans en 2013 à 41,7 ans en 2050¹. La part des Franciliens de plus de 65 ans représenterait alors 22% de la population en 2050 (2,9 millions de Franciliens) contre seulement 13% en 2013 (1,6 million de Franciliens) selon le scénario central de l'Insee². Le « ratio de dépendance économique³ », soit le nombre de personnes de plus de 65 ans rapporté au nombre de personnes en âge de travailler, devrait ainsi passer de 28% en 2013 à 46% en 2050. Il faut ajouter que l'espérance de vie en bonne santé à la naissance reste stable depuis une dizaine d'année. Cependant l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans a augmenté de près d'un an durant la même période.

En 2050, la part des Franciliens de plus de 65 ans représenterait 22% de la population (2,9 millions de Franciliens) contre seulement 13% en 2013 (1,6 million de Franciliens)

Ces dynamiques démographiques, connues et prévisibles, entraînent de nombreuses interrogations sur l'évolution des besoins en emploi et en formation des professionnels du sanitaire et social dans les années

¹ PONCELET Thomas, TRIGANO Lauren, « Même vieillissante, l'Ile-de-France resterait la région la plus jeune de France métropolitaine en 2050 », Insee Analyses Ile-de-France, n°62 – Juin 2017, 4p.

² Idem

³ BERNARD Claire, HALLAL Sanaa et NICOLAÏ Jean-Paul, La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France, rapport du Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective, décembre 2013, Préface d'Arnaud Montebourg et Michèle Delaunay

à venir, tant du point de vue des besoins en volume de professionnels, que de l'évolution des métiers et des compétences mobilisées dans leur exercice.

c) La Silver Economie, une économie transverse tournée vers les « seniors »

Au-delà de l'importance démographique que prennent et prendront de plus en plus les personnes de plus de 65 ans, c'est le **poids économique**⁴ de celles-ci qui ouvre de nouvelles perspectives. Cette augmentation du nombre de personnes âgées et de leur poids économique associée au développement des technologies du numérique, laisse en effet entrevoir des possibilités de croissance économique, de développement de nouvelles activités et un accroissement des besoins en personnels adaptés dans de nombreux secteurs d'activités : les services à la personne, les soins, l'aide à domicile, les loisirs, le bâtiment, etc. La « **Silver économie**⁵ » **recoupe l'ensemble des activités économiques dont les « seniors » sont la cible principale. La catégorie des « seniors », floue et hétérogène, regroupe l'ensemble de la population dite « âgée » (population dont l'âge minimal peut varier et commencer à 55, 60, 65 ou 75 ans selon les définitions, les contextes et les objectifs). La Silver Economie a par conséquent une cible principale hétérogène par son âge mais également par son état de santé et son autonomie et donc par ses attentes et besoins en termes de biens et de services.** Enfin, elle cible également de manière connexe les proches des personnes âgées et les professionnels intervenant auprès d'elles, à qui elle apporte de nouvelles solutions dans la prise en charge et l'intervention.

Cette économie concerne de fait toutes sortes d'activités (technologies, produits de consommation, services) déployées en direction des « seniors » ou des « personnes âgées ». Ainsi, la Silver économie ne concerne pas uniquement les biens et services du secteur sanitaire et médico-social, mais peut également intéresser d'autres secteurs.

La Silver économie comporte ainsi plusieurs versants :

- 1. Le développement de biens et services** ciblant spécifiquement les personnes âgées ou les « seniors », en bonne santé ou non, en tant que « marché de niche », et qui peut concerner tous les secteurs d'activités (l'urbanisme, le BTP⁶, les loisirs, le tourisme, la grande distribution, etc). Par exemple, le tourisme ou l'aménagement du domicile peuvent être déclinés à destination de cette catégorie de la population.
- 2. Le développement des services et de l'accompagnement médico-social destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie ou aux personnes âgées dépendantes** (Ehpad, services à domicile), dans le but d'améliorer ou de maintenir leur état de santé et leur qualité de vie.
- 3. Le développement des technologies du numérique et de l'Internet** à destination des personnes âgées et du personnel sanitaire et médico-social, désignés sous le terme de **gérontechnologies**, apportant des solutions techniques à des problématiques liées au grand âge, à leur santé, et au « bien vieillir » (domotique, télé-médecine, télé-assistance, robotique, application sur smartphone, etc.)

Nous nous intéresserons plus particulièrement aux deux derniers versants de la Silver économie au cours de cette étude et leurs impacts sur les besoins en emploi et en formation sur les personnels du sanitaire et social.

⁴ S'il existe d'importantes disparités intra-régionales, c'est en Ile-de-France que le montant de la retraite moyenne est le plus élevé, atteignant 1 933 euros brut contre une moyenne nationale de 1 570 euros brut. BEAUVOIR Rémi, « En Île-de France, les retraités perçoivent une pension supérieure de 23 % à la moyenne nationale », *Études et Résultats*, DREES, n°1023, septembre 2017, 4p.

⁵ Silver est un mot anglais signifiant « argent » qui fonctionne par métonymie avec la couleur argentée des cheveux des personnes âgées. La Silver économie pourrait alors se traduire en français par « l'économie des cheveux argentés ». On gardera ici l'anglicisme largement compris et installée dans le langage des acteurs des différents secteurs d'activités rencontrés.

⁶ Notamment via l'adaptation des logements, du mobilier urbain, etc. Voir à ce sujet : LABORDE Caroline, GRUDZIEN Caroline, *Vieillir chez soi : Enjeux de santé dans l'adaptation des logements*, Rapport Observatoire régional de santé Île-de-France, 2016, 84p.

2. Déroulé de l'étude

Afin de mener à bien ces objectifs, cette étude s'est déroulée en trois étapes distinctes.

Une première étape aboutissant sur un rapport intermédiaire nous a permis de compiler les **éléments de cadrage** sur les professionnels du sanitaire et social des différents secteurs d'activités médico-sociales les plus impactés par le vieillissement de la population et par le développement de la Silver économie. Dans cette optique, nous avons utilisé l'ensemble des bases de données permettant d'avoir un état des lieux du secteur et une vision de ses dynamiques. Nous avons également compilé les éléments documentaires permettant de cerner les évolutions attendues sur les pratiques des professionnels du sanitaire et social. Il s'agissait en outre d'explorer les possibilités de développement de la Silver économie, ses attendus économiques et techniques, ses conséquences sur les différents secteurs d'activités, ainsi que les évolutions des besoins de la population, pour prendre l'entière mesure des mutations en cours. Cette première phase nous a également aidés à affiner la délimitation du champ d'analyse.

Une seconde phase qualitative nous a permis de confronter nos hypothèses précédentes aux expertises opérationnelles de professionnels du secteur (directeurs d'établissements, médecins, cadres de santé, RH), d'acteurs institutionnels ou de branche. De cette phase sont ressorties des conclusions confirmant nos hypothèses ou en amenant de nouvelles.

Enfin, une dernière phase a été réalisée, et vient compléter ce rapport, au cours de laquelle nous avons effectué des projections permettant de construire plusieurs scénarii d'évolution portant sur les variations des volumes d'emploi et des besoins en formation.

Après un volet méthodologique portant sur la justification et l'analyse des choix effectués quant à la délimitation du périmètre de l'étude, nous présenterons le secteur dans une première partie, à travers ses structures et ses professionnels. La deuxième partie du rapport sera consacrée aux évolutions du secteur et leurs impacts en termes de besoins en emploi. Enfin, une troisième partie « emploi-formation » sera consacrée à l'alimentation des métiers du secteur et les besoins en formation identifiés.

1. Délimitation du périmètre de l'étude

Comme nous l'avons vu en introduction, le développement de la Silver économie s'appuie sur l'augmentation du nombre de personnes âgées au sein de la population, dû à la baisse de la mortalité et à l'avancée en âge des baby-boomers. Si les impacts de cette évolution sont pluridimensionnels (posant des questions d'ordre démographique, sociétal ou encore éthique), le développement de la Silver Economie en est la transposition sur le plan économique. De ce point de vue économique, les personnes âgées sont considérées comme un segment de marché en expansion, qu'il convient de conquérir et dont il faut combler les besoins, voire en créer de nouveaux.

Cependant, cette population que l'on va regrouper sous l'appellation de « personnes âgées » ne forme pas une catégorie monolithique. Elles peuvent être schématiquement divisées en trois catégories⁷ : les seniors dits « actifs » (en emploi ou retraités), sans problématique de dépendance ; les personnes ressentant les premiers inconvénients de l'âge, sans perte d'autonomie mais avec des limitations de leurs activités ; puis les personnes âgées dépendantes. Ces trois temps de la vieillesse peuvent intervenir à des âges différents selon les individus, voire ne pas intervenir du tout, certaines personnes pouvant être des seniors « actifs » jusqu'à leur décès. Les entreprises ou les organismes de la Silver économie peuvent s'adresser à l'ensemble de ces catégories, ou à l'une d'entre elles suivant qu'ils chercheront à développer là des sites de rencontre ou des croisières pour jeunes retraités, ici des revêtements de douches antidérapants ou des systèmes de géolocalisation pour personnes atteintes d'Alzheimer. **Le champ de la Silver économie est donc, par définition, très vaste.** Cette commande de la Région s'inscrivant dans le cadre du suivi du schéma régional des formations sanitaires et sociales 2016-2022, **nous avons restreint notre étude aux activités mobilisant des professionnels du sanitaire et social.**

Cette étude s'inscrivant dans le cadre du suivi du schéma régional des formations sanitaires et sociales 2016-2022, elle se concentre sur les activités mobilisant des professionnels du sanitaire et social

Afin de circonscrire notre champ d'étude, nous avons mesuré dans un premier temps, à l'aide du recensement de la population de l'Insee, la présence de professionnels du sanitaire et social⁸ dans tous les secteurs d'activité économique⁹ d'Ile-de-France. Nous avons considéré leur présence comme conséquente si, pour au moins un des métiers du sanitaire et social, les emplois dans ce secteur pesaient 5% ou plus des emplois du métier tous secteurs confondus.

A l'issue de cette observation, l'ensemble des secteurs d'activité a été divisé en 3 catégories (voir schéma suivant), selon d'une part, l'importance de la présence de personnels du sanitaire et social et d'autre part, l'importance des personnes âgées comme « marchés » ou « clientèles » pour le secteur d'activité lui-même :

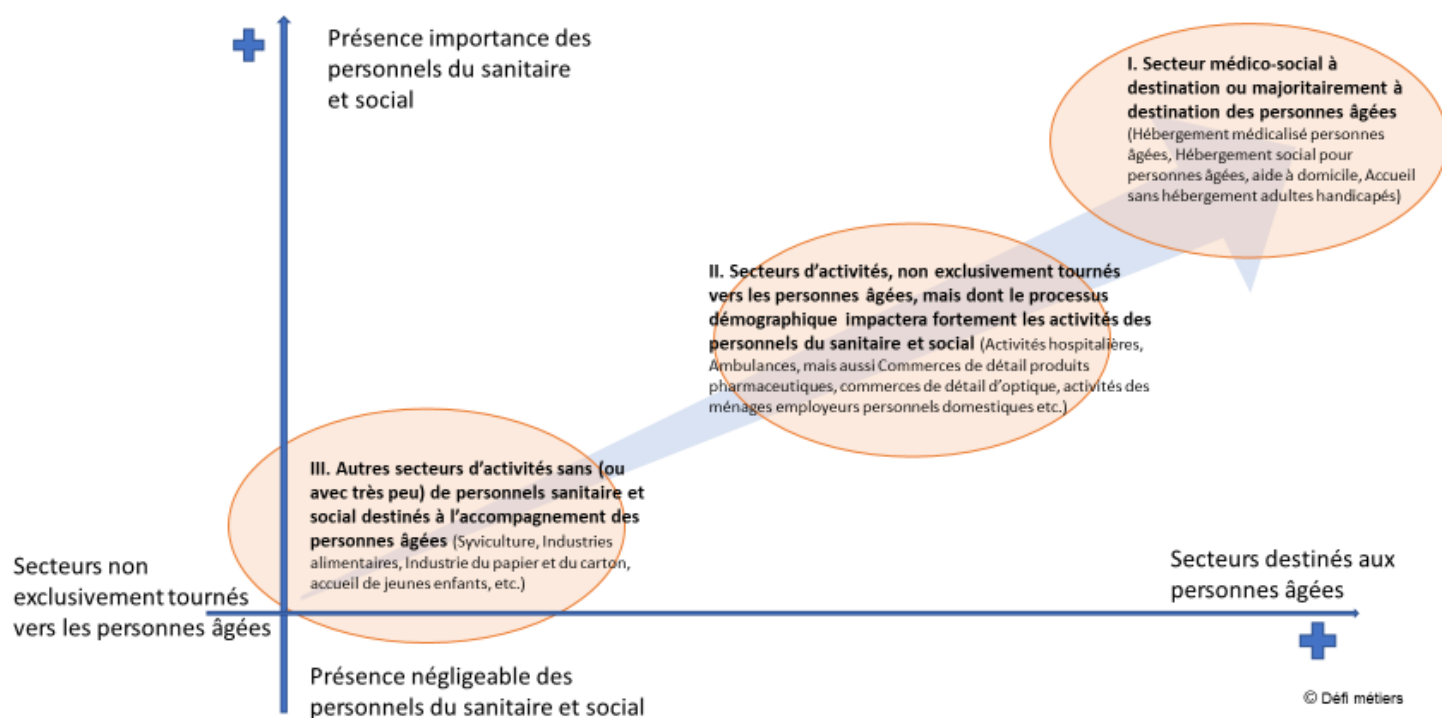
- I - Les secteurs d'activités avec beaucoup de personnels du sanitaire et social, dont les activités sont explicitement ou majoritairement tournées vers les personnes âgées.
- II - Les secteurs d'activités avec beaucoup de personnels du sanitaire et social, mais pour lesquels on ne peut pas distinguer statistiquement les personnels en contact avec des personnes âgées, car non tournés exclusivement vers ce segment de population.
- III - Les secteurs d'activités qui comptent peu de personnels du sanitaire et social ou tournés vers des segments de population autres que celle des personnes âgées.

⁷ BROUSSY Luc, L'adaptation de la société au vieillissement de sa population, France : année zéro !, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Janvier 2013, p.13

⁸ A l'exclusion des personnels du sanitaire et social qui, par définition, sont en contact avec d'autres catégories de population (filrière de la petite enfance et éducateurs techniques spécialisés). Les autres personnels du sanitaire et social, quels qu'ils soient (éducateurs spécialisés dans des établissements pour personnes handicapées ou conseillers en économie sociale dans des centres sociaux, etc.) sont considérés comme pouvant être impactés dans leurs fonctions et missions aux conséquences du vieillissement de la population. Voir liste des métiers du sanitaire et social en annexe.

⁹ Selon la Nomenclature d'activités française en 732 catégories (Naf 732).

Figure 1 : Typologie des différents secteurs d'activités utilisée dans cette étude



Les secteurs de niveau III sont potentiellement impactés par la Silver économie (bâtiment, tourisme, etc.) mais ne comptent pas ou très peu de personnels du sanitaire et social. Cette catégorie, bien que pouvant être intéressante à considérer dans une étude plus large sur les impacts de la Silver économie sur l'ensemble de l'économie, ne sera pas investiguée dans cette étude. En effet, ces secteurs n'ont qu'un faible impact sur les personnels du sanitaire et social destinés à l'accompagnement des personnes âgées. Nous avons également placé dans cette catégorie les secteurs médico-sociaux qui ne sont pas, du fait de leur activité, impactés par le vieillissement de la population ou le développement de la Silver économie. C'est le cas par exemple du secteur de l'accueil de jeunes enfants.

Les secteurs de niveau II sont les secteurs dans lesquels nous retrouvons un nombre important de personnels du sanitaire et social, mais dont les activités ne sont pas exclusivement tournées vers les personnes âgées. Citons par exemple les activités hospitalières ou du transport, qui feront l'objet d'une attention particulière. Cependant, ces activités ne seront pas au cœur de notre étude, du fait de la difficulté d'identifier statistiquement les personnels en contact avec les personnes âgées ou dont les fonctions seraient directement impactées par les processus démographique et technologique en cours.

Les secteurs d'activités de niveau I, explicitement ou majoritairement à destination des personnes âgées (dépendantes ou en perte d'autonomie), seront au cœur de notre étude. Ils sont au nombre de quatre :

- 8810A : Aide à domicile
- 8810B : Accueil sans hébergement adultes handicapés (accueil de jour des personnes âgées)
- 8730A : Hébergement social pour personnes âgées (Résidence autonomie, Ehpa)
- 8710A : Hébergement médicalisé personnes âgées (Ehpad)

Ces secteurs d'activité de niveau I, lorsqu'ils seront évoqués comme un ensemble, seront nommés « secteur médico-social pour personnes âgées » dans le reste du document.

Au sein de cet ensemble s'est dégagé, du fait de leur importance numérique, un certain nombre de professions. Elles semblent caractéristiques des activités d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées. Il s'agit des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile, des agents de services hospitaliers (ASH), des aides médico-psychologiques (AMP), des professionnels de la rééducation (ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes), des cadres infirmiers et cadres socio-éducatifs. Ces professions feront l'objet de notre attention au cours des différentes phases de cette étude.

Avant d'étudier de façon approfondie les secteurs d'activité de niveau I, il nous est apparu nécessaire de présenter rapidement les secteurs de niveau II dont les activités ne sont pas exclusivement tournées vers

les personnes âgées, mais dont, on va le voir, certains établissements ou services seront investigués dans l'analyse qualitative du fait de leur proximité avec notre champ.

2. Les secteurs non dédiés aux personnes âgées

La catégorie des secteurs d'activités non exclusivement destinés aux personnes âgées mais ayant une proportion importante de professionnels du sanitaire et social (niveau II) représente, en Ile-de-France, **plus de 822 000 professionnels dont près de 225 000 professionnels du sanitaire et social potentiellement amenés à travailler pour ou auprès de personnes âgées** à des degrés divers. Parmi ces derniers, on dénombre **152 000 professionnels du soin** (infirmiers et aides-soignants), **de la rééducation** (kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes) **ou de l'aide à la vie quotidienne** (ASH, AMP, aides à domicile).

Hors des établissements médico-sociaux explicitement tournés vers les personnes âgées, d'autres secteurs d'activités sont et seront impactés par le vieillissement de la population et le développement des gérontechnologies

Ces établissements n'étant pas tournés spécifiquement vers les personnes âgées, nous ne pouvons pas approcher statistiquement leurs activités ou les professionnels directement impliqués auprès des personnes âgées. Cependant, le poids des métiers du sanitaire et social dans ces structures justifie que l'on interroge les dynamiques qui les concernent. De fait, leurs activités économiques, bien que très diverses, seront impactées, à différents degrés, par le

vieillesse de la population et pourraient l'être également, au même titre que des secteurs plus spécifiquement dédiés aux personnes âgées, par les évolutions technologiques en cours.

a) Commerce ou production de produits paramédicaux ou pharmacologiques

- **Secteurs d'activités concernés : Fabrication de matériel médico-chirurgical et dentaire ; Commerce détail produits pharmaceutiques en magasin ; Commerce de détail d'articles médicaux orthopédiques en magasin ; Commerce de détail d'optique¹⁰**

Si ces secteurs concernent plus de 15 500 professionnels du sanitaire et social (41% des professionnels du secteur), ils ne comptent que très peu de personnels du soin, de la rééducation ou de l'accompagnement à la vie quotidienne. En effet, ces activités sont plutôt réalisées par des opticiens audioprothésistes (plus de 5 600), par des « autres spécialistes de l'appareillage médical » (près de 2 000) et des préparateurs en pharmacies (près de 7 000).

Le Commerce de détail d'articles médicaux et orthopédiques en magasin spécialisé et le commerce de détail d'optique (les opticiens) sont des activités relativement dynamiques. L'impact du vieillissement de la population sur ces activités est vraisemblablement non négligeable, dans la mesure où la prévalence de problèmes oculaires augmente avec l'âge¹¹, de même que les problèmes orthopédiques (prothèses et autres). Si ces commerces peuvent être concurrencés à la marge par les magasins low cost sur Internet par exemple, les besoins de la population semblent bien être en hausse.

Concernant les pharmacies, leurs effectifs sont en légère baisse. Là aussi, ce secteur peut faire face à une certaine concurrence de la part de la vente en ligne, sur les produits de parapharmacie en particulier. Par ailleurs, depuis quelques années, la question de la vente des médicaments délivrables sans ordonnance par les grandes surfaces s'amplifie.

¹⁰ Voir les tableaux des effectifs en annexe

¹¹ « Les atteintes de la vision se généralisent avec l'âge : moins de la moitié des 15-34 ans en déclarent contre près de 95 % des personnes de 55 ans ou plus. », L'état de santé de la population en France, rapport 2017, Drees, 2017, p.322

La fabrication de matériel médicochirurgical dentaire concerne peu les métiers du soin, de la rééducation ou de l'accompagnement à la vie quotidienne. Par ailleurs, ses effectifs sont en baisse, compte tenu sans doute de la possibilité de délocalisation de ce type de fabrication.

b) Les activités liées à la santé

- **Activités hospitalières ; Activité des médecins généralistes ; Pratique dentaire ; Ambulances ; Laboratoires d'analyses médicales ; Activité des infirmiers et sages-femmes ; Activités des professionnels de la rééducation, de l'appareillage et des pédicure-podologues ; Activités de santé humaine non classées ailleurs**¹²

Les activités hospitalières, dans lesquelles on retrouve les unités de soins de longue durée – USLD (voir encadré ci-dessous), concernent plus de 117 000 professionnels du sanitaire et social qui seraient susceptibles d'être au contact des personnes âgées (55% des professionnels du secteur). Parmi ceux-ci, les deux tiers sont des professionnels du soin (infirmiers et aides-soignants). Le nombre des professionnels du secteur est stable ces 5 dernières années, avec une légère hausse cependant des personnels du soin (+2%) et une baisse plus marquée des personnels de rééducation (-6%) et de l'accompagnement à la vie quotidienne (-11%). On peut voir dans ces chiffres les effets conjugués de la politique de réduction des temps de séjours à l'hôpital, de l'amélioration des politiques de préventions et du virage ambulatoire (qui implique une externalisation de certaines activités aux établissements médico-sociaux et au secteur libéral)¹³.

La hausse du nombre des personnels du soin et la baisse des personnels de type ASH peut également s'expliquer par une modification de la politique de recrutement de l'AP-HP notamment (qui est l'un des principaux recruteurs francilien) comme rapportés par

des responsables de l'AP-HP. En effet, après avoir recruté longtemps des ASH, non diplômés, avant de les accompagner et inciter à se former en tant qu'AS, la politique RH de l'AP-HP se tourne plutôt désormais vers un recrutement d'AS directement formés et opérationnels. Cependant, si cette politique RH permet de maintenir une qualité de formation des personnels en poste, elle peut à terme concourir à limiter le nombre de futurs AS, et d'une certaine façon alimenter des pénuries à venir.

« On peine à remplir la formation d'AS, et on n'est pas les seuls. Depuis 3-4 ans nous avons cette difficulté. Nous avons une autorisation d'accueil de 600 AS, et on n'en remplit pas la moitié. Nous n'avons plus le vivier des ASH qui suivaient la formation d'AS dans une optique d'évolution de carrière. »
(Responsable de l'AP-HP, à propos de la formation AS proposée par l'AP-HP)

Les dynamiques technologiques et législatives concourent également à accentuer la réduction des temps de séjours à l'hôpital, et donc à limiter les besoins en personnels. On citera notamment l'article 54 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale de 2018 qui permet le remboursement des actes de téléconsultation ou de télé-expertise par l'assurance maladie.

Certaines structures ou services appartenant au secteur des activités hospitalières sont, de fait, essentiellement ou en grande partie tournées vers les personnes âgées, à l'image des USLD, UGA ou SSR¹⁴. En raison de l'impossibilité de distinguer statistiquement ces structures au sein des autres activités hospitalières du fait des nomenclatures usitées, elles n'ont pu être analysées quantitativement. Afin de compenser ce manque, des employeurs ou responsables de certaines de ces structures ont pu être interrogés par nos soins, afin d'aboutir à une perception plus fine des besoins en emplois et en formation des professionnels du sanitaire et social qui se destineraient à l'accompagnement des personnes âgées.

¹² Voir les tableaux des effectifs en annexe

¹³ GONNARD Sophie, PARDINI Béatrice, L'emploi et la formation des infirmiers franciliens, Rapport d'étude, Défi métiers, octobre 2016, 95p.

¹⁴ Voir encadré suivant

USLD, UGA, SSR : des activités hospitalières tournées vers les personnes âgées, mais difficilement analysables quantitativement

Les Unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures adossées à des hôpitaux qui hébergent et prennent en charge les soins des personnes¹⁵ ayant perdu leur autonomie et nécessitant une surveillance médicale constante. Au nombre de 596¹⁶ dans la France entière (pour près de 34 000 places et près de 35 000 personnels en équivalent temps plein) en 2015, elles ont vu leur nombre diminuer depuis la mise en place du référentiel PATHOS (2007), évaluant les besoins en soins médico-techniques des patients. Celui-ci a entraîné une **conversion importante d'USLD en EHPAD** (41 000 places, soit 56% pour la France entière), pour celles dont l'activité relevait davantage de la prise en charge de la dépendance¹⁷ que des soins.

En 2015, on compte 54 USLD en Ile-de-France totalisant 6 460 places. Parmi les différents types d'établissement, les USLD sont destinées aux personnes âgées **nécessitant le plus de soins** (40% de GIR 1 qui correspond au plus haut niveau de dépendance). Il faut souligner que 80% des sorties se font pour causes de décès et que les séjours y sont plus courts qu'en Ehpad. « La moitié des personnes sorties d'USLD sont restées moins de six mois dans l'établissement¹⁸ » contre deux ans en Ehpad pour les hommes et deux ans et neuf mois pour les femmes. **Cette spécificité explique leur taux d'encadrement** de 103 équivalents temps plein (ETP) pour 100 places installées (contre 63 en EHPAD) ou **la prédominance du personnel paramédical**, des soignants et psychologues en leur sein, représentant 70% du personnel (avec une majorité d'aides-soignantes), contre 45% pour les EHPAD (56% pour les EHPAD publics hospitaliers).

Les Unités de Gériatrie Aiguë (UGA) accueillent, au sein des structures hospitalières, des patients de plus de 75 ans, polypathologiques ou ne relevant pas d'un service de spécialité. L'accueil dans ces unités de court séjour se fait directement sur UMT (« Urgence Médecin traitant ») ou à partir du Service Admission Urgences (SAU) de l'hôpital.

Les structures exerçant des **activités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)** ont pour mission d'assurer la rééducation, réadaptation et réinsertion de patients consécutive à une perte de capacités (due à un AVC ou une maladie chronique par exemple). En 2017, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation recensait¹⁹ 1 646 établissements de SSR en France (dont 52% exerçant uniquement ces activités) et 184 en Ile-de-France pour environ un million de patients pris en charges au niveau national, dont 382 000 avaient 80 ans ou plus.

Les données du recensement de la population ne nous permettent pas de distinguer le personnel de ces structures de celui de l'ensemble des activités hospitalières. Aussi, il ne nous est guère possible d'en faire une analyse quantitative plus poussée.

Toujours dans le domaine très large de la santé humaine, **le secteur d'activité des ambulances voit le nombre de ses professionnels augmenter entre 2010 et 2015 de 6%**. L'impact du vieillissement de la population sur cette hausse est structurel (le développement des hospitalisations et hébergements de jour, de l'hospitalisation à domicile et de la médecine ambulatoire par exemple, augmente les déplacements) bien qu'il risque d'être contrebalancé par une réduction du budget des établissements de santé alloué au secteur²⁰. Ce secteur concerne principalement des ambulanciers (près de 4 000 personnes en Ile-de-France, soit 71% des effectifs), et le nombre de professionnels des métiers du soin, de la rééducation ou de l'accompagnement à la vie quotidienne y est relativement faible (moins de 200).

¹⁵ Si théoriquement les USLD ne sont plus exclusivement destinées aux personnes âgées, un rapport de l'IGAS souligne que seuls 3% des patients y ont moins de 60 ans (« Les unités de soins de longue durée (USLD) », 2016, p.3)

¹⁶ MULLER Marianne, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Les dossiers de la DREES*, DREES, n°20, septembre 2017, pp.5-13

¹⁷ Dichotomie dont la frontière semble difficile à appréhender comme le souligne le rapport de l'IGAS (p.45)

¹⁸ MULLER Marianne, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Etudes et Résultats*, DREES, N°1015, Juillet 2017, p.7

¹⁹ Chiffres issus du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information 2017, traitement ATIH

²⁰ Sur ce secteur, voir les rapports de KPMG pour l'Observatoire du Transport Sanitaire (2016) et de Xerfi pour la Fédération nationale des Transporteurs sanitaires (2016)

Les activités libérales semblent bénéficier d'un dynamisme certain. Les activités des infirmiers et sages-femmes (plus de 10 000 personnes), des professionnels de la rééducation (plus de 15 600) et des professionnels de santé « non classé ailleurs » - psychothérapeutes, psychologues, sophrologues, rebouteux, etc. – (plus de 8 000) voient leurs effectifs s'accroître notablement sur la période 2010/2015. Les effectifs du secteur des « Pratiques dentaires » sont également en hausse (+6%). En revanche ceux des activités des médecins généralistes sont en régression sur la période (-7%) tout comme le secteur des laboratoires d'analyse médicale (-6%).

Ces professionnels devront prendre en compte les effets du vieillissement de la population sur leurs activités (avec le vieillissement de la population, la part des seniors parmi leur patientèle tend à augmenter). Ils sont également concernés, mais de façon inégale, par le développement des nouvelles technologies du numérique et (surtout) des gérontechnologies²¹. Ces gérontechnologies et l'impact de celles-ci sur les pratiques des métiers que l'on retrouve dans les secteurs médico-sociaux à destination des personnes âgées seront détaillés plus loin dans ce rapport.

c) Les activités sociales et médico-sociales non exclusivement tournées vers les personnes âgées :

- **Hébergement médicalisé pour adultes handicapés ; Hébergement social pour personnes handicapées malades mentales ; Hébergement social pour adultes et familles en difficulté ; Aide par le travail ; Action sociale sans hébergement non classé ailleurs**²²

Le personnel des établissements médico-sociaux non exclusivement tournés vers les personnes âgées comptent plus de 28 000 professionnels du sanitaire et social susceptibles d'être malgré tout en contact avec des personnes âgées (37% des professionnels). En effet, le vieillissement de la population impacte de façon relativement importante les secteurs du handicap²³ comme ceux de l'action sociale. Ces secteurs d'activité s'adressent à des populations d'utilisateurs de plus en plus vieillissantes dont les pathologies associées à leur âge viennent s'ajouter à d'autres problématiques (handicap, problématique sociale, toxicomanie, etc. suivant le secteur d'activité). Un rapport de l'IGAS²⁴ souligne que les risques consécutifs au vieillissement (exclusion, rupture dans le parcours, aggravation de l'état de santé) sont plus importants pour les personnes handicapées. Les structures spécialisées (ESAT, Entreprises adaptées, MAS, FAM) doivent dorénavant prendre cette problématique du vieillissement en compte, tout en privilégiant quand cela est possible la continuité des parcours, nécessitant l'emploi de professionnels du sanitaire et social spécialisés sur les problématiques des personnes âgées. D'autre part, la baisse des revenus consécutive au départ à la retraite, avec un taux de remplacement médian du salaire par la retraite en diminution (passant de 80% pour la « génération » 1936 à 75% pour la 1946)²⁵ peut également entraîner une paupérisation des retraités (notamment de ceux ayant déjà des revenus modestes en emploi ou une retraite incomplète). Concomitamment à cette paupérisation, les besoins en termes d'intervention sociale pour cette catégorie de la population pourraient augmenter (besoin renforcé par l'exclusion sociale dont souffrent particulièrement les seniors).

Dans les années à venir, une large frange du travail social devra encore accroître la prise en compte des problématiques liées au vieillissement de la population

Par ailleurs, un rapport de l'IAU IDF²⁶ souligne, malgré une hausse globale de leurs conditions de vie, un accroissement des inégalités entre les seniors franciliens (notamment entre les différents départements) ainsi qu'une surreprésentation des ménages âgés pauvres dans le parc social. L'isolement des seniors est par ailleurs accru par les problèmes de santé et de dépendances²⁷, ces derniers venant ainsi renforcer l'exclusion de publics déjà en grande difficulté. Ainsi, dans les années à venir, une large frange du travail

²¹ Voir notamment : GUCHER Catherine, REVIL Hélène, MOLLIER Annie, BENOIT Anne-Marie, *Les technologies de l'autonomie et de la santé : entre progrès et régressions*, Rapport de recherche, SFR santé société, 2014, 2014p.

²² Voir les tableaux des effectifs en annexe

²³ LE FLOCH Mathieu et PARDINI Béatrice, *Accompagnement des personnes handicapées en Ile-de-France : impact des mutations sur les besoins en professionnels*, Rapport d'étude Défi métiers, mai 2018, 100p.

²⁴ IGAS, « L'avancée en âge des personnes handicapées, contribution à la réflexion », 2013

²⁵ SENGHOR, Hady, « Le taux de remplacement du salaire par la retraite diminue au fil des générations », Etudes & Résultats n°926, DREES, juillet 2015, p.4.

²⁶ GOIN, M. et SAGOT, M. « Vieillesse et inégalités, les disparités traversent les âges », rapport IAU IDF, février 2018

²⁷ BULTEZ, Jean-Pierre « Isolement et exclusion dans le vieillissement », Economie & Humanisme n°374, octobre 2005, p.37

social devra encore accroître les problématiques liées au vieillissement de la population (et donc concerner la Silver économie et ses emplois) à leurs préoccupations actuelles.

d) Dans les « Autres secteurs d'activités » :

- **Administration publique générale ; Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire ; Entretien corporel²⁸ ; Activité des ménages en tant qu'employeurs de personnel domestique ; Location de logement²⁹**

Dans ces « autres secteurs d'activités » identifiés, les professionnels du sanitaire et social susceptibles d'être en contact avec les personnes âgées représentent un volume nettement plus faible que dans les secteurs précédents. Ils sont un peu plus de 22 000, et représentent 5% des professionnels de l'ensemble de ces secteurs d'activités.

Dans l'administration publique générale ou la location de logement, les professionnels du sanitaire et social sont essentiellement des travailleurs sociaux (Conseiller en économie social et familiale ou assistant social). On notera cependant la présence de plus de 2 000 personnels du soin et 4 600 personnels de l'accompagnement à la vie quotidienne dans le secteur de l'administration publique générale. Ces effectifs sont stables dans ce secteur. Dans la location de logement, si l'ensemble des effectifs est en augmentation, ceux du sanitaire et social sont faibles et en baisse sur la période 2010/2015.

Les effectifs des structures des activités des ménages employeurs concernent un certain nombre de personnels aidant des personnes âgées à leur domicile. **Plus de 4 000 professionnels de l'accompagnement à la vie quotidienne (AMP, ASH, aides à domicile) travaillent dans ce secteur en Ile-de-France**, sans pour autant qu'on puisse y distinguer les personnes travaillant exclusivement ou non auprès des personnes âgées. Cependant ces effectifs sont en baisse dans la période récente (-9%). Cette évolution peut être mise en regard de l'augmentation des effectifs dans les services d'aides à domicile, et pourrait être le résultat d'une institutionnalisation de ces personnels au sein des structures d'aides à domicile. En effet le nombre d'heures effectuées par ce type de personnel en mode prestataire augmente alors que les heures rémunérées par des particuliers ou en mode mandataire sont en baisse³⁰. Nous reviendrons plus en détail sur ces questions lorsque nous aborderons la thématique des emplois du secteur de l'aide à domicile plus loin dans ce rapport.

Les activités des « autres organisations à adhésion volontaires » incluent des associations culturelles ou militantes, des clubs aux buts divers. Il est difficile de dissocier les activités qui pourraient être spécifiquement tournées vers les personnes âgées, des autres activités de ce type d'organisations dont le nombre de personnels est par ailleurs en net recul.

Le secteur de l'entretien corporel (instituts de massage, saunas, etc.) emploie plus de 500 professionnels de la rééducation, un chiffre en augmentation en cinq ans (+32%), mais relativement faible au regard des effectifs régionaux.

Les activités rapidement présentées ici peuvent concerner l'ensemble de la population. Elles ne seront pas abordées davantage compte tenu de la difficulté de distinguer les personnels ou la part de leurs activités pouvant être exclusivement dédiées aux personnes âgées.

En revanche, pour les activités économiques tournées exclusivement ou majoritairement vers l'accompagnement des personnes âgées, l'appréhension de l'impact du vieillissement de la population sur les professionnels du sanitaire et social par les données statistiques s'avère instructive. Ce sont ces activités pour lesquelles nous allons approfondir notre analyse.

²⁸ Ce secteur comprend « les activités d'entretien corporel telle que celles fournies par les bains turcs, les saunas et les bains de vapeur, les solariums, les stations thermales, les instituts d'amaigrissement et d'amincissement, les instituts de massage, etc. »
Source : Insee

²⁹ Voir les tableaux des effectifs en annexe

³⁰ DARES, *Les services à la personne en 2016*, DARES résultats, n°17, avril 2018, 8p.

3. Présentation du champ de l'étude

Le secteur médico-social pour personnes âgées tel que nous l'avons défini est composé **de l'aide à domicile**, de **l'accueil sans hébergement pour adultes handicapés et personnes âgées** (accueil de jour des personnes âgées), de **l'hébergement social pour personnes âgées** (Résidence autonomie, Ehpa non médicalisé) et de **l'hébergement médicalisé pour personnes âgées** (Ehpad). Les activités de ces établissements sont majoritairement tournées vers les personnes âgées et impliquent une importante proportion de personnels du sanitaire et social.

Pour investiguer statistiquement le secteur médico-social des personnes âgées, nous disposons de plusieurs sources :

- **L'Enquête Ecole de la Drees**, pour analyser ce qui a trait à la formation des professionnels qui travaillent dans le secteur médico-social des personnes âgées.
- Les données issues de **l'enquête IVA** et de la **BCP** viendront compléter les informations concernant les formations d'autres certificateurs que le ministère des affaires sociales.
- **L'enquête EHPA de la Drees**. Cette enquête nous permet d'avoir un aperçu d'une partie de notre champ. L'enquête EHPA de la Drees porte uniquement sur les hébergements médicalisés et non médicalisés pour personnes âgées (Ehpad, Ehpa non-Ehpad, résidence autonomie...). Cette enquête ne porte pas sur le secteur de l'aide à domicile et accueil de jour. L'enquête EHPA, nous permet d'avoir un état des lieux des places disponibles en Ehpad en Ile-de-France.
- **L'enquête Aide sociale 2016 de la Drees**. Cette enquête nous permet notamment d'avoir accès aux effectifs de bénéficiaires des aides dédiées aux personnes âgées.
- **Les données du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)**. Ces données complètent l'enquête EHPA et nous permettent d'observer les récentes évolutions du secteur³¹.
- Les données issues du **recensement de la population de l'Insee**. Ces données permettent de comparer les effectifs de la profession aux niveaux national et régional et de mesurer l'évolution de ces effectifs dans le temps.
- **L'enquête emploi 2017** de l'Observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif, nous apportera des compléments d'informations sur une partie de notre champ d'étude. En effet, contrairement à d'autres secteurs médico-sociaux, la branche est minoritaire dans ce secteur.
- **Le répertoire des entreprises de l'Insee**. Nous utiliserons ces données pour connaître le nombre d'établissements du secteur médico-social des personnes âgées.
- **L'enquête annuelle « Besoin en main d'œuvre » (BMO) de Pôle-emploi**. Cette enquête nous permet d'observer l'évolution des intentions d'embauches au cours des dernières années, mais également les difficultés de recrutement ressenties par les employeurs.
- D'autres indicateurs ou données fournis par la **Direccte, l'ARS ou la Région Ile-de-France**, sont venus compléter nos recherches.

Nous avons également mené des entretiens auprès de nombreux acteurs de ce secteur d'activité afin de compléter notre vision du champ. Des représentants de branches (de l'aide à domicile, du sanitaire, du secteur social et médico-social à but non lucratif), fédérations professionnelles (FEDESAP, FEHAP, FESP, FHF, SYNERPA) et OPCA (UNIFAF), des acteurs de l'innovation et de la recherche dans le domaine des gérontechnologies (Géron'd'if, Silver Valley, Médialis), des professionnels des établissements du périmètre (directeurs d'Ehpad, résidences autonomies et USLD, médecins, responsables de secteur...), des

³¹ Dans le fichier Finess, les établissements ne sont pas classifiés de la même façon que dans le fichier Sirene (qui suit les nomenclatures de l'Insee, que l'on retrouve dans le recensement de la population). En revanche le fichier Finess nous permet d'avoir une approche plus fine du nombre d'établissements spécialisés pour les personnes âgées comme les USLD que l'on ne peut pas avoir avec le Sirene, ainsi que la capacité d'accueil des établissements d'hébergement par exemple.

représentants d'organismes de formation (au cours de 2 focus groups), des représentants institutionnels (CNSA, représentants de Conseils départementaux franciliens, ARS Ile-de-France).

Parmi les représentants des établissements et services du secteur, nous avons veillé à respecter un certain équilibre entre le type de structure, les situations géographiques (les différents départements de la région ont pu être représentés), et leurs poids relatifs dans le secteur médico-social à destination des personnes âgées. Nous avons également pu réaliser des entretiens avec des structures situées à la marge de notre champ (USLD, unité de soins palliatif, services à la personne, etc.).

PARTIE I - PRESENTATION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL DES PERSONNES AGEES

I - LES STRUCTURES

1. Les structures d'hébergement et d'accompagnement des personnes âgées

Note méthodologique : La mesure de la dépendance et des besoins en soins

Les structures du champ se caractérisent par les différents niveaux de dépendance des publics accueillis ou accompagnés dont dépendent les niveaux de financements publics.

Le niveau de dépendance des individus est mesuré à travers l'évaluation du **groupe iso-ressources (GIR) de la personne âgée. Celui-ci correspond au niveau de perte d'autonomie des personnes âgées et mesure leur niveau de dépendance.** Ainsi, le GIR 1 correspond aux individus à la perte d'autonomie la plus importante et le GIR 6 à la plus faible. Cette classification se base sur les capacités de la personne âgée à réaliser des activités corporelles (se lever, faire sa toilette...), mentales (se repérer dans l'espace et dans le temps), domestiques et sociales (préparer les repas, effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants...). L'obtention d'une allocation personnalisée d'autonomie (APA) est conditionnée à un GIR compris entre 1 et 4, alors que les personnes ayant un GIR 5 ou 6 ne peuvent bénéficier de l'APA. **Le PATHOS synthétise quant à lui les besoins en soins d'un individu** : plus il est élevé, et plus ces besoins sont importants

Le groupe iso-ressources pondéré moyen (GMP) et le pathos pondéré moyen (PMP) de l'ensemble des personnes prises en charge par une structure permettent de connaître le niveau de dépendance moyen des patients d'une structure. Le « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » (GMPS) est obtenu par un calcul agrégeant les deux précédents indicateurs (selon la formule : « $[(GMP + PMP \times 2.59) \times \text{capacité autorisée et financée en hébergement permanent} \times \text{valeur du point}]^{32}$ »). Ces indicateurs définissent les financements publics auxquels les structures peuvent prétendre. Ces indicateurs nous permettront également de comparer les structures entre elles et éclairer leurs rôles dans le champ étudié.

³² MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, « Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 », BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2017/5 du 15 juin 2017, p.3

a) Panorama de la diversité des structures

Le champ étudié est composé de catégories d'établissements qui, si elles présentent l'objectif commun de la prise en charge des personnes âgées, divergent dans leur fonctionnement, les types de publics, les financements, etc.

On distinguera ainsi, au sein de notre champ, différents types de structures :

- Structures dominantes du secteur, **les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)** prennent en charge majoritairement des personnes âgées aux pathologies plus ou moins lourdes et dépendantes (GIR 1 à 4) nécessitant un environnement médicalisé. Les 7 400 Ehpad français comptent près de 600 000 places en 2015 en France, soit 80% des places des structures d'hébergement pour personnes âgées³³. En 2015, 54% des résidents étaient très dépendants (GIR 1 à 2)³⁴, avec un GMP augmentant dans ces structures. Pour l'ensemble de ces raisons comme pour sa propension à cristalliser les problématiques du secteur, l'analyse des Ehpad sera au cœur de l'étude.
- **Les résidences-autonomies** (ex logements foyers) sont les structures, parmi celles comprises dans notre champ, les plus tournées vers un public autonome : destinées aux GIR 5 et 6 (une dérogation doit être faite pour admettre un GIR 4), elles disposent d'un taux d'encadrement des usagers très faible (13% contre 57% tous types d'établissements d'hébergement selon la Drees³⁵). Leurs effectifs sont fortement tournés vers les services généraux puisque les agents de service, personnel médical, paramédical ou soignants n'y représentent que 21% des effectifs (contre 71% en EHPAD et 47% en EHPA). De plus, les soins médicaux y sont le plus souvent réalisés par des intervenants extérieurs, le personnel médical sur place s'assurant davantage de la coordination des professionnels extérieurs.
- **Les accueils de jour** représentent une catégorie de structures ne proposant pas d'hébergement. Ils permettent à des personnes dépendantes, souffrant de pathologies mais maintenues à domicile, de venir de manière pluri-hebdomadaire en journée (généralement de 9h à 16h) afin d'être prises en charge par des professionnels, notamment sur les volets du maintien des capacités cognitives (mais également physiques) et du lien social. Les malades Alzheimer ou apparentés représentaient 88% des personnes accueillies, pour des GIR similaires à ceux retrouvés en Ehpad³⁶. Autre bénéfice apporté par ces structures, la possibilité de mise en application du « droit au répit » pour les aidants (objectif instauré par la loi « Adaptation de la Société au Vieillessement » de 2015), qui conduit à un rapprochement des accueils de jour avec les plateformes d'accompagnement dédiées à ce répit. Les professionnels du soin, mais surtout de l'accompagnement y sont présents, ainsi que ceux de la rééducation et des psychologues.
- Hors des structures médico-sociales proprement dites, et ne faisant pas partie de notre analyse quantitative, les **Unités de Soins de Longue Durée (USLD)** sont néanmoins à rapprocher de notre champ d'étude tant du point de vue des métiers nécessaires à leur activité, que des types de publics accueillis. L'USLD est un type d'établissement fortement médicalisé, avec une proportion de professionnels paramédicaux (70%³⁷) et un taux d'encadrement largement au-dessus des autres structures (103% contre 64% en Ehpad). Par ailleurs, 40% des personnes accueillies en USLD ont un GIR 1. Un rapport de l'IGAS rapporte un PMP plus de deux fois plus élevé en USLD qu'en Ehpad³⁸. Nous consacrerons à ce type d'établissement une approche qualitative qui nous permettra d'avoir un aperçu de leur fonctionnement et de leurs besoins en formation et en emploi.

³³ MULLER Marianne, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Les dossiers de la Drees*, Drees, Septembre 2017, p.3

³⁴ MULLER Marianne, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Les dossiers de la Drees*, Drees, Juillet 2017, p.3

³⁵ MULLER Marianne, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Les dossiers de la Drees*, Drees, Septembre 2017, p.12

³⁶ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, CNSA, « Analyse statistique des données issues des rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux », Septembre 2013, p.23

³⁷ MULLER Marianne, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Les dossiers de la Drees*, Drees, Septembre 2017, p.13

³⁸ IGAS, « Les unités de soins de longue durée (USLD) », mars 2016, p.67

- Enfin, **l'aide à domicile** fera l'objet de réflexions spécifiques. En effet, non seulement son fonctionnement la positionne en marge des autres types d'établissements, mais elle est également au cœur de l'évolution sectorielle en raison d'une volonté politique, économique et sociale de développer le maintien à domicile des personnes âgées. Amenée à fortement se développer, la question de l'évolution de l'emploi dans l'aide à domicile est fondamentale tant du point de vue des volumes en emploi que du point de vue de l'évolution des tâches des professionnels du champ.

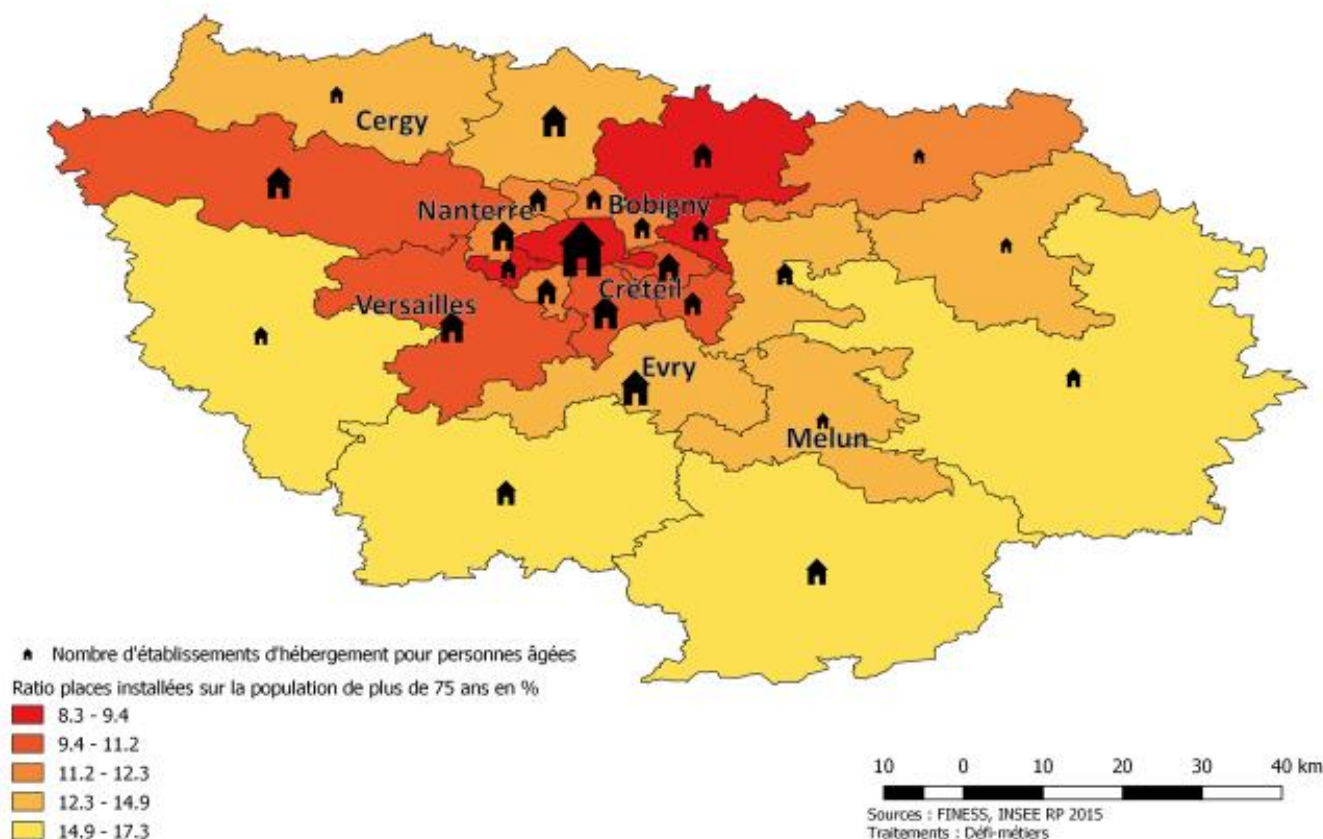
Les résidences-services, des structures qui se développent, hors du médico-social

Les modes d'hébergement ou de prise en charge des personnes âgées font partie intégrante de la Silver économie. Tous les modes d'hébergement ne rentrent pas cependant dans le champ de notre étude. C'est le cas par exemple des résidences-services à destination des personnes âgées. Ce type d'hébergement propose des services (restauration, surveillance, aide, loisirs...) dont l'accès est réservé aux résidents et qui sont financés par ceux-ci.

Appartenant à la catégorie des « hôtels et hébergement similaire » (NAF 5510Z), leur activité n'appartient pas aux secteurs social ou médico-social, contrairement aux structures étudiées. Les professionnels médico-sociaux salariés de la structure (lorsqu'il y en a) ne peuvent ainsi qu'assurer un rôle de coordination des interventions extérieures et non de soin. Les résidents entrants ne sont pas dépendants (GIR 5 et 6), mais peuvent le devenir par la suite, nécessitant alors une prise en charge. Certains groupes salarient des auxiliaires de vie sociale, chargés d'assister les résidents développant un premier niveau de dépendance (GIR 3 et 4) pour certains actes de la vie quotidienne dont la toilette. En raison de la trop faible présence des professionnels étudiés en leur sein, ces structures ne seront pas détaillées dans ce rapport, malgré leur proximité apparente avec les résidences-autonomies (ex logements foyers). Ils n'ont en effet pas vocation à prévenir la dépendance, malgré des ateliers allant dans ce sens (gymnastique douce, yoga, ateliers mémoires...). Ils ne sont cependant pas au cœur de leur activité contrairement aux résidences autonomies, pour lesquelles la prévention de la perte d'autonomie est une mission inscrite dans les textes réglementaires (décret du 27 mai 2016).

b) Répartition des établissements : un sous-équipement régional

Figure 2 : Les places en établissements d'hébergements par bassin



Lection : Dans le bassin Ouest 95 (Nord-Ouest de la carte, comprenant Cergy), le nombre de places installées représente entre 12,3 et 14,9% de la population de 75 ans et plus. Le nombre d'établissements y est cependant faible. A Paris, ce ratio chute à 8,3% alors que le nombre d'établissements y est très important.

Ces données nous permettent d'observer une certaine hétérogénéité de la répartition de l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées sur le territoire francilien (en hébergement médicalisé ou hébergement social) avec un déficit en nombre de places par habitant plus important dans les zones les plus urbanisées. De manière générale, l'Île-de-France est sous-dotée en capacité d'accueil par rapport au reste de la France. En effet, **la capacité d'accueil en France métropolitaine est de 64 pour mille habitants de plus de 65 ans alors qu'en Île-de-France ce chiffre est de 56**³⁹. En revanche la Seine-et-Marne est au-dessus de ce chiffre (70 pour mille) alors que l'Essonne et le Val-d'Oise sont dans la moyenne hexagonale. **Paris et la Seine-Saint-Denis sont les départements les moins bien dotés en capacité d'accueil par habitant** (41 et 48) en raison de leur très importante population malgré un nombre d'établissements élevé. Bien que Paris (et plus largement la région) possède un nombre de places installées très faible en comparaison à sa population âgée, il finance également des places dans d'autres départements. C'est en effet au dernier département de résidence de l'individu de prendre en charge le volet « dépendance » du coût de l'Ehpad (via l'APA, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement), et ce quel que soit le département de localisation dudit Ehpad. Ainsi, le coût de la dépendance pour chaque département n'est pas corrélé à son nombre de places en hébergement mais à la population âgée y résidant (ou y ayant résidé avant d'entrer en institution), ce qui permet d'éviter un déséquilibre dans la prise en charge entre les départements selon leur attractivité ou leur capacité d'hébergement.

La capacité d'accueil dans les structures d'hébergement franciliennes est de 56 places pour mille habitants de plus de 65 ans contre 64 pour mille habitants de plus de 65 ans en France métropolitaine

³⁹ Enquête EHPA 2015, DREES

Cette problématique de l'insuffisance des constructions d'hébergements en zone urbanisée (essentiellement pour des questions de coûts fonciers) a déjà été soulevée en 2015 dans la revue de Gériatrie, où l'auteur d'un article sur le sujet, Lucas Morin, s'interrogeait : « Quel choix allons-nous collectivement proposer, dans les années à venir, aux personnes âgées dépendantes qui auront vécu l'essentiel de leur vie en milieu urbain et qui - non pas parce qu'elles le souhaitent mais parce que leur maintien à domicile est devenu impossible - devront se résoudre à entrer en EHPAD dans une commune rurale ? [...] Allons-nous aussi leur imposer de vivre éloignées des agglomérations ?⁴⁰ ».

D'importantes différences de taille existent également entre les types d'établissements d'hébergement, mettant en lumière des divergences dans leurs modes de fonctionnement. Ainsi, les Ehpads français disposent en moyenne de 83 places (110 dans les Ehpads publics), contre 54 pour les USLD, 49 dans les logements-foyers et 25 dans les maisons de retraite non médicalisées⁴¹.

En 2017, en Ile-de-France, les Ehpads comptent en moyenne 91 lits. Paris et les Yvelines possèdent les Ehpads les plus importants (99 lits en moyenne), avec par exemple à Paris, un Ehpads dépassant les 500 lits (Maison de retraite et de gériatrie de la Fondation Rothschild). **La majorité des Ehpads parisiens et des Hauts-de-Seine dépassent les 90 lits**, alors que dans les autres départements d'Ile-de-France, la majorité des Ehpads sont en deçà. L'Essonne et le Val d'Oise ont, en moyenne, les Ehpads les plus petits de la région mais restent dans la moyenne nationale.

Tableau 1 : Taille des établissements (en nombre de lits) par département

Capacité / département	Moins de 45	de 45 à 59	de 60 à 69	de 70 à 89	de 90 à 119	plus de 120	TOTAL	Places moyenne par Ehpads
Paris	8%	8%	3%	19%	44%	17%	100%	99
Seine-et-Marne	10%	7%	12%	37%	21%	14%	100%	86
Yvelines	5%	5%	10%	33%	28%	18%	100%	99
Essonne	2%	7%	12%	46%	25%	7%	100%	84
Hauts-de-Seine	4%	6%	5%	32%	36%	17%	100%	94
Seine-Saint-Denis	5%	6%	5%	46%	31%	8%	100%	91
Val-de-Marne	10%	10%	13%	31%	20%	16%	100%	92
Val-d'Oise	8%	6%	8%	39%	27%	12%	100%	88
Ile-de-France	6%	7%	9%	36%	29%	14%	100%	91

Source : Finess 2017 ; Champ : Nombre de places installées dans les établissements de type Ehpads ayant la même adresse et ayant renseignés le nombre de places installées

Lecture : 8% des Ehpads parisiens comptent moins de 45 places installées.

Cette question de la taille de la structure va influencer sur le coût journalier global par résident, en raison des économies d'échelles. Le seuil de 90 lits permettrait en effet de réaliser des économies de fonctionnement⁴² (bien que le prix journalier augmente de nouveau largement une fois les 120 lits atteints). Alors qu'en Ile-de-France le coût net journalier global est de 115€ pour un Ehpads ayant entre 60 et 69 places, il diminue à 111,5€ lorsque celui-ci fait entre 70 et 89 places et passe même à 90€ entre 90 et 119 places. On peut supposer que les rendements d'échelles expliquent ce phénomène, même si le coût journalier remonte à

⁴⁰ MORIN Lucas, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014 », *La Revue de Gériatrie*, Tome 40, No 9 novembre 2015, p.537

⁴¹ MULLER Marianne, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Les dossiers de la Drees*, Drees, Septembre 2017, pp.5-6

⁴² ERNST & YOUNG, *Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes*, Sénat, Rapport, juillet 2008, p.14

115€ au-delà de 119 places. A titre de comparaison, le coût journalier moyen au niveau national varie entre 83€ et 88€ selon la taille des établissements.

c) Le secteur privé à but lucratif surreprésenté en Ile-de-France

Le secteur médico-social des personnes âgées en Ile-de-France se caractérise par l'importance des établissements sous statut privé commercial comparé au poids de ce type de structure dans le reste de la France. Hors aide à domicile (largement privée commerciale), **l'Ile-de-France compte 42 % d'établissements sous statut privé commercial, contre 23 % pour la France entière.** Près de la moitié des établissements du secteur de l'hébergement social pour personnes âgées (logement-foyer, résidence autonomie...) est sous statut privé commercial. L'accueil de jour est quant à lui largement dominé par le privé à but non lucratif (90 % des établissements). **Entre 2013 et 2015, la proportion d'établissements privés à but non lucratif est en recul en faveur du privé commercial et du public.** Cette tendance ne s'est sans doute pas ralentie, si l'on en croit la dernière Enquête Emploi d'Unifaf qui met en lumière le phénomène de regroupement d'associations observé depuis plusieurs années⁴³. Par ailleurs en Ile-de-France, l'emploi dans les établissements associatifs à destination des personnes âgées a diminué de 5% par rapport à 2012, ce qui pourrait aller dans le sens d'un recul du secteur associatif.

Tableau 2 : Répartition des établissements du secteur médico-social pour personnes âgées selon le statut

	Hébergement médicalisé pour personnes âgées	Hébergement social pour personnes âgées	Accueil sans hébergement pour adultes handicapés et personnes âgées	Secteur de l'aide à domicile	Total
Ile-de-France					
Privé commercial	39%	49%	6%	68%	51%
Public	25%	11%	4%	2%	12%
Privé non lucratif	36%	40%	90%	30%	37%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
France					
Privé commercial	21%	31%	4%	37%	28%
Public	48%	28%	13%	8%	26%
Privé non lucratif	32%	40%	84%	56%	46%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Registre des entreprises et des établissements - Insee 2015, champ : établissements hors 0 salarié (France hors Mayotte)

Alors que l'hébergement de personnes âgées est historiquement partagé entre le secteur associatif (notamment religieux dans un premier temps) et les hôpitaux publics, le nombre de structures privées à but lucratif a considérablement cru depuis son émergence dans les années 1980. Ainsi, au niveau national, alors que seuls 14% des EHPAD étaient à but lucratif en 1990, ils représentent 37% de ceux créés sur les 25 années suivantes⁴⁴. Ce sont notamment les tarifs d'hébergements, laissés libres par le législateur, qui ont favorisé le développement de ces structures privées commerciales⁴⁵ (alors que les tarifs de soin ou des aides et suivi sociaux sont strictement encadrés car financés par l'assurance maladie d'une part et les conseils départementaux d'autre part). Ce tarif d'hébergement est financé par la personne âgée ou par la famille. Ce « reste à charge » du privé à but lucratif est par ailleurs bien plus élevé que dans le public⁴⁶.

⁴³ Enquête emploi 2017, Unifaf, p.26, chiffre régional infra non publié

⁴⁴ MORIN, Lucas. « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en France métropolitaine en 2014 » in La Revue de Gériatrie, Tome 40, n°9 Novembre 2015, p.533

⁴⁵ Les Ehpads privés bénéficient, au même titre que le public, des financements de l'assurance maladie (pour la partie soin) et des conseils départementaux (pour l'aide et le suivi social). Le « reste à charge », payé par les personnes âgées finance les équipements de la structure, les frais de bouche, etc.

⁴⁶ MORIN, Lucas, p.533

Les établissements privés peuvent d'autant plus se développer en Ile-de-France que **sa population de retraités bénéficie de retraites plus élevées que dans le reste de la France**⁴⁷. Si en 2012, la retraite brute moyenne était de 1 570€ en France, elle était de 1 933€ en Ile-de-France, soit le plus haut niveau national. Ces chiffres ne doivent cependant pas masquer les inégalités de pensions de retraite (et plus généralement de revenus) existantes entre les différents départements franciliens, mises en lumière par un rapport de l'IAU IDF⁴⁸. **Ainsi le développement d'une offre qui serait essentiellement tournée vers les personnes âgées les plus aisées pourrait accentuer les inégalités d'accès aux soins et à l'accompagnement.**

Le développement d'une offre qui serait essentiellement tournée vers les personnes âgées les plus aisées pourrait accentuer les inégalités d'accès aux soins et à l'accompagnement de la perte d'autonomie

Dans l'aide à domicile, c'est 68 % des établissements qui appartiennent au privé à but lucratif. De par ses spécificités (statut juridique, lieu d'intervention, type de personnel), le secteur de l'aide à domicile nécessite un traitement spécifique. Nous allons voir également que son développement semble suivre une trajectoire différente des autres secteurs du médico-social.

2. L'aide à domicile, un mode de prise en charge en développement

Le secteur de « l'aide à domicile » est composite. En son sein sont réalisées des activités d'intervention variées : entretien de l'habitat, aide à l'alimentation, hygiène et confort corporel, aide à l'autonomie physique, aux démarches administratives et organisationnelles, soutien psychologique et intellectuel (relationnel) ou activités de soins. Les activités réalisées varient entre service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Alors que le premier sera tourné vers l'accompagnement (allant de la réalisation de tâches ménagères ou travaux de bricolage, l'organisation de la vie sociale à l'aide aux actes essentiels tels que le lever, la toilette ou l'habillement), le second aura un volet soins (pansement, injection, prise des médicaments) mais ne s'occupera ni de l'entretien du domicile ni de la vie sociale de la personne prise en charge. Le SPASAD aura quant à lui la particularité de remplir l'ensemble des missions des deux autres types de structure.

Le SAAD a une place hybride dans le secteur, appartenant conjointement au secteur des services à la personne (SAP) et des « établissements ou services sociaux ou médico-sociaux » (ESSMS). Dans les SAP, le privé s'est fortement développé depuis la loi Borloo de juillet 2005 et l'harmonisation du cadre économique des organismes du secteur. Alors que 8% des organismes de SAP étaient privés en 2004 (570 sur 6900), ils étaient 46% 8 ans plus tard (11 000 sur 23 700)⁴⁹ et 80% en 2018 (32 000 sur 40 000) d'après la Direction Générale des Entreprises (DGE). Le SSIAD est quant à lui en dehors du champ des SAP en raison de son caractère exclusivement porté sur le soin.

a) Forte augmentation du maintien à domicile

L'observation des évolutions du nombre d'établissements du secteur médico-social à destination des personnes âgées confirme l'accent mis sur l'aide et l'accompagnement à domicile. Selon le fichier FINISS, le nombre d'établissements « multi-clientèles » franciliens (SSIAD, SAAD, SPASAD) est en forte augmentation, passant de 401 établissements en 2012 à 510 en 2017 (+27%). Il en est de même pour les services de maintien à domicile (centres d'accueil de jour), passés de 47 à 63 (+34%) sur la même période. Les « services sociaux pour personnes âgées » s'accroissent de 627 à 984 (+57%). Ils comprennent par

⁴⁷ Les établissements privés à but lucratifs se déploient dans les zones à forte densité démographique et à fort revenu : « L'Ile de France est ainsi la première région d'implantation des institutions privées à but lucratif, suivie des régions bordelaise et PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur), ainsi que de la vallée du Rhône. » : MARTIN Cécile, *Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France, Analyses micro-économétriques*, thèse de doctorat en Sciences Economiques sous la direction de Brigitte DORMONT, Université Paris-Dauphine, 24 janvier 2014, pp.135-136

⁴⁸ GOIN, M. et SAGOT, M. « Vieillesse et inégalités, les disparités traversent les âges », rapport IAU IDF, février 2018

⁴⁹ Rapport de la Cour des Comptes, « Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », juillet 2014, p112

exemple les services de ménage à domicile, les centres communaux d'action sociale, les foyers clubs restaurants, etc. A titre de comparaison, le nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa, Ehpad, résidence autonomie) enregistre une hausse plus modérée (+6%) passant tout de même de 1 976 établissements en 2012 à 2 086 établissements en 2017. Ainsi, bien que l'ensemble du secteur médico-social pour personnes âgées voie le nombre de ses établissements augmenter fortement ces dernières années, **ce sont les services et structures permettant le maintien à domicile des personnes âgées qui connaissent la plus forte progression.**

Les activités d'accompagnement à domicile tendent à se développer sous l'effet conjugué **de la politique publique visant à accentuer le maintien à domicile**, de la demande des personnes âgées elles-mêmes, mais également de **l'amélioration de la politique de prévention de la dépendance⁵⁰ et des progrès technologiques** (téléalarme, détecteur de chute, domotique, etc.) qui permettent le maintien à domicile. Ce développement est porté également par la nécessité de faire face à **l'accroissement des effectifs des bénéficiaires des aides** en direction des personnes âgées, dû à l'augmentation du nombre des personnes âgées. **Entre 2011 et 2016, le nombre de bénéficiaires a ainsi progressé de 5% dans la région pour atteindre plus de 135 000 personnes⁵¹.**

Comme nous l'avons écrit précédemment, la catégorie des particuliers-employeurs, **qui emploie plus de 4 000 professionnels de l'accompagnement à la vie quotidienne en Ile-de-France**, (essentiellement des « aides à domicile / aides ménagères » selon la nomenclature de l'Insee des professions et catégories socioprofessionnelles) a vu ses effectifs baisser entre 2010 et 2015 (-9%). Cette évolution pourrait être le résultat d'une mobilité de ces personnels au sein des structures d'aide à domicile. En effet, selon une étude de la DARES, le nombre d'heures effectuées en mode prestataire augmente alors que les heures rémunérées par des particuliers ou en mode mandataire sont en baisse⁵². Le recours à un service d'aide à domicile est, d'un point de vue administratif et de gestion, sans doute plus attractif pour les personnes âgées, en particulier avec la mise en place d'aide spécifique dans le secteur (plan Borloo). En outre, pour le personnel, travailler au sein d'un organisme peut s'avérer également plus intéressant, d'un point de vue financier, organisationnel, d'accès à la formation et aux échanges de pratiques comme à la socialisation avec des pairs. Les structures d'aide à domicile prennent ainsi le plus souvent en compte une partie du temps de déplacement dans la rémunération ce qui n'est pas le cas pour des particuliers.

Néanmoins, il est à noter que les frontières entre le secteur de l'aide à domicile et celui du « particulier employeur » peuvent s'avérer relativement poreuses. Ainsi, une personne peut effectuer des heures de ménage chez des actifs de « gré à gré », puis effectuer des heures d'aide à domicile chez une personne âgée dépendante en passant par une structure de type SAAD. En effet, « un salarié sur cinq d'un organisme [des services à la personne] travaille aussi pour un particulier. Les salariés des organismes peuvent être mobilisés pour intervenir au domicile d'un particulier en mode prestataire ou mandataire⁵³. »

Les données Siren nous permettent d'observer une augmentation substantielle du nombre d'établissements dans le secteur de « l'aide à domicile » au sens de l'Insee (de moins de 1200 établissements en 2010 en Ile-de-France à 1900 en 2015)⁵⁴. Ce chiffre élevé est néanmoins à relativiser puisqu'on compte beaucoup d'entreprises individuelles ou d'auto-entrepreneurs dans ce total, où les « artisans, indépendants, libéraux » représentent 27 % des établissements. D'autre part, ces données sont attribuées par l'Insee aux établissements au moment de la création de l'entreprise. Ainsi, une certaine porosité peut exister entre le secteur d'activité des particuliers employeurs de personnels domestiques et « l'aide à domicile ». Le nombre important d'établissements ne comptabilisant aucun salarié (54% des établissements en Ile-de-France) peut également être le reflet de la relative instabilité du tissu économique, avec la création de structures à durée de vie limitée. De plus, les établissements de l'aide à domicile ne sont pas exclusivement tournés vers l'accompagnement des personnes âgées et sont également amenés à travailler auprès des familles et des jeunes enfants. Néanmoins ces chiffres permettent de montrer l'importance des petites structures en Ile-de-France, quel que soit le département (voir tableau suivant). A l'exception des Yvelines, la majorité des établissements comptent moins de 20 salariés. Paris et la Seine-et-Marne comptent les parts les plus élevées d'établissements de moins de 20 salariés : 63% contre 56%

⁵⁰ Notamment avec le « Plan national "Bien vieillir" 2007-2009 », en direction des 50-70 ans. Voir notamment : ALVAREZ Stéphane, « Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse », *La revue de l'IRRES*, N° 88 - 2016/1, p.33-61

⁵¹ Source : DREES, Enquêtes Aide sociale – Traitement Défi-métiers. Cette hausse fait suite à une plus forte augmentation encore sur les périodes précédentes : COULEAUD Nathalie et TIZI Brigitte, « Allocation personnalisée d'autonomie en Ile-de-France, De plus en plus de Franciliens dépendants soignés à domicile », *Insee Flash Ile-de-France*, N°14, décembre 2016, 2p.

⁵² DARES, Les services à la personne en 2016, DARES résultats, n°17, avril 2018, 8p.

⁵³ JACQUESSON Françoise, CHAMBOREDON Hélène, « Services à la personne en Île-de-France : les conditions d'emploi demeurent précaires », *Insee Analyse Ile-de-France*, N°67, Septembre 2017, p.2

⁵⁴ Source : REE 2010 et 2015

pour l'Ile-de-France. A l'opposé, le département des Yvelines compte une majorité de structures de plus de 20 salariés (53%).

Tableau 3 : Taille des établissements de l'aide à domicile

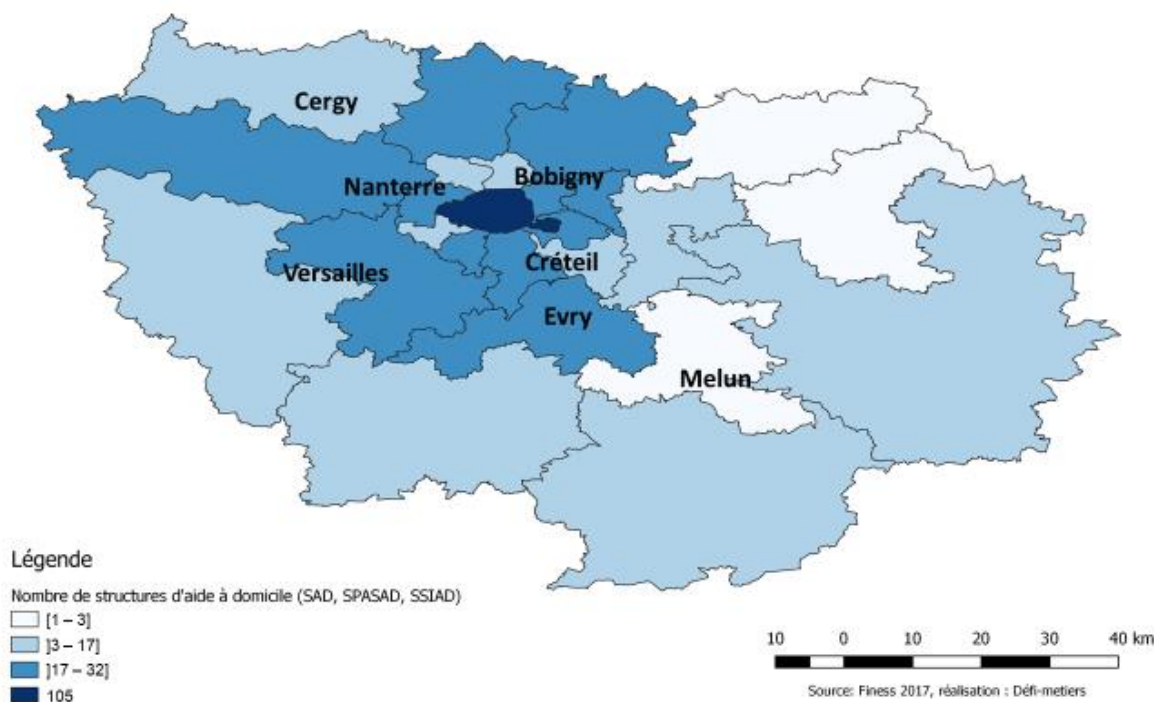
Salariés / département	Moins de 6 salariés	de 6 à 9 salariés	de 10 à 19 salariés	de 20 à 49 salariés	Plus de 50 salariés	Total
Paris	28%	13%	22%	22%	15%	100%
Seine-et-Marne	22%	11%	30%	25%	11%	100%
Yvelines	22%	6%	19%	44%	9%	100%
Essonne	18%	10%	29%	29%	13%	100%
Hauts-de-Seine	24%	10%	18%	29%	18%	100%
Seine-Saint-Denis	21%	10%	21%	35%	13%	100%
Val-de-Marne	18%	13%	20%	34%	14%	100%
Val-d'Oise	13%	13%	25%	40%	9%	100%
Ile-de-France	22%	11%	23%	31%	13%	100%

Source : Siren, établissements, 2015 ; Champ : Etablissements du secteur de l'aide à domicile hors 0 salarié

b) Répartition régionale des services d'aides à domicile

Le coût du foncier en Ile-de-France **peut être un des facteurs explicatifs de la prédominance de l'aide à domicile** en regard de la répartition géographique de l'offre d'hébergement. Ainsi Paris, la Seine-Saint-Denis et les Hauts de Seine comptent de nombreux SAAD, SPASAD ou SSIAD, en plus d'offrir une main d'œuvre abondante en personnel de maison pour maintenir à domicile les Franciliens les plus aisés.

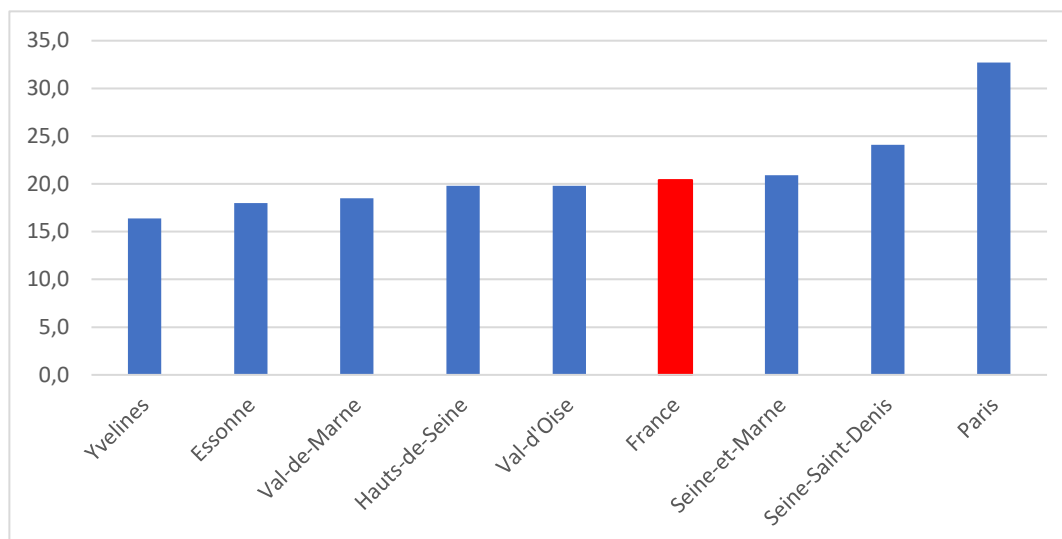
Figure 3 : Nombre de structures de type SAD, SSIAD ou SPASAD par bassin



Lecture : En 2017, le bassin Est 77 (le plus à droite de la carte) comptait entre 3 et 17 structures d'aide à domicile, contre un nombre inclus entre 17 et 32 dans le bassin Versailles Saclay.

La répartition des services à domicile semble en effet plus importante dans les territoires où les densités de places installées dans les établissements d'hébergement sont les plus faibles (voir carte précédente). Concernant plus spécifiquement les SSIAD, on remarque qu'en Ile-de-France, elle est relativement importante à Paris et en Seine-Saint-Denis, comparé à la moyenne nationale. En revanche l'offre de SSIAD est plus faible dans les Yvelines, en Essonne et dans le Val-de-Marne.

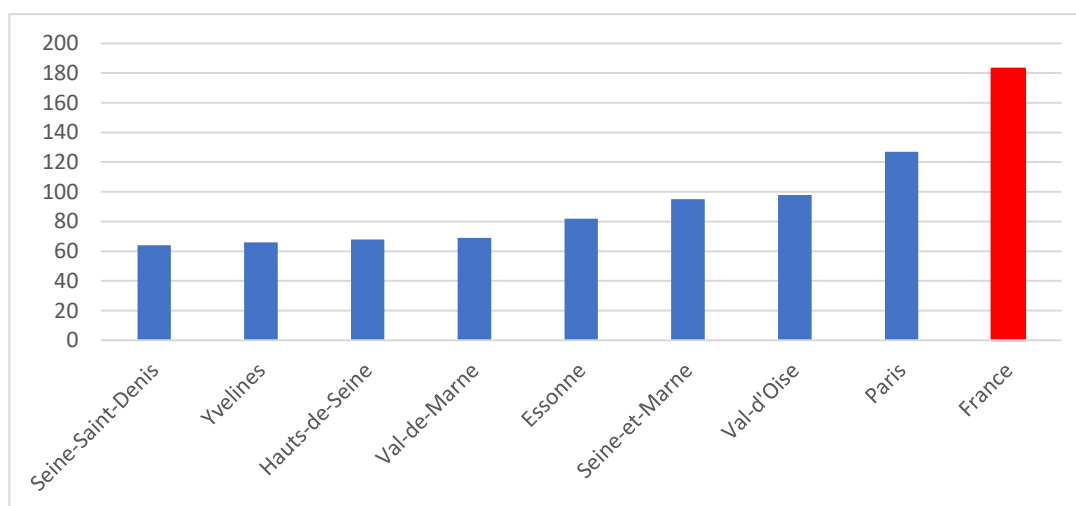
Figure 4 : Taux d'équipement en places de SSIAD pour 1000 personnes de 75 ans et plus



Sources : Taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile au 31/12/2016 ; DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2017 ; Traitement Défi métiers

En revanche, le nombre d'infirmiers libéraux par habitant est inférieur au taux national dans l'ensemble de la région. L'ensemble des départements franciliens est ainsi moins doté en infirmiers libéraux par habitant que la moyenne des départements français. **L'Ile-de-France compte ainsi 86 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants quand la France en compte 183.** La Seine-Saint-Denis, les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne sont les 4 départements les moins bien dotés au niveau national. Ces chiffres sont malgré tout en hausse ces dernières années.

Figure 5 : Nombre d'infirmiers libéraux (ou mixtes) en activité pour 100 000 habitants



Sources : Densité d'infirmiers libéraux (ou mixtes) en 2017 ; DREES, répertoire Adeli; Insee, estimations de population au 01/01/2016 (résultats provisoires arrêtés fin 2016) ; Traitement Défi métiers

Ainsi la répartition régionale des établissements tant d'hébergement que de maintien à domicile montre une véritable hétérogénéité et des problématiques différentes suivant que l'on se trouve dans des zones urbaines ou plus rurales, près de Paris ou à la périphérie de l'Ile-de-France.

L'essentiel à retenir

- ✓ L'Ile-de-France se caractérise par un sous-équipement régional en termes de structures d'hébergement. En effet, la capacité d'accueil régionale est de 56 places pour mille habitants de plus de 65 ans contre 64 pour mille habitants de plus de 65 ans en France métropolitaine.
- ✓ On note une sur-représentation du privé à but lucratif dans la région. Concernant les structures d'hébergement et les accueils de jours, l'Ile-de-France compte 42 % d'établissements sous statut privé commercial, contre 23 % pour la France entière. Par ailleurs, 68 % des établissements de l'aide à domicile appartiennent au privé à but lucratif (37% au niveau national).
- ✓ L'Ile-de-France se caractérise également par un développement important de l'aide à domicile permettant sans doute de compenser le sous-équipement en structure d'hébergement, et surtout de répondre à la problématique du coût du foncier. En termes de nombre de structures, ce sont en effet les services et établissements permettant le maintien à domicile des personnes âgées qui connaissent la plus forte progression ces dernières années.
- ✓ L'offre de place en SSIAD est relativement importante à Paris et en Seine-Saint-Denis, comparé à la moyenne nationale. En revanche, l'Ile-de-France compte 86 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants quand la France en compte 183. La Seine-Saint-Denis, les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne sont les 4 départements les moins bien dotés en infirmiers libéraux.

II - LES PROFESSIONNELS DU SANITAIRE ET SOCIAL

Les professionnels du sanitaire et social en emploi dans les établissements médico-sociaux à destination des personnes âgées ne peuvent être regroupés et appréhendés de façon monolithique. C'est pourquoi une présentation des différents métiers par grande catégorie précèdera ici leur état des lieux quantitatif. Une comparaison des métiers selon la pratique à domicile ou en structure et un focus sur l'âge des professionnels viendront compléter notre analyse.

1. Des métiers et des champs d'interventions variés

L'étude ne porte pas sur l'ensemble des professionnels travaillant dans les structures évoquées précédemment. Elle porte uniquement sur les métiers accessibles via les diplômes d'Etat en nombre important ou croissant, ainsi que sur les professionnels de l'accompagnement susceptibles de réaliser ces formations (agents de services hospitaliers/hôteliers, aides à domicile). Il s'agit : des aides à domicile, aides-soignants, agents de services hospitaliers/hôteliers, infirmiers, aide médico-psychologiques/accompagnants éducatifs et sociaux, cadres de l'intervention socio-éducative, cadres infirmiers ainsi que les spécialistes de la rééducation (kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes). L'ensemble de ces métiers et le rôle de chacun sera développé ci-après.

a) Les métiers du soin

Les métiers du soin ont une place centrale dans le secteur. Les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et aides-soignants (AS) sont les seuls professionnels (hormis les médecins traitants, extérieurs à la structure) en mesure d'administrer des soins, à des degrés différents selon la profession.

Le métier d'IDE est lié au diplôme d'Etat du fait de la législation en vigueur, qui oblige la détention du diplôme pour l'exercice de la profession⁵⁵. Si le métier d'aide-soignant est lié au DEAS, des faisant fonctions (**personne réalisant des tâches dans son travail qu'elle n'est pas censée avoir le droit de réaliser eu égard à son poste et/ou à ses qualifications**) réalisent certaines de leurs tâches, ce qui ouvre à la possibilité de devenir AS via la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Cette dernière éventualité n'est pas possible pour le métier réglementé d'infirmier.

Dans les établissements médico-sociaux, l'IDE va avoir un rôle de gestion d'une équipe de soignants (AS et faisant fonction), d'évaluation de l'état de santé des personnes prises en charge, de gestion des stocks de médicaments et de relation avec les acteurs extérieurs. **Il administre également des soins, pouvant aller de ceux qualifiés dans le secteur même de « bobologie » (car moins techniques que ceux effectués dans le secteur sanitaire) à l'application de pansements complexes, l'administration de médicaments ou encore la réalisation d'injections et de perfusions.**

L'AS va réaliser des actes de soin et d'évaluation plus légers (prise de tension, distribution de médicaments...) mais également d'hygiène corporelle et d'accompagnement. Il est dans une position charnière entre le soin et l'accompagnement à la vie quotidienne.

b) Les métiers de l'accompagnement à la vie quotidienne

Les métiers de l'accompagnement à la vie quotidienne sont des métiers qui ne sont pas axés sur le soin mais le bien-être quotidien (entretien corporel et hygiène, réalisation d'activités, écoute des personnes âgées et assistance dans les actes quotidiens ou sociaux). Professionnels les plus en contact avec les personnes prises en charge (avec les AS), ils doivent avoir une connaissance des pathologies et un très bon relationnel. Ils participent en effet aux différents « moments quotidiens » (lever, prise de repas, activités, coucher). On retrouve parmi ces professionnels les aides médico-psychologique (AMP), auxiliaires de vie sociale (AVS), accompagnants éducatif et social (AES), agents de services

⁵⁵ Article L4311-3 et L4391-1 du Code de la santé publique

hospitaliers/hôteliers (ASH) et plus rarement les maîtresses de maison (appellation que l'on retrouve dans différentes structures sans que le rôle de ces professionnelles ne soit caractérisé de la même manière).

L'accès aux emplois nécessite la plupart du temps un diplôme de niveau V mais peut également se faire sans pour les métiers les moins qualifiés (agent de services hospitaliers, agent à domicile...). Ces professionnels sont limités dans les tâches qu'ils réalisent auprès des personnes âgées pour des raisons réglementaires (l'entretien corporel ne peut être fait que par des professionnels diplômés d'Etat). Certaines de leurs tâches doivent par ailleurs être encadrées par des professionnels de niveau III ou plus, et nécessitent parfois des formations complémentaires (mise en place d'activité thérapeutique ou communication avec une personne souffrant de pathologies spécifiques par exemple).

Les diplômes d'Etat qui préparaient à ces emplois étaient ceux d'auxiliaires de vie sociale (DEAVS) et d'aide médico-psychologique (DEAMP). Ils ont fusionné et été remplacés en 2016 par le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES) qui propose deux options : en structure et à domicile. Ce nouveau diplôme « atteste des compétences nécessaires pour réaliser un accompagnement social au quotidien, visant à compenser les conséquences d'un handicap, quelles qu'en soient l'origine ou la nature »⁵⁶.

Par ailleurs, en fonction des différentes structures, des différents types de services, les tâches des métiers présentés peuvent fortement varier. Pour les professionnels des SAAD, le spectre des activités réalisées est large : entretien du lieu de vie, aide à la toilette et aux autres actes de la vie quotidienne (habillage, préparation du repas, alimentation) ou encore la participation à la vie sociale de la personne. En cas de bénéficiaire souffrant d'une maladie, la connaissance de celle-ci et sa « gestion » (activités ou jeux permettant le maintien de la concentration, le travail de la mémoire) peuvent être mobilisées. Plusieurs certifications de niveau IV et V correspondent aux attendus de ces métiers. Il s'agit du titre professionnel d'Assistant de vie aux familles (TP ADVF), des certifications de l'institut Iperia (plateforme de professionnalisation des employés familiaux) d'« employé familial » ou d'« assistant de vie dépendance », ou encore, du Bac pro « Accompagnement, soins et services à la personne » (BP ASSP).

c) Les métiers de la rééducation

Les métiers de la rééducation sont également des métiers réglementés qui nécessitent la possession des diplômes d'Etat correspondant. Les psychomotriciens (diplôme de niveau III) et les ergothérapeutes (de niveau II) sont ceux qu'on retrouve le plus souvent au sein des établissements médico-sociaux. Les masseur-kinésithérapeutes interviennent également auprès des personnes âgées mais principalement sous statut libéral. Ils ne sont que très rarement salariés des établissements du médico-social à destination des personnes âgées et n'ont donc pas été retenus dans le champ de l'étude. Le rôle de ces professionnels est de maintenir les capacités physiques des personnes âgées et de les stimuler, de leur assurer un environnement sécurisé et adapté et de prévenir, soulager, ou faire disparaître des douleurs physiques. Plus que de la rééducation, la pratique de ces professionnels auprès de personnes âgées s'apparente à de la prévention et à de l'évaluation.

Le psychomotricien intervient auprès de personnes souffrant de troubles psychomoteurs (troubles neurodéveloppementaux se traduisant physiquement). Ce professionnel contribue à maintenir ou à retrouver des capacités physiques, de communication, de concentration ou de repères.

L'ergothérapeute va quant à lui réduire les situations de handicap ou de contrainte dans les activités de la vie quotidienne via un aménagement du lieu de vie prenant en compte les besoins des personnes, leurs habitudes de vie et leur sécurité.

d) Les métiers d'encadrement

Les métiers d'encadrement sont variés et peuvent être répartis en deux groupes selon leurs activités. **Les directeurs, responsables de secteur et directeurs adjoints ont un rôle axé sur la gestion** (budget, RH, pilotage...). **Les médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs (IDEC) et cadres de santé (CS) ont, quant à eux, la responsabilité de la partie soin** (gestion des stocks, commandes, évaluation

⁵⁶ Décret du 29/01/2016 relatif à la création du DEAES

des états de santé et besoins en soins) et la **gestion opérationnelle des équipes de soignants** avec en outre un volet administratif. Toutes ces fonctions intègrent un important travail de communication (avec les différents acteurs du soin, du secteur social, les familles des personnes prises en charges...).

L'exercice de ces fonctions est plus ou moins réglementé. Ainsi, le médecin coordonnateur doit nécessairement avoir une capacité en gériatrie et un DU de médecin coordonnateur. Un directeur d'Ehpad est tenu d'avoir un diplôme de niveau I. Les postes de cadre de santé et d'IDEC sont destinés à des infirmiers expérimentés (au moins 4 ans de pratique). Ils peuvent être accessibles grâce au DE Cadre de santé (niveau II), même s'il n'est pas indispensable. Il existe également des certifications d'IDEC mais celles-ci ne sont pas diplômantes. Le métier de responsable de secteur nécessite une certification de niveau II dans les SSIAD.

Plusieurs titres de responsable de secteur du service à la personne ont émergé ces dernières années (niveau III), sans qu'ils soient obligatoires pour exercer. Il existe également des BTS (niveau III) permettant de prétendre à ce type de postes comme le BTS Services et prestations des secteurs sanitaire et social (SP3S). Les postes d'encadrants non-soignants peuvent être occupés par des titulaires de diplômes d'Etat tels que le CAFERUIS (« certificat d'aptitude aux fonctions de responsable d'unité d'intervention sociale » formant des cadres intermédiaires du secteur social, de niveau II) ou le CAFDES (« certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ») et le DE Ingénierie sociale⁵⁷ (tous deux de niveau I). Axés sur la gestion économique, la conduite de projet et le management (appliqués au secteur), ils sont aujourd'hui concurrencés par des diplômes universitaires (ou d'écoles de commerce) émergents (de niveau I).

2. Etat des lieux des professionnels étudiés en Ile-de-France

Le secteur médico-social pour personnes âgées, par ses activités tournées vers l'accompagnement, la prise en charge ou l'hébergement des personnes âgées, est particulièrement sensible aux évolutions démographiques en cours. Comme nous le verrons plus loin en détail, le vieillissement de la population, en accroissant la demande dans ce type d'activités, a permis à ce secteur d'être relativement épargné par la crise économique. Ces activités sont par ailleurs encadrées et en partie soutenues financièrement par les pouvoirs publics via notamment la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les Conseils départementaux, l'assurance maladie pour la partie « soins », ou encore le crédit d'impôt pour l'emploi d'une personne à domicile.

Les emplois liés à ces activités de « contact humain », construisent une « *relation plus personnalisée* »⁵⁸ entre les professionnels accompagnants et les personnes suivies en particulier parmi les personnels les moins qualifiés. Ces activités à forte dimension sociale⁵⁹ garantissent ainsi le développement de métiers peu qualifiés⁶⁰ avec la spécificité d'être non-délocalisables et peu enclins à une robotisation massive dans un avenir proche en raison de l'aspect humain des métiers, souvent cité lors de nos entretiens.

a) Forte progression des effectifs : +16% en 5 ans

Avec 16% d'effectifs supplémentaires en 5 ans, le secteur médico-social pour personnes âgées est un secteur particulièrement dynamique. A titre de comparaison, l'emploi salarié francilien a augmenté de seulement 1% sur la période. **Près de 90 000 personnes travaillent dans le secteur médico-social pour personnes âgées en Ile-de-France en 2015.**

⁵⁷ Cette formation n'est pas comptabilisée ici, en raison de ses trop faibles effectifs

⁵⁸ BONNET Magalie, « Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation », Nouvelle revue de psychosociologie 2006/1 (n° 1), p.79

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ Voir à ce sujet : CARBONNIER Clément et MOREL Nathalie, *Le retour des domestiques*, Paris, Seuil, 2018, 112p.

Tableau 4 : Effectifs et évolution des effectifs dans le secteur médico-social pour personnes âgées

		Total secteur*	Dont Saso**	Dont soins**	Dont rééducation**	Dont vie quotidienne**	Dont AMP
Hébergement médicalisé personnes âgées	Effectifs	31 108	22 004	10 427	450	8 037	1 523
	Evolution 2010/2015	18%	20%	35%	76%	-1%	28%
Hébergement social personnes âgées	Effectifs	7 244	4 818	2 129	69	1 727	405
	Evolution 2010/2015	-1%	-2%	8%	10%	-20%	37%
Aide à domicile	Effectifs	48 575	32 444	1 718	100	29 723	89
	Evolution 2010/2015	17%	21%	12%	13%	24%	-16%
Accueil de jour	Effectifs	2 360	1 530	446	109	324	100
	Evolution 2010/2015	41%	59%	52%	127%	30%	230%
Total	Effectifs	89 286	60 796	14 720	728	39 811	2 117
	Evolution 2010/2015	16%	19%	28%	60%	15%	31%

*Hors professionnels de la petite enfance ** **Saso** : personnels du sanitaire et social hors filière de la petite enfance et ETS (voir liste en annexe 1), inclus les catégories suivantes ; **Soins** : Infirmiers (salariés et libéraux, inf. spé., hors cadres infirmiers), aides-soignants ; **Rééducation** : Kinésithérapeutes, psychomotriciens ergothérapeutes (salariés et libéraux) ; **Vie quotidienne** : ASH, Aides à domicile

Source : Recensements de la population 2010 et 2015 – Insee ; Traitement Défi métiers

Champ : Effectifs en emploi Ile-de-France (personnes physiques)

En volume d'emplois, les structures de l'aide à domicile sont celles qui emploient le plus de professionnels sociaux et paramédicaux (plus de 32 000). Entre 2010 et 2015, leurs effectifs ont augmenté de 21%. En effet, ce mode de prise en charge est fortement plébiscité par les personnes âgées (qui majoritairement souhaitent rester le plus longtemps possible chez elles) et leurs familles. Il est également encouragé par les pouvoirs publics par la création d'aide spécifique ou d'incitation fiscale.

Les structures d'accueil de jour, dont les volumes en emploi sont faibles, sont aussi celles dont les effectifs ont le plus augmenté au cours des 5 dernières années. Elles répondent à un besoin d'accompagnement d'une population âgée qui n'est pas totalement dépendante mais qui requiert tout de même une prise en charge collective. C'est par exemple le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pour qui les centres d'accueil de jour se sont fortement développés. Ces structures d'accueil de jour sont le pendant du développement du maintien à domicile. En effet le maintien à domicile nécessite également des temps de présence en structure pour d'une part soulager les aidants familiaux et d'autre part maintenir les capacités de la personne âgée dans certains domaines (cognitif, social, physique).

L'évolution de l'aide à domicile et de l'accueil de jour, ne s'est a priori pas faite au détriment de l'hébergement médicalisé. Ce dernier emploie 22 000 professionnels du sanitaire et social, effectif également en croissance de 20% sur la même période. Ces évolutions seraient plutôt à mettre en relation avec la légère baisse de l'hébergement social (non médicalisé), dans la mesure où les personnes âgées non dépendantes plébiscitent le maintien à domicile aux dépens de l'hébergement collectif non médicalisé. Le développement de l'hébergement médicalisé dépendrait quant à lui de facteurs démographiques et de la nécessité pour les personnes les plus dépendantes d'abandonner leur logement individuel pour un suivi plus adapté dans ce type de structure.

La répartition des personnels du soin (infirmiers, aides-soignants) et des personnels de l'aide à la vie quotidienne (aide à domicile, ASH) dans les différents types d'établissements répond à la nécessité d'assurer ou non un suivi médicalisé plus ou moins important des usagers. Ce suivi dépendra notamment du groupe iso-ressources pondéré moyen (GMP) pour la dépendance et du Pathos pondéré moyen (PMP) pour le soin. La répartition des types de GIR à domicile et en établissement illustre également la plus grande nécessité des actes médicaux ou paramédicaux dans les établissements par rapport au domicile, comme on le verra en détail plus loin. Ainsi parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile, un peu moins d'un

quart des personnes âgées sont classées en GIR 1 ou 2, alors que pour l'APA en établissements, cette proportion s'élève à près de 60%⁶¹.

b) Répartition des professionnels : une forte dichotomie structure/domicile

Tableau 5 : Effectifs / Evolution / Poids

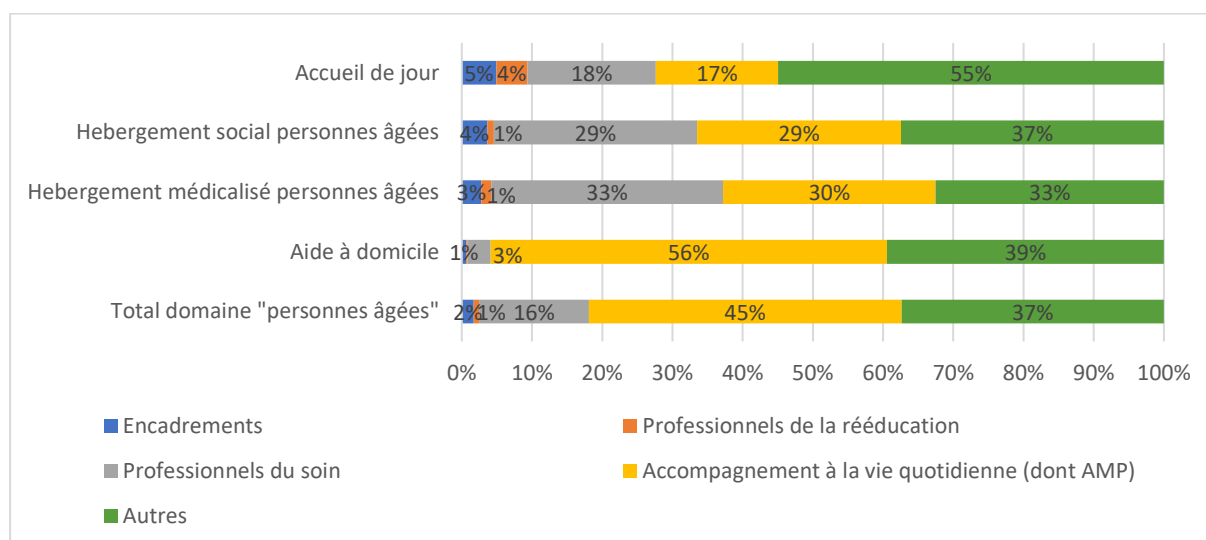
	Effectifs au sein des secteurs médico-sociaux pour personnes âgées	Répartition au sein des secteurs médico-sociaux pour personnes âgées					Evolution 2010/2015	Poids / actifs IDF
		Hébergement médicalisés personnes âgées	Hébergement social personnes âgées	Aide à domicile	Accueil de jour	Total des secteurs		
Aides à domicile	31 816	9%	2%	88%	0%	100%	+17%	53%
Aides-soignants	11 215	71%	14%	12%	2%	100%	+30%	20%
ASH	7 996	63%	14%	20%	3%	100%	+10%	22%
Infirmiers (toutes catégories)	3 505	69%	16%	10%	5%	100%	+22%	5%
AMP	2 117	72%	19%	4%	5%	100%	+31%	30%
Cadres de l'intervention socio-éducative	807	44%	20%	27%	10%	100%	+7%	11%
Cadres infirmiers	804	65%	13%	16%	5%	100%	+50%	8%
Rééducation (toutes catégories)	728	62%	10%	14%	15%	100%	+60%	3%
Autres Saso*	1 808	38%	12%	26%	24%	100%	+15%	2%
Autres non Saso	28 490	32%	8%	57%	3%	100%	+ 10%	1%
TOTAL SECTEUR	89 286	35%	8%	54%	3%	100%	+16%	2%

* Saso : personnel du sanitaire et social hors filière de la petite enfance et ETS
 Source : Recensements de la population 2010 et 2015 – Insee ; Traitement Défi métiers
 Champ : Effectifs en emploi Ile-de-France (personnes physiques)

Si les effectifs d'aide à domicile sont particulièrement importants dans l'ensemble du secteur médico-social des personnes âgées (plus de 30 000 personnes), on observe dans le tableau ci-dessus qu'ils sont massivement concentrés dans le secteur de l'aide à domicile (88% des aides à domicile du secteur, et 53% des aides à domicile en emploi d'Ile-de-France). On voit également qu'en termes de volume, **c'est le secteur de l'hébergement médicalisé pour personnes âgées qui concentre la majorité des autres personnels du soin et de l'accompagnement des personnes âgées**. Ainsi ce secteur, qui comprend principalement les Ehpad, emploie 71% des aides-soignants du secteur médico-social des personnes âgées, 63% des ASH, 69% des infirmiers, 72% des AMP, 65% des cadres infirmiers et 62% des personnels de rééducation. Enfin, alors que les accueils de jour ne représentent que 3% des effectifs, ils concentrent 15% des professionnels de la rééducation.

⁶¹ Chiffres Drees, Enquêtes Aide social 2016

Figure 6 : Répartition des différentes catégories de professionnels au sein des différentes structures



Encadrements : Cadres infirmiers et cadres socio-éducatifs ; **Professionnels du soin** : Infirmiers et Aides-soignants ; **Professionnels de la rééducation** : Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc. ; **Accompagnement à la vie quotidienne** : ASH, Aides à domicile et aides ménagères, AMP ; **Autres** : personnels de direction, de gestion, d'administration ou des services généraux.

On observe également que le secteur de l'aide à domicile compte relativement peu de professionnels paramédicaux (personnels du soin et de la rééducation) comparativement aux autres secteurs médico-sociaux à destination des personnes âgées. **Le secteur de l'aide à domicile est composé à 56% de professionnels de l'accompagnement à la vie quotidienne dont 53% d'aides à domicile.** Alors qu'il emploie 56% des effectifs du secteur médico-social des personnes âgées, le secteur de l'aide à domicile n'emploie que 4% des AMP, **3% d'aides-soignants** et 10% des infirmiers travaillant dans ce domaine d'activité. Le personnel paramédical est ainsi naturellement plus présent dans le secteur de l'hébergement médicalisé pour personnes âgées (8% d'infirmiers et surtout 25% d'aides-soignants) que dans les autres secteurs à destination des personnes âgées. Le personnel socio-éducatif se retrouve quant à lui davantage dans l'accueil de jour (8% d'éducateurs spécialisés, 3% de moniteurs éducateurs). C'est également dans ces structures que les professionnels de la rééducation sont surreprésentés (4% des effectifs contre 1% ailleurs).

Ces données confirment la séparation de la population âgée accompagnée par un service médico-social en deux catégories distinctes, **les plus dépendants allant dans les établissements médicalisés à des âges plus avancés et avec un nombre croissant de pathologies**⁶², nécessitant une présence de personnels et de dispositifs médicaux appropriés. A l'inverse, **les personnes les plus autonomes restent à domicile même si elles peuvent par intermittence être prises en charge en accueil de jours.** Les effectifs présents seront davantage tournés vers l'aide à la vie quotidienne. L'accueil en résidence autonomie, qui concerne des personnes pas ou très peu dépendantes ne mobilise que très peu les professionnels de notre champ.

⁶² Voir notamment : MULLER Marianne, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Etudes et Résultats*, DREES, N°1015, Juillet 2017, 8p.

c) Un secteur très féminin, une forte proportion d'étrangers

Tableau 6 : Sexe et nationalité

	Sexe : Part de femmes		Nationalité : Part d'étrangers	
	Secteur des personnes âgées	Tous secteurs Ile-de-France	Secteur des personnes âgées	Tous secteurs Ile-de-France
Cadres infirmiers	89%	87%	5%	3%
Infirmiers (Tous types)	88%	87%	13%	5%
Professionnels de la rééducations (Tous types)	91%	71%	5%	6%
Cadres de l'intervention socio-éducative	73%	65%	2%	4%
ASH	86%	73%	31%	20%
AS	93%	85%	19%	11%
AMP	93%	89%	17%	13%
Aides à domicile	95%	95%	38%	34%
Ensemble des actifs en emploi	88%	49%	29%	13%

Source : Insee - Recensement de la population 2013 – 2017 ; Traitement Défi métiers

Champ : Effectifs en emploi Ile-de-France (personnes physiques)

La ligne « ensemble des actifs en emploi » recouvre l'ensemble des métiers que l'on retrouve en Ile-de-France. Ce parti-pris nous permet une comparaison au-delà des frontières des métiers pour se positionner dans un cadre d'analyse francilien plus global.

De manière générale, les professionnels du secteur sont une population très féminine. Les femmes représentent ainsi 88% des professionnels du secteur médico-social pour personnes âgées, contre 49% des actifs en emploi d'Ile-de-France. Les cadres de l'intervention socio-éducative se distinguent par une part un peu plus importante d'hommes (27%), mais reste cependant une profession plus féminine que dans d'autres secteurs d'activités.

Ce secteur a également la particularité d'avoir une proportion importante de professionnels de nationalité étrangère (29% dans le secteur contre 13% tous secteurs) et un faible niveau de diplôme (57% d'infra-bac contre 32%, soit une large surreprésentation des diplômés « infra-bac » dans le champ en comparaison de l'ensemble des secteurs⁶³). On observe que les aides à domicile (71% d'infra-bac) et les ASH (77% d'infra-bac), ainsi que, dans une moindre mesure les AS (49% d'infra-bac) et AMP (50% d'infra-bac), font partie des professionnels de notre champ parmi lesquels on retrouve cette surreprésentation des personnes étrangères et de niveau de diplôme inférieur au bac⁶⁴. Il est cependant intéressant de constater que la moitié des AS et AMP sont détenteurs d'un diplôme de niveau plus élevé que celui requis pour exercer (respectivement 51 et 50% sont titulaires d'un diplôme de niveau bac et supra⁶⁵). Par ailleurs, les personnes étrangères sont sous-représentées parmi les cadres infirmiers, les cadres de l'intervention socio-éducative et les professionnels de la rééducation.

⁶³ Insee - Recensement de la population 2013 - 2017

⁶⁴ Les questions de genres et de migrations (nationales puis régionales) dans l'aide à domicile mais aussi dans l'aide aux personnes âgées sont historiquement liées. Ces questions ont pu faire l'objet de travaux, voir notamment LADA Emmanuelle et CONDON Stéphanie, « On n'est pas des bécassines », *Transformations de l'aide et des services à domicile : migrations, travail et mobilités professionnelles*, Ined, Documents de travail 210, Avril 2014

⁶⁵ Insee - Recensement de la population 2013 - 2017

Tableau 7 : Type de contrat et temps de travail

	Part de Temps Partiel		Part de CDI ou fonctionnaire	
	Secteur des personnes âgées	Tous secteurs Ile-de-France	Secteur des personnes âgées	Tous secteurs Ile-de-France
Cadres infirmiers	7%	10%	96%	96%
Infirmiers Salarié	17%	15%	88%	84%
Autres spécialistes rééducations	39%	21%	79%	31%
Cadres de l'intervention socio-éducative	7%	9%	96%	93%
ASH	28%	19%	80%	83%
AS	13%	12%	85%	88%
AMP	8%	10%	85%	84%
Aides à domicile	51%	46%	84%	83%
Ensemble des actifs en emploi	35%	15%	83%	78%

Source : Insee - Recensement de la population 2013 - 2017; Traitement Défi métiers

Champ : Effectifs en emploi Ile-de-France (personnes physiques)

La ligne « ensemble des actifs en emploi », recouvre l'ensemble des métiers que l'on retrouve en Ile-de-France. Ce parti-pris nous permet une comparaison au-delà des frontières des métiers pour se positionner dans un cadre d'analyse francilien plus global.

Si une proportion importante des effectifs du secteur médico-social pour personnes âgées bénéficie d'un contrat stable (83% de CDI dans le secteur contre 78% parmi les actifs en emploi d'Ile-de-France), la proportion des effectifs à temps partiel est très importante, elle représente en effet plus du tiers des effectifs. Ces temps partiels touchent plus particulièrement les aides à domicile (51%), les ASH (28%) mais également les professionnels de la rééducation (39%). Si, pour ces derniers, le temps partiel peut être un choix⁶⁶ et être complété par une activité libérale, ces chiffres soulignent la précarité que peuvent subir un certain nombre de professionnels du secteur. Sur les autres professions, la part de temps partiel du secteur est similaire à celle retrouvée dans l'ensemble de l'emploi francilien.

35% des effectifs franciliens de l'ensemble du secteur travaillent à temps partiel, contre 15% tous secteurs confondus

L'analyse des professionnels des secteurs étudiés ne peut cependant se faire sans mettre en lumière les différences dans les modes d'exercice à domicile et en structure.

⁶⁶ GUILLOUX Marion, PARDINI Béatrice, BEN MEZIAN Morad (dir.), *Les diplômés d'Etat de la rééducation en Ile-de-France : de nouveaux enjeux emploi-formation*, Rapport d'étude, Défi métiers, décembre 2014, p.56

3. Exercice à domicile, exercice en structure : des réalités différentes

Aide à domicile : une catégorie flottante

Selon le niveau d'analyse et les sources utilisées, l'intitulé professionnel « aide à domicile » peut recouvrir un champ de professionnels plus ou moins large, et doit donc faire l'objet de précautions méthodologiques. Ainsi, la nomenclature de l'Insee assimile aux aides à domicile (PCS 563B) les auxiliaires de vie sociale (théoriquement diplômés du DEAVS / DEAES) ainsi que les aides ménagères (accessible sans diplôme), les techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF - diplômés de niveau IV), les « auxiliaires en gérontologie », les gardes malades ou encore les dames de compagnie. En revanche, toujours pour l'Insee, les AMP sont classés dans la PCS 526D et la catégorie concerne uniquement ceux-ci, clairement distingués des AVS. La catégorie « ASH » de l'Insee, PCS 525D, recouvre des métiers différents, et peut également désigner une partie des personnels intervenants à domicile (agent d'entretien, femme de chambre, gouvernante, etc.). Ces catégories, utiles pour l'analyse, ne sont que très peu pertinentes pour les acteurs⁶⁷.

En effet, certains acteurs rencontrés, surtout parmi les promoteurs des technologies de la Silver économie, peuvent parfois faire référence aux personnels de l'aide à domicile comme un tout homogène, mêlant infirmiers, aides-soignants, AVS, AMP, employés à domicile, etc. En revanche, les instances de la branche de l'aide, accompagnement, soins et services à domicile du secteur privé associatif différencient quant à eux :

- **les agents à domicile** (n'ayant pas de diplôme reconnu par la branche) qui réalisent des tâches ménagères (entretien du cadre de vie, du linge...). Ils n'interviennent pas sur un public dépendant ou en perte d'autonomie.
- **les employés à domicile** (titulaires d'une certification de niveaux IV ou V reconnue par la branche) qui exercent les mêmes activités que la précédente catégorie de professionnels mais auprès d'un public moins autonome, avec deux volets « aide aux actes essentiels de la vie quotidienne » et « maintien du lien social » supplémentaire.
- **les auxiliaires de vie** (titulaires du DEAVS/DEAES, mais aussi plus rarement du DEAMP et DEAS) qui sont les professionnels spécialisés dans l'intervention auprès des publics les moins autonomes et qui sont reconnus comme pouvant réaliser des actes d'hygiène auprès des personnes âgées.

Ces différences dans les discours des acteurs sur la catégorie d'aides à domicile soulignent la nécessité de renforcer le dialogue entre deux champs socio-économiques différents (promoteurs de nouvelles technologies / médico-social), si l'on veut espérer que les solutions technologiques développées aujourd'hui puissent être appropriées par les professionnels accompagnants les personnes âgées (dans leur diversité, leurs différents champs d'interventions, etc.). Cette méconnaissance des métiers doit être levée auprès de l'ensemble des acteurs du secteur mais également du public susceptible de s'orienter vers le secteur et de ceux qui peuvent les orienter.

Si nous ne pouvons pas faire de distinction, au niveau quantitatif à l'intérieur de la catégorie « Aides à domicile » de l'Insee, nous nous sommes efforcés, au niveau qualitatif de mettre en relief cette hétérogénéité en nous référant aux catégories des acteurs du médico-social.

⁶⁷ La perception de la profession par les professionnels eux-mêmes peut également varier suivant la situation sociale et le parcours de vie de chacun d'entre eux. Cf. AVRIL Christelle, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, coll. « Corps, santé, société », 2014, 292 p.

a) Horaires atypiques et contrats précaires dans « le domicile »

Tableau 8 : Les différences de conditions de travail entre le domicile et la structure

	Part de Temps Partiel		Part de CDI ou fonctionnaire		Lieu de travail dans la commune de résidence*	
	Secteur de l'aide à domicile	Autres secteurs pour personnes âgées	Secteur de l'aide à domicile	Autres secteurs pour personnes âgées	Secteur de l'aide à domicile	Autres secteurs pour personnes âgées
Cadres infirmiers	14%	6%	86%	98%	26%	18%
Infirmiers Salarié	21%	16%	91%	88%	43%	24%
Autres spécialistes rééducations	28%	41%	77%	79%	44%	24%
Cadres de l'intervention socio-éducative	11%	6%	94%	96%	30%	17%
ASH	56%	21%	81%	80%	52%	34%
AS	36%	10%	90%	85%	36%	25%
AMP	40%	7%	81%	85%	35%	26%
Aides à domicile	55%	21%	86%	76%	48%	31%
Ensemble des actifs	49%	17%	82%	83%	49%	28%

Source : Insee - Recensement de la population 2013 - 2017; Traitement Défi métiers

* Dans le secteur à domicile, le lieu de travail étant par définition possiblement multiple, et la base de données de l'Insee étant basée sur du déclaratif, il faut lire ici : le lieu de travail majoritaire.

Près de la moitié des actifs du secteur de l'aide à domicile travaille à temps partiel contre seulement 17% dans les autres secteurs médico-sociaux à destination des personnes âgées. Cette proportion est encore plus élevée pour les ASH (56% contre 21% dans les autres secteurs) et les aides à domicile (55% contre 21%), qui forment la majorité des effectifs de l'aide à domicile.

De plus, ce temps de travail est bien souvent discontinu (réparti sur l'ensemble de la journée) et parfois tout autant chronophage qu'un temps plein. Les entretiens que nous avons réalisés viennent cependant nuancer l'idée d'un temps partiel systématiquement subi : ce temps partiel serait parfois voulu par les aides à domicile en raison du temps libre laissé. Par ailleurs, une partie de ces professionnels peut également cumuler des emplois dans différentes structures (également dans l'aide à domicile, dans un Ehpad ou dans un autre secteur, ou directement pour des particuliers employeurs).

Dans les autres secteurs d'activité du médico-social à destination des personnes âgées, ce sont les « spécialistes de la rééducation » qui sont les plus souvent à temps partiel. En effet, la plupart des structures rencontrées lors de notre étude disposait d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute à mi-temps. Toutefois ceux-ci peuvent être « mutualisés » entre plusieurs structures et réaliser de véritables temps pleins en cumulant plusieurs temps partiels dans différentes structures. Par ailleurs, il faut rapprocher ces chiffres avec la possibilité pour cette catégorie de professionnels d'intervenir en libéral dans ces structures. Ce phénomène n'est cependant guère quantifiable en l'absence d'une étude *ad hoc*.

Que ce soit dans l'aide à domicile ou dans les autres secteurs, le type de contrat qui prévaut est le CDI (ou le statut de fonctionnaire dans les structures publiques). Cette proportion est même légèrement supérieure pour les AS et les infirmiers, ce qui témoignerait d'une volonté plus affirmée de la part des employeurs de fidéliser particulièrement cette catégorie de personnels.

Le secteur de l'aide à domicile se distingue également par une proportion d'actifs travaillant dans leur commune de résidence plus élevée que dans les autres secteurs à destination des personnes âgées. En effet, compte tenu de la multiplication des lieux d'intervention et surtout des horaires morcelés, beaucoup d'intervenants à domicile peuvent rechercher cette proximité avec leur lieu de résidence. Ce phénomène touche moins les cadres, qui sont aussi plus souvent à temps plein. Suivant le secteur géographique concerné (proximité et densité des transports en commun), la problématique de la proximité du lieu de travail peut se poser avec plus ou moins d'acuité. Cette dimension est à prendre en compte dans les problématiques liées aux besoins en emplois des structures.

b) Une surreprésentation des femmes étrangères dans « le domicile »

Tableau 9 : Des recrutements différenciés entre domicile et structure

	Sexe : Part de femmes		Nationalité : Part d'étrangers	
	Secteur de l'aide à domicile	Autres secteurs pour personnes âgées	Secteur de l'aide à domicile	Autres secteurs pour personnes âgées
Cadres infirmiers	95%	88%	8%	4%
Infirmiers (Tous types)	91%	87%	18%	13%
Professionnels de la rééducations (Tous types)	90%	91%	2%	6%
Cadres de l'intervention socio-éducative	74%	73%	2%	3%
ASH	90%	84%	56%	25%
AS	93%	92%	21%	19%
AMP	88%	93%	25%	17%
Aides à domicile	95%	96%	38%	34%
Ensemble des actifs	91%	84%	37%	18%

Source : Insee - Recensement de la population 2013 - 2017; Traitement Défi métiers

Si le secteur médico-social à destination des personnes âgées est majoritairement composé de femmes, on observe cependant que le secteur de l'aide à domicile l'est encore plus. C'est en particulier le cas des cadres infirmiers (95% dans l'aide à domicile, 88% dans les autres secteurs à destination des personnes âgées) ou des ASH (90% contre 84%). Historiquement, le service à domicile – comme auparavant le service domestique – est un secteur fortement féminisé, plus encore que les autres segments du *care*. Les stéréotypes sur ces métiers sont en effet fortement ancrés dans l'imaginaire collectif. La part importante de temps partiel dans le secteur peut également être un facteur explicatif, les femmes étant plus souvent en temps partiel, volontaire ou subi (30% des femmes en situation d'emploi en 2017 contre 8,3% des hommes selon l'Insee au niveau national).

On observe également que la part d'étrangers est particulièrement élevée dans le secteur de l'aide à domicile. La part d'actifs de nationalité étrangère est ainsi deux fois plus élevée dans le secteur de l'aide à domicile que dans celui à destination des autres secteurs médico-sociaux à destination des personnes âgées (respectivement 37% contre 18%). Ce sont 56% des ASH, 38% des « aides à domicile », 25% des AMP et 21% des AS qui ne sont pas de nationalité française, alors qu'ils ne sont que 2% des professionnels de la rééducation ou des cadres de l'intervention socio-éducative et 8% des cadres infirmiers.

L'insertion professionnelle de personnes étrangères n'ayant pas de diplôme reconnu en France peut passer facilement par un emploi ne nécessitant pas de qualification particulière (ASH) ou une formation

courte ou accessible via la VAE (AS, AMP). Et ce, d'autant plus que les employeurs vont être attentifs à des expériences qui ont eu lieu dans la sphère personnelle (s'occuper d'un parent malade et/ou vieillissant par exemple) : « *les employeurs recherchent avant tout des qualités personnelles (empathie, patience, etc.) pour occuper ces postes*⁶⁸. ». Le domicile est considéré comme un canal d'insertion plus accessible, malgré des conditions de travail jugées difficiles.

« Nous, le service à la personne, on est un intégrateur formidable. Nos professionnels, ce sont des gens en situation de précarité parfois qui viennent chercher un job chez nous, c'est un premier pallier pour entrer dans le monde du travail. On a une vraie capacité à intégrer des gens qui sont parfois éloignés de l'emploi »
(Fédération du service aux particuliers)

Ainsi le secteur médico-social à destination des personnes âgées, et de manière plus précise l'aide à domicile, semble permettre à des personnes étrangères et particulièrement des femmes et/ou avec un niveau de qualification relativement bas de s'insérer professionnellement.

c) En structure, des conditions de travail et d'emploi jugées plus favorables

S'il n'est bien sûr pas uniforme, le travail en structure a globalement la préférence de la plupart des salariés du secteur. Concernant les conditions d'emploi, si la part de CDI est similaire entre le travail à domicile et en structure, **le temps partiel** est près de trois fois plus faible dans ces dernières, (à l'exception des personnels de la rééducation mais la « mutualisation » de ces professionnels auprès de plusieurs structures est une pratique courante et permet d'obtenir des temps de travail plus conséquents).

Ce sont principalement les conditions de travail qui vont rendre la structure plus attractive par rapport au domicile. Le temps de travail est en effet moins morcelé en structure et le travail en équipe, la présence plus forte d'autres professionnels permet de dialoguer plus fréquemment de manière formelle ou informelle et de pouvoir faire appel à des collègues dans des situations difficiles. **La charge mentale serait ainsi plus faible en structure que dans l'aide à domicile en raison d'un travail moins solitaire.** Enfin, dans un secteur au travail physiquement pénible, **l'exercice en structure permet de bénéficier plus sûrement et plus facilement d'appuis techniques au travail** (lèves-malades, rails de transferts, etc...).

La pénibilité physique varie toutefois fortement selon les types de structures. La place de celles-ci dans la prise en charge du grand âge est un facteur déterminant. Ainsi, dans les résidences autonomes (accueil de publics autonomes) et dans une moindre mesure les accueils de jour (accueil de personnes âgées uniquement en journée), la pénibilité sera moins prégnante. Le travail dans ces structures ne se déroule pas sur des horaires atypiques et est moins axé sur une tâche de manipulation de la personne âgée (plus d'activités sociales, de maintien des capacités cognitives). A l'inverse, dans les Ehpad et les USLD, le travail en continu auprès d'un public fortement dépendant s'avère être plus pénible physiquement.

Néanmoins, de manière générale, **le travail en structure est davantage valorisé par les professionnels du secteur car vu comme plus axé sur le soin** et aux plus fortes possibilités d'évolution professionnelle. L'aide à domicile est ainsi une porte d'entrée pour des personnes non diplômées dans le secteur, qui se forment via le DEAVS et cherchent ensuite à travailler en structure (souvent en tant qu'ASH). Cette entrée permet de gagner en capital symbolique (passant d'un travail perçu comme axé sur le ménage à un autre davantage assimilé aux soins) et d'accroître ses chances d'aller par la suite en formation pour devenir AS.

« On s'apercevait que les stagiaires suivaient une formation d'AVS pour accéder ensuite à une structure. En réalité leur rêve c'était de devenir AS. » (Fédération du service aux particuliers)

Cette stratégie, qui passe dans un premier temps par un déclassement professionnel (passant d'un métier qualifié à un non qualifié) révèle une forte distinction dans l'esprit des acteurs du secteur entre le travail en structure et à domicile, à plus forte raison chez les principaux concernés. L'ensemble de ces facteurs influe sur l'attractivité des différents types de structures. Mais d'autres paramètres sont également à prendre en compte afin de mieux appréhender les choix d'orientation des professionnels. C'est notamment le cas du rapport au travail mais également de l'image que le secteur et ces différents métiers renvoient.

⁶⁸ THIOUX Emmanuel (Insee Ile-de-France), BEN HADDOU-MOUSSET Itto, PARDINI Béatrice (Défi métiers), « Un tiers des salariés franciliens a changé de métier entre 2012 et 2015 », Insee Analyses Ile-de-France, n°89, novembre 2018, p.3

L'essentiel à retenir

- ✓ En Ile-de-France, le secteur médico-social à destination des personnes âgées emploie plus de 94 000 personnes. Parmi ceux-ci on comptabilise 60 800 professionnels du sanitaire et social susceptible d'intervenir directement auprès des personnes âgées. A ce chiffre pourraient s'ajouter une partie des 4 000 professionnels AMP, ASH et aides à domicile du secteur des « particuliers employeurs » ainsi que les nombreux professionnels du secteur hospitalier des services gériatriques.
- ✓ Le secteur voit ses effectifs progresser fortement. En effet, avec 16% d'actifs supplémentaires (effectif physique et non ETP) entre 2010 et 2015, le secteur médico-social pour personnes âgées est un secteur particulièrement dynamique (à titre de comparaison dans l'ensemble des secteurs d'Ile-de-France, la progression est de +1% d'actifs sur la période).
- ✓ Les effectifs d'aide à domicile sont particulièrement importants dans l'ensemble du secteur médico-social des personnes âgées (plus de 30 000 personnes) et logiquement concentrés dans le secteur de l'aide à domicile. Le secteur de l'hébergement médicalisé pour personnes âgées (Ehpad) concentre la majorité des autres personnels du soin et de l'accompagnement des personnes âgées (71% des aides-soignants du secteur médico-social des personnes âgées, 63% des ASH, 69% des infirmiers, 72% des AMP, 65% des cadres infirmiers et 62% des personnels de rééducation).
- ✓ Les femmes représentent 88% des professionnels du secteur médico-social pour personnes âgées, contre 49% des actifs en emploi d'Ile-de-France. Ce chiffre atteint 91% dans l'aide à domicile.
- ✓ Le secteur médico-social à destination des personnes âgées a également la particularité d'avoir une proportion importante de professionnels de nationalité autre que française (29% dans le secteur contre 13% tous secteurs) et par un faible niveau de diplôme (57% d'infra-bac contre 32%). Là aussi le secteur de l'aide à domicile se distingue, il compte ainsi 37% de professionnels étrangers et 64% d'infra-bac.
- ✓ La proportion des effectifs à temps partiel est très importante, elle représente en effet plus du tiers des effectifs. Ces temps partiels touchent plus particulièrement les aides à domicile (51%), les ASH (28%) mais également les professionnels de la rééducation (39%).

PARTIE II - UN SECTEUR EN EVOLUTION SOUS CONTRAINTES

I - LES FACTEURS D'EVOLUTION DU SECTEUR

Le secteur vit un grand nombre de bouleversements dû à divers facteurs dont le principal (voire celui à la genèse des autres) provient des tendances démographiques (allongement de l'espérance de vie et « papy-boom »). Ces **dynamiques démographiques** influent sur la hausse des demandes d'accompagnements, d'aide ou d'hébergement. Par ailleurs, le secteur reste en proie à de **fortes tensions sociales, à une image dégradée** et à des **difficultés de recrutement**. A l'heure où nous rédigeons ce rapport, le secteur fait encore l'objet de **questionnements politiques quant à son financement** et à son avenir. Parmi les leviers envisagés, les milieux économiques comme politiques, ont de fortes attentes quant aux **innovations technologiques** qui semblent se diffuser dans le secteur médico-social des personnes âgées.

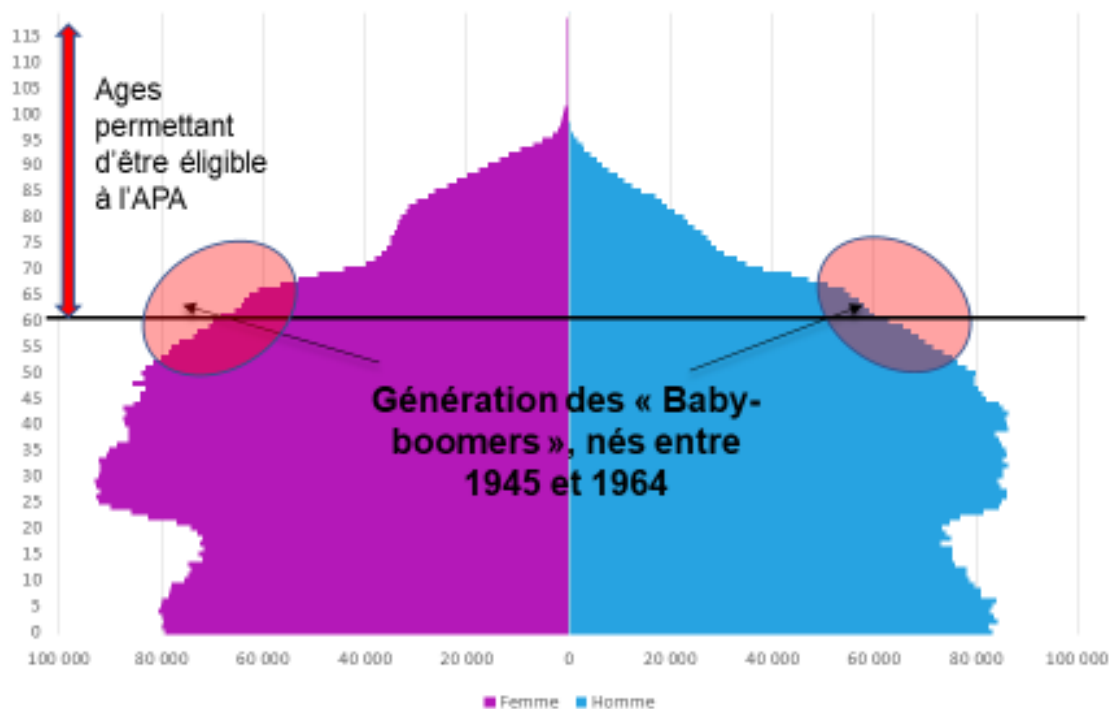
1. Vieillesse de la population

a) Une pyramide des âges en transformation

La pyramide des âges francilienne est très spécifique par rapport à d'autres régions françaises. En effet la proportion de personnes âgées y est la plus faible de France métropolitaine⁶⁹, compte tenu de l'arrivée massive d'étudiants et de jeunes actifs dans la région, mais aussi du départ d'un certain nombre de personnes à l'âge de la retraite. Cela n'empêche pas, comme dans les autres régions, de voir la population francilienne vieillir.

⁶⁹ Toutes régions confondues (hors Mayotte) la France compte 24% de personnes de plus de 60 ans. (RP 2014)

Figure 7 : Pyramides des âges - Ile-de-France



Source : Insee - Recensement de la population 2013 – 2017 ; Traitement Défi métiers

Les plus de 65 ans représentent en Ile-de-France 14% de la population⁷⁰, soit un total de 1,7 million de personnes. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans dans cette région a augmenté de 14% en 5 ans. Comme nous l'avons exposé en introduction de cette étude, en 2050 la part des Franciliens de plus de 65 ans représenterait 21,9% de la population en 2050 (2,9 millions de Franciliens) selon le scénario central de l'Insee⁷¹.

L'augmentation du nombre de personnes âgées (due à l'allongement de l'espérance de vie) et l'arrivée prochaine de la génération des baby-boomers à des âges avancés sont des phénomènes connus et documentés depuis déjà de nombreuses années. Si toutes les personnes âgées ne nécessitent pas de prise en charge (à domicile ou en établissement), l'arrivée des premiers baby-boomers (nés en 1945) à un âge avancé devrait accroître considérablement les besoins en professionnels.

b) Bénéficiaires de l'APA : une mesure de la dépendance

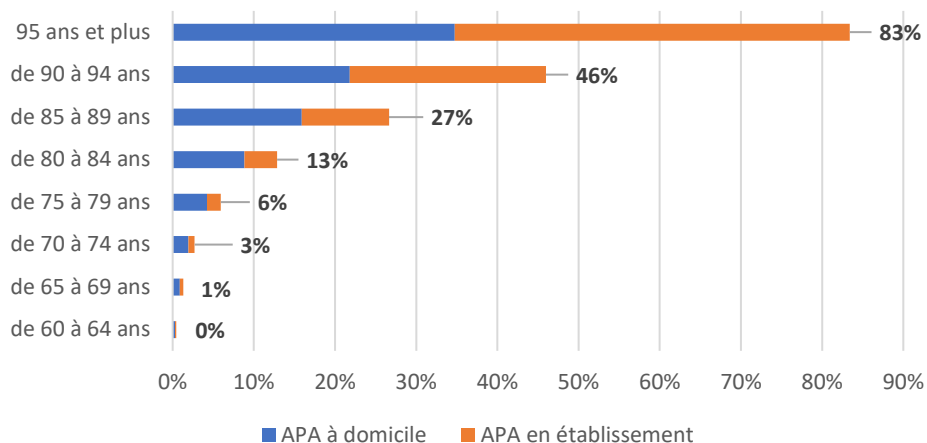
Le nombre de bénéficiaires de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) représente un bon indicateur de la dépendance et de son évolution dans le temps. En effet, l'APA est une aide versée par les conseils départementaux. La condition de son versement dépend de l'âge de la personne prise en charge (avoir plus de 60 ans) et de son degré de dépendance⁷². Les individus sont classés suivant leur degré de dépendance à l'aide d'une grille d'évaluation spécifique (grille AGGIR), basée sur les 6 niveaux du GIR (voir annexe 2). Le GIR 1 correspond aux individus les plus dépendants et le GIR 6 au plus faible niveau de perte d'autonomie. Les personnes classées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA contrairement aux niveaux 5 et 6. Ces derniers peuvent toutefois bénéficier de certaines aides complémentaires (aides ménagères notamment). Le montant de l'APA dépend du revenu de la personne. Le nombre de bénéficiaires est comptabilisé chaque année par la Drees. Il permet également de distinguer l'APA « à domicile » et l'APA « en établissement » (toutefois, le terme « à domicile » peut aussi recouvrir un certain nombre d'habitats de type maison de retraite).

⁷⁰ Insee - Recensement de la population 2013 - 2017

⁷¹ PONCELET Thomas, TRIGANO Lauren, « Même vieillissante, l'Île-de-France resterait la région la plus jeune de France métropolitaine en 2050 », Insee Analyses Ile-de-France, n°62 – Juin 2017, 4p.

⁷² Selon l'article 2 alinéa 3 de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 : « La dépendance [...] est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. »

Figure 8 : Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par tranche d'âge



Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)

Source : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017) ; Traitement Défi métiers

D'après les chiffres de la Drees, **en Ile-de-France, plus de 135 000 personnes bénéficient de l'APA dont 61 % à domicile** (près de 82 000 personnes)⁷³. A travers l'évolution de la part de bénéficiaires de l'APA au sein de la population, on observe que la nécessité d'un accompagnement ou d'une aide (à domicile ou en établissement) augmente avec l'âge. Ainsi, si la part de la population âgée de 60 à 80 ans bénéficiant de l'APA est très faible (moins de 6%), elle atteint 83% à partir de 95 ans. On observe également que la part de l'APA « en établissement » augmente avec l'âge et devient majoritaire après 90 ans.

En 5 ans, le nombre de bénéficiaires franciliens de l'APA a augmenté de 5% (soit 7 000 personnes supplémentaires), soit une augmentation plus faible que l'augmentation du nombre de personnes de plus de 65 ans, ce qui laisserait à penser que les innovations médicales et les politiques de prévention limitent l'évolution du nombre de personnes dépendantes.

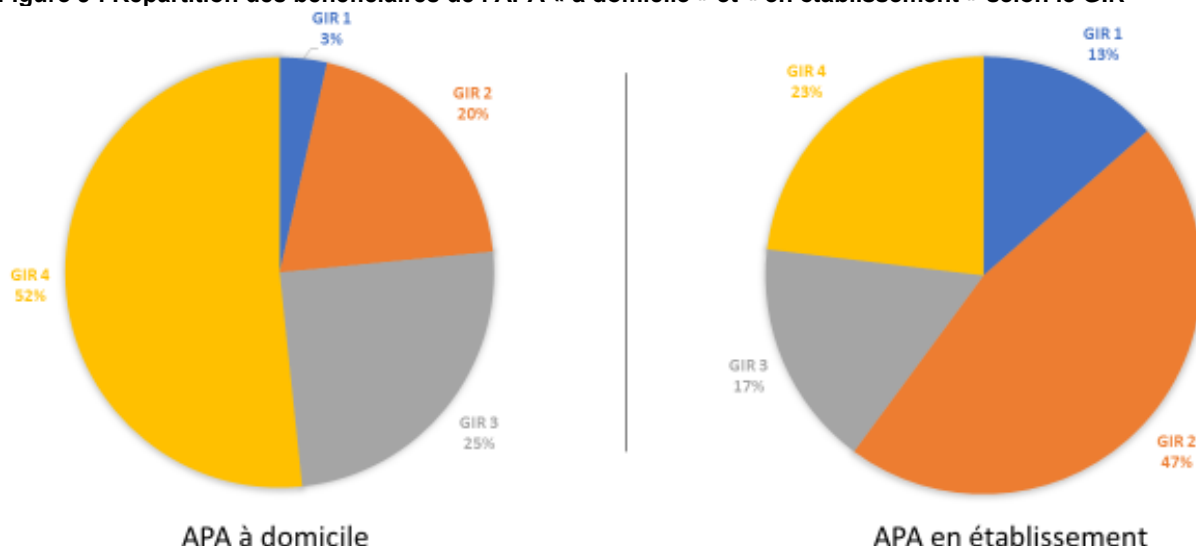
Cette augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA, bien que relativement importante, a tendance à ralentir ces dernières années, mais devrait à nouveau s'accélérer au fur et à mesure de l'avancée en âge de la génération du baby-boom.

c) Des bénéficiaires de l'APA plus dépendants en établissement

La répartition des bénéficiaires de l'APA en fonction de leur niveau de GIR illustre l'écart dans les niveaux de dépendance entre les bénéficiaires de l'APA en établissement et ceux à domicile. Les GIR 1 et 2, c'est-à-dire les personnes confinées au lit ou au fauteuil, représentent 60% des bénéficiaires de l'APA en établissement contre seulement 23% à domicile. A l'opposé, les structures n'ont que 23% de GIR 4 parmi leurs résidents alors qu'ils représentent 52% des bénéficiaires de l'APA à domicile (Fig. suivante).

⁷³Chiffres Drees, Enquêtes Aide social 2016

Figure 9 : Répartition des bénéficiaires de l'APA « à domicile » et « en établissement » selon le GIR



Champ : Ile-de-France
 Source : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; Traitement Défi métiers

Cette répartition illustre l'évolution qui s'est effectuée au cours des années précédentes. En effet, avec la mise en place d'une politique visant au maintien au domicile des personnes les moins dépendantes, les structures d'hébergements de type Ehpad se sont vu attribuer le rôle d'aide et d'accompagnement des personnes les plus dépendantes accentuant de fait le niveau de dépendance moyen du public accueilli.

« J'ai un pathos à 283, un GMP à 683. C'est énorme 683. Et 683 c'est le GMP qui a été validé en 2009... depuis il n'a pas été revalidé. Sauf que notre médecin l'évalue lui-même tous les ans et en 2017 on était à 705. » (Mme L., directrice d'un Ehpad privé à but lucratif).

Ainsi, non seulement cette part de personnes fortement dépendantes est importante dans les institutions de type Ehpad, mais elle y est croissante. Cet accroissement de la dépendance (et la diversification des pathologies associées à la vieillesse) modifie les rôles des structures et pèse sur le personnel :

« Nos établissements commençaient déjà à avoir des évolutions dans la population qu'ils accueillait entre les années 1980-90 et les années 2000, on accueille des personnes de plus en plus dépendantes. Je suis rentré dans mon autre établissement, la secrétaire et l'IDEC étaient là depuis l'ouverture et me disaient "les résidentes qu'on accueillait avant marchaient, avaient toute leur tête, elles avaient juste besoin d'un habitat sécurisé, adapté, avec quelques soins et de l'aide à la toilette". Maintenant ce sont les fauteuils roulants qui sont plus nombreux, les soins les plus importants, les gens restent de plus en plus longtemps chez eux et ne frappent à nos portes qu'en cas de problème. » (M. V, directeur d'un Ehpad privé associatif)

Les différences de niveaux de dépendance ne se mesurent pas uniquement entre type de service ou de structure. Elles existent également entre les différents territoires de la région.

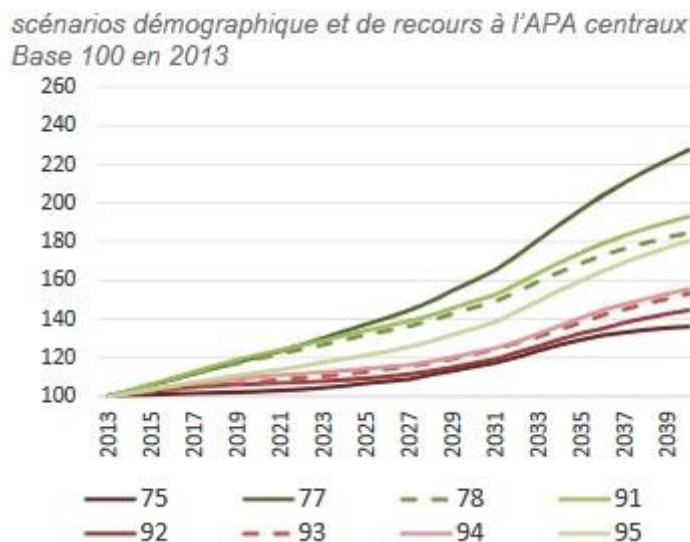
d) Des différences territoriales importantes

L'Ile-de-France est une région où les inégalités de niveaux de vie sont très fortes. Ces différences de niveau de vie ou encore de densité de professionnels de santé entre les départements se traduisent par de fortes disparités sur l'état de santé de la population et le niveau de dépendance des personnes âgées⁷⁴. **Les différences de prévalence de la dépendance entre les départements franciliens se traduiront donc par une évolution des besoins de prise en charge des personnes âgées différentes d'un territoire à l'autre⁷⁵.**

⁷⁴ LABORDE Caroline, TISSOT Ivan, TRIGANO Lauren, « Incapacité et dépendance des personnes âgées : près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie », *Insee Analyses Ile-de-France*, Insee, n°68 – Septembre 2017, 4p.

⁷⁵ LABORDE Caroline, TRIGANO Lauren, LOUCHART Philippe, SAGOT Mariette, « Incapacités et dépendance des personnes âgées en Ile-de-France », *Actualité et dossier en santé publique*, Haut Conseil de la santé publique, la Documentation française, n°102, mars 2018, pp.5-9

Figure 10 : Projection de l'IAU des bénéficiaires de l'APA par département



Source : Sagot M., Louchart p., Laborde C. 2017, p.29

Ainsi, d'après un rapport de l'IAU de 2017, la hausse du nombre de bénéficiaires de l'APA suivrait des évolutions différentes suivant les départements, avec des progressions plus importantes dans les départements périphériques. Ainsi entre 2013 et 2040 : « la hausse se situerait à +36 % à Paris, +43 % dans les Hauts-de-Seine, un peu plus de moitié en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne, de 80 % à 90 % dans les Yvelines, l'Essonne et le Val d'Oise et à +123 % en Seine-et-Marne⁷⁶. » En termes de volume de recours à l'APA, ces évolutions représenteraient : « +7 500 bénéficiaires dans les Hauts-de-Seine dans le scénario central, autour de +9 000 dans le Val-de-Marne et le Val d'Oise, de +10 000 à +12 000 à Paris, la Seine-Saint-Denis, les Yvelines et l'Essonne, jusqu'à +16 600 en Seine-et-Marne⁷⁷ ». Ainsi, les dynamiques démographiques en cours ne touchent pas forcément tous les territoires de la même façon.

Entre 2013 et 2040 la hausse du nombre de bénéficiaires de l'APA pourrait varier de +36% à Paris jusqu'à +123% en Seine-et-Marne

A ces différences démographiques peuvent également s'ajouter les différences de traitement de l'offre de l'aide sociale par les départements, en fonction de leurs capacités financières mais également des choix politiques. Une étude de la Drees révèle ainsi que « à caractéristiques du bénéficiaire présentes dans le modèle comparables (sexe, situation de couple, âge, ancienneté, ressources), certains départements [...], accordent plus fréquemment des plans d'aide maximaux que d'autres⁷⁸ ».

De manière plus fine, les différences territoriales peuvent s'exprimer au niveau des bassins de vie. La nature juridique des structures présentes sur le territoire crée également de la concurrence sur le public visé (avec, par exemple, un grand nombre d'établissements privés commerciaux en concurrence dans l'Ouest francilien pour attirer les seniors du 75, 92 et 78). De même, la présence d'un établissement sur un territoire ne signifie pas mécaniquement que les habitants du territoire en question ont accès à cette structure ou que cet établissement réponde bien à la demande locale. Ainsi sur un territoire donné, la présence exclusive d'Ehpad privés à but lucratif pourrait exclure une partie du public parmi les moins aisés, et au contraire, attirer du public d'autres départements moins dotés en places d'hébergement :

⁷⁶ SAGOT Mariette, LOUCHARTE Philippe, LABORDE Caroline, *Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France : enjeux départementaux à l'horizon 2040*, Rapport IAU et ORS Ile-de-France, juin 2017, p.29

⁷⁷ *Ibid.* p.29

⁷⁸ FIZZALA Arnaud, *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ?*, « Les dossiers de la Drees », Drees, N°1, mars 2016, p.12

« Le public qui vient c'est majoritairement des gens du 75 et du 92, quelques-uns [de la ville où l'Ehpad est situé] mais très peu, ils n'ont pas assez de moyens financiers, on en a quelques-uns. En général c'est transitoire, ils viennent, ils repartent parce qu'ils n'ont pas les moyens. On n'est pas l'aide sociale ici... » (Mme L., directrice d'un Ehpad privé à but lucratif, 92)

Les processus démographiques en cours ne concernent pas seulement les volumes de personnes âgées, ni les proportions de personnes âgées dépendantes. En effet, la dynamique démographique impacte également la structure des emplois de ces secteurs d'activités. Elle est et sera à l'origine d'une part importante des besoins en main d'œuvre aujourd'hui et dans les années à venir.

2. Des personnels vieillissants

Le secteur social et médico-social à destination des personnes âgées se distingue des autres secteurs (y compris de l'ensemble du social et médico-social) par un âge moyen des professionnels comparativement plus élevé. Cette situation conduit à anticiper une part importante de départs à la retraite dans les années à venir chez ces professionnels. Cependant, des différences existent entre les différents métiers du secteur. Nous nous attacherons à décrire ici les dynamiques démographiques qui touchent directement les professionnels du sanitaire et social dans leurs pratiques et leurs stratégies professionnelles.

a) Une moyenne d'âge légèrement supérieure à la moyenne d'âge des actifs franciliens en emploi

Outre les conséquences des dynamiques démographiques en cours sur les volumes des personnes âgées dépendantes, ces dynamiques de vieillissement touchent également les professionnels du secteur en raison des départs à la retraite (ou des suspensions d'activités) qu'elles induisent. Par ailleurs, cette problématique est particulièrement sensible dans ces secteurs en raison de la structure démographique particulière des professionnels en emploi. **En effet, l'âge moyen des actifs du secteur médico-social pour personnes âgées est plus élevé que dans d'autres secteurs. Leur moyenne d'âge, toutes professions confondues, est de 43 ans alors que la moyenne d'âge des actifs en emploi franciliens est de 41 ans.**

En tête des professionnels du secteur social et médico-social pour personnes âgées dont l'âge moyen est le plus élevé, apparaissent les « cadres infirmiers » suivis des « aides à domicile, aide-ménagères » et des ASH.

Ce sont surtout les personnels infirmiers des établissements tournés vers les personnes âgées qui apparaissent plus âgés que leurs homologues d'autres secteurs (et notamment du secteur hospitalier). **Leur âge moyen dans ce secteur est de 41 ans alors qu'il est de 39 ans tous secteurs confondus.**

La moyenne d'âge des professionnels du secteur médico-social des personnes âgées est de 43 ans alors que la moyenne d'âge des actifs en emploi franciliens est de 41 ans

Tableau 10 : Age moyen des professionnels selon la profession et le secteur d'activité

	Secteur social et médico-social pour personnes âgées	Tous secteurs d'activités confondus
Cadres infirmiers et assimilés	46,7 ans	46,7 ans
Aides à domiciles, aides ménagères	44,3 ans	44,8 ans
Agents de service hospitaliers	43,8 ans	43,5 ans
Cadres de l'intervention socio-éducative	42,9 ans	44,3 ans
Aides-soignants	41,6 ans	41,6 ans
Infirmiers en soins généraux, salariés	40,9 ans	38,9 ans
Aides médico-psychologiques	40,5 ans	39,6 ans
Autres rééducation salariés	31,9 ans	35,9 ans

Source : Insee - Recensement de la population 2013-2017

On observe également une différence entre les activités qui ont lieu au domicile du bénéficiaire et en établissement. **L'âge moyen des professionnels de l'aide à domicile est de 44,5 ans (toutes professions confondues) alors qu'il est un peu inférieur à 42 ans chez les autres professionnels du secteur médico-social pour personnes âgées.** On peut donc penser que **c'est dans le secteur de l'aide à domicile que les problématiques liées aux remplacements des départs à la retraite se poseront avec le plus d'acuité.** Cette problématique concernera également les cadres infirmiers de l'aide à domicile, dont près de la moitié seront probablement amenés à prendre leur retraite dans les dix prochaines années.

b) Une importante part de professionnels en seconde partie de carrière en lien avec des parcours professionnels spécifiques au secteur, surtout à domicile

Outre une moyenne d'âge élevée, **la part des professionnels de 55 ans et plus est significative du vieillissement du personnel.** L'exemple le plus marquant concerne les cadres infirmiers dont 30% ont plus de 55 ans dans ce secteur contre 26% dans l'ensemble des secteurs d'activité d'Ile-de-France. Cette proportion grimpe à 48% dans le secteur de l'aide à domicile. Cet écart s'observe également chez les infirmiers où la part des plus de 55 ans est de 23% dans le domicile alors qu'il n'est que de 13% tous secteurs confondus. Dans le secteur, seuls les AMP et professionnels de la rééducation ont une proportion de professionnels de 55 ans et plus inférieure à la moyenne des actifs occupés franciliens (14%).

La part des 55 ans ou plus chez les aides médico-psychologiques est également particulièrement élevée dans ce dernier secteur (21 % contre 11% dans l'ensemble des établissements à destination des personnes âgées). **Le domicile, bien que pénible sur plusieurs dimensions de ses conditions de travail, nécessite une mobilisation physique moindre par rapport au travail en Ehpad.** Le nombre de toilettes à faire sera plus faible, avec des personnes généralement moins dépendantes (il s'agit plus d'aide à la toilette que de réalisation de toilette).

Le vieillissement de ces professionnels risque d'être problématique dans les prochaines années, d'autant plus que le diplôme qui préparait à ces fonctions vient d'être fusionné avec celui d'AVS et que peu d'élèves choisissent la spécialité « à domicile », privilégiant la voie qui prépare explicitement aux emplois dans les établissements. L'arrivée de jeunes professionnels dans le secteur « à domicile » se complique d'autant.

Le secteur médico-social pour personnes âgées peut être un secteur attractif en seconde partie de carrière pour ces professionnels, en raison d'un mode d'exercice axé davantage sur le management et l'accompagnement que sur la réalisation de soins (aspiration qui a tendance à se développer chez les infirmiers avec l'avancée en âge) **mais aussi par une pratique moins assujettie à une certaine forme de pression rencontrée en bloc opératoire ou dans les services d'urgence.** Pour ces raisons, le secteur attire des professionnels aspirant à un environnement (conditions de travail, pratiques professionnelles, mobilisation de compétences) différent de celui souvent découvert en première partie de carrière dans le secteur hospitalier, avec plus d'accompagnement et moins de soins.

Sur d'autres métiers, les logiques de parcours peuvent également expliquer l'âge moyen observé. Ainsi, les postes de cadres (infirmiers et de l'intervention) sont, dans tous les secteurs, occupés par des professionnels ayant évolué vers ces fonctions via leur expérience (formalisée ou non par l'obtention d'un diplôme correspondant en formation continue).

Tableau 11 : Part des professionnels de plus de 55 ans

	Part des plus de 55 ans dans l'aide à domicile	Part des plus de 55 ans dans l'ensemble du secteur à destination des personnes âgées	Part des plus de 55 ans tous secteurs confondus
Cadres infirmiers et assimilés	48%	30%	26%
Infirmiers en soins généraux, salariés	23%	18%	13%
Rééducation	5%	7%	12%
Cadres de l'intervention socio-éducative	10%	20%	21%
Agents de service hospitaliers	25%	20%	20%
Aides-soignants	18%	16%	15%
Aides médico-psychologiques	21%	11%	10%
Aides à domiciles, aides ménagères	23%	21%	23%

Source : Insee - Recensement de la population 2013-2017 – Champ : Ile-de-France

Cependant, si les professionnels du secteur apparaissent globalement plus âgés, des différences apparaissent entre les différents métiers comme entre les types d'activités.

c) Des personnels de rééducation jeunes

A contrario du reste du secteur, les professionnels de la rééducation se démarquent par un âge moyen largement plus bas que la moyenne sectorielle dans le champ de l'étude (32 ans, soit presque 9 ans de moins en moyenne que les AMP, seconde catégorie de métiers la plus jeune). Cet âge moyen est également inférieur à celui de ces professionnels dans l'ensemble des secteurs d'activité (36 ans). Cette moyenne d'âge plus jeune chez les professionnels de la rééducation s'explique en partie par le développement des professions d'ergothérapeute et de psychomotricien au cours des dernières années attirant ainsi de nombreux jeunes. Leur présence croissante dans le secteur (du fait de leur importance mais aussi de l'attractivité grandissante du secteur) et surtout le fait que les professionnels y accédant se forment en très grande majorité via la formation initiale (et entrent donc sur le marché du travail en ayant en général moins de 25 ans) expliquent cette tendance détonnant du reste du secteur.

Avec seulement 7% de plus de 55 ans (contre 12% tous secteurs confondus), ces « rééducateurs » se différencient des autres professionnels du secteur. Ceci s'explique peut-être par le fait que les jeunes se dirigent davantage qu'avant vers ce type d'établissements ou que les établissements recherchent davantage ces spécialités de formation. On peut émettre l'hypothèse que la gériatrie soit devenue attractive plus récemment pour ces métiers (du fait que la personne âgée serait davantage étudiée dans ces formations, ou de l'intérêt pour l'arrivée des nouvelles technologies dans le secteur, comme développé par la suite). Une autre hypothèse serait que la gériatrie est une porte d'entrée pour les jeunes diplômés qui changeraient de secteur par la suite, mais seraient remplacés par la cohorte suivante.

On observe également que les « cadres de l'intervention socio-éducative » sont nettement plus jeunes dans les structures de l'aide à domicile que dans les autres secteurs d'activités. On peut faire l'hypothèse que le secteur de l'aide à domicile serait moins contraignant vis-à-vis de l'expérience ou du parcours de son personnel encadrant, notamment du fait de volumes de salariés souvent moins importants dans ce secteur. Mais il faut tout de même relativiser ces chiffres compte tenu du faible nombre de ces « cadres de l'intervention socio-éducative ».

C'est ainsi que l'évaluation des besoins en emploi dus aux départs en retraite des professionnels du secteur doit être fortement nuancée suivant les types de professionnels ainsi que les secteurs d'activité concernés.

Ces processus démographiques ne sont toutefois pas les seuls éléments à prendre en compte dans l'analyse prospective des besoins en main d'œuvre. En effet, le secteur est fortement dépendant des politiques de santé publique, en particulier du financement de la dépendance et des structures d'aide et d'accompagnement des personnes âgées.

3. Politique de santé publique : du maintien à domicile au « bien vieillir »

Les processus démographiques en cours pèsent fortement sur les choix des politiques sanitaires et sociales. Si le maintien à domicile a toujours été la priorité affichée par les pouvoirs publics, les dynamiques démographiques actuelles accentuent cette préférence, orientant les politiques de santé dans ce sens en répondant ainsi aux attentes des personnes âgées. Ce processus n'est cependant pas uniforme, le maintien à domicile se décline de différentes manières, prenant en compte les différentes problématiques du vieillissement de la population.

a) Maintien à domicile : contextualisation historique

Le maintien à domicile des personnes âgées constitue aujourd'hui un axe prioritaire des politiques de prise en charge du grand âge. Si cette orientation semble plus affirmée aujourd'hui que dans les décennies précédentes, elle s'inscrit cependant dans une certaine continuité historique puisque déjà le Comité de mendicité de 1791 distinguait « *le secours à domicile* » et « *le secours dans les asiles publics* »⁷⁹ et faisait du premier « *le secours ordinaire* » quand le second n'était réservé qu'aux personnes gravement malades, infirmes ou n'ayant pas de proches en mesure de les assister. La commission d'Assistance publique va dans le même sens en 1851, faisant même entrer la question économique dans le débat (« *un secours distribué avec intelligence coûterait beaucoup moins cher que le séjour à l'hôpital* »)⁸⁰. L'article 19 de la loi du 14 juillet 1905 inscrit cette articulation entre domicile et institutions dans la législation.

Le maintien à domicile « moderne », reposant non plus uniquement sur la solidarité familiale, remonte au début des années 1960. Le rapport Laroque de 1962 affirme l'importance du développement du maintien à domicile (via l'aide à domicile, l'adaptation des logements ou les aides et services sociaux) dans une optique de maintien des personnes âgées dans la société.

Les réponses actuelles aux évolutions démographiques en cours accentuent cette tendance qui vise également à améliorer la prévention, adapter l'habitat ou l'environnement (accessibilité des transports, des établissements publics, etc.). A l'exception de la récente loi Elan⁸¹ qui met fin à l'obligation de construire 100% de logements adaptés aux personnes handicapées et aux personnes âgées, la volonté affichée des pouvoirs publics est de prolonger l'autonomie des individus et de limiter les risques de dépendances, d'hospitalisation, ou de prise en charge dans les établissements d'hébergements médicalisés.

Ce principe du maintien à domicile semble vouloir répondre à la volonté, régulièrement exprimée dans des sondages ou enquêtes d'opinion de la majorité des individus de vieillir chez eux, et d'éviter au possible l'entrée en institution. En effet, d'après une étude de la Drees⁸² « en 2013, 63 % des Français ne considèrent pas comme « envisageable » pour eux-mêmes de vivre à l'avenir dans un « établissement pour personnes âgées », proportion en hausse de 10 points depuis 2001 ». Ce positionnement « pro-domicile » des Français est encore plus grand lorsqu'il s'agit d'imaginer devoir gérer la dépendance d'un proche : « Si l'un de leurs proches parents devenait dépendant, seuls deux Français sur dix (19 %) déclarent en 2013 qu'ils souhaiteraient le placer dans une institution spécialisée. Huit sur dix se prononcent en faveur du maintien à domicile pour leur proche, sous différentes formes ». Ce point de vue sur les institutions de type Ehpad peut s'expliquer par une forme de « culpabilité » des proches qui verraient le placement en institution comme un « abandon », sentiment renforcé par la mauvaise image des structures⁸³.

⁷⁹ Cité in Ennuyer, B. « 1962-2007 : regards sur les politiques du "maintien à domicile", Et sur la notion de "libre choix" de son mode de vie », *Gérontologie et société*, vol. 30 / 123, no. 4, 2007, p. 153

⁸⁰ Cité in Ennuyer, B. ; p. 153

⁸¹ Loi évolution du logement, de l'aménagement et du numérique

⁸² GROBON Sébastien, « Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant », *Dossiers solidarités et santé*, Drees, N° 57, Décembre 2014, p.5

⁸³ Selon le « baromètre santé 360 » Odoxa, en 2017, 56% des français ont une mauvaise image des établissements pour personnes âgées. A contrario, ils sont 60% à avoir une assez bonne image des personnels de santé qui travaillent dans ces établissements.

b) Loi ASV : une reconnaissance législative des forts enjeux du maintien à domicile

La loi « Adaptation de la société au vieillissement » (ASV) promulguée en 2015, s'inscrit dans cette dynamique, sur plusieurs volets. **La réforme de l'APA à domicile** entraîne une hausse de son plafond (et donc du nombre d'heures d'intervention), l'exonération de participation financière pour les bénéficiaires ayant un revenu inférieur à 800€ et un allègement du reste-à-charge des personnes nécessitant les plans d'aide les plus importants.

La loi ASV introduit également une forme de reconnaissance et de soutien aux proches aidants⁸⁴. Cette démarche traduit la prise en compte du maintien à domicile dans toutes ses dimensions et non pas uniquement par le seul prisme des personnes âgées. Elle devrait être renforcée en 2019 par une loi « visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants ».

Le « droit au répit » institué par la loi ASV doit permettre aux proches aidants de dégager du temps par une prise de relai assurée par un hébergement temporaire de la personne aidée, une prise en charge en accueil de jour/de nuit ou le remplacement à domicile par des professionnels. Dans cette optique, la loi ASV accorde 500€ par an par personne aidée, cumulés à l'APA.

Enfin, **une politique de prévention** est menée dans chaque département (sur l'impulsion des financeurs : conseil départemental, ARS, caisse de retraite, ANAH...). Les financeurs déterminent un programme d'actions ayant vocation à favoriser l'autonomie (et le maintien à domicile) des personnes âgées et à repousser, pour chaque individu, le plus tard possible les situations de dépendance.

La loi ASV entraîne un financement annuel supplémentaire de 700 millions d'euros au niveau national (dont plus de la moitié dans la revalorisation de l'APA) par la CNSA qui affecte à ses dépenses la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Une part importante de ces dépenses va cependant dans la rénovation d'établissements plutôt que dans le maintien à domicile (plus de 300 millions d'euros).

En plus des considérations financières, et à la suite des réflexions et du changement de philosophie dans l'approche du concept de handicap (notamment avec la loi de 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation de la citoyenneté des personnes handicapées), la notion d'inclusion gagne désormais le champ de l'accompagnement des personnes âgées, accentuant la réflexion autour de la mise en place d'alternatives aux anciennes institutions pour personnes âgées.

c) Une offre médico-sociale à réinventer

À la croisée des préoccupations concernant le processus démographique en cours et des préoccupations plus sociales voir morales, une partie de l'action des départements vis-à-vis des personnes âgées se déploie désormais autour de l'adaptation du territoire (transports, accessibilités des lieux publics) ou sur les questions de prévention (adaptation du logement, actions de prévention).

Comme évoqué dans le précédent chapitre, ces types d'actions ont pour objectif de permettre un maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible et de reculer au maximum l'intégration dans une structure de type Ehpad. Dans cette perspective, c'est l'habitat de la personne âgée qui doit être adapté ainsi que l'immeuble, le quartier, etc.

En effet, la réflexion des pouvoirs publics porte aujourd'hui principalement sur l'inclusion des personnes âgées (cf. loi de 2015, « Adaptation de la société au vieillissement » évoquée précédemment). Cette inclusion passe par un mode de prise en charge des personnes âgées différent des structures d'hébergement classiques qui limitent le cadre de vie quotidien des résidents à un périmètre restreint et souvent éloigné des zones densément peuplées. Ce fonctionnement isole en effet les résidents de la société extérieure.

⁸⁴ Le terme d'« aidant » apparaît pour la première fois dans la loi de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

Les réflexions en cours, au travers notamment de la concertation « Grand âge et autonomie » lancée à l'automne 2018, dessine une redéfinition de l'ensemble de l'offre de soin et d'accompagnement des personnes âgées. De manière générale, les contributeurs de cette grande concertation ainsi que les pouvoirs publics (départements, ARS, etc.) cherchent à la fois à répondre à la demande de la population de rester le plus longtemps possible à domicile et à la fois de faire face à la disparité des situations (degré de dépendance variable, présence ou non de proches aidants), à l'évolution croissante des personnes âgées (dépendantes ou non) et les fortes attentes sociétales sur le sujet. Cette tendance générale mène au développement d'une plus grande diversité de modes d'accueil et de prise en charge, plus flexibles et modulables, dans laquelle certaines structures (Ehpad, Spasad, ou structure indépendante) serviraient de plateforme de prise en charge, de suivi et d'orientation des personnes âgées. Ces plateformes de services pourraient également concentrer les services de télésurveillance, là aussi dans l'optique d'un meilleur maintien à domicile des personnes âgées.

Solution idéale pour beaucoup de personnes âgées, le maintien à domicile peut pourtant s'avérer problématique dans certain cas et ce, même pour les personnes peu ou pas dépendantes. L'aménagement du lieu de vie peut en effet être difficile (appartement vétuste, absence d'ascenseur, manque de place pour réaliser les aménagements nécessaires). Par ailleurs, un maintien à domicile peut aller de pair avec un isolement social (habitation éloignée de lieux de vie sociale) et médical. L'objectif serait alors, s'il n'est pas possible de garantir un maintien à domicile dans de bonnes conditions (en matière de santé, sécurité et lien social) de **diriger les personnes âgées vers des lieux de vie adaptés**, sans pour autant les orienter vers l'Ehpad. **Les résidences autonomes ou les résidences services seniors (RSS) pourraient alors apparaître comme une solution potentielle**, tant pour l'adaptation du logement que pour la prévention, l'intervention médicale et le maintien de la vie sociale. En répondant à plusieurs problématiques, ces types de structures peuvent correspondre aux besoins des personnes pas ou peu dépendantes tout en repoussant au maximum l'entrée en structure médicalisée.

Dans un récent rapport, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) alerte sur le fait que le niveau de l'APA ne serait pas suffisant pour maintenir un niveau d'intervention au domicile satisfaisant. « Reste à charge et taux d'effort progresseraient alors vivement⁸⁵ » si l'APA n'était pas revalorisée. Ce même rapport souligne également l'impact des contraintes subies par les départements dans le développement de l'aide à domicile. « Quant à l'offre [des services d'aide à domicile], la contrainte financière des départements freinerait l'amélioration de sa qualité, la restructuration des services et les empêcherait d'investir dans les nouvelles technologies qui sont la clé des gains possibles de productivité et d'efficience⁸⁶ ».

La concentration des efforts des politiques publiques sur la prévention de la dépendance et sur le maintien à domicile a pour corollaire le recul toujours plus important de l'âge d'entrée en institution. Comme nous l'avons vu précédemment, cette situation s'accompagne actuellement, pour les Ehpad, d'une spécialisation de son rôle, allant vers une plus grande médicalisation de ces structures et des séjours plus courts des usagers (brouillant ainsi la frontière avec les USLD). Pour autant, la diversification des prises en charge nécessite une répartition des rôles des structures et une articulation les unes avec les autres. L'Ehpad pourrait alors devenir un « centre de ressources » ou « pôle de services », et se verrait alors attribuer le devoir de favoriser la construction de parcours fluides répondant aux besoins des personnes âgées.

Etant donné le poids des pouvoirs publics sur le secteur, l'issue des concertations en cours pourrait fortement modifier l'environnement médico-social à destination des personnes âgées, tant sur le rôle et la répartition des structures, que sur les financements et les exigences en termes de présences humaines au chevet des personnes âgées (en allant, par exemple, vers des ratios d'encadrement).

4. Silver Economie, perceptions et pratiques

Le développement du numérique et des technologies de l'Internet, ainsi qu'un environnement politique favorable ont permis l'émergence de solutions technologiques à destination des personnes âgées en perte

⁸⁵ HCFEA, *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*, Conseil de l'âge, Tome II « Orientations », 7 novembre 2018, p.70

⁸⁶ *Ibid.*

d'autonomie. Ces évolutions technologiques ont éveillé un certain nombre d'espoirs concernant l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

a) Silver économie : opportunité de développement économique

Dans un contexte économique difficile, la hausse du nombre de personnes âgées et le développement d'une Silver économie offrent des perspectives intéressantes tant en débouchés économiques (et de dynamique d'innovations) que de création d'emplois. Entreprises privées et acteurs publics espèrent trouver dans ces changements démographiques en cours des opportunités pour l'emploi et l'économie. En 2013, le gouvernement impulsait ainsi une dynamique forte en faveur de la Silver économie en créant un « contrat de filière de la Silver économie » destiné à structurer et développer ce segment de marché. Les attentes en termes d'emplois « non délocalisables », dans les services notamment, sont importantes dans un contexte de chômage massif. La Silver économie, qui concerne de multiples secteurs d'activité, est alors vue comme **un enjeu de compétitivité et un levier de croissance** pour l'ensemble de l'économie française.

« Les services à la personne vont créer à courte échéance de nombreux emplois, non délocalisables, qu'il convient de rendre attractifs par la formation et le développement. [...] Notre système de formation initiale et professionnelle doit permettre d'orienter les jeunes et les salariés en reconversion vers les secteurs et les métiers d'avenir liés à la Silver Économie. Une réflexion sur l'attractivité de cette filière est indispensable⁸⁷. »

L'une des actions de ce « contrat de filière » visait à lancer un plan « métiers de la Silver économie », afin de déterminer les capacités nécessaires pour occuper les emplois créés par le développement de ce marché et de concevoir l'offre de formation correspondante. Sur le court terme, il visait également à rendre attractifs et valoriser les métiers de l'assistance aux personnes âgées, notamment par la formation à l'usage des technologies de la communication.

Le développement de cette institutionnalisation de la Silver économie est également visible en Ile-de-France. Ainsi, GéronD'if, le gérontopôle d'Ile-de-France⁸⁸, a été créé pour accompagner l'innovation et l'expérimentation technologiques et scientifiques. Officiellement lancé en juillet 2016, GéronD'if⁸⁹ a pour vocation de fédérer les acteurs intervenant dans les champs de la gériatrie et de la gérontologie en Ile-de-France. La région bénéficie également d'un réseau d'entreprises innovantes et dynamiques qui ont investi ce nouveau marché. La Silver Valley, créée en 2013, ambitionne de rassembler les acteurs franciliens de la Silver économie et de favoriser ainsi un environnement propice au développement de projets commerciaux et industriels propres à répondre aux besoins et aux usages des personnes âgées et de leurs proches.

En 2018, Agnès Buzyn, la ministre de la Santé et des Solidarités, a montré sa volonté de donner une nouvelle « impulsion⁹⁰ » à cette idée de « filière économique ». Pour la ministre des Solidarités et de la Santé, le développement d'une filière de la Silver économie « doit permettre de valoriser un savoir-faire, c'est-à-dire une excellence française reconnue au plan mondial dans les domaines de la médecine, des industries électro technologiques, du numérique, de la domotique ou encore des services à la personne et des établissements d'hébergement pour personnes âgées⁹¹ ».

On peut constater que le développement de ce segment de marché a créé de fortes attentes, notamment en termes de résorption du chômage. Ainsi, la promesse de création de 300 000 emplois au niveau national dans le secteur de la Silver économie est citée dans la préface du rapport du Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective de 2013⁹², et ce chiffre est régulièrement repris et cité à nouveau les années

⁸⁷ Préface d'Arnaud Montebourg et Michèle Delaunay au rapport de Claire Bernard, Sanaa Hallal et Jean-Paul Nicolai, *La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France*, rapport du Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective, décembre 2013

⁸⁸ La mission des gérontopôles est définie ainsi par l'annexe de la loi « Adaptation de la Société au Vieillessement » (ASV) : « La mission des gérontopôles est de rapprocher et de dynamiser autour du vieillissement les acteurs de la recherche, du soin (en ville, à l'hôpital, en établissement médico-social), de la formation et de l'entreprise ».

⁸⁹ Fondé par l'AP-HP, la FHF, la FEHAP, l'URIOPSS et la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France et financé en grande partie par l'ARS Ile-de-France et par le Conseil Régional d'Ile-de-France en sa qualité de porteur du DIM Longévité et Vieillessement.

⁹⁰ Discours d'Agnès Buzyn 22 octobre 2018, « Lancement de la filière Silver économie »

⁹¹ Discours d'Agnès Buzyn le 22 octobre 2018, « Lancement de la filière Silver économie »

⁹² « La Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) estime que la Silver Économie peut entraîner 300 000 créations d'emploi dans le secteur de l'aide à domicile d'ici 2020. » Préface d'Arnaud Montebourg et Michèle Delaunay au

suivantes dans diverses publications. Il a pu entraîner une attente légitime en matière de développement de l'emploi, mais a également pu être source de malentendu. Une présentation un peu rapide de ce chiffre pourrait en effet laisser penser qu'il s'agirait de 300 000 postes d'ingénieurs ou d'informaticiens dans les start-ups de la Silver économie. Or, il s'agit d'un chiffre de la DARES⁹³ qui faisait une estimation, sur la France entière, des besoins en emploi d'aides à domicile à l'horizon 2020, tenant compte des créations de postes et des départs en retraite à venir.

Toutefois, les innovations que connaît le secteur posent la question de leur utilisation et de leur appropriation par les professionnels en contact avec les personnes âgées, et questionnent sur leur impact sur la réalisation des tâches effectuées par les professionnels. L'analyse de ces innovations permettra d'éclairer cette question.

b) Tropisme technologique de la Silver Economie : typologie des technologies du champ

L'une des facettes de la Silver économie, et sans doute l'une des raisons de son attractivité auprès des pouvoirs publics et des médias, réside dans son tropisme technologique. En effet, à cette appellation est associée l'idée d'innovation dans les activités d'aides et d'accompagnement des personnes âgées. Les technologies du numérique et de l'intelligence artificielle se sont fortement développées ces dernières années. Ce développement autorise l'émergence d'outils nouveaux permettant de répondre aux besoins des personnes âgées et/ou de leurs familles en termes d'autonomie ou de « mieux vieillir ». Ces nouvelles technologies peuvent également apporter une aide aux pratiques des professionnels, notamment pour lutter contre les risques de troubles musculosquelettiques et autres maladies professionnelles touchant particulièrement le secteur.

Le développement des technologies du numérique irrigue le champ de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées, depuis la formation des professionnels jusqu'à leurs pratiques auprès des personnes âgées. L'environnement des personnes âgées s'en trouve également impacté. Les gérontechnologies regroupent l'ensemble des technologies à destination (spécifique) des personnes âgées ou de leur prise en charge. **Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour une définition large des gérontechnologies**, à l'image de celle de l'IGAS :

« Les gérontechnologies regroupent des outils technologiques qui peuvent jouer un rôle dans les soins, le soutien à l'autonomie ou le développement du lien social des personnes âgées à domicile ou en établissement. Elles font partie d'un ensemble plus vaste, celui des technologies de l'information et de la communication, qui intègrent notamment les technologies au service de la santé (transmission de paramètres physiologiques ou physiques du patient ou de son environnement, télésurveillance de la santé) et concernent non seulement les personnes âgées ou handicapées mais aussi les malades. »⁹⁴

A ces définitions traditionnelles des gérontechnologies, nous y avons ajouté l'ensemble des technologies utilisées dans le cadre du travail effectué par les personnels en contact avec les personnes âgées. Les entretiens réalisés ont permis de mettre en lumière les technologies mobilisées par les professionnels dans le cadre de l'exercice de leurs métiers mais également les attentes futures en termes d'équipement, tout comme les questionnements à l'égard de ces technologies en terme éthique ou économique.

Ces gérontechnologies, telles que définies ici, se développent sous l'impulsion conjointe du marché (entreprises privées) et des institutions publiques (universités, hôpitaux, gérontopôles), tant pour leur impact économique que pour leur valeur ajoutée « sociétale » dans la prise en charge du grand âge. Il est possible de classer ces différentes composantes dans la typologie ci-dessous.

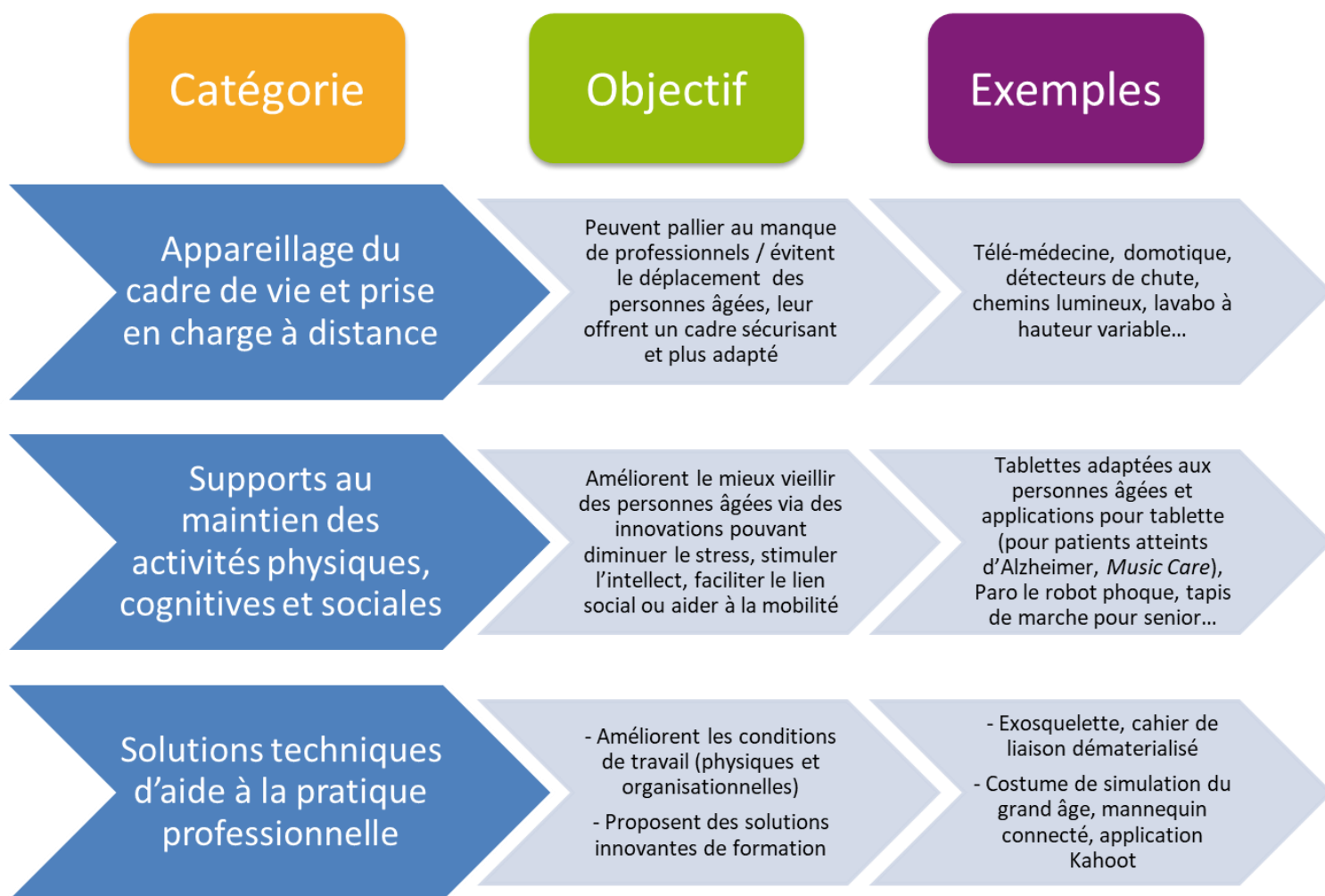
rapport de Claire Bernard, Sanaa Hallal et Jean-Paul Nicolai, La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France, rapport du Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective, décembre 2013

⁹³ DARES, « Les métiers en 2020 : progression et féminisation des emplois les plus qualifiés ; dynamisme des métiers d'aide et de soins aux personnes », Dares analyses, n°22, Mars 2012

⁹⁴ IGAS, « Société et vieillissement », 2011, p.26

Figure 11 : Typologie des différentes technologies utilisées dans le cadre de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées

Appareillage du cadre de vie de la personne âgée et prise en charge à distance



© Défi métiers

La première classe porte sur les technologies assurant la sécurité et la prise en charge de la santé des personnes âgées. **L'appareillage du cadre de vie de la personne âgée et de la prise en charge à distance** inclut également les solutions techniques aux manques de médecins ou de spécialistes via le développement de la e-médecine (**télé-médecine, télé-expertise**⁹⁵). Ces technologies permettent d'adapter l'environnement et favoriser le maintien à domicile ou la mutualisation de professionnels entre plusieurs établissements. **De manière plus générale, elles permettent le maintien ou la surveillance des personnes âgées au domicile (télé-surveillance, détecteur de chute, géolocalisation, domotique, chemin lumineux ou verres connectés).**

Ces technologies se développent « en marge » des professionnels du sanitaire et social. La télésurveillance est, dans de nombreux cas, gérée par des entreprises prestataires en tant qu'opérateurs de surveillance. En cas de problème identifié par les capteurs, les personnels de l'Ehpad ou du service d'aide à domicile sont prévenus afin d'intervenir le plus rapidement possible. L'installation et la maintenance des technologies domotisées ne concernent pas non plus ces professionnels. Les AES pourraient cependant avoir à utiliser certaines de ces technologies dans leur suivi quotidien des personnes prises en charge (vérification de l'hydratation des personnes âgées via les verres connectés ou aide à la mise en place d'une séance de télé-médecine par exemple).

⁹⁵ Dont le développement est rendu possible également par la législation : l'article 54 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale de 2018 permet ainsi le remboursement des actes de téléconsultation ou de téléexpertise par l'assurance maladie

Le support au maintien des activités physiques, cognitives et sociales

Le deuxième type de technologies identifié concerne les technologies de stimulation et de maintien des capacités de l'individu. **Le support au maintien des activités physiques, cognitives et sociales** a pour objectif d'améliorer le bien-être de la personne âgée. Ces technologies peuvent être utilisées directement par la personne âgée dans certains cas (degré d'autonomie suffisant, outils comme les tablettes adaptées, contact avec un robot...). Dans d'autres situations, le professionnel est amené à utiliser la technologie comme support d'activité (activité de stimulation de la mémoire avec un jeu à destination de personnes souffrant d'Alzheimer, utilisation d'un tapis de rééducation adapté...). Leur coût est fortement variable selon s'il s'agit d'un software (logiciel) ou d'un équipement technologiquement avancé (robots sociaux). Pour les technologies « supports », **l'impact sur les activités des professionnels est concret et demande une maîtrise minimale des outils du numérique** (usage de tablette, téléphone de type « smartphone » ou ordinateur portable). Certains professionnels peuvent par ailleurs avoir acquis ces connaissances dans la sphère personnelle. Ces nouveaux logiciels ne modifient pour autant pas les savoir-faire « cœurs de métiers » de ces professionnels. Outre les logiciels de stimulation cognitive et autres activités (comme la musicothérapie), d'autres *Softwares* sont destinés à lutter contre le sentiment de solitude (interface Internet simplifiée, « Famileo » comme medium familial ou encore un logiciel facilitant la réalisation et la lecture de vidéos et de leurs échanges via Internet).

En *Hardware*, les « robots sociaux », tels qu'expérimentés actuellement dans les structures médico-sociales peuvent être classés dans cette catégorie. Ils peuvent être utilisés pour diminuer le stress, capter l'attention ou provoquer de l'interaction sociale chez la personne (à l'image de Paro le phoque ou Lâo le koala français) comme dans le cadre d'activités physiques (Nao le robot humanoïde pouvant dispenser des cours de gym, par exemple). Ils sont encore très peu présents en structure, les professionnels du secteur étant généralement dubitatifs sur les apports de ces robots qui ne peuvent remplacer les professionnels (ce qui ne serait de toute manière pas souhaitable) et n'ont pas vocation à le faire. Les avis sur l'amélioration de la prise en charge sont partagés. Certains professionnels tiennent un discours relativement critique tout en reconnaissant avoir eu des échos de retours empiriques positifs. Un directeur d'Ehpad peu intéressé par ces technologies relève ainsi des aspects intéressants dans l'usage d'un robot humanoïde :

« Ça peut être une aide à la toilette. Ça peut être un élément visuel et auditif qui va canaliser l'attention des patients agités pendant que l'aide-soignant va faire la toilette. Je crois que c'est utilisé aussi dans des animations différentes de celles qu'ils ont l'habitude de faire. [...] On peut envisager d'aller plus loin, il pourrait faire des rondes la nuit pour détecter des chutes ou autres. » (M. V., directeur d'un Ehpad associatif)

Le caractère récent de ces robots et leur relative rareté peuvent également expliquer la coexistence d'un discours critique d'une part et d'une reconnaissance d'apports de la part desdits robots d'autre part :

« Si je vois ma grand-mère qui fait un câlin à un robot phoque, je lui offre mon chat, qui va lui apporter beaucoup plus de chaleur. Je sais que chez les Alzheimer ça peut marcher, mais qu'est-ce que c'est bénéfiant » (Mme L., Directrice d'un Ehpad privé commercial)

« Les gens ont besoins de contact [...] et on nous parle de robot, de domotique... Alors quand on voit les reportages sur ce qui se passe au Japon c'est d'une tristesse... Mieux vaut mourir. Parce qu'ils en sont à s'attacher à des chiens robots. Ils font des cérémonies d'enterrements pour leur chien robot qu'on ne peut pas réparer. Si on en arrive là en France, ça sera quand même grave. » (Mme B. CCAS de Seine-Saint-Denis)

Ce volet des gérontechnologies est donc axé sur l'accompagnement et la dimension sociale et comporte tant du matériel accessible et peu innovant d'un point de vue technologique (à l'instar des tablettes utilisées comme support ludique pour stimuler les personnes atteintes d'Alzheimer) que des appareils plus médiatiques tels que les robots sociaux nécessitant un investissement plus important (le robot phoque émotionnel Paro coûte ainsi 6000€, son homologue humanoïde Nao 8000€). Cette distinction entre logiciels (*Softwares*) et appareil informatique (*Hardwares*) impacte le prix de ces technologies comme leur perception par les professionnels. Alors que la première catégorie de ces *Softwares* est perçue comme un support au travail social (et donc à un travail « d'humain à humain »), l'articulation robot/professionnel de la seconde questionne. Cette problématique est d'autant plus vivace qu'elle impacte la dimension sociale (censée être préservée de la robotisation) et donc le cœur de métier des travailleurs du médico-social du secteur (ainsi que la partie de leur travail la plus valorisante). De fait, au cours de nos entretiens, l'intérêt exprimé pour les robots sociaux a été souvent très limité. Ces robots sont souvent vus comme des « gadgets » à la valeur ajoutée dans la prise en charge encore insuffisante au regard de leur coût.

Les solutions techniques d'aide à la pratique professionnelle

Les solutions techniques d'aide à la pratique professionnelle sont souvent absentes des typologies existantes dans d'autres publications sur le sujet. Du fait de l'approche emploi-formation de l'étude, la typologie que nous avons mise au point intègre une classe d'outils « à destination des professionnels » dont les bénéfices directs ne sont pas vers les personnes âgées mais permettent une amélioration de leur prise en charge et leur assurent des bénéfices indirects. Les solutions techniques ont vocation à améliorer les conditions de travail (d'un point de vue physique ou organisationnel) ou d'apprentissage. Elles ne nécessitent pas de montées en compétences particulières (mais peuvent en provoquer, à l'instar du kit de simulation du grand âge qui pourrait permettre de développer de bonnes pratiques), **à l'exception d'une connaissance opérationnelle de certains outils du numérique**. Concernant les technologies améliorant les conditions de travail, on peut distinguer les solutions techniques destinées aux professionnels de l'accompagnement ou de l'aide aux personnes âgées telles que **les exosquelettes** (pour lutter contre les troubles musculo-squelettiques) ou **des solutions de front-office ou de back-office interopérables**, pour faciliter la coordination et l'échange d'informations entre les différents intervenants.

Ces solutions technologiques – dont certaines sont d'ores et déjà utilisées et d'autres encore au stade de l'expérimentation – accentuent le processus de maintien à domicile en améliorant et en facilitant les conditions de vie des personnes âgées. Le développement d'Ehpad à domicile grâce aux outils de l'e-médecine notamment, ou les solutions offertes par l'échange de données numérisées permettent de développer des parcours d'utilisateurs entre différents types d'établissements et de services ainsi que des alternatives au tout établissement ou au tout domicile.

Sur l'ensemble des innovations, la question de la montée en compétences semble se poser quant à la maîtrise des outils numériques et technologiques. L'apprentissage du numérique et la lutte contre l'illectronisme (existant en particulier chez les stagiaires des formations de niveau V) pourraient ainsi être amenés à prendre une importance croissante dans le contenu des formations.

c) Une dichotomie entre les avancées des technologies et les attentes des acteurs du terrain

Le développement de ces technologies suscite des attentes fortes auprès des employeurs du secteur médico-social des personnes âgées en termes d'attractivité et d'amélioration des conditions de travail.

L'impact des gérontechnologies sur les modes d'exercice des professions – et notamment des moins qualifiées et des plus pénibles – est encore aujourd'hui très théorique faute d'utilisation concrète de celles-ci en nombre suffisant. Les premiers effets escomptés seraient relatifs à l'amélioration des conditions de travail : si l'exosquelette permettant un portage des patients sans pénibilité physique semble encore lointain, l'usage de capteurs d'activité nocturne améliorerait les conditions de travail des soignants comme le repos des patients.

« Aujourd'hui, dans certains établissements il y a ce qu'on appelle des tours de change, c'est toute une équipe qui fait des tours la nuit pour vérifier si la protection est pleine ou non, ils vont faire de la chambre 1 à la chambre 10, c'est du travail à la chaîne. Le fait d'avoir ces petits boîtiers, ça permet de savoir si la personne est réveillée ou non. Les demandes des directions ce sera de ne pas aller faire le tour de change, de ne pas être dans du stakhanovisme et de cibler sa prestation pour ne pas réveiller la personne. En termes d'adaptation et de souplesse dans l'organisation ça ne va pas être simple. [...] Le fait de réveiller une personne qui était en train de dormir, risque de générer en cascade des réactions que l'on pourrait éviter et le soignant perdra 10 fois plus de temps parce qu'il aura réveillé le résident dans son sommeil ce qui peut être vécu comme brutal... En revanche, si vous y êtes allés au bon moment, on est dans le respect du rythme de la personne, l'organisation du travail se fait moins en fonction des contraintes du soignant » (Gérond'if).

L'intégration de cette technologie dans les établissements offrirait un apport concret tant dans l'optique du bien-être des personnes âgées que des conditions de travail des professionnels. Pour autant, elle n'induit pas de montée en compétences ou d'acquisition de nouvelles capacités (hormis dans la maîtrise du boîtier) mais elle peut sensiblement modifier l'organisation du travail. Cette logique est la même que celle opérée par l'émergence des smartphones professionnels dans le secteur de l'aide à domicile il y a quelques années (permettant aux professionnels d'avoir leur planning et « fiches missions » sur leur téléphone et d'être en lien avec le bénéficiaire ou avec la famille de celui-ci).

D'autres pans de la gérontechnologie vont quant à eux impacter les connaissances ou savoir-faire attendus, ce qui pourra avoir pour conséquence la revalorisation des métiers peu qualifiés du secteur. Les tablettes d'activité à destination de personnes atteintes d'Alzheimer font partie des outils thérapeutiques que sont amenés à utiliser les AVS et AMP. Par la pratique d'une activité à finalité thérapeutique, la pratique professionnelle pourrait se valoriser.

Ces attentes en termes d'amélioration de l'attractivité du secteur au travers de l'amélioration des conditions de travail et de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées grâce à ces innovations technologiques peuvent se heurter à un déficit de connaissances informatiques de certains professionnels et des personnes âgées elles-mêmes. En effet, l'appréhension de ces différents outils et logiciels ne va pas forcément de soi. Les professionnels en charge de leur manipulation, de leur mise en place au domicile de l'usager, du suivi des informations recueillies ou de leur contrôle, devront en avoir acquis l'usage.

Ainsi **le corollaire du développement des innovations technologiques pourrait être la modification des activités des établissements du secteur médico-social à destination des personnes âgées et en conséquence, l'évolution des capacités nécessaires pour les réaliser** (connaissance en informatique notamment). En effet, un certain nombre d'acteurs du secteur – et notamment les organismes de formation – nous ont alertés sur les manques de « culture du numérique » chez un certain nombre de professionnels et ce, quel que soit leur âge. Plus que l'illectronisme, la première explication à ces manques est un déficit de matériel informatique – notamment parmi les professionnels de niveau V et infra, plus fortement susceptibles d'appartenir à des catégories défavorisées – rendant difficile sa maîtrise. Ces lacunes seront préjudiciables durant la formation, notamment dans le cadre de formations ouvertes à distance ou dans la transmission de supports de cours. Elles seront également préjudiciables en emploi dans l'utilisation d'outils d'organisation et, à termes, dans les possibilités d'évolution vers un poste d'encadrement intermédiaire. Le « cœur de métier » que représente le contact avec les personnes âgées ne semble pas en

L'illectronisme et le manque de matériel électronique sont importants chez les 1^{ers} niveaux de qualification du secteur et peuvent être préjudiciables, de la formation à l'évolution professionnelle

pâtir (aucun retour ne nous a permis d'identifier de difficulté dans l'utilisation de tablettes par exemple), même si la question pourrait (peut-être) se poser, à termes, avec le développement potentiel des robots. Cependant, la maîtrise informatique n'est pas identifiée comme indispensable pour les professionnels non-encadrants étant donné le peu de contact qu'ils ont avec la technologie en situation de travail.

De même, la mise en place de ces outils auprès des personnes âgées doit pouvoir être réalisée avec pédagogie et nécessite un accompagnement ad-hoc des professionnels en charge de leur utilisation. En effet, « l'exclusion numérique » d'une partie non négligeable des personnes âgées, comme le souligne l'étude commanditée par les Petits frères des pauvres⁹⁶, peut rendre difficile l'appropriation de certaines technologies de la Silver économie. Ainsi, d'après cette étude, 21% des personnes âgées de plus de 60 ans n'ont pas Internet et 44% n'ont pas de smartphone. De plus, seulement 54% savent regarder une vidéo sur Internet et 35% utilisent leur smartphone pour aller sur Internet. Et ces difficultés d'appropriation et d'usages des outils numériques sont encore plus fréquentes parmi les personnes les plus âgées.

L'essaimage des innovations technologiques de la Silver économie pourrait également faire face à d'autres freins. Ainsi, le coût financier de certaines technologies pourrait limiter leur mise en place auprès des professionnels ou du grand public (selon le reste à charge pour les personnes âgées ou le coût pour les établissements et les finances publiques). Des questions d'ordre éthique restent également en suspens (questions de l'usage des données recueillies sur les personnes âgées, système technologique intrusif, rapport au robot, etc.)⁹⁷. Ces questions ont une place très importante vu la volonté politique et sociétale de mettre l'individu et son consentement au cœur de sa prise en charge depuis la loi de 2002 sur la Démocratie sanitaire, à l'instar des bracelets GPS.

« Les personnes âgées ne sont pas des pigeons, je n'ai pas envie de les baguer » (Mme J., directrice d'un Ehpad privé à but lucratif)

L'expérimentation de certaines technologies par les structures semble permettre de lever la plupart des freins (scepticisme, inadéquation entre les besoins et les innovations, perception du rapport coût/intérêt),

⁹⁶ CSA pour les Petits frères des pauvres, *L'exclusion numérique des personnes âgées*, Fondation des petits frères des pauvres, 27 septembre 2018, 76p.

⁹⁷ Cf. l'avis du CCNE (Avis n°128 du 15 février 2018, Enjeux éthiques du vieillissement)

et dans un même temps d'améliorer l'efficacité des gérontechnologies en les confrontant au terrain. Cette méthode est assez pratiquée avec des partenariats entre groupes d'Ehpad et start-up de la Silver Economie.

Toutefois, les entreprises de la Silver Economie n'en restent pas moins sujettes aux aléas de la concurrence et des possibles échecs commerciaux. Il en résulte qu'une innovation peut ne pas perdurer dans le secteur (obsolescence de certaines technologies, concurrence, produits de substitution...). Cette situation peut rendre incertain un investissement de la part des structures, et faire perdre en lisibilité l'offre, qui en plus d'être large devient fluctuante au gré des créations et fermetures d'entreprise.

« Quand ils ont essayé de recontacter le fournisseur [de sol connecté, détecteur de chute] il avait mis la clé sous la porte. On aurait peut-être voulu l'essayer, c'est quelque chose qui s'envisage parce que nos résidents sont désorientés et on ne peut pas leur mettre de système d'alarme. Dans certaines structures, ils ont une montre médaillon, ils appuient dessus en cas d'urgence et ça se répercute sur l'ordinateur du poste de soins. » (M. V., directeur d'un Ehpad associatif)

L'arrivée d'innovations technologiques dans un secteur d'activité est souvent perçue comme potentiellement destructrice d'emploi. Dans le champ du sanitaire et médico-social à destination des personnes âgées, les gérontechnologies provoquent moins cette inquiétude, quels que soient les acteurs interrogés. En effet, la très forte dimension sociale, psychologique et « humaine » des activités des professionnels du secteur, apparaît comme un rempart à un remplacement de l'Homme par la machine. Ainsi les technologies sont vues comme des supports ou des facilitateurs plutôt que des alternatives à l'individu. Si certaines technologies pourront améliorer les conditions de travail (l'exosquelette par exemple, même s'il semble lointain, ou des logiciels de partage d'informations), apporter des nouveaux supports à l'activité (tablettes, robots...) ou permettre une meilleure prise en charge des personnes âgées (dans la rééducation ou le suivi de la santé), aucune n'a vocation à réaliser les activités à la place des professionnels ou à rendre ceux-ci « obsolètes ». L'objectif affiché de la plupart des promoteurs de ces technologies est plutôt de permettre aux professionnels de consacrer plus de temps à leur cœur d'activité : le dialogue, l'accompagnement et le « prendre soin ».

Néanmoins, certains usages technologiques modifiant l'organisation du travail pourraient avoir un impact négatif sur le volume d'emploi. Ainsi, à titre d'exemple, ce pourrait être le cas des technologies de surveillance à distance (usage de la domotique pour assurer la sécurité des personnes âgées la nuit). En cas de situation le nécessitant, un professionnel ayant à sa charge l'intervention dans un périmètre donné peut se rendre au domicile de la personne âgée. Cette nouvelle organisation pourrait se faire au détriment des personnels (aides à domicile, auxiliaires de vie) qui veillent actuellement sur les personnes âgées la nuit. Bien que cette organisation semble plus rationnelle, elle comporte cependant des limites. En effet, les personnes âgées peuvent avoir besoin d'une présence physique immédiate (être rassuré, parler, aller aux toilettes), ce que ne permet pas la surveillance à distance (surtout utile en cas de chute, par exemple). Il est envisageable que ce modèle de surveillance s'oriente davantage vers un public moins dépendant (n'ayant pas besoin d'auxiliaire à domicile la nuit). Dans cette éventualité, la surveillance à distance ne serait pas néfaste à l'emploi.

Les différentes évolutions évoquées dans ce chapitre sont autant de paramètres qui ont un impact sur les activités des établissements médico-sociaux et services à domicile à destination des personnes âgées. L'évolution des activités implique des besoins nouveaux en emploi et en capacités nécessaires pour accomplir ces activités. Comprendre ces changements en cours nous permettra de traduire ces évolutions sous forme de variables objectivables afin d'effectuer des projections des besoins en emploi.

L'essentiel à retenir

- ✓ Les plus de 65 ans représentent en Ile-de-France 14% de la population (1,7 million de personnes). Leur nombre a augmenté de 14% en 5 ans. En 2050, la part des Franciliens de plus de 65 ans représenterait 21,9% de la population (2,9 millions de Franciliens).
- ✓ En Ile-de-France, plus de 135 000 personnes bénéficient de l'APA dont 61% à domicile (près de 82 000 personnes). La part de bénéficiaires de l'APA au sein de la population augmente avec l'avancée en âge. Ainsi, si la part de la population de 60 à 80 ans bénéficiant de l'APA est très faible (moins de 6%), elle atteint 83% à partir de 95 ans. De plus, la proportion d'APA « en établissement » par rapport à l'APA « à domicile » augmente avec l'âge, pour devenir majoritaire chez les plus de 90 ans.
- ✓ En 5 ans, le nombre de bénéficiaires franciliens de l'APA a augmenté de 5% dans l'ensemble de la région (soit 7 000 personnes supplémentaires).
- ✓ La hausse du nombre de bénéficiaires de l'APA suit des évolutions différentes suivant les départements, avec des progressions plus importantes dans les départements périphériques. Entre 2013 et 2040, la hausse pourrait être de +36 % à Paris, de +43 % dans les Hauts-de-Seine, jusqu'à atteindre les +123 % en Seine-et-Marne.
- ✓ La moyenne d'âge des professionnels du secteur médico-social des personnes âgées est de 43 ans alors que la moyenne d'âge des actifs en emploi franciliens est de 41 ans. Mais surtout, la part des professionnels de plus de 55 ans est relativement importante dans ce secteur.
- ✓ Les politiques publiques en matière de prise en charge des personnes âgées sont orientées vers le maintien à domicile, dans l'objectif notamment de répondre à la volonté de la majorité des individus de vieillir chez eux. La concentration des efforts sur la prévention de la dépendance et sur le maintien à domicile a pour corollaire le recul toujours plus important de l'âge d'entrée en institution.
- ✓ Les réflexions en cours sur les questions de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées, au travers notamment de la concertation « Grand âge et autonomie » lancée à l'automne 2018, pourraient redéfinir les contours de l'offre de soin et d'accompagnement des personnes âgées.
- ✓ Le développement des gérontechnologies et de la Silver économie a éveillé un certain nombre d'espoirs concernant l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Néanmoins ces gérontechnologies sont inégalement accueillies par les professionnels. La question de leur coût, et surtout des possibilités de les financer, est centrale. Les employeurs voient ces technologies comme une aide à la prise en charge du grand âge, mais ne les envisagent pas comme destructrices d'emplois.

II - IMPACTS SUR LES BESOINS EN EMPLOI

1. Besoins en emploi et difficultés de recrutement à court terme

a) Projets de recrutement en hausse dans le sanitaire et social

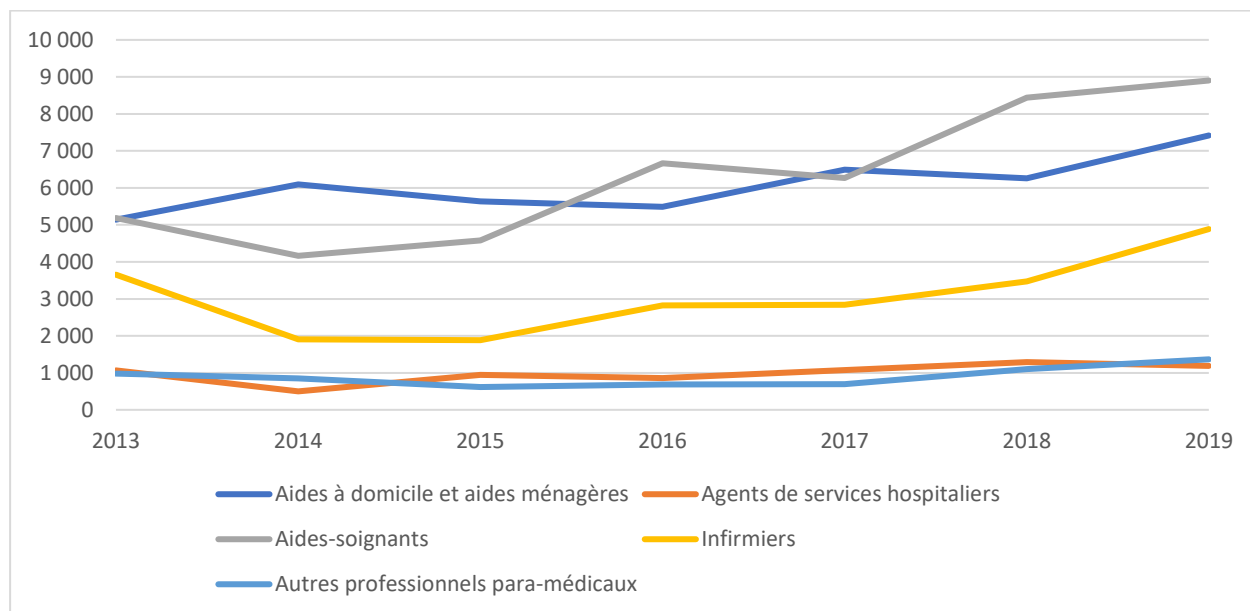
L'évolution récente des effectifs en emploi constitue un premier indicateur pertinent pour estimer les besoins à court terme.

Nous avons précisé dans une partie précédente qu'entre 2010 et 2015⁹⁸, l'ensemble du secteur « médico-social à destination des personnes âgées » avait vu ses effectifs progresser de 14 % alors que l'emploi francilien stagnait sur cette même période. Les cadres infirmiers et les professionnels de la rééducation ont connu une croissance très forte (+50% et +60%) mais leurs effectifs restent faibles (un millier d'actifs chacun dans le secteur). Les métiers dont les effectifs sont les plus nombreux dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées (aides à domicile, aides-soignants, infirmiers et assistants de services hospitaliers) ont également vu leurs effectifs progresser fortement ces dernières années (entre 10 % et 30% de croissance).

Au cours de la période récente, le secteur « médico-social pour personnes âgées » était ainsi en plein essor.

Les données des enquêtes Besoins en main d'œuvre (BMO) de Pôle emploi ne permettent pas d'isoler les besoins de ce sous-secteur particulier, mais permettent d'illustrer les dynamiques d'emploi des métiers du sanitaire et médico-social dans son ensemble.

Figure 12 : Evolution du nombre de projets de recrutement dans l'ensemble du champ sanitaire et médico-social



Source : Enquête BMO 2019 de Pôle emploi ; Secteur : santé humaine et action sociale ; Champ : Ile-de-France

L'enquête BMO nous montre ainsi que sur une période encore plus récente (2013-2019) les projets de recrutement pour les familles professionnelles qui nous intéressent se sont accrus. Ceux qui concernent les infirmiers ont dépassé leur niveau de 2013 (+34%) et les projets pour les autres familles professionnelles (FAP) ont augmenté de 10 à 72 %. Ce sont pour les aides-soignants que le volume de projets est le plus élevé (près de 9 000) et pour lesquels la progression a été la plus forte (+ 72%). **Ces**

⁹⁸ Etant donné que, chaque année, un cinquième de la population est recensé, le recensement 2015 agrège les données des enquêtes réalisées en 2013, 2014, 2015, 2016 et 2017.

éléments confirment aussi que les besoins en emploi sur ces métiers, tous secteurs confondus, sont croissants.

Cette tendance générale qui se dessine sur ces métiers rejoint les projections établies par Défi-métiers et la Dares dans leurs travaux de prospective.

Tableau 12 : Perspectives de postes à pourvoir par secteurs d'activité entre 2018-2022 en Ile-de-France

	Effectifs RP 2014	Créations nettes période 2018-2022	Départs en retraite période 2018-2022	Postes à pourvoir 2018-2022
Hébergement médico-social et action sociale sans hébergement	296 505	21 483	41 190	62 673

Source : DARES, Champ : Ile-de-France

En ce qui concerne le principal secteur d'activités auquel sont rattachées les structures d'aide à domicile et les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, les perspectives de postes à pourvoir sont très positives. A titre indicatif, les postes à créer entre 2018 et 2022 représentent 7% des effectifs de 2014, tandis que les départs à la retraite concernent les deux tiers des postes à pourvoir. C'est, après le commerce, le secteur d'activité pour lequel il est prévu le plus gros volume de postes à pourvoir.

Pour ce qui est des familles professionnelles, les projections sont également très positives, en particulier pour les aides à domicile dont l'augmentation des effectifs entre 2018 et 2022 représenterait 26% du total de 2014 (15 500 créations nettes pour un effectif total de 60 000 en 2014).

Tableau 13 : Perspectives de postes à pourvoir par familles professionnelles entre 2018 et 2022 en Ile-de-France

	Effectifs RP 2014	Créations nettes période 2018-2022	Départs en retraite période 2018-2022	Postes à pourvoir 2018-2022
Aides à domicile et aide-ménagères	60 379	15 502	8 414	23 916
Aides-soignants	101 619	4 500	12 012	16 512
Infirmiers, sages-femmes	94 240	5 051	11 474	16 526
Professions paramédicales	77 351	1 533	6 825	8 358

Source : DARES, Champ : Ile-de-France

L'essor de ces activités n'est pas une exception francilienne. Les données prospectives nationales de France Stratégie⁹⁹ sont également très positives sur les métiers du sanitaire et social.

A l'exception de la FAP des aides à domicile, les créations nettes de postes ne constitueront pas l'essentiel des besoins en emploi futurs. **Ce sont les remplacements des départs en retraite qui constitueront les plus gros volumes de besoins en main d'œuvre.** Ainsi, 70% des postes à pourvoir d'aides-soignants et d'infirmiers seront générés par des départs en retraite et 80% pour ceux des professions paramédicales. A savoir que cette dernière FAP n'inclut pas uniquement les

Ce sont les remplacements des départs en retraite qui constitueront les plus gros volumes de besoins en main d'œuvre et non les créations nettes de poste

⁹⁹ FRANCE STRATEGIE, DARES, *Les métiers en 2022*, Rapport du groupe Prospective des métiers et qualifications, avril 2015, 411p.

professionnels de la rééducation, mais également les préparateurs en pharmacie ou encore les opticiens et audio-prothésistes.

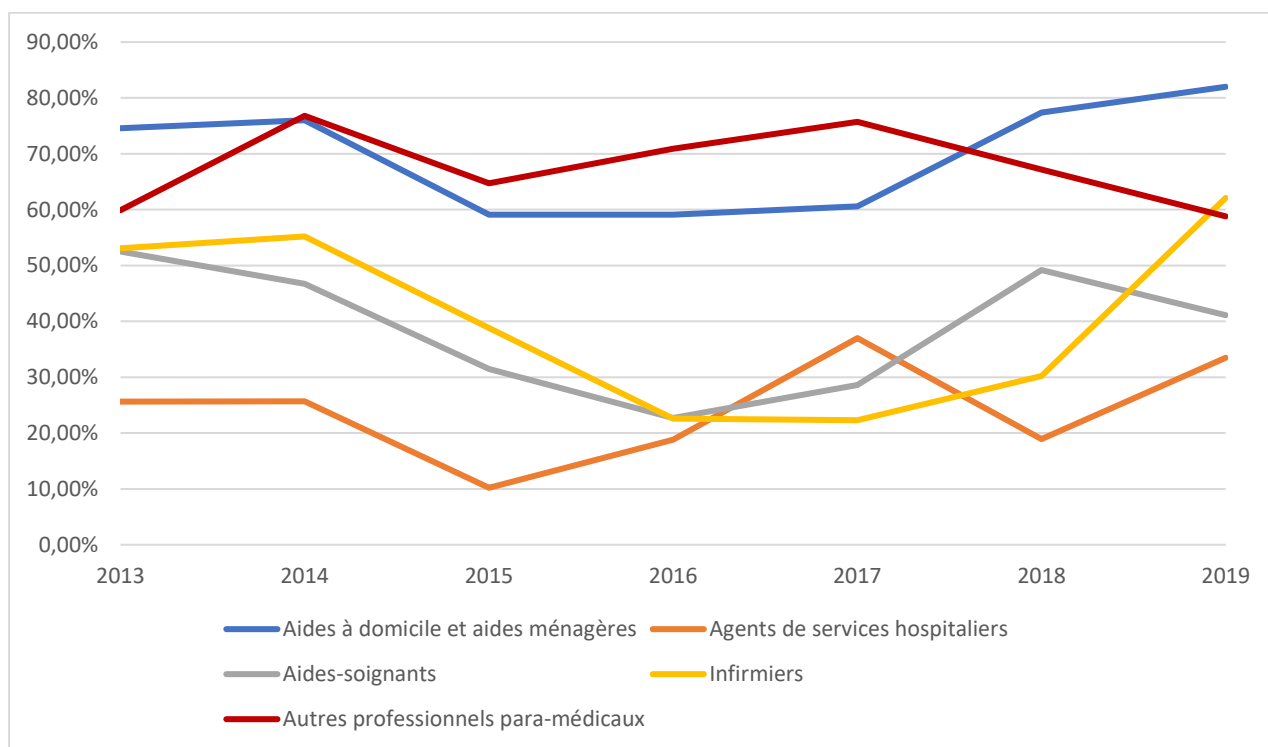
Comme nous l'avons évoqué précédemment, ces départs à la retraite toucheront particulièrement le secteur de l'aide à domicile compte tenu de la part que représentent les plus de 55 ans dans le secteur (Cf. tableau 11).

Les indicateurs montrent une croissance globale des professionnels du sanitaire et social. Les données traitées semblent confirmer ce constat, particulièrement pour le secteur médico-social pour personnes âgées. Les données prospectives et la répartition par âge des actifs laissent également entrevoir de possibles difficultés à pourvoir les postes dans les années à venir. La question est donc à présent de savoir si cette hausse des besoins s'accompagne de tensions sur le marché du travail.

b) Des taux de tensions élevés

Les derniers chiffres de BMO font apparaître une nouvelle hausse des difficultés de recrutement après plusieurs années d'amélioration concernant le recrutement des infirmiers (62% des projets de recrutement jugés difficiles en 2019) et des aides à domicile (82%). Cette hausse des difficultés touche également le recrutement des ASH (34% en 2019 contre 19% en 2018), mais pour ces derniers, la part de projets de recrutement jugés difficiles reste nettement inférieure à celle des autres FAP, et inférieure également à celle estimée au niveau régionale toutes familles professionnelles confondues (47% tous secteurs, et 55% dans la santé humaine et action sociale).

Figure 13 : Part de recrutements difficiles 2013-2019



Source : Enquête BMO 2019 de Pôle emploi ; Secteur : santé humaine et action sociale ; Champ : Ile-de-France

En revanche, la situation du recrutement des professionnels paramédicaux (catégorie large regroupant les kinésithérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, orthophonistes et ergothérapeutes) semble s'améliorer depuis deux ans. Néanmoins, le niveau de projets de recrutements anticipés comme difficiles par les entreprises demeure élevé pour cette FAP (59% de recrutements difficiles en 2019). Une baisse des difficultés de recrutement est également observée chez les aides-soignants entre 2018/2019 (baisse de 8 points pour atteindre 41% en 2019).

Cependant, ces difficultés concernent l'ensemble du large domaine de « la santé humaine et de l'action sociale ». Le secteur médico-social des personnes âgées ne représente qu'une partie de celui-ci, auquel nous pouvons ajouter le secteur hospitalier, le secteur du handicap, ainsi que tous les autres secteurs susceptibles d'avoir des besoins de recrutement sur ces métiers.

Nos retours du terrain présentent des degrés de difficulté de recrutement variés sur les différents métiers. Ces difficultés reviennent particulièrement pour le métier d'aide-soignant, et dans une certaine mesure de rééducateurs, alors que les tensions sur le métier d'IDE semblent se résorber (contrairement à ce que laisse penser l'enquête BMO). On sait par ailleurs que le secteur a une image particulièrement dégradée, notamment concernant les Ehpad, notamment auprès des aides-soignants (qui sont parmi les professionnels les plus exposés du fait de leur contact important avec les résidents et de leur place hiérarchique). Par ailleurs, des rapports font régulièrement état des conditions de travail difficiles des professionnels de ce secteur¹⁰⁰. **Les difficultés décrites par l'enquête BMO pour l'ensemble du secteur santé humaine et action sociale pourraient donc être accentuées dans le cas du secteur médico-social des personnes âgées.**

Les taux de tension¹⁰¹ sur ces métiers relevés par la Direccte font également état de difficultés particulières concernant la catégorie des « professions paramédicales », dont font partie les psychomotriciens et les ergothérapeutes (taux de tension de 1,2, alors que le taux de tension toutes FAP confondues est de 0,6). Ces difficultés s'expliqueraient par un manque d'attractivité du secteur auprès de ces professionnels de la rééducation. Outre un salaire bien plus faible que pour un mode d'exercice libéral, le travail auprès de personnes âgées peut-être perçu comme moins intéressant qu'auprès d'autres publics (sportifs, enfants, etc.), et moins valorisant du fait d'une moins grande capacité d'amélioration de l'état des personnes âgées.

« Les psychomot' et les ergothérapeutes ont des supers formations, et puis quand elles arrivent chez nous elles sont déçues parce qu'on leur a appris à faire de la réadaptation, de la rééducation, des choses biens pour les jeunes accidentés de la route... où on va revenir à l'état initial. Mais avec une personne polyhandicapée ou très âgée en perte d'autonomie, vous n'allez pas revenir à l'état initial [...]. Ils ont du mal, ils s'ennuient. Ils estiment qu'on n'a pas forcément besoin d'eux pour ça » (docteur B., directeur de centre d'accueil de jour francilien privé associatif).

Ces difficultés peuvent aussi s'expliquer par le fait qu'il s'agisse de métiers relativement rares (on recense 435 diplômés du DE Psychomotricien et seulement 165 du DE Ergothérapeute en 2016 en Ile-de-France¹⁰²), disposant de nombreux débouchés (centres de soins hospitaliers ou de rééducation, cliniques, cabinets libéraux) parfois jugés plus attractifs pour les raisons précédemment avancées. Enfin, les besoins des structures (en termes de temps de travail) sont hétérogènes, le recrutement étant d'autant plus difficile que toutes les structures n'ont pas besoin d'un temps plein. Afin d'y remédier, la mutualisation d'un professionnel entre plusieurs établissements est une solution répandue (cf. recours au travail à temps partagé).

De même, le taux de tension¹⁰³ de la catégorie des « aides-soignants » (AS et AMP) est de 1. Un taux de 1 pourrait supposer un équilibre parfait entre offres et demandes d'emplois. Il faut toutefois avoir à l'esprit que toutes les offres d'emplois ne transitent pas par Pôle emploi, notamment dans le sanitaire et social qui bénéficie d'une presse spécialisée et fonctionne souvent en réseau. Pour d'autres catégories, ce taux de tension est moyen (aide à domicile, taux de tension de 0,5), à l'instar des « infirmiers, sages-femmes » (taux de tension de 0,5), ou plutôt bas comme pour les « professionnels de l'action sociale et de l'orientation » (0,4) ou encore les « agents d'entretien » dont font partie les ASH (0,2). **Nos retours de terrain font état de difficultés de recrutement sur le métier d'AS.** Le salaire est notamment jugé peu attractif (hormis dans le privé à but lucratif, il est équivalent voire inférieur à celui de la Fonction publique hospitalière) au regard de la pénibilité des conditions de travail.

¹⁰⁰ MARQUIER Rémy, VROYLANDT Thomas et al., « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES*, DREES, n°5, septembre 2016, 31p.

¹⁰¹ Taux calculé par la Direccte en rapportant le flux d'offres d'emploi enregistrées au cours d'une période déterminée, au flux de demandes d'emploi enregistrées durant la même période (ensemble des demandeurs immédiatement disponibles). Plus ce ratio « offres sur demandes » est élevé, plus les difficultés à pourvoir les postes vacants sont susceptibles d'être fortes.

¹⁰² Source : DRJSCS

¹⁰³ Taux calculé par la Direccte en rapportant le flux d'offres d'emploi enregistrées au cours d'une période déterminée, au flux de demandes d'emploi enregistrées durant la même période (ensemble des demandeurs immédiatement disponibles). Plus ce ratio « offres sur demandes » est élevé, plus les difficultés à pourvoir les postes vacants sont susceptibles d'être fortes

Par ailleurs, l'enquête Ehpa 2015 de la Drees fait apparaître des difficultés de recrutement différenciées suivant le type de structures. Ainsi les Ehpa non Ehpad et les logements-foyers sont respectivement 14% et 8% à déclarer des difficultés. En revanche les Ehpad et les USLD sont respectivement 44% et 33% à rencontrer des difficultés de recrutement¹⁰⁴. Cette différence vient du fait que le personnel médical est bien moins nombreux dans ces premières structures que dans les secondes, avec des résidents aux pathologies beaucoup moins lourdes et avec lesquels ils réalisent un travail moins difficile psychologiquement comme physiquement (les soignants des structures non médicalisées ne réalisent pas d'actes mais assurent uniquement la coordination des intervenants extérieurs).

C'est sur les emplois d'AS que les besoins en recrutement sont aujourd'hui concentrés, avec un accroissement des difficultés

Nos entretiens ont permis de mettre en lumière des difficultés de recrutement hétérogènes. Après des difficultés rencontrées sur les métiers d'infirmier ces dernières années, celles-ci se seraient résorbées, et se concentreraient désormais **sur les emplois d'AS et dans une moindre mesure sur les métiers de la rééducation (avec des besoins bien moindres en termes de volume)**. Ces difficultés ne sont pas spécifiques à la prise en charge des personnes âgées mais générales à l'ensemble du sanitaire et médico-social. Cependant, la préférence majoritaire des professionnels pour le sanitaire accentue les difficultés du médico-social. Des professionnels nous parlant ainsi du « prestige de la blouse blanche », pour nous expliquer l'attrait du secteur hospitalier au dépend du médico-social.

Par ailleurs, la différence d'attractivité entre le travail à domicile et le travail en structure n'est pas mesurée par les différentes enquêtes à notre disposition. Toutefois, comme évoqué précédemment, pour des métiers se retrouvant dans les deux modes d'exercice, les jeunes diplômés vont majoritairement privilégier le travail en structure au dépend du domicile, comme le laisse supposer le choix effectué en majorité par les premières promotions du nouveau DEAES pour l'option « en structure » (voir infra). Cette tendance peut s'expliquer notamment par les conditions de travail qu'offre le domicile (temps de déplacement importants, salaire faible, forte pénibilité, temps partiels et discontinus). L'appréhension d'un travail solitaire, sans soutien de collègues, peut également freiner les vocations et orienter vers le travail en structure.

« On a du mal à attirer les gens dans la branche, et encore plus les jeunes : notre pyramide des âges est élevée parce que ce sont des femmes qui ont arrêté de travailler à un moment de leur carrière pour X ou Y raison, elles ont moins de réticences en deuxième partie de carrière à venir à domicile que des jeunes femmes tout juste formées qui sortent de l'école et qui vont se retrouver toutes seules au domicile des bénéficiaires, ça leur paraît effrayant. [...] Le domicile fait peur car on est seul face aux difficultés de la personne. En structure, si ça ne va pas on a les collègues qui peuvent arriver à la rescousse. » (Branche de l'Aide à domicile associative).

c) Problématiques territoriales

Outre les différences entre les types de structure, des disparités territoriales peuvent apparaître dans les difficultés de recrutement. En effet, la densité des candidats potentiels et l'accessibilité du lieu d'exercice impactent la capacité à recruter d'une structure. Dans le cas de l'aide à domicile, le recrutement peut bien souvent être subordonné à la possession d'un permis de conduire et d'un véhicule. Dans le cas des structures d'accueil ou d'hébergement, l'isolement ou la mauvaise desserte par les transports en commun peuvent également impacter négativement le recrutement. Ainsi, une directrice d'Ehpad située dans une ville de la grande couronne francilienne uniquement desservie par une ligne de bus qui les relie à la gare RER la plus proche, explique :

« On a des candidats qui viennent de super loin, on sait que ça ne peut pas tenir, on est limité par les moyens de transport, notamment le dimanche car on n'a plus de bus, on sait que c'est un frein et même quelqu'un de super motivé et super bien, s'il n'a pas un véhicule et qu'il habite loin, ça ne sert à rien de le prendre, il ne pourra pas venir un dimanche sur deux » (Mme M., directrice d'un Ehpad privé à but lucratif)

Sur un marché du travail au sein duquel les professionnels ont peu de difficultés à trouver un emploi, la proximité géographique est un aspect déterminant dans le choix de la structure. Cette variable est surtout importante dans les départements les moins denses en termes de transport en commun. Outre

¹⁰⁴ MULLER Marianne, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Les dossiers de la Drees*, Drees, Septembre 2017, N°2, p.21

l'accessibilité, les différences de niveau de vie d'un territoire à un autre vont influencer les zones de résidence des professionnels et donc leur zone de recherche d'emploi. Les difficultés de recrutement vont donc se cumuler sur un territoire dans lequel le niveau de vie est trop élevé pour les professionnels d'une part et qui est difficilement accessible (mal-desservi, éloigné) depuis des territoires financièrement plus abordables.

« Dans le 78, on n'a pas d'auxiliaire de vie, parce que les logements sont chers, et les professionnels du 93 qui pourraient intervenir ne veulent pas y aller car c'est trop loin » (Fédération du service aux particuliers)

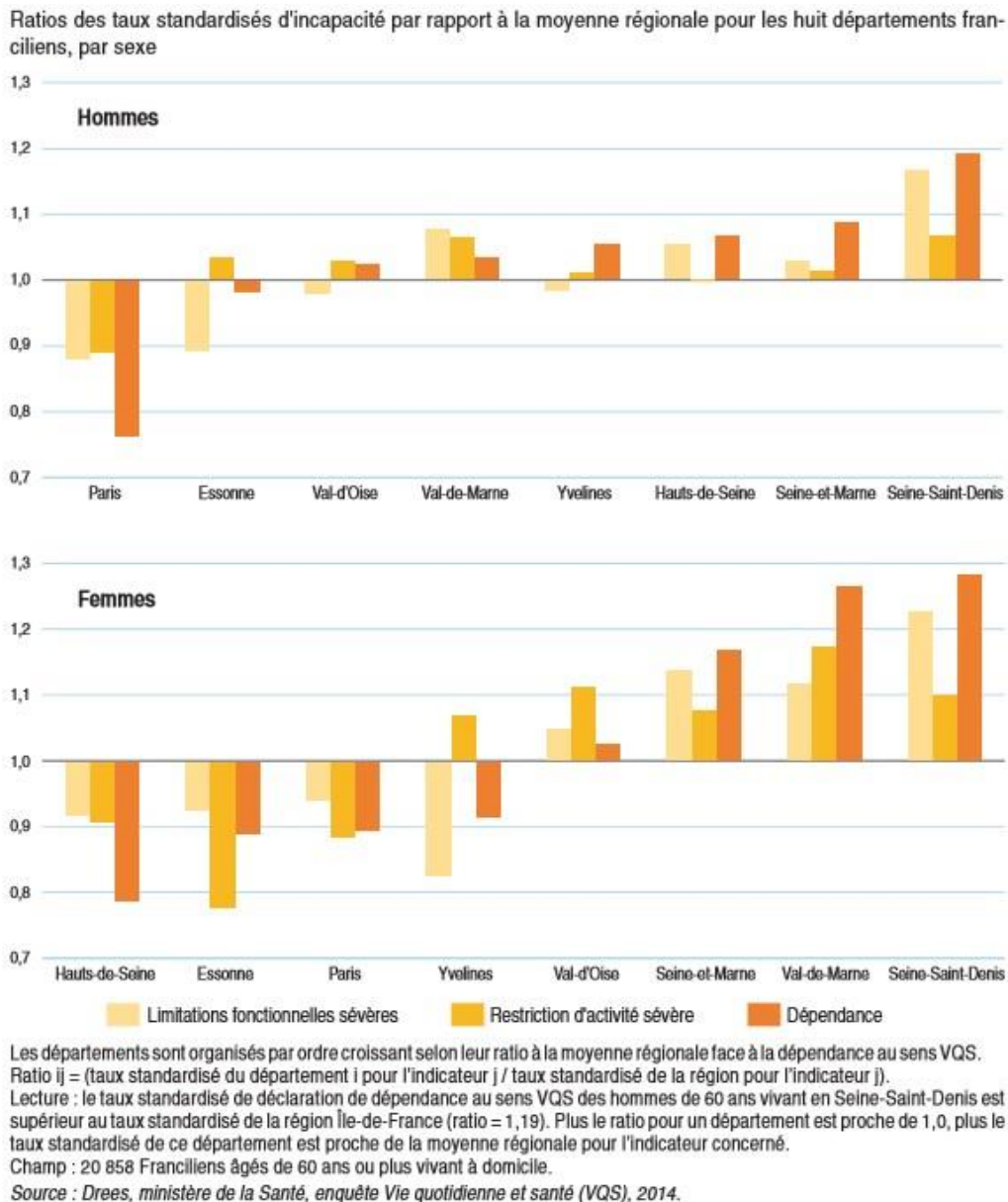
De même, la proximité d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux « concurrents », peut accentuer les problématiques de recrutement. Une forte densité d'établissements par rapport au nombre de professionnels et candidats accentue ainsi les tensions sur le marché du travail aux dépens des employeurs. Un directeur d'Ehpad associatif nous a ainsi fait part de la difficulté du recrutement dans sa structure précédente (associative également) dans le département des Yvelines en raison de la présence proche d'Ehpad privés à but lucratif proposant de meilleures rémunérations.

D'autre part, comme nous l'avons vu précédemment, les importantes différences de niveaux de vie entre les départements et les différences de niveaux de dépendance conduisent également à des besoins en emploi différenciés suivant les territoires.

Les différences en termes de médicalisation et de pathologie selon les territoires pourraient ainsi se refléter sur leur niveau de difficultés de recrutement (de plus fortes difficultés dans les territoires où le taux de dépendance serait le plus élevé).

Ces différences territoriales se retrouvent aussi dans la présence de professionnels libéraux. Il y aurait, par exemple, un manque de masseurs-kinésithérapeutes dans la grande couronne francilienne. **Par ailleurs, plusieurs professionnels rencontrés nous ont fait part de difficultés pour trouver des médecins libéraux, notamment en raison de départs en retraite non compensés.** Du fait de ce manque, il semblerait que des réflexions ministérielles soient en cours au sujet de l'élargissement des missions du médecin coordonnateur, notamment sur la réalisation de prescriptions médicales. Le développement de la télémédecine d'un côté et le glissement de tâches (du médecin traitant vers le médecin coordonnateur, de ce dernier vers l'infirmier en pratique avancée) sont les premiers axes de réponse face à une désertification médicale de l'Ile-de-France (actuellement, seuls Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne seraient suffisamment pourvus en médecins libéraux).

Figure 14 : Différences du niveau d'incapacité de la population franciliennes¹⁰⁵



Ainsi, on voit que les besoins actuels de professionnels du sanitaire et social sont relativement importants avec des taux de tensions élevés sur le marché du travail. Cependant, les besoins en personnel et les difficultés d'embauche dépendent fortement du type de structure, du statut juridique, ou de la situation géographique de l'établissement ou du service.

L'ensemble des indicateurs démographiques abordés dans un précédent chapitre font préjuger d'une hausse de la demande de la population aussi bien dans l'intervention à domicile que dans les structures d'accueil et d'hébergement médicalisées ou non. Toutefois, nous allons voir que les dynamiques identifiées laissent percevoir des conséquences parfois contradictoires sur le marché du travail.

¹⁰⁵ Figure issue de LABORDE Caroline, TISSOT Ivan, TRIGANO Lauren, « Incapacité et dépendance des personnes âgées : près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie », *Insee Analyses Ile-de-France*, Insee, n°68– Septembre 2017, p.3

2. Une évolution des rôles des structures et de leurs besoins en métiers, emplois et compétences

Les différents facteurs d'évolution évoqués amènent une redéfinition (partielle) de la place des structures. **Cette réorganisation d'une partie du secteur se fait principalement dans le cadre du développement du maintien à domicile, impactant l'emploi.** Certaines structures sont ainsi amenées à voir leurs rôles se transformer ou se renforcer, nécessitant de nouveaux besoins de professionnels (en termes de volume comme de capacité) et même le développement de nouveaux métiers et dispositifs. Nous présenterons ici ces évolutions dans le maintien à domicile par l'essor d'expérimentations et enfin dans le travail en structure.

a) Des services au cœur du maintien à domicile

Comme indiqué dans un précédent chapitre, le développement du maintien à domicile s'inscrit dans une démarche politique « historique », accélérée par la loi ASV mais répondant avant tout à une demande sociétale de « vieillir chez soi » (accentuée par l'image fortement dépréciée des Ehpad).

Cette politique de développement du maintien à domicile est à mettre en parallèle avec celle du « virage ambulatoire » vécu par l'hôpital. Dans les deux cas, l'objectif est de limiter au nécessaire l'hébergement en structure (hospitalière comme Ehpad). Ce virage ambulatoire devrait encore s'accroître dans les années à venir. Ainsi Agnès Buzyn, la ministre de la santé, a fixé comme objectif pour 2022 à 55% la part de médecine ambulatoire et à 70% la chirurgie ambulatoire, contre respectivement 43 % et 54 % en 2017¹⁰⁶.

Ce déversement des structures (sanitaires comme médico-sociale) va impacter le personnel à domicile dans ses volumes comme dans les métiers et compétences mobilisés. Ainsi, les services soignants tels que le SSIAD sont amenés à se développer (18 000 places en Ile-de-France actuellement d'après l'ARS) pour absorber les besoins de soin à domicile croissants. Il est également probable qu'une partie des personnes prises en charge souffrent de pathologies plus lourdes qu'actuellement, ce qui nécessiterait une connaissance de celles-ci et une maîtrise des gestes de soin que l'on trouve actuellement en structures hospitalières. Le rôle des SSIAD ne va a priori pas changer mais se renforcer, tant dans l'importance des soins à réaliser que dans les volumes d'intervention.

Par ailleurs, le développement de l'ambulatoire, pour des personnes âgées à domicile, peut créer des problématiques importantes de suivis des soins et de suivis sociaux. Au cours de nos entretiens, différents responsables de structures à domicile ont souligné la nécessité et l'importance d'un renforcement de la coordination entre l'hôpital et les services d'intervention à domicile, en particulier pour une meilleure gestion des périodes charnières que sont l'entrée et la sortie de l'hôpital.

L'activité des SAAD se développera également fortement d'un point de vue quantitatif du fait du maintien à domicile. Bien que non soignants, les professionnels des SAAD vont être également impactés par la hausse de la dépendance des personnes prises en charge.

Le développement du maintien à domicile s'accompagne également du développement de l'ensemble des services aux particuliers à destination des personnes âgées qui, sans être dépendante, sont en perte d'autonomie et sont à la recherche d'aides pour des petites activités du quotidien (bricolage, nettoyage, aide pour porter les courses, jardinages, etc... dont les activités doivent plutôt relever du code APE 812111 correspondant aux services de ménage à domicile). Depuis la loi ASV, toutes ces activités du SAP exercées auprès d'un public fragile nécessitent une autorisation du Conseil départemental, alors que jusque-là ce n'était le cas que pour l'aide aux actes quotidiens.

A l'heure actuelle, d'après les entretiens que nous avons réalisés, rien ne laisse supposer une difficulté d'embauche dans les entreprises de services à la personne (de type bricolage, ménage, petite blanchisserie, etc.) dont les personnes âgées représentent une part importante de leur clientèle. Les

¹⁰⁶ Le Monde avec AFP, « Buzyn fixe l'objectif de 70 % de la chirurgie réalisée en ambulatoire en 2022 », *lemonde.fr*, Publié le 05 octobre 2017 [en ligne] https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/10/05/buzyn-fixe-l-objectif-de-70-de-la-chirurgie-realisee-en-ambulatoire-en-2022_5196776_1651302.html

personnels de ces structures n'ont, par ailleurs, pas besoin de diplôme spécifique. La demande des employeurs se situe autour de « savoir être » plus que de certification dans le domaine.

La demande relative à ce type d'activités à domicile semble bien être à la hausse (« *la branche aujourd'hui c'est 250 000 salariés, mais je pense qu'on doublera assez vite les effectifs* » selon la Fédération du service aux particuliers). Cette demande pourrait logiquement suivre l'augmentation démographique des personnes âgées de plus de 60 ans (toutes choses étant égales par ailleurs).

Le maintien à domicile passe également par les accueils de jour. Leur développement résulte de l'impulsion conjuguée des plans Alzheimer (et désormais plan maladies neuro-dégénératives), du Plan Solidarité grand âge et des différents plans handicap. Ces différents plans ont permis notamment de développer des places en accueil de jour et de l'hébergement temporaire dans le but d'offrir des moments de « répit » aux proches aidants, pour un maintien à domicile le plus longtemps possible. **Pensé pour un public relativement autonome, l'accueil de jour peine à s'imposer en tant que tel dans les esprits des prescripteurs (médecin généraliste, gériatre) et auprès du grand public,** faute d'une connaissance suffisante de sa nature. L'objectif de ces structures est en effet, par une prise en charge ponctuelle de ce public, de le maintenir autonome par une stimulation physique et cognitive régulière, dans une logique préventive. Or le recours à ce type de service intervient encore parfois trop tardivement par rapport à l'état de la personne.

« En fait ces structures pourraient soulager des familles très tôt, pour l'instant on n'a pas encore réussi ce challenge à faire connaître ce service. On s'est pensé pour aider des gens à être le plus longtemps autonomes donc on aurait voulu qu'ils arrivent au début de la perte d'autonomie, c'est quand le maintien à domicile devient difficile qu'on fait appel à nous, souvent lorsque les gens ont déjà perdu beaucoup de leurs capacités. » (Docteur B., directeur de centre d'accueil de jour privé associatif).

Au lieu d'être un levier du maintien à domicile par la prévention à la perte d'autonomie, l'accueil de jour serait dévoyé en antichambre d'Ehpad, tout en étant également une solution plus économique. Cette pratique se répercute alors sur la vision qu'en ont les publics accueillis, pour qui « *venir dans un Centre d'accueil de jour, c'est assimilé à une maison de retraite. C'est vécu négativement* ». Ce dévoiement est avant tout dû à une méconnaissance de ces structures, contactées par les services sociaux et aides à domicile plutôt que par des médecins et familles généralement peu au fait de leur existence ou rôle.

L'accueil de jour est encore perçu comme le premier pas vers l'entrée en structure : « *Des aidants disent "il n'en est pas là" car il y a l'assimilation de cet établissement à l'Ehpad ou l'antichambre de l'Ehpad et ça effraie. Or, ce n'est pas le cœur de notre métier, on n'a pas encore réussi à faire passer le message.* » (Mme C., directrice d'un accueil de jour associatif)

L'inadéquation (partielle) entre le public pensé et celui accueilli pose la question de l'évolution des effectifs du secteur : si cette tendance se maintient, une hausse du personnel paramédical apparaît nécessaire. L'impulsion politique de la loi ASV donnée sur la prévention est susceptible de faciliter la mise en œuvre d'actions allant dans ce sens.

Sans appartenir aux structures du maintien à domicile, les résidences-autonomie seront évoquées ici du fait de leur rôle dans la prévention. Ces structures sont tenues de maintenir le niveau de dépendance de leurs résidents relativement bas et ne devraient pas voir leur besoin en personnel médical changer, même si là aussi les populations vieillissent. Les soins des résidents y sont assurés le cas échéant par des services de soins à domicile. **En revanche, la loi ASV permet aux résidences-autonomies de bénéficier de financements spécifiques pour des actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie (à destination des résidents comme de personnes extérieures).** En 2018, la CNSA a versé 40 millions d'euros aux Conseils départementaux, qui redistribuent cette somme aux résidences autonomes dans le cadre de ce « forfait autonomie » (25M€ en 2016), somme qui devrait, a priori, être versée chaque année. Par hypothèse, ces actions pourraient se matérialiser par l'intervention de professionnels libéraux (masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, praticiens de l'activité physique adaptée), et donc stimuler l'activité de ces professions.

« On a de la gymnastique douce chaque semaine. Dans le cadre d'un partenariat qui est prévu dans le forfait autonomie, pris en charge par le Conseil départemental. » (M. P., directeur-adjoint d'une résidence autonomie associative)

En parallèle à ces politiques de prévention de la perte d'autonomie et de maintien à domicile, le nombre de créations de nouvelles places d'hébergement en Ehpad pourrait ralentir, avec la fin de la construction de nouveaux établissements. En effet, d'après des responsables des Conseils Départementaux rencontrés, les ouvertures d'Ehpad actuelles correspondent à l'achèvement de projets en retard, mais les autorisations d'ouverture ne sont plus octroyées, en raison notamment de la difficulté à remplir les places

existantes, ce qui pointe du doigt les carences déjà soulignées des Ehpad (image négative, prix trop élevés...).

« On est en période de pause. On a eu une politique de construction d'Ehpad assez volontaire il y a quelques années, de 2010 à récemment. Mais depuis quelques années, on finit les projets qui sont lancés mais on ne donne plus de nouvelles autorisations. Dans le dernier schéma stratégique voté, il n'y a pas de projets de construction. Sur les établissements du département, le taux d'occupation n'est pas maximal. On n'a pas l'impression que c'est un sujet majeur. On consolide les ouvertures faites ces dernières années et on essaie d'optimiser les taux d'occupation des Ehpad existants. » (Conseil départemental francilien)

« Dans le département, on ne crée plus de nouvelles places d'Ehpad "avec des murs". Les derniers Ehpad qui ont ouvert ont du mal à remplir. Il y en a beaucoup qui ont été créés en dix ans [2003-2014]. Il y avait un gros retard. Les derniers qui ont ouvert ont eu du mal à remplir. Donc nos élus ont décidé de ne plus créer d'Ehpad en dur, par contre on est en réflexion pour créer des Ehpad hors les murs. » (Conseil départemental francilien)

Ce virage du maintien à domicile nécessite, pour être efficient, la capacité à prendre en charge des personnes lourdement dépendantes et une coordination des acteurs suffisamment efficace pour ne pas manquer d'effectifs (salariés et libéraux). Différents modèles sont testés depuis plusieurs années.

b) Des expérimentations de dispositifs pour améliorer la prise en charge

Actuellement, de nombreuses expérimentations **d'Ehpad hors les murs se développent. Elles visent à éviter ou retarder le passage en structure, mais également à pallier le manque de la prise en charge à domicile**, qui n'est pas toujours adaptée à toutes les pathologies, ni à toutes les situations sociales.

En Ile-de-France, plusieurs expérimentations sont à l'œuvre ou l'ont été. Ainsi, un Ehpad dispose d'une équipe de soignants se déplaçant dans une quinzaine d'habitations de personnes âgées situées à proximité pour leur apporter des soins quotidiens. Les logements de ces personnes sont d'ailleurs connectés à l'Ehpad, via des volets connectés, des détecteurs d'ouverture de porte ou indicateurs de mouvement, permettant le signalement d'alertes aux professionnels en cas de situation « anormale » (porte du réfrigérateur ouverte trop longtemps, volets fermés toute la journée) et déclenchant l'intervention de l'équipe volante plus tôt que prévu. Dans le même temps, la structure sert de « lieu-ressources » pour les personnes âgées du secteur et leurs proches, pouvant profiter des infrastructures, de la présence de professionnels ou d'activités d'animations et de maintien de capacité et de lien social. Ce modèle permet une centralisation des ressources gérontologiques d'un territoire dans un Ehpad, facilitant l'articulation entre professionnels et échange d'informations, tout en permettant aux personnes prises en charge de se maintenir à domicile (à condition toutefois d'avoir un Ehpad « hors les murs » à proximité de chez soi).

La mise en place d'une plateforme de coordination et la collaboration des différents acteurs (notamment des « historiques » du domicile que sont les SAAD et les SSIAD qui disposent d'une expertise logistique), encore expérimentales, sont amenées à se développer. A priori, ce travail en équipe impliquerait un développement d'activités de coordination des interventions (du soin et de la prise en charge de la dépendance). Ces activités doivent être réalisées par un professionnel ayant une vision multidimensionnelle des besoins des personnes (en matière de soins quotidiens, de soins « de ville », de prise en charge de la dépendance) et seraient adaptées à différents professionnels d'après nos interlocuteurs de l'ARS sur la question. Si un IDE pourrait avoir cette fonction, elle serait davantage destinée à « un professionnel du social » (assistant social, conseiller en économie sociale et familiale...). Cependant, cette coordination est nécessairement pluridisciplinaire et implique un lien avec d'autres professionnels (gériatre, diététicien...).

A priori, ce travail en équipe impliquerait un développement d'activités de coordination des interventions, par un professionnel ayant une vision multidimensionnelle des besoins des personnes prises en charge

L'exemple de l'Ehpad hors les murs est significatif du besoin en coordination induit par le maintien à domicile. Des dispositifs ont été créés *ad hoc* à l'instar **des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Celles-ci permettent de globaliser l'offre de soins des personnes âgées à domicile via un guichet unique.** Un gestionnaire de cas (souvent un travailleur social de niveau III et supra, pouvant également être un IDE ou psychologue) s'occupera ainsi de planifier les services, de trouver des intervenants si nécessaire et de transmettre les informations utiles à l'ensemble des acteurs

du réseau. Ce professionnel doit préalablement être titulaire du diplôme interuniversitaire de « gestionnaire de cas ». Sans avoir d'impact sur l'emploi dans le secteur, l'émergence des MAIA a vocation à améliorer l'efficacité de la prise en charge de la dépendance.

Le développement des MAIA comme « facilitatrices » pour les professionnels comme pour les personnes prises en charge ainsi que les expérimentations d'Ehpad hors les murs répondent aux difficultés croissantes d'hébergement et d'organisation dans le secteur. Acteur important de l'information du public et de la coordination des intervenants, **le réseau des centres locaux d'information et de coordination (Clic) est également partie prenante de nouvelles expérimentations.** Une infirmière coordinatrice de SSIAD nous rapporte ainsi que dans le Val-de-Marne, un Clic a déposé une candidature pour mettre en place une plateforme intermédiaire. Celle-ci serait un lieu de rencontre entre professionnels et personnes âgées plus ou moins dépendantes avec accès à des équipements de télémédecine :

« Il pourrait y avoir sur place des médecins, infirmiers, psychomotriciens... L'objectif est de désengorger les hôpitaux, mais il y a aussi des patients qui ne sont pas prêts pour l'hôpital, venir dans une structure comme ça serait plus facile. Ça serait aussi un lieu d'écoute [...] ça permettrait aussi de faire sortir le patient du domicile » (Mme E., infirmière coordinatrice d'un SSIAD)

Une conséquence de ces évolutions est le rôle à jouer des assistants sociaux (et d'autres travailleurs sociaux ou psychologues) dans l'accompagnement des personnes âgées, le suivi de leur parcours et la coordination des acteurs. Dans les métiers du travail social, la hausse du nombre de personnes âgées handicapées, anciennement sans-abri ou toxicomanes pourrait également entraîner le développement du métier d'éducateur spécialisé dans le secteur dans certains établissements (hospitaliers, CCAS...). Même hors secteur, ces deux métiers seront amenés à être de plus en plus confrontés aux problématiques liées au vieillissement du public pris en charge. Enfin, il serait envisageable que de nouveaux métiers émergent, ou que des métiers existants s'hybrident pour s'adapter aux besoins spécifiques de cette prise en charge. Ce travail de coordination pourrait ainsi être assuré par un véritable « chargé de parcours gérontologique ». Ce professionnel serait capable de travailler en lien avec les autres acteurs, d'avoir une approche globale de la personne (gériatrique, sanitaire, sociale et psychologique) et aurait une connaissance des différents dispositifs existants.

Ces expérimentations contribuent à réinventer le secteur en améliorant la prise en charge à domicile. Une conséquence de cette amélioration du maintien à domicile serait également l'accueil en structures médicalisées des personnes les plus dépendantes et/ou malades.

c) En structure, une prise en charge des pathologies les plus lourdes, un rapprochement des USLD et Ehpad

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, les évolutions démographiques en cours, le développement du maintien à domicile ainsi que l'évolution des usages des personnes âgées conduisent à une augmentation de l'âge d'entrée dans une structure sanitaire ou médico-social pour personnes âgées. « Fin 2015, l'âge médian en établissement était de 87 ans et 5 mois, supérieur d'un an à celui de 2011. L'âge moyen est de 85 ans et 9 mois, contre 85 ans en 2011¹⁰⁷. » Cette évolution de l'âge d'entrée en établissement conduit également à une évolution du niveau de dépendance des usagers. « En 2011, toutes catégories d'établissement confondues, 81 % des résidents étaient en perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR (c'est-à-dire classés en catégorie de GIR 1 à 4) ; en 2015, ils sont 83 %¹⁰⁸. » Cette part varie d'un type de structure à l'autre mais le degré de dépendance augmente dans l'ensemble des établissements du champ.

Conséquence directe de l'évolution du niveau de dépendance des résidents, les besoins en personnel soignant, aides-soignants et infirmiers devraient être en augmentation dans les années à venir. Ils devront en effet de plus en plus faire face à des maladies de type neuro-dégénérative (Alzheimer, Parkinson, démence à corps de Lewy) et des polyopathologies¹⁰⁹. De même, **le vieillissement des personnes handicapées devrait faire naître de nouveaux besoins dans les établissements et services à**

¹⁰⁷ MULLER Marianne, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », Etudes et résultats, Drees, n°1015, Juillet 2017, p.2

¹⁰⁸ MULLER Marianne, p.3

¹⁰⁹ Voir notamment : MAKDESSI Yara, PRADINES Nadège, 2016, « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », Etudes et résultats, DREES, n° 989, décembre 2016

destination des personnes âgées¹¹⁰. Autre phénomène impactant le secteur, la conversion de lits d'USLD de l'APHP en Ehpad. Ce dernier type d'établissement serait davantage adapté pour une partie des résidents en USLD.

« Le PATHOS¹¹¹ nous a montré qu'une bonne partie de la population en USLD avait des profils qui relèveraient plus du champ médico-social que du sanitaire. L'objectif de départ des USLD n'était plus atteint et ne correspondait plus aux besoins. » (ARS Ile-de-France)

Cette conversion devrait permettre d'avoir au minimum le même nombre de lits, voire d'en créer de nouveaux. Elle se fait dans une logique de « convergence » entre Ehpad et USLD, avec dans le premier une population aux besoins croissants en termes de soins quand la seconde accueille de moins en moins d'hospitalo-requérants. Néanmoins, le financement du soin, beaucoup plus important dans les USLD, permettait la présence d'effectifs plus nombreux. Avec un financement au niveau de celui des Ehpad (plus faible), seule une partie des effectifs des USLD transformées en Ehpad seront maintenus.

On observe également **une augmentation de la part de la population décédée en Ehpad**. Leurs résidents représentent ainsi 25% des personnes décédées sur le territoire national en 2015, contre 23% en 2011¹¹², ce qui implique une **adaptation des structures et/ou personnels à la gestion de la fin de vie**. Même si le plan 2015-2018 « pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie », a permis aux établissements de prendre en compte cette évolution, l'étude de la Drees montre que « si la plupart des établissements ont développé dans leur structure une culture palliative, seul un quart déclare avoir au moins un employé possédant un diplôme universitaire (DU) de soins palliatifs¹¹³. »

Parmi les actions préconisées par ce plan, on trouve le développement (avec l'aide de la CNSA) de formations adaptées à ces problématiques auprès des professionnels des établissements médico-sociaux et à domicile. Il recommande également le **développement des infirmiers de nuit** dans les Ehpad dont la présence soignante et préventive devrait permettre de limiter les hospitalisations de résidents et des personnes à domicile en fin de vie¹¹⁴. D'après nos retours de terrain, ceux-ci semblent encore être peu nombreux dans les faits, bien que nous n'ayons pas de chiffres disponibles. Dans le cadre de ce plan, une évaluation doit être menée sur les expérimentations de la présence des infirmiers de nuit et leur impact sur la qualité de prise en charge des usagers et sur les taux d'hospitalisations.

L'étude de la Drees montre également que de nombreux établissements (parmi ceux n'étant pas déjà rattachés à une structure sanitaire de type USLD) avaient signé des conventions avec une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou un réseau de santé en soins palliatifs (RSSP). « Fin 2015, près de 64 % des Ehpad avaient signé une convention avec une EMSP, contre la moitié d'entre eux en 2011¹¹⁵. » Ainsi, la gestion de la fin de vie des résidents se ferait majoritairement au cours de procédures faisant intervenir des personnels externes aux établissements.

3. L'attractivité du secteur en question

Que ce soit du point de vue des traitements des personnes âgées ou du point de vue des conditions de travail, **le secteur souffre d'une image dégradée auprès du grand public**. Les manifestations des dernières années des personnels des Ehpad et les reportages choc sur les maltraitements vécus par les personnes âgées dans les établissements¹¹⁶ sont venus encore récemment souligner cet état de fait. Le

¹¹⁰ LE FLOCH Mathieu et PARDINI Béatrice, *Accompagnement des personnes handicapées en Ile-de-France : impact des mutations sur les besoins en professionnels*, Rapport d'étude, Défi métiers, mai 2018, 100p.

¹¹¹ Le PATHOS est un outil d'évaluation de l'état de santé des résidents des EHPAD et des USLD. Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) permet de mesurer les besoins médico-techniques globaux de la structure et de calculer le montant des dotations de soins adéquates.

¹¹² MULLER Marianne, ROY Delphine, « L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015 », *Etudes et Résultats*, Drees, n°1094, novembre 2018

¹¹³ MULLER Marianne, ROY Delphine, 2018, p.4

¹¹⁴ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, « Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie », décembre 2015

¹¹⁵ MULLER Marianne, ROY Delphine, 2018, p.4

¹¹⁶ Encore récemment dans un reportage diffusé sur France 2, le jeudi 20 septembre, « Maison de retraite : derrière la façade »

rapport parlementaire de Mmes Iborra Monique et Fiat Caroline a mis par ailleurs en lumière les problématiques vécues dans les Ehpad par les professionnels en charge des personnes âgées¹¹⁷.

a) Une image dépréciée, des conditions de travail particulièrement difficiles...

L'image négative du secteur est revenue très régulièrement – et spontanément – lors de nos entretiens (auprès des branches, des directions de structure comme des organismes de formation). Cette image touche à la fois le grand public (susceptible d'être pris en charge ou d'avoir un parent pris en charge) et les professionnels potentiels (personnel médico-social travaillant dans d'autres secteurs, stagiaires, étudiants, lycéens...).

Ainsi, au sein des différentes structures et services médico-sociaux à destination des personnes âgées, l'Ehpad cristallise les critiques de l'opinion publique, qui l'associe bien souvent à la maltraitance et à un rythme de prise en charge déshumanisant vis-à-vis des personnes âgées. Cette vision, au-delà de repousser encore l'âge d'entrée en Ehpad des personnes âgées, est susceptible d'impacter à la baisse l'orientation des professionnels vers cette filière.

La pénibilité du travail dans ce secteur, déjà largement soulignée dans d'autres rapports¹¹⁸, participe de la constitution de son image négative auprès des professionnels. Cette pénibilité provient notamment d'une usure physique (il faut porter une grande partie des patients lors de leurs déplacements ou de leur toilette), mais également usure psychologique, des rythmes intenses (parfois accentués par un phénomène de cumul des emplois dans des structures différentes). Ces difficultés ont été accrues par l'arrivée à des âges plus avancés et l'augmentation de la dépendance des résidents des Ehpad. Le rapport parlementaire de Mmes Fiat et Iborra souligne ainsi que « **l'indice de fréquence des accidents du travail en EHPAD serait deux fois supérieur à la moyenne nationale, toutes activités confondues, et plus élevé que dans le secteur du BTP**¹¹⁹ ». Le rapport souligne également **l'accroissement de la charge mentale et physique** du fait de l'augmentation du niveau de dépendance des résidents d'Ehpad ainsi que l'augmentation de la prévalence des troubles démentiels.

Ainsi, à des difficultés directement liées aux types de patients rencontrés dans ces structures, peuvent s'ajouter d'autres problématiques plus larges, notamment le manque de personnel, dû au manque de moyen dont souffre le secteur :

« La société toute entière ne se donne pas les moyens de prendre en charge les personnes âgées. Et les directeurs d'Ehpad, les responsables financiers d'Ehpad ne donnent pas les moyens aux AS de faire leur boulot correctement. [...] Et si le soignant s'arrête pour parler un petit peu avec la personne âgée, je vous assure pour l'avoir vu, même dans des maisons bien pensantes on va dire, on va la reprendre l'AS qui s'arrête un peu trop longtemps. » (organisme de formation en ergothérapie)

L'impossibilité présumée à accompagner le public pris en charge dans de bonnes conditions ou simplement « avec humanité » peut amener des futurs professionnels à craindre « une perte de sens » avant même de travailler dans les établissements et services destinés aux personnes âgées et à s'orienter vers d'autres secteurs et publics. Ainsi, une enquête de la FNEFI montrait que les Ehpad ou services gériatriques étaient les seconds services que les jeunes infirmiers souhaitent le plus éviter (32% des répondants, contre 35% en psychiatrie)¹²⁰.

b) ... mais des structures et des fonctions attractives

Certaines structures sont épargnées par la mauvaise image du secteur. Et pour certains professionnels, travailler dans le secteur présente malgré tout de nombreux attraits. En effet, les situations d'urgence y sont moins nombreuses que dans d'autres spécialités, et la pression moins importante. Le public pris en

¹¹⁷ IBORRA Monique et FIAT Caroline, *Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, Assemblée Nationale, quinzième législature, N° 769, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2018

¹¹⁸ Notamment : PARDINI Béatrice, *Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale*, Rapport d'étude, Défi métiers, novembre 2013, 62p.

¹¹⁹ *Idem*, p.20

¹²⁰ Fnesi, 2014, cité in De Berny, C. & Mangeney C. « Le parcours des infirmiers en Ile-de-France, de la formation à l'exercice », rapport ORS IDF, IAU IDF, décembre 2018, p. 26.

charge est également relativement moins éreintant physiquement que peuvent l'être, par exemple, les enfants ou les personnes handicapées (ce qui peut expliquer le choix d'orientation privilégié en seconde partie de carrière pour des professionnels du sanitaire et médico-social).

A l'intérieur du secteur, les accueils de jour présentent, par exemple, l'avantage de ne pas contraindre à des horaires atypiques. Ce type de structure est également privilégié par des professionnels souhaitant se concentrer sur le développement ou l'aide au maintien des capacités plutôt que sur les soins et l'hygiène.

« Les AMP [travaillent en accueil de jours] parce qu'elles ne veulent pas enchaîner les toilettes en Ehpad, et quand j'ai recruté il y a 6 mois, je pense que 90% des personnes que j'ai vues sinon plus, m'ont dit « tout ce que je veux c'est arrêter de travailler en Ehpad et faire 12 toilettes par jour » » (Mme C., directrice d'un accueil de jour associatif)

Les unités de soins palliatifs (USP) et unités de soins de longue durée (USLD), qui accueillent les personnes à l'état pathologique le plus avancé, vont quant à elles, être choisies par les professionnels pour la qualité d'intervention et d'accompagnement des personnes âgées, permise par des taux d'encadrement bien plus élevés que dans les autres types d'établissements.

« [L'USLD] correspondait à la façon dont elles voulaient faire leur métier, c'est-à-dire prendre du temps avec les patients, en prendre soin, les prendre en charge globalement et pas enchaîner un patient et un autre, faire des injections sans jamais savoir qui on a en face de soi » (Mme R., DRH d'une USLD/USP).

Ainsi, la Drees considère que le taux d'encadrement moyen en USLD est de 103,2 pour 100 patients¹²¹ (contre 62,8 en Ehpad). Celui-ci leur permet plus globalement de travailler dans de meilleures conditions. **La crainte de travailler dans une structure de type Ehpad ne viendrait pas tant des caractéristiques des résidents que des conditions de travail et notamment du taux d'encadrements que les professionnels savent assez faible.** Comme nous l'ont rappelé de nombreux intervenants lors de nos entretiens avec des professionnels, les faibles taux d'encadrements, et les rythmes de travail que cela induit pour les professionnels, peuvent conduire dans certains cas à des comportements « qui ne seraient plus dans la bienveillance », selon la litote utilisée par une responsable de formation. Ces situations de travail, si elles sont découvertes pendant la formation lors des stages en entreprises, peuvent éloigner les futurs professionnels de ce secteur d'activité. Ainsi, les organismes de formation se donnent aussi pour rôle de prévenir ces situations de maltraitance :

« Quand il y a des pratiques de maltraitances, nous on blackliste. Après, si le stagiaire veut y aller, on le prévient que pour nous il y a eu des problèmes... » (Organisme de formation des métiers de niveau V du secteur)

« Au moins une fois par an, on met une structure de côté, [...] Mais c'est très délicat, il faut quand même avoir des preuves tangibles » (Organisme de formation des métiers de la rééducation)

Dans un tout autre registre, la nature juridique de la structure va également influencer sur l'attractivité, du fait des différences de salaires. Ainsi, d'après nos observations, la différence de rémunération pour une IDE sortant de formation peut être de l'ordre de plus de 300€ net mensuel entre un Ehpad associatif et une structure privée à but lucratif.

« Pour les infirmières, le taux de rémunération qu'on propose qui est lié à notre convention collective peut être bien moindre que dans le privé lucratif. Pour attirer les candidats, on va jouer sur le fait qu'on soit une association, qu'on propose des formations régulières, continues ou diplômantes, sur les avantages comme le CE ou la prime décentralisée, et ensuite la qualité de vie au travail, l'ambiance qu'on va pouvoir proposer dans l'établissement. Ça permet de recruter les bons candidats, ceux qui vont bien avec notre structure. » (M. V, directeur d'Ehpad associatif)

c) Principale contrainte : les financements

Du point de vue budgétaire, l'ensemble du secteur se caractérise par des modalités de financement fortement dépendantes des pouvoirs publics. Ces modes de financement contraignent fortement les différentes structures dans leurs capacités d'investissements matériels et immatériels et dans le développement des ressources humaines.

¹²¹ MULLER Marianne, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015 », Les dossiers de la DREES, DREES, n°20, septembre 2017, p.12

Depuis la fin des années 1990, les Ehpad, et ce quel que soit leur statut juridique, devaient négocier des Conventions tripartites pluriannuelles (CTP) avec l'ARS et le Conseil départemental. Celles-ci définissent les objectifs des Ehpad (renforcement des moyens médicaux, démarche qualité...) ainsi que leur budget, divisé en trois catégories de tarification :

- **Le tarif soin**, financé par l'ARS, qui finance la rémunération du personnel soignant (médecins, infirmiers, métiers de la rééducation, une grande partie de la rémunération des AS et AMP¹²²), le matériel médical (seringues, pansements) et les médicaments.
- **Le tarif dépendance**, financé par le Conseil départemental, finance quant à lui une partie des rémunérations du personnel soignant et accompagnant (AS, AMP), mais aussi celle du psychologue. Ce volet permet également la prise en charge des coûts de blanchisserie, de ménage et de matériel (protections...).
- **Le tarif hébergement**, à la charge du résident (avec possibilité d'aides) correspond aux charges d'entretien de l'établissement, de restauration, d'animation, d'administration, dont le coût du personnel attaché à celles-ci (cuisinier, agents d'entretien, etc...).

Le budget fléché vers un des deux premiers volets ne peut être orienté vers un autre, et au sein même de chacun d'entre eux, la marge de manœuvre dans l'utilisation budgétaire est restreinte. Le budget « hébergement » peut quant à lui être utilisé pour recruter un AS/AMP, par exemple, s'il y a un excédent.

Avec l'instauration du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)¹²³, que l'article 58 de la loi ASV généralise à tous les Ehpad, remplaçant le CTP à partir du 1^{er} janvier 2017, la marge de manœuvre des gestionnaires devrait s'accroître. Contrairement au CTP, le CPOM n'est plus signé pour chaque établissement, mais par chaque gestionnaire pour tous les établissements dont il assure la gestion au sein d'un même département.

Signé entre le gestionnaire, l'ARS et le Conseil départemental sur les mêmes bases que le CTP (en fonction des besoins notamment mesurés par le GMP et PMP), la grande innovation du CPOM réside dans le fait qu'il soit axé sur les résultats plus que sur les moyens **avec donc une liberté octroyée aux établissements dans leur utilisation du budget. En effet, celui-ci est « globalisé » et non plus compartimenté entre les trois volets sus-cités.** Cette « fongibilité » des enveloppes rend alors leur utilisation plus souple, avec une plus grande possibilité d'ajuster les différentes dépenses selon les besoins.

De plus, pour ce qui est des extensions de places, créations de lits ou de nouvelles structures, et participation à des expérimentations, les associations ou entreprises sont tenues de respecter un protocole strict qui implique de répondre à des appels à projet lancés par les pouvoirs publics. **Tout développement du secteur dépend donc en grande partie de la volonté des pouvoirs publics.**

Concernant l'aide à domicile, ce sont les conseils départementaux qui sont les principaux financeurs (à l'exception des SSIAD qui relèvent de l'assurance maladie). En effet, c'est aux conseils départementaux que revient la charge de l'action sociale, et qui, à ce titre, gèrent et financent l'APA (une partie des fonds provient de la CNSA).

Ce sont également les Départements qui fixent le coût horaire de référence de l'intervention des services prestataires. On peut donc assister à de grandes différences de traitement entre les différents départements. Ainsi, si un rapport de la CNSA établit le coût horaire moyen des SAAD à 24,24€¹²⁴, une étude de la Fédésap de 2018 a montré que « 70% des départements fixent un tarif de référence APA inférieur à 20,50€¹²⁵ ». Les structures gestionnaires de services à domicile estiment ainsi que les aides sont insuffisantes à une prise en charge de qualité. Le rapport Labazée souligne également « des tarifs globalement insuffisants pour couvrir l'ensemble des coûts supportés par les services¹²⁶ ».

¹²² Les textes devraient évoluer pour intégrer les AES en structure, cependant la situation est plus incertaine en ce qui concerne les AES à domicile

¹²³ Les CPOM existent depuis l'ordonnance du 4 avril 1996 pour les établissements de santé et sont apparus dans le social et champ médico-social avec la loi du 2 janvier 2002

¹²⁴ CNSA, DGCS, *Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts*, mai 2016, p.16

¹²⁵ Observatoire National du Domicile, *Tarif APA, Etude des réalités départementales*, Fédésap, mai 2018, 52p.

¹²⁶ LABAZÉE Georges, *Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile*, Rapport, Ministère des affaires sociales et de la santé, Mars 2017, p..32

Une réforme récente a également imposé à toutes les structures d'aide à domicile le régime de l'autorisation (qui implique des évaluations internes et externes régulières). Tous les SAAD doivent également respecter un cahier des charges, **encadrant notamment les niveaux de diplômes des responsables de services et des intervenants** auprès de la personne âgée¹²⁷.

d) Financements : quelles évolutions ?

La canicule de 2003 marque le début d'une période d'investissement croissant dans la prise en charge du grand âge. Ainsi, la CNSA (créée à la suite de celle-ci), qui finance 53% des contributions publiques à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées (12 Md€ sur 22,8 Md€ en 2016) a vu son budget augmenter de 85% entre 2006 et 2018. Son budget prévisionnel est de 26,8 milliards pour 2019, dont 22 Md€ versés aux ARS pour le financement des structures du secteur (Ehpad, SSIAD, structures d'accueil des personnes handicapées) et 2,5 Md€ aux Conseils départementaux au titre du concours à l'APA¹²⁸.

« Sur les 10 dernières années, le volume de crédits d'assurance maladie alloué aux Ehpad est massif. Et puis on a créé plus de 9 000 places. Ce que le grand public ne perçoit pas – ce qui est légitime – c'est qu'on a crescendo une augmentation des ressources et crescendo une augmentation des besoins des personnes accueillies. On est face à un train qui avance à toute allure et on essaie de lui courir après, mais on est toujours un peu en retard par rapport à ces besoins. » (ARS Ile-de-France)

Ainsi malgré l'augmentation continue des budgets à destination de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées, la situation démographique, et sans doute le retard historique pris dans certains départements, font que le secteur reste en grande partie dans une situation fortement contrainte financièrement.

Ces difficultés financières se traduisent, notamment, par un effectif de professionnels (dans les Ehpad, mais également dans l'intervention à domicile) en nombre insuffisant par rapport aux personnes prises en charge et aux préconisations successives sur le ratio de professionnels par résident (taux d'encadrement) à mettre en place. Déjà, en 2006, le plan Solidarité Grand Age¹²⁹ affichait comme objectif un taux d'encadrement de « 1 pour 1 » pour les GIR 1 (0,84 pour les GIR 2, 0,66 pour les GIR 3, 0,42 pour les GIR 4, 0,25 pour les GIR 5 et 0,07 pour les GIR 6). D'après les chiffres de la Drees, le taux d'encadrement, en 2015, est de 62,8 pour 100 résidents dans les Ehpad, tous personnels confondus (personnels administratifs et agents de service compris)¹³⁰. Ce ratio est cependant jugé insuffisant pour assurer une prise en charge dans de bonnes conditions, et les syndicats du secteur demande que celui-ci passe à 1 pour 1.

Ces revendications rejoignent par ailleurs les recommandations des deux parlementaires auteures d'un rapport sur les Ehpad au début de l'année 2018. Elles préconisent en effet de « rendre opposable une norme minimale d'encadrement en personnel "au chevet" (aides-soignants et infirmiers) de 0,6 (soit 60 ETP pour 100 résidents), dans un délai de quatre ans maximum, **ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel**¹³¹. »

Cette demande d'augmentation du taux d'encadrement a également été relayée dans un rapport du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge : « La poursuite résolue du renforcement du taux d'encadrement de la section soins s'impose. C'est l'orientation actuellement retenue avec l'adoption d'une équation budgétaire fondée sur les besoins¹³². »

A la suite de la crise des Ehpad en 2017 et aux manifestations du début de l'année 2018, la ministre de la santé et des affaires sociales s'est engagée à augmenter l'enveloppe budgétaire à destination des Ehpad sur la période 2019-2021 pour permettre le recrutement de personnels soignants. De plus, interviewée sur

¹²⁷ Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles

¹²⁸ CNSA, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018*, CNSA, juin 2018, 19p.

¹²⁹ Plan national qui prévoyait le développement des places en Ehpad et des SSIAD. Ce plan a remplacé le plan Vieillesse et solidarités, mis en place à la suite de la canicule de 2003.

¹³⁰ MULLER Marianne, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015 », Les dossiers de la DREES, DREES, n°20, septembre 2017, p.12

¹³¹ IBORRA Monique et FIAT Caroline, *Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, Assemblée Nationale, quinzième législature, N° 769, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2018, p.32

¹³² HCFEA, *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*, Conseil de l'âge, Tome II « Orientations », 7 novembre 2018, pp.70-71

BFMTV le 9 janvier 2019, Mme Buzyn s'est notamment engagée à verser une prime aux aides-soignants des Ehpad. Ces gestes politiques devraient être suivis de réformes plus conséquentes dans le secteur, et en tout cas entériner des aides spécifiques pour les structures d'hébergement et des services à domicile (des décrets en ce sens seraient en cours de rédaction).

Le rapport Libault préconise d'augmenter de 25% le taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 pour le personnel « au contact » des personnes âgées

Dans l'optique d'une réforme de la gestion et de la prise en charge de la dépendance, la Ministre de la Santé a lancé au mois d'octobre 2018 la concertation nationale « Grand âge et autonomie » qui s'est achevée au mois de mars 2019. Cette concertation a mené à 175 propositions devant constituer la base des réflexions d'une nouvelle politique du grand âge et de la dépendance. Celles-ci sont compilées dans le rapport établi par Dominique Libault avec la collaboration de Vincent Reymond¹³³. Ils

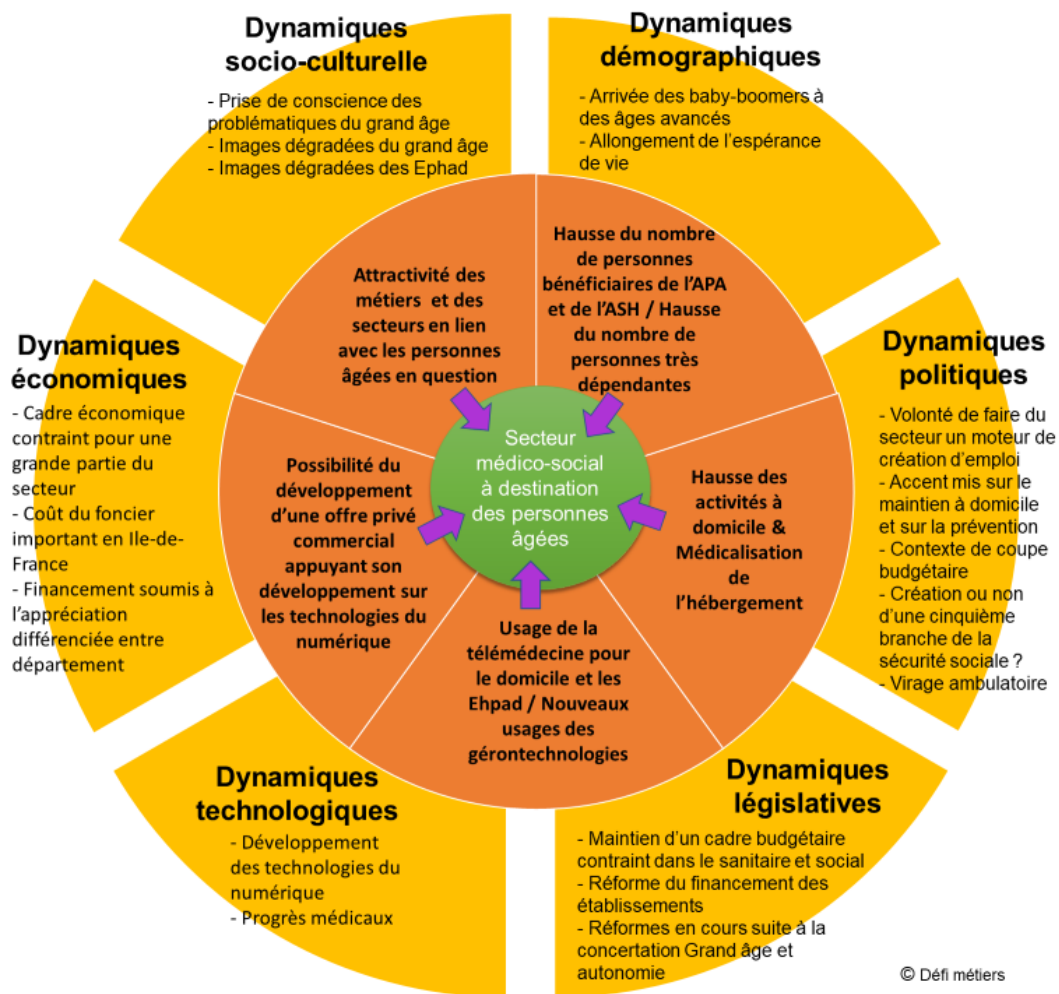
mettent notamment l'accent sur la revalorisation des métiers du grand âge. La proposition n°87 du rapport préconise d'augmenter de 25% le taux d'encadrement en Ehpad (hors services généraux, direction, accueil, comptabilité...) d'ici 2024 par rapport à celui de 2015, soit un passage de 0,63 ETP à 0,76 pour un résident tous personnels confondus (ou de 0,52 à 0,65 sur le personnel « au contact » des personnes âgées). Parmi les autres recommandations du rapport, on notera :

- Une hausse du temps d'intervention et de présence professionnelle des SAAD à domicile ;
- Réingénier la formation afin de favoriser la polyvalence des professionnels entre le travail à domicile et en structure ;
- Rendre les métiers davantage attractifs, en facilitant les évolutions professionnelles et en opérant une montée en compétences de certains métiers ;
- Intégrer davantage la problématique du grand âge dans l'ensemble des formations.

Sans présumer des actions gouvernementales à venir, la forte demande sociale en faveur d'une hausse des budgets et des effectifs s'est ainsi trouvée renforcée par le rapport Libault. Si ces recommandations étaient effectivement suivies par le gouvernement, elles pourraient augmenter fortement la demande en personnel des différentes structures et services du secteur médico-social des personnes âgées et également améliorer son attractivité. **Ce facteur « financement », très dépendant des arbitrages politiques à venir, est à prendre en compte pour élaborer les différents scénarii d'évolution de la demande en emploi du secteur.**

¹³³ LIBAULT Dominique, *Concertation Grand âge et autonomie*, Rapport, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2019, 225p.

Figure 15 : Les différentes dynamiques influant le secteur médico-social des personnes âgées



L'essentiel à retenir

- ✓ Les besoins en emplois du secteur portent principalement sur les AS (en termes de volume). Les difficultés de recrutement concernent aussi les professionnels de la rééducation (peu nombreux dans ce secteur peu attractif pour eux).
- ✓ Du fait du manque d'attractivité du secteur (personnels en sous-effectifs, image dépréciée...), les difficultés de recrutement décrites par l'enquête BMO pour l'ensemble du secteur santé humaine et action sociale seraient accentuées dans le cas de notre champ d'étude.
- ✓ Les dynamiques démographiques en cours pourraient accroître fortement les besoins en professionnels en charge de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées. Ces dynamiques démographiques voient en effet le nombre de personnes âgées dépendantes augmenter sensiblement et impliquent également l'arrivée à l'âge du départ à la retraite d'une part non négligeable de salariés.
- ✓ Le secteur médico-social à destination des personnes âgées est un secteur fortement lié aux orientations en termes de santé publique (organisation, financement). Son développement dans les années à venir dépendra fortement des capacités budgétaires débloquées par le ministère de la santé.
- ✓ La tendance du secteur est de ralentir fortement la construction de places d'hébergement en établissement et de privilégier le maintien à domicile. Dans cette optique, le secteur cherche de nouveaux dispositifs assurant une prise en charge à domicile notamment via une redéfinition du rôle de l'Ehpad (accueil temporaire et de jour, coordination et intervention hors les murs...). Par ailleurs, on peut également s'attendre à la transformation de nombreuses places d'USLD en Ehpad.
- ✓ La forte demande sociale en faveur d'un accroissement de la qualité de la prise en charge des personnes âgées en structure ou à domicile, exprimée notamment lors de la concertation « Grand âge et autonomie » pourrait se traduire par un nouveau sursaut des besoins en professionnels du sanitaire et social dans le secteur, en particulier si les pouvoirs publics prenaient la décision de favoriser l'augmentation des ratios personnels/usagers.

PARTIE III - ALIMENTATION DES METIERS ET FORMATIONS

I - ALIMENTATION DES METIERS

1. Un lien emploi-formation fort

a) Emplois réglementés et recouvrements de tâches

Nous avons déjà eu l'occasion dans nos précédentes études de préciser à quel point le lien formation-métier est fort dans le sanitaire. Les métiers y sont pour la plupart réglementés. Pour exercer en tant qu'infirmier, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien ou ergothérapeute, la possession d'un diplôme d'Etat spécifique est indispensable. Les métiers d'AS et AES en structure, sans être soumis aux mêmes obligations, comportent des gestes réglementés et nécessitant une qualification adaptée pour être réalisés (c'est le cas par exemple de la distribution de médicament)¹³⁴. Des faisant fonctions peuvent cependant réaliser certaines tâches dévolues à d'autres métiers (généralement de niveau de qualification supérieur). Les métiers que nous avons sélectionnés comme étant au cœur du secteur médico-social pour personnes âgées sont donc encore aujourd'hui alimentés en grande partie par des diplômés d'Etat du sanitaire et social.

Ainsi, lorsqu'on observe de quelle spécialité de formation sont issus les professionnels de moins de 30 ans actuellement en emploi¹³⁵, on constate que **94% des infirmiers viennent de la filière santé et 84% des professionnels paramédicaux sont issus des filières santé, psychologie ou sciences**. Pour la famille professionnelle des aides-soignants, la part des spécialités de formation directement en lien descend à 62% (42 % santé, 15% sanitaire et social et 5 % travail social). Ce chiffre est cependant lié en partie à l'hétérogénéité de la famille professionnelle qui inclut des aides-soignants mais également des auxiliaires de puériculture, des aides médico-psychologiques et des assistants dentaires, médicaux et vétérinaires. Enfin, en ce qui concerne les aides à domicile, 41% possèdent des diplômes rattachés à des spécialités de formation en lien direct avec le secteur (24% sanitaire et social, 10 % travail social et 7% en santé). La

¹³⁴ AS et AMP peuvent ainsi réaliser des actes en collaboration avec les infirmiers, qui doivent alors s'assurer que les tâches demandées aux AS et AMP sont adaptées à leur formation (article R. 4311-4 du code de la santé publique et R. 4311-5)

¹³⁵ Données issues de l'enquête emploi de l'Insee et mises sous forme de matrice accessible en ligne dans l'outil dynamique constitué pour l'observation des bassins d'emploi, accessible: <https://www.defi-metiers.fr/tdb-bassins-emploi-formation>

formation d'origine sera donc dans plus de la moitié des cas rattachée à une autre spécialité (12% formations générales, 5% commerce, 4% secrétariat et 5% sans diplôme, etc.). A titre de comparaison, les assistantes maternelles ne seraient que 30% à être issues de formations en santé, travail social ou spécialités plurivalentes sanitaires et sociales. Sur la plupart des métiers, la part des professionnels ayant une formation en lien avec l'emploi exercé est de cet ordre ou plus faible (34% dans la vente, 17% parmi les conducteurs de véhicule, 21% dans les métiers de l'hôtellerie¹³⁶...).

Toutefois, des études ont pu mettre en exergue une professionnalisation des emplois dans l'aide à domicile. Une analyse des profils des jeunes qui viennent de s'insérer sur le marché du travail montre ainsi une plus forte concentration en 5 ans des spécialités de formation dont sont issus les jeunes qui occupent un emploi dans l'aide à domicile. Les auteures précisent ainsi à propos du métier des aides à domicile :

« C'est un métier qui s'est développé de manière importante sur la période du fait, notamment, de l'augmentation des besoins d'assistance à domicile. La hausse de l'indice de concentration peut traduire une professionnalisation du métier. En effet, après avoir recruté massivement des personnes ayant peu ou pas de diplômes professionnels, les structures de services à la personne ont engagé une politique de professionnalisation et de sécurisation des parcours professionnels de leurs employés. Ainsi, les professionnels en poste se sont vu proposer des parcours certifiants en VAE et les nouveaux entrants dans le métier sont plus fréquemment diplômés¹³⁷. »

Vu le lien emploi-formation et la réglementation des métiers (l'exécution de nombreux gestes et tâches étant conditionnée à la possession du DE rattaché), la latitude des employeurs sur le recrutement est très faible.

En revanche, les employeurs ont plus de latitude concernant les métiers « interchangeableables » en matière de gestes réglementés, c'est-à-dire les métiers d'AMP, d'AS (ce métier étant centré sur l'hygiène plus que sur le soin en Ehpad), auxquels nous pouvons inclure le métier d'AVS dans le cas de l'aide à domicile. La plupart des structures (notamment les Ehpad) rencontrées ont fait état d'un rôle similaire dans les faits entre ces métiers. Par ailleurs, « dans de nombreux établissements, les fiches de postes des aides-soignants et des aides médico-psychologiques sont identiques¹³⁸ ». Toutefois, si l'AS présente une formation en soins facilitant le travail avec l'IDE, l'AMP prendra davantage part à la réalisation d'activités auprès des personnes âgées. Les volets les plus chronophages de leur travail (nursing, hygiène) leurs sont communs. La plupart des Ehpad vont alors répartir les rôles dans leurs équipes non pas selon les diplômes mais selon les préférences des professionnels disponibles.

« Si on a des résidents à peser et une animation à faire l'après-midi, on va plutôt confier la pesée aux AS et l'atelier pâtisserie aux AMP. Ça c'est la théorie, on fait vraiment en fonction des affinités, en pratique, si j'ai une AS qui aime chanter ou mener des ateliers, on va le lui proposer. Au quotidien, il n'y a pas vraiment de différences pour nous entre les tâches qu'on va confier à une AMP et une AS. [...] Le diplôme, on en tient compte au moment du recrutement, en fonction du profil des personnes qu'on veut embaucher. Au quotidien, on fait en fonction des compétences et envies de chacun. » (Mme M., directrice d'un Ehpad privé à but lucratif)

Les structures vont généralement privilégier les AS aux AMP, même si ces derniers peuvent être préférés dans des structures accueillant des Alzheimer. Cette latitude dans le recrutement de ces professionnels est cependant permise dans un cadre relativement contraint, à savoir la possession d'un titre ou diplôme de niveau V. Plus généralement, il ressort de nos entretiens un suivi global de la réglementation sur le lien emploi-formation des métiers « de contact » avec les personnes âgées. En revanche, en structure, les AVS sont généralement positionnés en tant qu'ASH.

La place du « faisant fonction » est assez variable dans le secteur. Certains établissements affirment ne pas s'adonner à cette pratique, et soulignent la nécessité d'embaucher quelqu'un de diplômé sur les métiers. Dans ces structures, les recrutements et promotions de professionnels non-qualifiés sont généralement suivis d'un envoi en formation. D'autres directeurs reconnaissent utiliser cette pratique (voire connaissent des professionnels en abusant). **Cette pratique peut être reconnue à demi-mot et décrite comme « exceptionnelle » par certains quand d'autres la généralisent,** qualifiant leurs ASH « d'AS non-diplômés ». Ce constat des « glissements de tâches » avait déjà été fait au cours d'une étude

¹³⁶ Données issues de l'enquête emploi de l'Insee et mises sous forme de matrice accessible en ligne dans l'outil dynamique constitué pour l'observation des bassins d'emploi, accessible: <https://www.defi-metiers.fr/tdb-bassins-emploi-formation>

¹³⁷ GONNARD Sophie, MOUSSET Itto, « Dans quels métiers s'insèrent les sortants de la voie professionnelle en Ile-de-France ? », Rapport d'étude, Défi métiers, septembre 2018.

¹³⁸ PARDINI Béatrice, *Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale*, Rapport d'étude, Défi métiers, novembre 2013, p.29

précédente : « celles des aides-soignants vers des actes normalement réservés aux infirmiers ; celles des aides médico-psychologiques vers celles habituellement réservées aux moniteurs-éducateurs¹³⁹. »

Cette situation se reflète également dans les chiffres de l'Enquête Emploi 2017 d'Unifaf. L'enquête fait état d'un manque de qualification (dans les structures associatives à destination des personnes âgées) pour 7% des AS (toutes structures confondues) et 4,6% des infirmiers à domicile en Ile-de-France. Bien que nous n'ayons pas les moyens d'avoir une approche quantitative plus globale, ce premier chiffre nous paraît en adéquation avec les remontées dont nous avons bénéficiées au cours de nos entretiens. Nous n'avons en revanche pas rencontré de structure déclarant avoir des faisant fonctions sur le poste d'infirmier (sans doute aussi en raison de l'aspect plus sensible de la question).

Ces pratiques de recouvrement ou de glissement de tâches ne semblent pas toucher les métiers de la rééducation, pour des raisons de réglementation stricte mais également de savoir-faire technique très spécifique. Cependant, en cas de difficulté pour trouver un kinésithérapeute disponible, certaines structures recourent à des praticiens en activité physique adaptée (APA). Il s'agit davantage d'une alternative que d'un véritable substitut.

« Ce ne sont pas les mêmes formations, ça ne remplace pas le kiné s'il y en a vraiment besoin, en revanche pour ce qui est de la mobilisation des personnes âgées pour éviter qu'elle se dégrade, pour ce qui est de l'aide à la marche, ils peuvent le faire très bien. L'idéal c'est de combiner les deux, mais là où ils ne trouvent plus du tout de kiné ils prennent des APA » (Fédération Hospitalière de France)

Les diplômés d'APA sont rattachés à l'animation et par conséquent, le financement de leur poste ne dépend pas de l'enveloppe soin, ce qui peut faciliter également leur recrutement.

Concernant les postes d'encadrement, l'infirmier coordinateur (IDEC) doit logiquement avoir le DE d'infirmier, mais une formation complémentaire n'est pas obligatoire pour devenir coordinateur. Le métier de cadre de santé est quant à lui rattaché au DECS. Cependant, l'activité du cadre de santé et de l'IDEC se confondent souvent. **Le directeur d'Ehpad ou le gestionnaire de service à domicile doit avoir un diplôme de niveau I.** Dans les faits, les professionnels rencontrés étaient tous titulaires d'un diplôme axé sur le management d'établissement de santé ou sur la gérontologie et très peu étaient diplômés du CAFDES. Le personnel d'encadrement des services à domicile doit être titulaire d'un niveau IV du sanitaire, social ou médico-social (ou justifier d'une formation en cours).

La question de l'alimentation des emplois et de la latitude des employeurs en matière de recrutement dépend également de l'organisation et du mode de financement du secteur. **Le nombre de personnel sanitaire et médico-social est ainsi défini dans le cadre des conventions tripartites pluriannuelles et des CPOM. Selon le degré moyen de dépendance des personnes âgées accueillies par la structure, un certain nombre d'ETP va être financé pour l'établissement** (AS, AMP, IDE, Cadre de santé, rééducateurs, médecin coordonnateur, psychologue). Le financement de ces postes, très fléché et encadré, tend à renforcer le lien emploi-formation. En pratique, le recrutement de personnel sur le budget hôtellerie comble les éventuels manques d'effectifs et ceux-ci concourent à leur tour à ces recouvrements ou à ces glissements de tâches (notamment entre AS et ASH).

b) Des modes de recrutement caractéristiques du secteur

Dans un secteur dans lequel les besoins en main-d'œuvre augmentent (et sont amenés à augmenter), la question des canaux de recrutement permettant de répondre à ces besoins doit être posée. En effet, le recrutement semble différer de celui des autres secteurs d'activité, pour lesquels les recours aux diffusions d'annonces (pour 44% des recrutements) ou à un intermédiaire public (36%) seraient plus courants¹⁴⁰.

De nombreux canaux de mobilisation ont été cités par les professionnels du secteur. Cependant, certains canaux semblent privilégiés, comme le fait de **recontacter une personne ayant déjà travaillé dans l'établissement** (en intérim, en CDD ou en stage). **Le bouche-à-oreille intrasectoriel** a également été

¹³⁹ PARDINI Béatrice, *Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale*, Rapport d'étude, Défi métiers, novembre 2013, p.30

¹⁴⁰ Bergeat M., Rémy V., « Comment les employeurs recrutent-ils leurs salariés ? » *Dares Analyses* n°64, octobre 2017, p.2. Nos retours de terrain n'ayant pas valeur statistique, l'objet n'est pas ici de réaliser une réelle comparaison mais de mettre en lumière une tendance observée.

très cité (auprès d'écoles, mais surtout du personnel et, si la structure fait partie d'un groupe, au sein de celui-ci).

« Les annonces, moi je les oublie parce que les CV correspondent pas du tout, les personnes ne sont pas forcément motivées. Je travaille sur un réseau. L'AS je l'ai recrutée parce que j'ai une infirmière qui fait des vacations et qui est enseignante dans un IFAS, je lui ai dit que j'étais à la recherche d'une AS et elle a transmis à ses étudiants » (Mme E, infirmière coordinatrice d'un SSIAD)

Le dépôt d'annonces sur un site ou magazine spécialisé dans le secteur sanitaire et médico-social (« Staffsanté », « ASH magazine » ...) est également mentionné. L'usage d'autres sites diffuseurs d'annonces (Pôle Emploi compris) est moins revenu dans les entretiens que nous avons effectués. Les candidatures spontanées, très inégales d'un établissement à l'autre, ou à la suite d'une annonce sur Pôle emploi, présentent l'inconvénient d'être souvent en deçà des attentes des dirigeants du secteur.

« Je crois que dans le milieu de la santé sur les postes de soignant, le recrutement est très spécifique : soit vous n'avez personne et vous prenez le premier qui se présente, soit vous avez des candidatures et vous choisissez. [...] Là j'ai quelqu'un qu'on m'a envoyé d'une maison de retraite de Saint-Denis, je pense que dans le milieu social ça se passe beaucoup comme ça, au niveau des IDE et des AS » (Mme L., directrice d'un Ehpad privé à but lucratif)

Les professionnels ayant déjà travaillés dans la structure (en stage ou pour un remplacement) **ou recommandés par un autre professionnel, présentent l'avantage d'avoir déjà pu être testés en situation**, ou au moins offrir une certaine garantie réduisant les risques d'inadéquation. Le recours à un site spécialisé pour diffuser une annonce est privilégié aux plateformes généralistes moins chères voire gratuites (à l'instar de Pôle Emploi). Les sites spécialisés permettraient d'effectuer un premier tri dans les candidatures, puisque seuls les professionnels du secteur seraient utilisateurs de ces sites. Ainsi les candidatures reçues sont jugées plus pertinentes.

La pertinence du recrutement d'un candidat va être principalement déterminée lors de la période d'essai (avec une évaluation des aptitudes et notamment de la relation avec les usagers). La description ci-après du mode de recrutement d'un Ehpad appartenant à un groupe semble assez représentative du mode opératoire dans le secteur.

« [La priorité dans le recrutement est donnée] en interne. Dans un second temps, on demande aux personnes qui viennent en remplacement régulier, qui au bout d'un moment ont envie de se poser. Là on leur propose le poste et on les connaît déjà, donc on connaît leurs capacités relationnelles et professionnelles au sein de la structure. Si elles reviennent, c'est qu'on leur convient. [...] Pour nous c'est une garantie de savoir qui on recrute » (M. V, directeur d'un Ehpad associatif francilien).

Ces modes de recrutement s'expliquent non seulement par la prévalence des qualités humaines sur les capacités techniques au sein des métiers les plus représentés mais aussi par la réglementation qui limite le vivier de potentiels recrutés sur les métiers réglementés (à moins d'envoyer la personne recrutée en formation préalablement à sa prise de poste).

2. De nombreuses certifications au sein du secteur

Pour travailler dans le secteur médico-social à destination des personnes âgées, il existe de nombreuses formations, en premier lieu les diplômes du sanitaire et social pilotés par la Région, mais également diverses certifications de l'Education nationale, du Ministère du Travail ou encore de l'Agriculture.

a) La présence centrale des diplômes du sanitaire et social

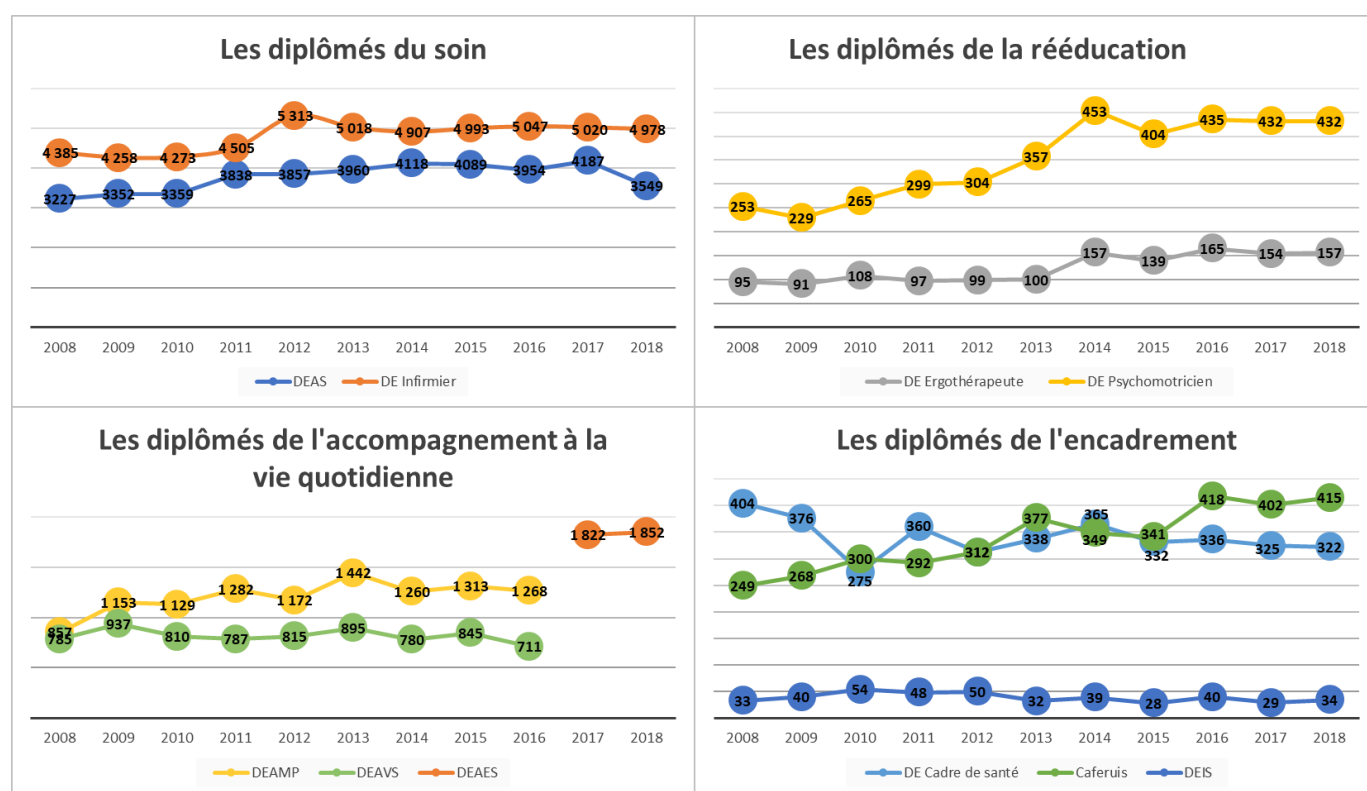
Les formations d'aide-soignant et d'infirmier se caractérisent par l'importance des volumes de formés : près de 5 000 infirmiers et plus de 3 500 aides-soignants ont été diplômés en 2018 en Ile-de-France. Parmi les diplômés d'Etat qui forment les professionnels qui travailleront dans le secteur médico-social à destination des personnes âgées, ces deux formations cumulent 73% des diplômés. **On constate cependant une forte baisse du nombre de diplômés du DEAS** (- 600 diplômés entre 2017 et 2018, soit une chute de 15%). D'après les retours que nous avons pu avoir, les effectifs de diplômés de 2019 ne devraient pas être

plus nombreux, ce qui pourrait confirmer une baisse d'attractivité inquiétante de la formation d'aide-soignant. Cette baisse d'attractivité, si elle devait se confirmer dans l'avenir, pourrait accroître les tensions sur le marché de l'emploi et les difficultés de recrutement du secteur. Les causes de ce phénomène pourraient être étudiées dans une étude *ad hoc* afin de questionner les différentes hypothèses existantes : difficultés accrues de trouver des financements, notamment pour les formations modulaires que la région ne finance pas à l'heure actuelle ; raisons d'une baisse de l'attractivité de la formation, etc.

En ce qui concerne les psychomotriciens et ergothérapeutes, les effectifs de diplômés ont connu une croissance particulièrement forte à partir de 2013, même si les volumes sont beaucoup plus faibles que ceux qui conduisent aux métiers du soin.

Pour les diplômés du paramédical que nous venons de citer, la VAE n'est autorisée que pour le diplôme d'aide-soignant, mais pour lequel elle est plutôt rare et en diminution (3% des diplômés en 2017, 1,5% en 2018).

Figure 16 : Evolution des effectifs de diplômés entre 2008 et 2018 (source DRJSCS – VAE Inclue)



Source : DRJSCS ; Champ : Diplômés Ile-de-France. Traitement Défi métiers

Les diplômes qui conduisent aux fonctions d'encadrement sont, comme nous le détaillerons plus loin, obtenus presque exclusivement par des salariés dans le cadre de la formation continue, soit dans le cadre d'une évolution professionnelle, soit d'une reconversion. L'évolution des effectifs dépend donc principalement de la volonté des employeurs de financer ce type de diplômes. On constate ainsi que le nombre de diplômés du Caferuis¹⁴¹ a connu une augmentation notable sur la période (+ 66%) et que 7% des diplômés sont acquis dans le cadre d'un parcours VAE. Les cadres de santé sont un peu moins nombreux en 2018 qu'en 2014 (-12%), avec une évolution en dents de scie sur la période et les diplômés d'ingénierie sociale (très peu nombreux) stagnent sur la période.

Enfin, en ce qui concerne l'accompagnement dans la vie quotidienne, les évolutions des deux diplômes qui ont fusionné ne sont pas homogènes. Tandis que les diplômés AMP augmentent fortement sur la période (+48%), ceux d'AVS évoluent de façon irrégulière pour redescendre finalement en-deçà de leur niveau initial (-10%). L'acquisition du diplôme d'AVS via la VAE est très importante (50% des DEAVS en 2016,

¹⁴¹ Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

contre moins de 10% pour le DEAMP), mais celle-ci décroît lentement depuis plusieurs années. On peut émettre l'hypothèse qu'un nombre important de faisant-fonction ont été diplômés notamment lors de la professionnalisation de l'aide à domicile et que les candidats potentiels à la VAE sont moins nombreux. Enfin, notons que le nombre de diplômés du DEAES est inférieur aux effectifs cumulés des deux autres diplômes les années précédentes (- 8% entre 2016 et 2017).

Outre le diplôme AES évoqué précédemment, d'autres diplômes du sanitaire et social sont actuellement dans un processus général de réingénierie. Notons par exemple la feuille de route d'Agnès Buzyn « grand âge et autonomie » qui propose d'intégrer plus de notion de gériatrie dans les formations d'aides-soignants et infirmiers¹⁴².

L'accès à ces différentes formations répond à plusieurs types de parcours professionnels qui peuvent être dominants chez les élèves ou étudiants des diplômes du sanitaire et social¹⁴³.

Tableau 14 : Profil des étudiants et parcours de formation

Types de parcours ¹⁴⁴	Diplômes	Niveau	Age moyen	% de formés ayant un statut de salarié ou agent de la fonction publique	% de formés ayant un statut de demandeur d'emploi
Poursuite de formation initiale	Infirmier	II	23,5	7%	14%
	Psychomotricien	III	21,8	1%	3%
	Ergothérapeute	II	22,2	4%	5%
Professionnalisation	CAFDES	I	42,5	93%	7%
	Ingénierie sociale (IS)	I	39,3	90%	7%
	Cadre de santé	II	40,0	88%	2%
	CAFERUIS	II	39,3	86%	12%
Retour à l'emploi et reconversion professionnelle	AES, AMP, AVS	V	36,0	31%	60%
	DE Aide-soignant	V	30,6	19%	44%

Source : Drees Enquête école 2017 – Table étudiants - traitement Défi métiers
 Champ : Étudiants inscrits en 1^{ère} année en Ile-de-France

Ainsi, ceux qui se forment aux diplômes du supérieur dans le paramédical s'inscrivent pour la plupart dans la poursuite de leur formation initiale : **les futurs infirmiers, ergothérapeutes et psychomotriciens sont jeunes (entre 22 et 24 ans en moyenne) et à plus de 80% sous statut d'étudiants.**

A contrario, **les étudiants des formations d'encadrement (Cadre de santé, CAFDES, CAFERUIS, IS) sont très majoritairement dans une logique de professionnalisation** qui intervient dans la continuité d'un parcours professionnel engagé depuis déjà plusieurs années. **Les formés sont plus âgés que dans les autres filières (entre 39 et 42 ans en moyenne) et sont dans plus de 80% des cas sous statut salarié.** Ils sont pour la plupart dans une logique d'accession à un poste d'encadrement hiérarchique après une certaine expérience dans le sanitaire, le social ou le médico-social.

Enfin, **les diplômés d'AES et d'aide-soignant sont plus que les autres investis par des personnes en reconversion professionnelle ou engagés dans un retour à l'emploi après une période de chômage.** Ils sont en moyenne plus âgés que les étudiants inscrits en formation initiale mais plus jeunes que ceux dans un parcours de professionnalisation. Les formés au DEAS ont en moyenne 31 ans et 44 % sont des demandeurs d'emploi et 37% sont en formation initiale. **En ce qui concerne les futurs AES, très**

¹⁴² Discours de Madame Agnès BUZYN, Ministre des solidarités et de la santé, Clôture de la journée départements-CNSA, Mercredi 30 mai 2018, [en ligne]

¹⁴³ PARDINI, Béatrice « Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile-de-France », Défi métiers, 2012.

¹⁴⁴ Voir la classification des diplômes du sanitaire et social en annexe

peu sont en formation initiale (moins de 10% des inscrits en 2017) : **60 % sont des demandeurs d'emploi et 31 % des salariés en formation continue. Leur moyenne d'âge est de 36 ans.**

Les formations d'aides-soignants et d'auxiliaire de vie sociale sont les plus investies par les demandeurs d'emploi. Toutes filières de formations confondues, ces deux diplômes apparaissent dans le top 10 des formations suivies par les demandeurs d'emploi en 2017. Cette même année, **Pôle emploi comptabilisait 1 820 demandeurs d'emploi en formation AVS et 1620 en formation AS en Ile-de-France**¹⁴⁵. Ce sont les deux diplômes du sanitaire et social qui concentrent le plus d'inscrits parmi les demandeurs d'emploi (38% à eux deux), loin devant ceux de la petite enfance (930 pour le CAP petite enfance et 570 pour le DE d'auxiliaire de puériculture). Ce volume des demandeurs d'emploi élevée peut s'expliquer, en partie, par le fait que ce sont des formations accessibles aux actifs peu qualifiés (cf. profil des actifs présenté précédemment), population surreprésentée parmi les demandeurs d'emploi. Pour les acteurs de l'insertion et de l'orientation, ces métiers ont l'avantage d'être accessibles à des personnes éloignées de l'emploi dans un secteur étant en outre très demandeur en main-d'œuvre.

b) D'autres diplômes et titres généralistes ou spécifiques

Comme nous l'avons évoqué en introduction de cette partie, d'autres diplômes que ceux pilotés par la Région constituent également des voies d'accès aux emplois du champ¹⁴⁶. Il est intéressant d'en avoir une certaine visibilité car ils peuvent entrer en concurrence avec les diplômes d'Etat ou au contraire venir les compléter.

Tableau 15 : Diplômes et titres de niveau V à III dispensés en Ile-de-France (hors DE du sanitaire et social)

Intitulé de la certification	Niveau	Certificateur	Formation Initiale / Formation continue	VAE
Mention complémentaire aide à domicile (après un CAP ou le DE AS...)	V	Education nationale	FI et FC	Oui
CAPA* services aux personnes et vente en espace rural	V	Ministère de l'agriculture	FC uniquement	Oui
Titre professionnel assistant de vie aux familles (ADVF)	V	Ministère du travail	FC uniquement	Oui
Certification professionnelle Assistant de vie dépendance	V	Iperia	FC uniquement	Oui
CAP assistant technique en milieu familial et collectif	V	Education nationale	FI et FC	Oui
Certification professionnelle Employé familial	V	Iperia	FC uniquement	Oui
Bac pro accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) Option en structure	IV	Education nationale	FI et FC	Oui
Bac pro ASSP Option à domicile	IV	Education nationale	FI et FC	Oui
Bac pro services de proximité vie locale (SPVL)	IV	Education nationale	FI et FC	Oui
Bac pro agricole services aux personnes et aux territoires	IV	Ministère de l'agriculture	FI et FC	Oui
BTS services et prestations des secteurs sanitaire et social (SP3S)	III	Education nationale	FI et FC	Oui

*Certificat d'aptitude professionnelle agricole

Le titre ADVF a été l'un des Titres Professionnels les plus décernés en 2017 d'après le Bilan des titres professionnels du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social (plus de 10 000 personnes ont obtenu ce titre en 2017 en France), notamment grâce à la VAE (12%)¹⁴⁷.

¹⁴⁵ Source : Pôle emploi, Fichier des entrées en formation 2017, Données brutes

¹⁴⁶ Dans l'aide à domicile, le cahier des charges officiel laisse la possibilité d'embaucher tout type de diplômé du médico-social de niveau V. Il laisse également la possibilité d'embaucher des personnes sans diplôme dans la mesure où celle-ci s'engage à suivre une formation : Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le code de l'action sociale et des familles.

¹⁴⁷ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL, *Bilan des titres professionnels en 2017*, p.20 [en ligne]

Cette formation débouche cependant uniquement sur le domicile, et est moins valorisée (malgré un niveau de qualification équivalent) parmi les recruteurs que nous avons rencontrés. Lors de nos entretiens, les professionnels détenant ce titre semblaient assez rares en comparaison des diplômés du DE AVS/AES. Selon la convention collective de la structure, les professionnels auront également intérêt à être diplômés du DE AVS/AES. Ainsi, au sein de la branche de l'aide à domicile (BAD), un titulaire du TP ADVF aura une rémunération mensuelle brute inférieure de 100€ à celle d'un diplômé d'Etat de niveau V (pour un professionnel débutant et à temps plein, écart passant à 300€ brut en fin de carrière), car situé dans une catégorie d'emploi en-dessous de celui-ci.

Cependant, d'autres structures pourraient avoir intérêt à employer des personnes ne disposant pas du diplôme d'Etat, en raison justement du coût pour la structure, comme le font remarquer C. Carbonnier et N. Morel :

« [Le DEAVS] n'apporte qu'un faible bénéfice d'un point de vue financier. Surtout, il peut présenter une barrière à l'embauche – en termes de grille salariale – plus qu'un avantage lié à un critère de qualité de service. Cela est confirmé à la fois par des responsables de ressources humaines déclarant ne pas rechercher ces diplômés (voir les éviter), et par des salariées du secteur affirmant avoir caché leur diplôme pour augmenter leurs chances de trouver un emploi¹⁴⁸. »

Le bac pro ASSP a rapidement attiré de nombreux élèves, peu de temps après sa mise en place. A la rentrée 2018, dans le cadre d'une formation initiale, on comptabilisait en Ile-de-France, près de 3 300 inscrits en classe de seconde menant à ce diplôme¹⁴⁹. Les effectifs de l'option « à domicile » sont cependant très faibles (moins de 5% en terminale). Les différences d'effectifs entre les options « structure » et « domicile » reflètent le manque d'attractivité de l'aide à domicile. Ces différences se retrouvent également dans la filière d'accompagnement éducatif et social : lors de la première rentrée de 2016, plus de 90 % des élèves franciliens ont opté pour la spécialité « accompagnement à la vie en structure collective » du DE AES. Le bac pro ASSP dispose cependant d'une place très limitée dans le secteur de prise en charge des personnes âgées, car jugé moins adapté aux situations professionnelles que les DE de niveau V et, bien que de niveau IV, d'un niveau scolaire insuffisant pour une poursuite vers le diplôme d'infirmier.

« On leur a tous fait croire qu'ils pourraient accéder à la formation infirmière. Je me souviens avoir participé à des forums, des réunions où on leur a dit "faites un bac pro (ASSP), après vous pourrez être infirmiers" et il s'avère qu'ils n'ont pas le niveau pour pouvoir réussir les épreuves du concours. Il y en a qui réussissent mais c'est une minorité. Le deuxième versant c'est qu'on leur a fait croire qu'elles pourraient être gouvernantes d'une équipe d'ASH ou hôtelière dans les Ehpad. A l'origine, le diplôme a été construit pour ces deux versants ». (Organisme de formation des métiers de niveau V du secteur)

« Les bac pro SAPAT et ASSP qui rentrent en école d'infirmier c'est un peu du leurre, au bout d'un semestre, j'en ai un qui m'a dit « ce n'est pas une marche que je dois monter c'est un escabeau ». Avant ils faisaient un BEP, ils devenaient auxiliaires AS, ils étaient très bien dans cette formation, ils travaillaient trois ans puis devenaient infirmiers. » (Institut de formation en soins infirmiers)

Très peu demandé en structure car ne pouvant pas réaliser les mêmes gestes que les DE de niveau V (et potentiellement aussi en raison de la jeunesse de ses titulaires en formation initiale), ce bac pro se voit ainsi largement dépossédé de ses débouchés « naturels ». De niveau IV, le bac pro ASSP est ainsi classifié dans certaines conventions collectives comme inférieur aux DE de niveau V et permet de s'occuper uniquement de personnes avec un premier niveau de dépendance (à l'instar du TP ADVF). La question d'une nouvelle formation pour obtenir un niveau V (théoriquement d'un niveau inférieur) dans une perspective d'évolution professionnelle se pose alors pour ces professionnels.

En ce qui concerne les autres diplômes, les volumes d'inscrits en formation initiale sont plus modestes que ceux du Bac pro ASSP : en 2018 en Ile-de-France, 655 pour les élèves de terminale du Bac pro services de proximité et vie locale, 296 pour le BTS SP3S, et 163 pour la mention complémentaire aide à domicile qui s'abordent plus fréquemment dans le cadre de la formation continue.

Par ailleurs, des diplômes dans l'animation sont de plus en plus nombreux dans le secteur, qu'ils soient centrés sur l'activité physique ou sur des thérapies non médicamenteuses. Les métiers de l'animation, non retenus dans le périmètre de l'étude, sont par leur positionnement à articuler autour des équipes de soins et d'accompagnement – d'autant que leur rôle dans le secteur est amené à prendre de l'importance. La principale profession évoquée est celle d'animateur, pourvue par des professionnels titulaires du BPJEPS ou d'un Master 1 ou 2 d'Activités Physiques Adaptées. Souvent salariés à temps partiel de plusieurs structures, leurs interventions se font en articulation avec les professionnels de

¹⁴⁸ CARBONNIER Clément, MOREL Nathalie, *Le retour des domestiques*, La république des idées, Seuil, Paris, 2018, p.54

¹⁴⁹ Source : MENESR-DGESIP-DGRI / SIES

l'accompagnement (AS, AMP). Les activités réalisées ont un rôle dans le maintien des capacités physiques comme dans le bien-être des résidents de structure. Ces professionnels sont autorisés à encadrer une activité de sport prescrite par un médecin par « la loi de modernisation de notre système de santé » de 2016. **L'essor de ces métiers s'explique en partie par les difficultés rencontrées ces dernières années à recruter des rééducateurs.** D'autres métiers comme ceux d'arthérapeute ou de musicothérapeute (ce dernier étant lié à un diplôme niveau II) se développent également dans le secteur, réalisant des actions à visée thérapeutique. Ces professionnels exercent principalement en libéral.

Sur les postes d'encadrement intermédiaire et supérieur, des licences professionnelles (niveau II) et Masters (niveau I) se développent dans le domaine. Le Master II « Intervention et développement social parcours direction d'établissements et de services pour personnes âgées » de l'Université Paris-Est Créteil vise, outre les compétences de management et de gestion appliquées au secteur, de nouveaux attendus en matière de psychologie des personnes âgées ou de compréhension des pathologies (« acquérir une approche humaniste du vieillissement, de la vieillesse et de la mort », « comprendre les personnes atteintes de pathologies »), intégrant ainsi les problématiques émergentes du secteur. La possibilité d'obtenir ce diplôme en formation continue atteste du public visé, semblable à celui des DE d'encadrement. A noter également en Ile-de-France un Diplôme interuniversitaire (DIU) « gérontechnologie » réalisé par l'Université Pierre et Marie Curie, court (90 heures de cours sur 4 mois) mais présentant la particularité d'être très spécialisé (avec des modules relatifs à la télé médecine ou aux actualisations dans le domaine des gérontechnologies). Le DIU « gestionnaire de cas » évoqué supra présente les mêmes avantages en termes de coût, de temps et d'adéquation aux problématiques nouvelles du secteur.

Comme nous l'avons précisé dans une précédente étude sur le secteur médico-social du handicap, « *la concurrence qui s'est mise en place entre les diplômes "historiques" et les masters universitaires s'explique en grande partie par le coût et la durée des formations* »¹⁵⁰. Autre facteur explicatif de la préférence des masters dans le secteur à destination des personnes âgées, le Cafdes et le Caferuis sont vus comme des diplômes du secteur social, généralistes, quand des masters universitaires spécialisés dans le management d'établissements de santé (délivrés par l'UPEC, Paris-Dauphine, l'Université de Bordeaux ou l'IAE de Lille) paraissent davantage centrés sur le secteur de la santé et la compréhension de son environnement. Le diplôme de Cadre de Santé reste apprécié et se démarque, attestant que la spécialisation dans le domaine de la santé pèse davantage sur le choix de la formation que son coût ou sa durée.

Concernant l'encadrement intermédiaire, le Caferuis est largement supplanté par les formations d'Infirmier Coordinateur (IDEC) et le DECS. Les formations d'IDEC ne sont pas harmonisées autour d'un référentiel commun, bien que centrées en partie sur les mêmes thématiques (manager une équipe de soins, différentes dimensions de la prise en charge de la personne âgée, démarche qualité...) avec des variations d'un organisme de formation à l'autre (connaissance du cadre législatif et réglementaire, de la gestion RH...). Ces formations présentent l'avantage d'une durée (moins de 200h, réparties sur 6 à 18 mois) et d'un coût (jusqu'à 2 000€), plus attractifs pour les structures tout en assurant une adéquation plus importante avec les capacités attendues – bien qu'elles soient « inégales selon les formateurs » d'après une directrice d'Ehpad public. Parmi les structures rencontrées, seule une avait un professionnel diplômé du Caferuis. Il s'agissait d'un directeur d'Ehpad, qui, disposant d'un diplôme de gestion généraliste de niveau I et souhaitant se réorienter vers le secteur, a décidé de réaliser la formation sans que cela ne soit indispensable : « *j'ai fait le Caferuis pour sa dimension sociale, pour connaître les rouages du secteur* ». Le choix s'est porté sur ce diplôme plutôt que le Cafdes pour des raisons de coût de formation.

La taille de la structure et son degré de médicalisation vont influencer sur le nombre d'encadrants et sur leurs missions. **La nature des diplômes des personnels encadrants sera donc très variable selon les besoins de la structure et sa définition des attendus des postes.** La relation entre les différents diplômes d'encadrement – même ceux appréciés tels que le DECS ou le diplôme d'IDEC – et les besoins en capacités des métiers auxquels ils forment est inégalement appréhendée dans le secteur.

L'offre de formation présente sur le territoire francilien est multiple et les volumes de formés, chaque année, que ce soit en formation initiale ou continue (à visée diplômante, certifiante ou qualifiante), sont importants. Nous allons voir que la formation constitue un enjeu d'attractivité et de qualité pour le secteur et d'évolution professionnelle pour le personnel.

¹⁵⁰ M. Le Floch et B. Pardini, « Accompagnement des personnes handicapées en Ile-de-France : impact des mutations sur les besoins en professionnels », Défi métiers, mai 2018.

3. Pratiques et enjeux des parcours de formation au sein du secteur

La formation continue occupe une place très importante dans le secteur. L'usage de celle-ci n'est cependant pas uniforme. Elle traduit des besoins (du côté des professionnels comme de celui des employeurs) et des logiques différentes. La formation continue est centrée autour de deux objectifs que sont la spécialisation dans le grand âge d'un côté, l'évolution professionnelle de l'autre, avec des modalités de formation fortement différenciées. Cette partie s'attachera à décrire ces différents usages de la formation continue effectivement observés et leur articulation.

a) Une hyper-spécialisation plébiscitée

Les employeurs rencontrés font état d'un besoin de professionnels spécialisés à tous les niveaux de qualification. Dans cette optique, la formation continue courte (non diplômante) est perçue comme efficiente et **permettant une montée en capacité des professionnels adaptée aux besoins des structures.** Il peut s'agir de formations centrées sur la maladie d'Alzheimer ou une autre pathologie, sur la communication non-verbale, ou sur des méthodes de prise en charge thérapeutique non médicamenteuses. Ce type de formation est facilement mobilisable (en raison de leur coût et de leur durée) et potentiellement source de fidélisation pour les professionnels, notamment sur les emplois les plus qualifiés (IDE, métiers de la rééducation). De plus, la possibilité offerte aux professionnels de développer régulièrement des capacités ou des connaissances peut participer à améliorer l'attractivité des structures. Ces formations de « spécialisation » sont perçues comme complémentaires d'une formation diplômante insuffisamment axée sur la prise en charge du grand âge.

Pour les employeurs, la formation continue non diplômante doit **répondre à un besoin précis lié aux pratiques** (mobilisation de la formation « gestes et postures »), **à l'évolution des besoins du public** (formation sur des pathologies spécifiques), **aux modes de prise en charge envisagés par la structure** (formations à des thérapies non-médicamenteuses, formation à l'utilisation d'un logiciel de musicothérapie...), **ou encore doit permettre de s'adapter aux nouvelles problématiques du secteur** (formation à la bientraitance, à la démocratie sanitaire...).

La formation d'Assistant de Soins en Gérontologie (ASG), issue du plan Alzheimer 2008-2012 (première promotion en 2010) et plus récemment **d'Accompagnant au domicile de personnes à fragilités multiples** (« ADPFM », ouverte en 2017 par les Transmetteurs du SAMU, qui devrait être diplômante de niveau IV en 2020 d'après la FEDESAP) attestent des besoins de professionnalisation des professionnels du secteur. **Ces formations permettent à des professionnels de niveau V une spécialisation dans la gérontologie.**

La formation « Assistant de Soins en Gérontologie » est ainsi appréciée par les encadrants du secteur. Cette formation (non diplômante) d'une durée de 140h, est ouverte exclusivement aux AS (qui représentent la majorité des stagiaires) et AMP. Elle leur permet une spécialisation sur le public âgé, en termes de connaissance des pathologies et de savoir-faire (évaluation de l'état de la personne, techniques de soins, prise en charge des pathologies, communication non verbale...) permettant de compléter les formations initiales généralistes. Cette formation est appréciée pour son format court comme son contenu. **Elle forme des « supers AS »**, selon les termes utilisés par plusieurs employeurs et chefs de service.

« Elle apporte vraiment des principes de prise en charge très centrés sur les capacités restantes [de la personne prise en charge] ce qu'on n'a pas forcément dans la formation initiale, avec la question de la stimulation, un apport théorique sur les pathologies. » (Mme N., directrice adjointe d'un Ehpad public)

Ces ASG, outre une reconnaissance symbolique, bénéficient dans certains types de service (UHR, établissements publics de santé, SSIAD...) d'une prime (90€ mensuel pour un temps plein). Cette prime n'existe cependant pas dans toutes les structures ni tous les services. D'autre part, les ASG, ne bénéficieront pas d'une revalorisation de leur salaire, si ils n'exercent pas en tant que tels, ce qui peut créer des frustrations. Alors que la formation ASG n'était originellement destinée qu'aux AS et AMP, la création du DE AES pourrait permettre d'ouvrir la formation aux AES « à domicile ». Le rapport Libault¹⁵¹, présenté

¹⁵¹ LIBAULT Dominique, *Concertation Grand âge et autonomie*, Rapport, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2019, 225p.

au mois de mars 2019, souligne également l'importance de cette formation, notamment dans la prise en charge à domicile. Le plan Santé 2022, présenté en septembre 2018, proposait également de développer les formations Assistants de soins en gérontologie.

La récente formation « Accompagnant au domicile de personnes à fragilités multiples » (ADPFM) s'adresse aux AVS et plus généralement aux professionnels de l'accompagnement à domicile. **Elle renforce les connaissances des professionnels dans une approche triple (médico-psycho-sociale)** afin de mieux gérer les cas complexes (personnes atteintes du syndrome de Diogène par exemple) et les (pluri)pathologies lourdes. Outre ces connaissances, l'objectif de la formation est de « faire de l'accompagnant au domicile un référent de projet de soins et de vie ». Cette formation pourrait en effet légitimer et valoriser le rôle de ces professionnels dans la prise en charge globale des personnes âgées. Cependant, à notre connaissance, cette formation ne donne pas accès à une revalorisation financière et est encore très peu connue et répandue. La formation s'effectue en alternance, sur une durée de 350 heures (420 heures à partir de 2019) sur 12 semaines (une semaine par mois). Les très faibles volumes de formés actuels ne permettent pas d'établir de conclusions sur l'adéquation entre la formation et les besoins en capacités des professionnels.

b) La formation comme outil d'évolution professionnelle et de reconversion

Dans un secteur aux conditions de travail difficiles avec de nombreux personnels peu qualifiés, la mise en place de parcours professionnels apparaît nécessaire tant du point de vue de son attractivité que de l'état de santé des professionnels.

En effet, les risques d'accident du travail sont particulièrement importants sur les métiers les moins qualifiés. L'évolution professionnelle permet une diminution des risques d'accident du travail, de maladies professionnelles ou de risques psycho-sociaux – en plus d'une progression salariale non négligeable dans un secteur peu rémunérateur. En effet, plus que l'avancée en âge, c'est l'ancienneté sur un poste et le parcours antérieur qui peuvent être responsables d'usure professionnelle¹⁵².

Nos entretiens ont permis de confirmer cette question de la surexposition des risques chez les professionnels accompagnants, par ailleurs fortement documentée. Ces professionnels peuvent difficilement réaliser une carrière complète sur des activités aussi usantes physiquement et psychologiquement, mais leur reconversion/évolution vers d'autres métiers ou fonctions n'est bien souvent pas évidente.

« Les aides-soignantes, je ne sais pas combien de temps elles tiennent réellement dans le métier, à mon avis la durée moyenne c'est 10-12 ans, après elles sont reclassées »

La mobilité horizontale dans le secteur (vers un service moins physique par exemple) est une solution limitée par un nombre de débouchés insuffisant :

« Les aide-soignantes, je ne sais pas combien de temps elles tiennent réellement dans le métier, à mon avis la durée moyenne c'est 10-12 ans, après elles sont reclassées [...] c'est compliqué parce qu'on n'anticipe pas assez et qu'on attend que la personne soit quasiment cassée pour s'en occuper et parce que tu prends un Ehpad, t'as quand même pas des milliards de postes autres que le soin, qu'une fois que tu l'as reclassée à l'accueil de jour parce que c'est quand même moins physique, t'as quand même pas besoin de beaucoup d'aide-soignantes à l'accueil de jour » (Mme H., DRH d'un centre hospitalier public)

Il paraît nécessaire de mieux flécher les passerelles et/ou reconversions pour ces professionnels. On notera par exemple **la possibilité pour les AS d'exercer dans les services en charge des personnes décédées**. Leurs activités y sont moins pénibles (notamment physiquement) qu'en Ehpad et en partie similaires (accompagnement des proches, entretien du matériel et des locaux...). Un arrêté du 16 juillet 2009 précise les conditions d'accès à un service des personnes décédées. Les AS doivent ainsi réaliser une formation d'adaptation à l'emploi de huit jours. La hausse des décès en Ehpad pourrait entraîner un essor de formations spécifiques déjà mobilisées (contact avec les familles, gestion psychologique du

¹⁵² Voir : FORMENT Virginie, GUILLOUX Marion, PARDINI Béatrice, dir. BEN MEZIAN Morad, *Accompagner les salariés en fin de carrière : compétences, motivation, comment vieillit-on au travail ?*, Rapport d'étude, Unifaf, Défi métiers, Octobre 2016, 81p.

décès) et renforcer cette passerelle. Celle-ci implique cependant de changer de secteur pour exercer dans les établissements de santé (notamment hospitalier).

Les passerelles vers d'autres métiers moins physiques sont souvent conditionnées à l'existence de métiers « supports » (accueil, administration...) en nombre suffisants ce qui, en dehors des grandes structures hospitalières, est très rare. La hausse du niveau de qualification dans ces métiers est une autre barrière importante pour accéder à ces emplois.

« Soit tu es rattaché à un centre hospitalier plus gros et tu as des portes de sortie : 6 personnes à l'accueil, 3 à la barrière et 15 au standard. Soit tu n'en as pas et ce sont des situations qui se complexifient avec des congés longues maladies et des retraites anticipées pour invalidité. Comme on ne l'anticipe pas, tu retrouves avec des femmes qui ont 45 ans, à qui il reste presque 20 ans à bosser mais qui ont un niveau de formation qui ne permet pas un reclassement si simple que ça. La plupart du temps, elles ne maîtrisent pas l'outil informatique et aujourd'hui sur les postes dits administratifs dans les établissements, on cherche des bac+2-3-4. Donc c'est assez compliqué. » (Mme H., DRH d'un centre hospitalier public)

L'amélioration des conditions de travail par la mobilité professionnelle semble globalement assez limitée, en raison notamment du manque de passerelles vers des métiers et activités moins pénibles, et le plus faible nombre de ces métiers et activités.

Si l'évolution professionnelle est possible et pourrait être également un levier d'amélioration des conditions de travail, le nombre d'emplois disponibles diminue largement à mesure que les qualifications augmentent. Bien que les branches et les structures rencontrées soient conscientes de ces problématiques, les évolutions professionnelles à l'intérieur du secteur restent difficiles. Les exemples d'évolutions importantes et probantes qui ont pu être rapportés lors des entretiens sont ainsi relativement rares : une AVS a pu ainsi devenir responsable de secteur, telle ASH devenir infirmière ou telle autre ASH devenir maîtresse de maison puis passer un CAFDES pour enfin diriger aujourd'hui un accueil de jour. Ces parcours, possibles, n'en restent pas moins exceptionnels et longs (8 ans pour passer d'ASH à IDE, une quinzaine d'années pour celle allée jusqu'au CAFDES).

Néanmoins, des passerelles existent entre les différents diplômes et permettent **théoriquement** des évolutions professionnelles.

Ainsi, les ASH, peuvent s'orienter vers les DEAES ou DEAS. Ceux-ci représentent à priori les évolutions les plus fréquentes (favorisées par la possibilité de VAE). **Des possibilités d'évolution du métier d'AS vers celui d'IDE existent également via la formation continue.** Cependant la réforme de la formation professionnelle pose un certain nombre de questions... L'impact de la loi Avenir professionnel sera à mesurer (voir infra). Par hypothèse, la formation ASG peut également être vue comme un tremplin dans ce parcours du fait de la montée en compétences lui étant associée. En revanche, les passages d'AES/AMP vers IDE semblent bien plus rares. Des places en formation continue dans les IFSI sont en effet réservées aux AS et auxiliaires de puériculture. Les AES/AMP sont ainsi souvent incités à obtenir le DEAS, vu comme intermédiaire entre leur diplôme et le DEI. La formation ASG est également théoriquement accessible aux AMP mais aucun retour obtenu lors de notre phase qualitative n'a permis de valider empiriquement cette possibilité. Il en résulte un passage nécessaire, pour les AMP, par le diplôme d'AS, permettant de devenir infirmier.

Le DE Cadre de Santé est quant à lui uniquement accessible après 4 ans de pratique et s'intègre donc dans une logique d'évolution professionnelle. **Le passage d'IDE à IDEC ou Cadre de Santé marque par ailleurs le passage des métiers de terrain orientés vers le soin aux métiers de management et de gestion :**

« Globalement c'est plus le même métier, vous ne voyez plus le patient, vous êtes loin, vous êtes dans la gestion, du coup il n'y a pas d'opportunité d'évolution pour l'infirmière autre que changer de métier » (Mme R. DRH d'USLD/USP).

Plusieurs directrices rencontrées sont d'anciennes IDE du secteur ayant évolué vers ces métiers (via un poste d'IDEC/CS et l'obtention d'un diplôme d'université de niveau I).

Dans l'aide à domicile, un relatif cloisonnement des métiers existe du fait de la structuration de l'activité. En effet, les SSIAD ne recrutent pas d'agents à domicile ou d'auxiliaires de vie et les SAAD n'ont pas d'infirmiers (ou à la marge pour évaluer les besoins en temps d'intervention des personnes prises en charge). Malgré l'existence des SPASAD, on peut s'interroger sur les possibilités réelles d'évolution de ces professionnels dans des structures qui offrent peu de postes différents.

Pour les AVS (ou AES « à domicile »), deux évolutions différentes sont possibles, si ces professionnels souhaitent rester dans le secteur médico-social. La première possibilité serait de se diriger vers les métiers du soin, et de passer par la réalisation d'une formation d'AS menant en SSIAD ou au travail en structure. Le développement du maintien à domicile et des Ehpad hors les murs devraient développer leurs opportunités dans le champ. Ces professionnels pourraient ainsi y valoriser leur autonomie, sens de l'organisation et connaissance du travail à domicile. **Il est également possible que des postes de coordination (responsable de secteur...) émergent. Cependant, l'éloignement entre l'AES et ces fonctions de coordination rend difficile et peu généralisable une évolution professionnelle dans cette direction.** Celle-ci passerait par une formation (axée sur la gestion et le management) et concernerait des effectifs à la marge.

La seconde possibilité serait de continuer à se professionnaliser dans le domaine du travail social. Il est ainsi possible de devenir transmetteur ou référent (avec un certificat de compétences professionnelles lié), avec une partie du temps de travail dédié à la formation de nouveaux professionnels et une évolution salariale. L'obtention du DE « Technicien de l'intervention sociale et familiale » (TISF) est également une possibilité, même si cela implique un changement de public pris en charge. Pour cette dernière formation (de niveau IV), des dispenses de module de formation et la VAE facilitent la passerelle. **Là encore, cette évolution semble concerner un faible nombre de professionnels** (même si elle est confirmée par la branche de l'aide à domicile associative). Etre diplômé du DE TISF facilite le passage vers le poste de responsable de secteur par la suite. **On pourrait également envisager la création d'un métier de « technicien de l'intervention sanitaire et sociale à domicile »**, sur le modèle du « TISF ». Il serait alors à mi-chemin entre l'assistant social et l'intervenant à domicile avec des responsabilités accrues, sur le plan de l'aide administrative et de la coordination du travail en équipe autour de la personne par exemple.

Enfin, certains formateurs rencontrés étaient eux-mêmes d'anciens professionnels du sanitaire et médico-social, même si là encore, le nombre de postes est limité.

c) Des freins à la formation

Alors que la volonté des salariés de se former et celle des structures de les entraîner dans un parcours d'évolution professionnelle semblent réelles, les possibilités de concrétisation interrogent. Si des exemples concrets de parcours professionnels exemplaires existent comme nous l'avons vu, un certain nombre d'obstacles limitent en effet leur nombre.

Ces parcours sont souvent conditionnés à l'existence d'opportunités au sein de la structure. Les professionnels ne vont entrer en formation longue qu'à la condition qu'il y ait « l'emploi au bout ». Les structures de grande taille ou faisant partie d'un réseau auront davantage de facilités à proposer des évolutions contrairement aux structures plus modestes.

« Le fonctionnement est le même pour tous, après il y a des structures qui n'auront pas de poste à offrir, d'AVS par exemple, et qui ne vont pas forcément inciter les salariés à suivre une formation d'AES. Ça n'aurait pas de sens si derrière on ne peut rien leur offrir » (Branche de l'aide à domicile associative).

Cependant, plusieurs structures rencontrées soulignent l'importance de former les salariés dans une optique d'évolution, même en l'absence de poste vacant correspondant dans la structure, avec le risque de perdre un salarié donnant satisfaction. Les tensions sur le marché de ces emplois sont telles qu'un salarié souhaitant se former pourra trouver un emploi dans une autre structure par la suite.

La durée de ces parcours de formation peut également être un frein. Ce temps de formation peut être un frein pour les salariés eux-mêmes. C'est le cas notamment pour le personnel le moins qualifié, d'autant plus si l'arrivée dans le secteur se fait dans une seconde partie de carrière. L'exemple donné de la maîtresse de maison devenant directrice d'établissement découle ainsi d'un parcours de formation long de 16 ans. De même, une ASH a mis 8 ans pour devenir infirmière dans un autre établissement. Pour les structures, **la durée de chaque formation** (allant jusqu'à trois ans pour un DEI) peut être également un frein. En effet, les employeurs ne sont pas toujours assurés de trouver un professionnel pour remplacer la personne partie en formation (notamment un « bon professionnel ») sur les métiers les plus en tension. De plus, au retour de la formation, l'employeur peut avoir des difficultés pour pouvoir proposer un poste au professionnel en adéquation avec celle-ci.

Le coût des formations peut être également contraignant, notamment pour les plus longues. Si l'appartenance à un réseau facilite leur prise en charge, la connaissance de l'ingénierie de formation et des

leviers de financement est assez hétérogène entre les employeurs. Les crédits non reconductibles (CNR) de l'ARS semblent identifiés par l'ensemble du secteur quand le Compte Personnel de Formation (CPF) ou les financements par l'OPCA le sont moins. Les structures les plus au fait de ces leviers mobilisaient des congés individuels de formation (CIF) pour permettre à leurs salariés de se former. Par ailleurs, les leviers de financement peuvent être plus ou moins importants selon la formation visée, ainsi certains OPCA « *mettent le paquet sur la politique d'accès aux premiers diplômés* » (d'après Mme R. DRH d'USLD/USP), facilitant l'accès aux formations menant aux premières qualifications. **Il peut également exister des stratégies plus spécifiques en matière de financement des formations**, comme relevé dans un précédent rapport de Défi métiers. En effet, selon celui-ci : « le statut de demandeur d'emploi est recherché par les salariés pour accéder à un financement régional de la formation infirmier. C'est notamment le cas des aides-soignants qui seraient de plus en plus nombreux à demander des CDD ou des ruptures conventionnelles pour bénéficier de ce financement¹⁵³. »

L'évolution des dispositifs de financement de formation est également à prendre en compte¹⁵⁴. Le CIF était ainsi un levier apprécié pour les formations longues, et sa transformation en CPF de transition professionnelle pose question quant à son impact sur le recours à la formation continue. La réforme récente du CPF (passage d'un compte en heures à un compte en euros) pourrait avoir des conséquences sur l'utilisation de ce dispositif dans le cadre des formations du secteur (notamment dans le cas du passage d'AS à IDE, particulièrement onéreux). Le nouveau circuit de financement de la formation (avec une redistribution par France compétences aux OPCO des contributions collectées par les Urssaf) devrait modifier la répartition des fonds alloués à la formation par rapport à l'ancien système. Surtout, **les abondements supplémentaires proposés par les OPCO dans le cadre de la mobilisation du CPF pourraient être impactés**, selon l'évolution des financements mais aussi la politique des OPCO en la matière (qui pour mémoire couvriront des champs différents des OPCA). Des craintes peuvent donc exister sur le niveau de ces financements complémentaires (des employeurs ou des OPCO), qui pourraient s'avérer insuffisants pour permettre de poursuivre une formation longue (de un à trois ans comme pour les diplômés d'Etat du sanitaire et social). Cependant, à l'heure actuelle, la question de l'impact réel de la loi « Avenir professionnel » sur le recours à la formation reste en suspens. **Enfin, la généralisation des CPOM et la substitution de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) au budget prévisionnel pourraient entraîner une forte diminution des crédits non reconductibles (CNR), fortement mobilisés pour la formation.**

Différents obstacles inhérents à la sociologie des professionnels du secteur concourent également à limiter l'accession à des formations diplômantes. Le personnel le moins qualifié peut ainsi cumuler les freins, qu'il s'agisse du manque de temps et d'énergie pour se former (par exemple pour des femmes mères célibataires) ou du blocage psychologique face à la formation pour des individus n'ayant pas ou peu fait d'études et ne se sentant pas capables de s'inscrire dans un tel processus.

« C'est toujours pareil : ce sont ceux qui sont le plus formés qui adorent les formations et ceux qui en ont besoin qui n'ont pas le temps, ont peur de l'échec, n'ont pas confiance en eux, pensent être incapables d'étudier... » (docteur B., directeur de centre d'accueil de jour parisien privé associatif).

Le niveau académique (capacités rédactionnelles, méthodologiques, utilisation de l'outil informatique...) **peut également être insuffisant et entraîner des échecs de formation.** En outre, les personnes de nationalité étrangère, surreprésentées dans le domicile en particulier, peuvent également devoir faire face à des difficultés supplémentaires (barrière de la langue, méconnaissance du système de formation français ou de ses attendus...).

Selon divers représentants d'organismes de formation, **il existerait également un trop grand palier entre certains niveaux de formations** (comme AS/IDE), difficile à franchir. En effet, l'absence de diplômes intermédiaires dans le soin peut créer un fossé entre des diplômés de niveau II et V. Une « marche » importante difficile à franchir, notamment dans les savoirs théoriques et les acquis « scolaires ». Dans sa communication « horizon 2030 », le Synerpa souligne l'importance de créer un poste intermédiaire entre l'AS et l'IDE, qui serait sanctionné par une certification de niveau IV. Cette problématique est similaire pour les métiers du domicile.

Enfin, le fonctionnement de la structure elle-même peut faciliter ou au contraire rendre plus difficile l'accès à des formations et aux évolutions professionnelles. Le fait de recourir à des « faisant-

¹⁵³ PARDINI Béatrice, GONNARD Sophie, *L'emploi et la formation des infirmiers franciliens*, Rapport d'étude, Défi métiers, octobre 2016, p.48

¹⁵⁴ Notamment les évolutions découlant de la loi du 5 septembre 2018 « pour la liberté de choisir son avenir professionnel »

fonction » par exemple pourra accélérer l'évolution de ces professionnels (notamment via la VAE) par rapport à un établissement dans lequel les activités sont formellement réservées au personnel qualifié pour les réaliser. Ainsi, les ASH seront davantage amenés à évoluer vers des fonctions et des diplômes d'AS ou d'AES dans les structures où ils réalisent déjà des tâches de nursing ou d'accompagnement en tant qu'ASH.

4. Projections des besoins en emploi en Ile-de-France

Intérêt et limites des projections

L'exercice de projections est un outil d'aide à la décision, et doit être analysé en tant que tel uniquement, en prenant en compte ses limites. Il faut tout d'abord préciser que faire de la prospective n'a pas une visée divinatoire. Cela ne consiste pas à prévoir l'avenir mais à élaborer des scénarios possibles pour mesurer les effets des indicateurs retenus. Ce ne sont donc pas les chiffres obtenus qu'il faut avoir à l'esprit mais surtout les tendances.

L'objectif dans le cadre de cette étude est de réaliser une estimation des besoins en emploi à l'horizon 2030 au regard de la situation actuelle et selon des hypothèses déterminées. Ces hypothèses ont été élaborées avec les éléments quantitatifs et qualitatifs que nous avons pu obtenir lors des différentes phases de l'étude, et ont été discutées lors de groupes de travail avec de nombreux acteurs du secteur.

Ont donc été retenues les hypothèses nous semblant probables sur un nombre d'indicateurs limité (explicités infra) et dans un cadre (législatif, réglementaire, démographique, de santé publique, situation du marché du travail, composition de l'offre de prise en charge de la dépendance...) défini à partir du présent (et de ce qu'il nous permet d'envisager pour la suite). Ce cadre est susceptible d'évoluer sur la période ce qui pourrait impacter les besoins en emploi ou la pertinence des ratios d'évolution de nos différents indicateurs. La réalisation de trois scénarii différents (bas, central et haut) permet de prendre en compte différents cas de figure et ainsi d'apporter un éclairage sur l'impact des différents indicateurs.

Par cette estimation des besoins en emploi à l'horizon 2030, l'étude met en lumière des tendances des besoins en emploi à venir sur la base du présent et de ce qu'il laisse présager. Les résultats présentés doivent permettre d'illustrer quantitativement les conclusions de l'étude et ne peuvent être dissociés de celle-ci.

a) Méthodologie des projections des besoins en emploi

Sont concernées par la projection à l'horizon 2030 les professions suivantes, d'après la nomenclature de l'Insee (PCS en 486 postes) :

- Aide-soignant (526A)
- Infirmier (y compris infirmier spécialisé) (431D ; 431E ; 431G)
- Aide médico-psychologique (AES « en structure ») (526D)
- Les professionnels de la rééducation (Psychomotricien, ergothérapeute notamment) (432C ; 432D)
- Cadre infirmier (431A)
- Aide à domicile (comprenant les AES « à domicile ») (563B)

Pour rappel, les secteurs d'activité retenus appartiennent au médico-social à destination des personnes âgées :

- L'hébergement médicalisé pour personnes âgées (NAF 87.10A)
- L'hébergement social pour personnes âgées (NAF 87.30A)
- L'accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées (NAF 88.10B)
- L'aide à domicile (NAF 88.10A)

Ces projections des besoins en emploi sont construites autour de cinq grandes questions, qui ont fait l'objet de discussions auprès de professionnels du secteur, de représentants de l'ARS et de départements franciliens, ainsi que des branches professionnelles et OPCO du champ au cours de deux ateliers de

travail. Ces ateliers ont permis de dégager plusieurs hypothèses de travail et de valider notre méthodologie :

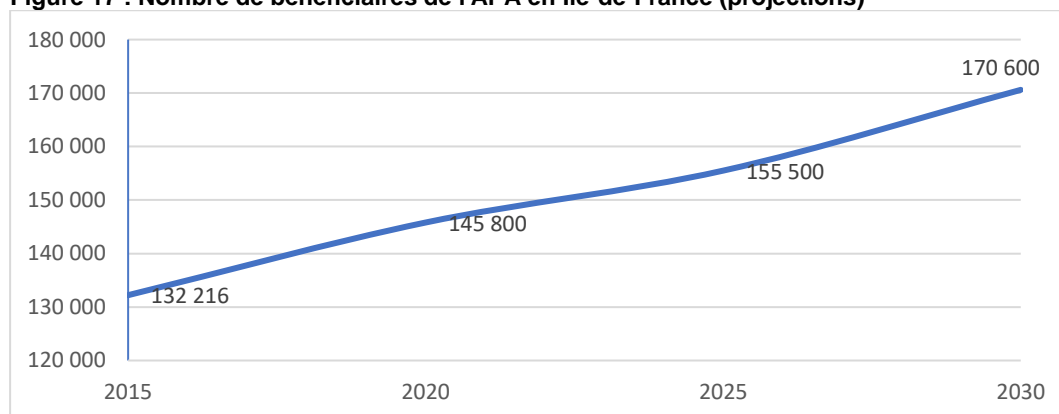
L'impact de l'évolution du nombre d'usagers des établissements médico-sociaux et de l'aide à domicile :

Pour estimer ce besoin, nous avons préféré retenir l'évolution des bénéficiaires de l'APA au détriment de la population âgée générale. En effet, toutes les personnes âgées ne sont pas en situation de dépendance et ne sont par conséquent pas nécessairement bénéficiaires des établissements ou services médico-sociaux. La première dimension prise en compte est **l'évolution des besoins en emplois liés à la démographie**. De fait, l'évolution des effectifs de professionnels serait davantage corrélée à celle des bénéficiaires de l'APA. En conséquence, dans notre hypothèse, une évolution de ces derniers impactera de manière proportionnelle le nombre d'emplois dans le secteur¹⁵⁵.

Par ailleurs le choix de l'évolution du nombre de bénéficiaire de l'APA n'exclut pas les personnes en GIR 5 ou 6 ayant des besoins en professionnels du champ. En effet, nous partons du présupposé que l'augmentation des besoins en professionnels des GIR 5-6 sera proportionnelle à l'évolution des besoins en professionnels des GIR 1-4. Il s'agira en effet pour nous de rapporter le ratio d'évolutions des bénéficiaires de l'APA à l'ensemble des professionnels du champ que l'on observe aujourd'hui dans le recensement de l'Insee, quel que soit le type de GIR des personnes âgées en contact avec ces professionnels. Pour les mêmes raisons, le non-recours à l'APA pour des personnes dépendantes est également pris en compte par cette méthode (dans l'hypothèse selon laquelle la proportion de non-recours est stable à l'horizon 2030).

Nous pouvons pour cela nous baser sur les évaluations de l'IAU qui réalise une projection des bénéficiaires de l'APA sur les années à venir en Ile-de-France (données issues du rapport « Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Ile-de-France »). **Dans le scénario central de l'IAU, le nombre de bénéficiaires franciliens de l'APA est de 145 800 en 2020 ; 155 500 en 2025 pour atteindre 170 600 en 2030.** Ces chiffres nous paraissent en adéquation avec l'évolution récente (+ 17 000 bénéficiaires entre 2008 et 2013 selon l'INSEE). Par ailleurs, la DREES (Enquête Aide Sociale) établit à 132 216 le nombre de bénéficiaires de l'APA en 2015 (qui constitue le point de départ de nos projections) dans la région Ile-de-France. **Nous utiliserons ces chiffres pour l'ensemble de nos scénarii.**

Figure 17 : Nombre de bénéficiaires de l'APA en Ile-de-France (projections)



Source : 2015 : Dress ; 2020-2030 projections IAU-ORS IDF, 2017 (scénario central) ; Champs : Ile-de-France

¹⁵⁵ Nous aurions également pu nous baser sur les projections du nombre de personnes dépendantes de l'Insee. Cependant cette catégorie plus large que celle des bénéficiaires de l'APA ne concerne pas uniquement des usagers des établissements ou des services médico-sociaux. En effet, une partie non négligeable de ces personnes âgées dépendantes sont accompagnées au quotidien uniquement par des « aidants familiaux » ou « aidants naturels » (conjoint, famille, amis, voisins). L'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2030 (+23%), selon les projections de l'Insee, est cependant relativement proche, quoique moindre, de celle des bénéficiaires de l'APA (+29%). (HERVIANT Julie, KHELLADI Issam, WOLBER Odile (et al.), « Un quart de personnes âgées dépendantes supplémentaires en Île-de-France à l'horizon 2030 », *Insee Analyses*, Insee Île-de-France, n°96, Avril 2019, 4p.)

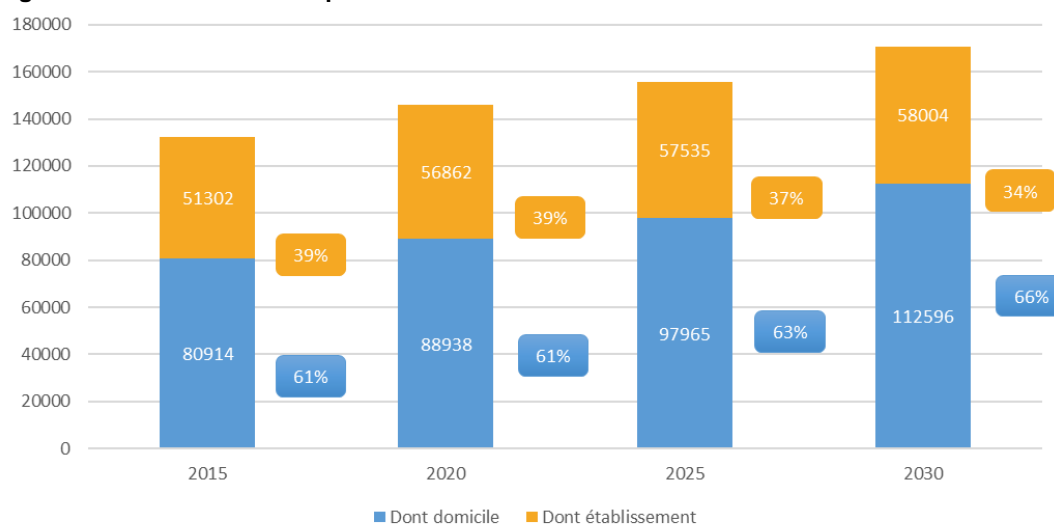
L'impact de l'évolution du maintien à domicile par rapport à l'hébergement en institution :

La seconde dimension étudiée est celle de la répartition des personnes âgées dépendantes entre le domicile et la structure. En effet, le nombre de professionnels mobilisés et leurs métiers diffèrent selon ces deux cas de figure. Nous considérons ici que l'évolution du recours au maintien à domicile impactera non seulement le nombre de professionnels de l'aide à domicile (SAAD, SSIAD) mais aussi de l'accueil de jour (qui accueille des personnes vivant à domicile et bénéficiant de l'APA à domicile). Cette évolution du nombre de professionnels de l'accueil de jour et de l'aide à domicile tient également compte des possibilités offertes par le développement des Ehpad « hors les murs ». Dans nos projections, ces professionnels des Ehpad « hors les murs » ne sont pas comptabilisés dans les professionnels de l'hébergements médicalisés. Nous considérons en effet que, bien que travaillant en Ehpad, les professionnels intervenant à domicile ou auprès des personnes bénéficiant de l'APA domicile seront inclus dans l'évolution du nombre de professionnels du « domicile ». Nos projections ont ainsi une approche centrée sur le public bénéficiaire et l'activité des professionnels et non sur les structures dans lesquelles ils exercent (parmi celles composant notre champ d'étude cependant).

La répartition entre le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et l'APA en structure est de 61% contre 39% en 2015 selon notre traitement des données de l'enquête Aide sociale de la DREES. L'évolution de cette répartition dépend notamment de la création de places d'hébergement permanent.

L'estimation du nombre de places en structure qui seront créées d'ici 2030 a pu être faite en groupe de travail, sur la base – entre autres – de nos retours d'entretiens et des données existantes sur le sujet. L'Insee estimait ainsi en 2011 que seuls 30% des Franciliens dépendants seraient en institution en 2030¹⁵⁶. Comme nous avons pu le développer dans ce rapport, le développement de la prise en charge de la dépendance sera axé sur le renforcement du maintien à domicile plutôt que sur la création de places d'hébergement permanent. La répartition de l'APA domicile/établissement tendrait donc vers ce 70/30. Cependant, ce rapport de 70/30 semble aujourd'hui difficilement atteignable à l'horizon 2030. La tendance observée depuis le rapport de l'Insee plaiderait en effet pour une augmentation moins rapide de la proportion d'APA à domicile. Les échanges lors des différents groupes de travail sur l'évolution de ces deux types de prises en charge, nous ont permis de retenir l'hypothèse d'une progression de la part de l'APA domicile, passant de 61% des bénéficiaires de l'APA en 2015 et 2020 à 63% en 2025 et 66% en 2030. Cette répartition se traduirait dans cette hypothèse par l'ouverture d'environ 7 000 places d'hébergement permanent sur la période, le reste de la croissance du nombre de bénéficiaire de l'APA bénéficiant au domicile. Le nombre de bénéficiaire de l'APA à domicile passerait ainsi de 80 914 en 2015 à 112 596 en 2030 (soit une augmentation de 39%). **Cette évolution du rapport domicile/établissement sera utilisé pour l'ensemble de nos scénarii.**

Figure 18 : Evolution de la répartition domicile/établissement des bénéficiaires de l'APA franciliens



¹⁵⁶ Drieux, S. (INSEE) « Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Ile-de-France », 2011, p.4

L'impact d'une évolution du ratio d'encadrement personnels/patients :

Les évolutions possibles du ratio d'encadrement, c'est-à-dire **du nombre de professionnels en équivalent temps plein rapporté au nombre de personnes prises en charge**, doivent également être pris en compte.

Augmenter le taux d'encadrement actuellement observé dans nos estimations permet de prendre en compte la situation actuelle de sous-effectif et des vacances de postes. Ainsi, ce que nous appelons ici « création de poste » représente les besoins en emploi issus des créations de postes proprement dites, mais également issus de la couverture des postes vacants. En effet, les chiffres de la Drees, sur lesquels nous nous basons, prennent en compte la situation réelle des établissements en 2015, date de départ de nos projections.

Ce taux d'encadrement diffère selon le mode de prise en charge, et son évolution est en partie tributaire des financements publics. Ainsi, en 2015, le taux d'encadrement moyen en Ehpad est de 0,63 professionnels en ETP pour un résident, tous métiers confondus d'après la Drees, contre 1,03 professionnels pour un résident en USLD. Ces chiffres portent sur le nombre d'ETP présents en structure (moyenne nationale). En l'absence de chiffres actualisés et au regard de nos entretiens, nous avons choisi de maintenir ce taux d'encadrement stable entre 2015 et 2020 dans nos projections puis de l'augmenter progressivement jusqu'en 2030. Pour le domicile, la CNSA fait état d'un ratio d'encadrement des SSIAD à 0,24 ETP et des SPASAD à 0,25¹⁵⁷. En l'absence de chiffres équivalents pour les SAAD, nous nous sommes basés sur un rapport des cabinets EY et Eneis Conseil pour la CNSA (2016)¹⁵⁸. Ce rapport établit un temps d'intervention mensuel de 52 heures pour un bénéficiaire de l'APA en GIR 1-2 et 28 heures en GIR 3-4. Ces premiers représentant à cette date 23% des bénéficiaires de l'APA à domicile quand les seconds représentent les 77% restant, le taux d'encadrement serait, d'après ce calcul, de 0,24. Compte tenu de l'importance des SAAD et des SPASAD par rapport aux SSIAD, nous avons pris 0,24 comme ratio d'encadrement moyen pour le domicile.

La prise en compte des évolutions possibles de ces ratios est complexe. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur les différentes préconisations en la matière ainsi que sur les échanges que nous avons eus avec des professionnels du champ au cours des ateliers de travail. Par ailleurs, ces évolutions sont dépendantes des choix politiques qui seront réalisés par le gouvernement, notamment sur la question des financements des services d'aides à domicile ou encore sur l'intégration, dans les CPOM, d'objectifs contraignants concernant les taux d'encadrement. **Les scénarii bas, haut et central proposeront des évolutions différentes du ratio d'encadrement personnels/patients.**

L'impact d'une modification de la composition des équipes consécutive à une évolution du niveau de dépendance des usagers :

La composition des équipes au sein des établissements ou des services d'aide à domicile est également à prendre en compte. La publication de Marianne Muller pour la DREES indique ainsi que les aides-soignants (ASG inclus) représentent aujourd'hui 34,6% des effectifs en ETP en Ehpad, soit un taux d'encadrement de 0,22 (part des AS dans les effectifs, soit 34,6% multipliée par le taux d'encadrement moyen de 0,63). Dans nos différents scénarii, la composition des équipes varie selon plusieurs hypothèses (hausse des besoins de soins au détriment de l'animation en raison de pathologies plus lourdes...). **Les scénarii bas, haut et central proposeront des évolutions différentes de la composition des équipes.**

¹⁵⁷ CNSA, « Analyse des comptes administratifs 2016 », Juin 2018, p.18

¹⁵⁸ Ernst & Young, Eneis Conseil pour la CNSA « Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts », Mai 2016, p.75

L'impact des départs en retraite :

Enfin, une dernière dimension porte sur les besoins en emplois liés aux remplacements des départs à la retraite des professionnels. Nous avons opté pour un âge de départ de 63 ans soit l'âge moyen de départ à la retraite en 2017. **Le nombre des départs du secteur des AS, aides à domicile, et AMP pourrait être sous-estimé dans ce calcul, compte tenu de la pénibilité des emplois et du fort turn-over du secteur.** Cependant, nous ne disposons pas d'un ratio des départs par profession et par âge qui nous aurait permis d'intégrer l'usure professionnelle que nous avons soulignée dans ce rapport. Toutefois, nous pouvons espérer que les nouvelles technologies feront diminuer ces risques d'usures sur ces métiers et améliorer les conditions de travail dans les années à venir. Par ailleurs, l'entrée tardive de certains professionnels dans le secteur, mais également la nécessité pour certains professionnels de poursuivre leur travail au-delà de l'âge légal de départ à la retraite pour atteindre le nombre de trimestres nécessaires à l'obtention d'une pension complète, peut compenser en partie ce biais. **Cet âge du départ à la retraite sera utilisé pour l'ensemble de nos scénarii.**

Le nombre des départs du secteur des AS, aides à domicile, et AMP pourrait être sous-estimé dans ce calcul, compte tenu du fort turn-over du secteur dû à la pénibilité des emplois

Nous avons pris comme point de départ à ces projections l'année 2015, pour laquelle nous disposons de données pour le plus grand nombre de variables utilisées (nombre de bénéficiaires de l'APA, répartition entre le domicile et l'établissement de cette population, effectifs en emploi dans le champ de l'étude, taux d'encadrement et composition des équipes). Le taux d'encadrement des services d'aides à domicile (SAAD, SSIAD et SPASAD) et la composition des équipes (SSIAD et SPASAD) datent de 2016. Nous partons de l'hypothèse selon laquelle ces chiffres sont restés stables entre ces deux dates. L'ensemble de ces variables ont été combinées pour réaliser trois scénarii : un scénario central, un scénario haut et un scénario bas.

Pour chaque métier, la projection est réalisée pour le domicile (pour les effectifs de l'aide à domicile et de l'accueil de jour) d'une part, et pour la structure d'autre part. Les résultats présentés ici sont le résultat de la somme des besoins pour le domicile et pour les établissements compte tenu des nouvelles formes d'emplois multisitués qu'engendreront le développement des structures de type « Ehpad hors les murs ». A ces créations nettes nous ajouterons les départs à la retraite pour obtenir les besoins en emploi à l'horizon 2030.

b) Les besoins en emploi à l'horizon 2030

Nous avons retenu trois scénarii pour déterminer les besoins en emploi à l'horizon 2030¹⁵⁹ :

Hypothèses communes aux trois scénarii :

Pour les trois scénarii nous nous basons sur **une évolution du nombre d'usagers des services médico-sociaux** calquée sur le scénario central de l'IAU (soit une augmentation des bénéficiaires de l'APA de 29% entre 2015 et 2030). Cette évolution n'est cependant pas linéaire. Elle est de **+ 10% entre 2015 et 2020, de + 7% entre 2020 et 2025** puis à nouveau de **+ 10% entre 2025 et 2030**.

De même, et contrairement à l'hypothèse de l'IAU, nous fondons nos projections sur un **développement progressif du maintien à domicile** au dépend des solutions d'hébergement en établissement. Ainsi, pour les trois scénarii, nous estimons que **la proportion de bénéficiaire de l'APA à domicile atteindra progressivement les 66% des bénéficiaires en 2030** (61% en 2015). En conséquence, l'évolution des besoins en emploi liés au volume des personnes prises en charge est plus importante pour les professionnels du maintien à domicile (+ 39%) que pour ceux exerçant en structure (+ 13%).

Comme expliqué dans la méthodologie, nous avons opté pour **un âge de départ moyen à la retraite de 63 ans**.

¹⁵⁹ Voir annexe 5, pour l'évolution des effectifs en emploi sur la période 2010-2030 par métiers, selon les différents scénarii

Hypothèse basse : *Un taux d'encadrement augmentant faiblement en structure (+3 professionnels pour 100 résidents) et diminuant à domicile (-2). Une hausse faible de la proportion de soignants en structure (+ 5 points), une stagnation à domicile.*

Dans notre scénario bas, parmi les professionnels exerçant **en Ehpad** (auprès de résidents uniquement), le taux d'encadrement augmente plus faiblement que dans le scénario central. Celui-ci resterait à 62,8 pour 100 résidents en 2020, puis passerait à 64 en 2025 **et 66 en 2030**. **Pour les professionnels du domicile**, le taux d'encadrement passerait progressivement de 24 pour 100 en 2015 à **22 en 2030**. Cette diminution du taux d'encadrement dans le domicile s'expliquerait par une croissance du nombre de professionnels inférieure à celle des personnes prises en charge. Elle serait compensée par une meilleure organisation (coordination des acteurs, réduction des temps de trajet, gestion d'informations par la domotique) qui pourrait augmenter le nombre de personnes prises en charge à temps de travail égal tout en améliorant les conditions de la prise en charge¹⁶⁰.

Dans la composition des équipes, **la hausse de la proportion des IDE et AS en Ehpad serait moindre par rapport au scénario central** (respectivement + 1 et 3,4 points) et se ferait essentiellement au détriment des professionnels de la direction et des services généraux (- 2,5 points). **A domicile, la composition serait stable entre 2015 et 2030.**

Tableau 20 : Projections des besoins en emploi scénario bas

	Effectifs 2015	Création nette de postes 2015-2030	Evolution des effectifs en emploi 2015-2030	Départs à la retraite 2015-2030	Poste à pourvoir 2015-2030
Aides à domicile	31 816	9 767	31%	12 852	22 619
Aides soignants	11 215	3 250	29%	3 636	6 887
AMP	2 117	418	20%	563	981
ASH	7 996	1 726	22%	3 175	4 901
Cadres infirmiers	804	176	22%	174	349
Infirmiers (toutes catégories)	3 505	1 018	29%	1 188	2 206
Rééducation (toutes catégories)	567	165	29%	82	247
Total	58 020	16 520	28%	21 670	38 190

Hypothèse centrale : *Un Taux d'encadrement passant à 70 professionnels pour 100 résidents en structure et à 26 à domicile. Une augmentation notable de la proportion de professionnels soignants (+10 points en structure, +3 points à domicile).*

Dans notre scénario central, parmi les professionnels exerçant **en Ehpad**, **le taux d'encadrement augmente**, passant de 62,8 professionnels pour 100 résidents en 2015 à 64 en 2020, 67 en 2025 et **70 en 2030** (taux de 2015 dans les Ehpad publics non hospitaliers, soit le plus élevé actuellement). **Pour les professionnels du domicile**, le taux d'encadrement passerait progressivement de 24 pour 100 en 2015 à **26 en 2030** (24,2 en 2020, 25 en 2025).

Dans ce scénario, la proportion de personnels paramédicaux augmenterait en raison de la hausse des besoins (en soins, rééducation, prise en charge de la dépendance) et du recul de la part des « fonctions supports » (services généraux, administration, direction...) dont la croissance sera moindre par rapport aux intervenants. En structure, on applique une **augmentation de la part d'infirmiers** (de 9,2 à 11,5% des effectifs), **d'aides-soignants** (de 34,6 à 42,3%) **et des professionnels de la rééducation** (de 0,6 à 0,8%). Cette augmentation serait néanmoins moindre que les préconisations du rapport Libault (+ 25% des

¹⁶⁰ L'hypothèse d'un gain de productivité dans le secteur du domicile pourrait ainsi être envisagée d'après une étude de la CNSA : « l'adaptation du logement permettrait de diminuer de quelques heures les interventions à domicile » CNSA, DGCS, *Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts*, mai 2016, p.75

effectifs au contact des résidents). Cette « médicalisation » se ferait au détriment des AVS (- 1,6 point), des AMP (- 0,2 point), ASH (- 2,1 points) et des professionnels de la direction et des services généraux (- 2,5 points). **La répartition des professionnels à domicile est ici plus stable, avec une légère augmentation de la part des aides-soignants (+ 2,4 points) et infirmiers (+ 0,35 points)** au détriment des aides à domicile et ASH (- 1 point chacun) et des « fonctions supports » (- 1 point). Les AMP et professionnels de la rééducation verraient leurs parts augmenter de manière résiduelle dans le domicile.

Tableau 16 : Projections des besoins en emploi - scénario central

	Effectifs 2015	Création nette de postes 2015-2030	Evolution des effectifs en emploi 2015-2030	Départs à la retraite 2015-2030	Poste à pourvoir 2015-2030
Aides à domicile	31 816	13 523	43%	12 852	26 375
Aides-soignants	11 215	6 395	57%	3 636	10 032
AMP	2 117	471	22%	563	1 034
ASH	7 996	1 112	14%	3 175	4 287
Cadres infirmiers	804	245	30%	206	451
Infirmiers (toutes catégories)	3 505	1 876	54%	1 188	3 064
Psychomotriciens / ergothérapeutes	567	408	72%	82	490
Total	58 020	24 030	41%	21 702	45 733

Hypothèse haute : *En structure, un taux d'encadrement (76%) et une hausse de la part des soignants (+25%) en adéquation avec les préconisations du rapport Libault. A domicile, une hausse du taux d'encadrement forte (de 24% à 28%), une proportion de soignant dans les effectifs augmentant de 25%.*

Le scénario haut prend le parti d'intégrer une hausse rapide du ratio personnels/bénéficiaire pour atteindre, à l'horizon 2030, **les objectifs ambitieux du rapport Libault** qui propose d'augmenter les effectifs en Ehpad de 25% (pour les personnels au contact de la personne âgée). **Cette augmentation représenterait un ratio de 76 professionnels (tous professionnels confondus) pour 100 résidents** contre 62,8 en moyenne en 2015. Si le rapport préconise d'atteindre ce ratio dès 2024, nous avons néanmoins opté pour une hausse plus progressive. Dans ce scénario haut, ce **chiffre de 76 serait atteint en 2030**, afin de tenir compte des impératifs budgétaires, des inerties des différentes structures concernées et des différentiels existants entre les statuts juridiques des établissements (si les établissements publics non-hospitaliers sont déjà à 70 ETP pour 100 résidents, les Ehpad privé à but lucratif sont à 55,6 par exemple)¹⁶¹. De même, **pour le secteur du domicile**, nous avons intégré les préconisations du rapport Libault qui insiste sur la nécessité « d'accroître les temps de présence professionnels au domicile » et « de libérer des temps effectivement consacrés à la relation humaine au-delà du motif technique de l'intervention, ainsi que des temps de prise de recul collectifs sur les situations et les pratiques¹⁶² ». Ces préconisations ont été intégrées à ce scénario **en augmentant le rapport personnels/bénéficiaires progressivement de 2020 à 2030** (de 0,24 pour un bénéficiaire en 2015 à 0,28 en 2030).

Dans ce scénario, nous avons également pris en compte une **augmentation forte de la proportion des personnels soignants** (infirmiers et aides-soignants) par rapport aux autres personnels, afin de tenir compte d'une augmentation des niveaux de dépendance des résidents des établissements et des bénéficiaires des services à domicile, mais également d'un usage plus systématique des infirmières de nuit. Pour les structures de type Ehpad, nous avons ainsi **augmenté les proportions d'infirmiers et d'aides soignant de 25% à l'horizon 2030**. Cette augmentation de la proportion d'aides-soignants et d'infirmiers se ferait au détriment des ASH ou des faisant-fonctions (évolution professionnelle) mais également des personnels administratifs ou de directions. De même, **dans les services d'aides à domicile, les personnels des SSIAD** (aides-soignants et infirmiers) **augmenteraient plus fortement** du fait de la hausse des niveaux de dépendance dans la population à domicile. La proportion d'aides à domicile

¹⁶¹ Autre frein mentionné dans le rapport Libault : les difficultés de recrutement.

¹⁶² Rapport Libault, Concertation Grand âge et autonomie, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2019, p.96

pourrait également croître légèrement au détriment des personnels administratifs et de direction (économie d'échelle, amélioration des process et de la coordination des équipes via un équipement technologique ad hoc, mutualisation, etc.).

Tableau 17 : Projections des besoins en emploi scénario haut

	Effectifs 2015	Création nette de postes 2015-2030	Evolution des effectifs en emploi 2015-2030	Départs à la retraite 2015-2030	Poste à pourvoir 2015-2030
Aides à domicile	31 816	19 486	61%	12 852	32 338
Aides soignants	11 215	9 109	81%	3 636	12 746
AMP	2 117	753	36%	563	1 316
ASH	7 996	23	0%	3 175	3 198
Cadres infirmiers	804	274	34%	178	452
Infirmiers (toutes catégories)	3 505	2 435	69%	1 188	3 623
Rééducation (toutes catégories)	567	630	111%	82	712
Total	58 020	32 710	56%	21 674	54 385

Ainsi, selon le scénario envisagé, sur la période 2015-2030 en Ile-de-France, le secteur médico-social à destination des personnes âgées aura besoin de recruter entre 38 000 et 54 000 personnes au sein des familles professionnelles étudiées. Dans la suite de ce rapport, nous tenterons de mesurer si les volumes de formés sont suffisants pour couvrir les postes à pourvoir sur la période mais également si les contenus et modes d'apprentissage permettent la réalisation des activités attendues par les employeurs, notamment celles liées au développement des gérontechnologies.

Synthèse des hypothèses et des résultats des différents scénarii¹⁶³ (projections 2015-2030)

	Scénario bas	Scénario central	Scénario haut
Bénéficiaires de l'APA	+29%	+29%	+29%
APA à domicile	+39%	+39%	+39%
APA en établissement	+13%	+13%	+13%
Ratio d'encadrement structure	Faible hausse	Hausse modérée	Forte hausse
Ratio d'encadrement domicile	Diminution	Stagnation	Hausse modérée
Médicalisation des effectifs en structure	Faible hausse de la part du paramédical	Hausse modérée de la part du paramédical	Forte hausse de la part du paramédical
Médicalisation des effectifs à domicile	Stagnation de la répartition	Forte hausse de la part du paramédical	Forte hausse de la part du paramédical
Âge de départ à la retraite	63 ans	63 ans	63 ans
Effectifs des postes à pourvoir* à l'horizon 2030	38 190	45 733	54 385
Evolution des effectifs en emploi sur les métiers retenus entre 2015 et 2030	+ 28%	+ 41%	+ 56%

*Les postes à pourvoir concernent les métiers suivants : Aides à domicile, Aides-soignants, AMP, ASH, Cadres infirmiers, Infirmiers, Rééducateurs (psychomotriciens et ergothérapeutes)

¹⁶³ Voir annexe 5, pour l'évolution des effectifs en emploi sur la période 2010-2030 par métiers, selon les différents scénarii

L'essentiel à retenir

- ✓ Du fait de la réglementation stricte des métiers, les diplômes d'Etat représentent la très grande majorité des qualifications présentes dans le secteur.
- ✓ Depuis 2007, on note une baisse du nombre d'auxiliaires de vie sociale diplômés. La fusion avec le Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique créant le nouveau diplôme d'accompagnant éducatif et social montre une propension des élèves à choisir l'option en structure (ex-AMP) plutôt qu'à domicile (ex-AVS). Dans le même temps, l'ensemble des diplômés des autres diplômes d'Etat a augmenté (malgré de récentes fluctuations sur les DEAS et DEAES).
- ✓ Les diplômes des personnels d'encadrement sont variés en raison d'une offre large et de l'absence de diplômes phares identifiés. Le coût et la durée de ces formations vont être les facteurs déterminants des choix des professionnels et des organisations.
- ✓ La mobilisation d'actions de formation courtes favorise le développement de savoir-faire et de connaissances spécifiques au secteur, généralement peu ou pas abordés dans les formations aux diplômes d'Etat, plus généralistes. Ces formations courtes sont, la plupart du temps, destinées à favoriser la qualité de la prise en charge et limiter les risques d'accident du travail.
- ✓ La formation continue peut être un vecteur d'évolution professionnelle réel dans le secteur, avec des passerelles possibles entre les différents diplômes. Cependant, l'écart de niveau existant entre certains diplômes (aide-soignant/infirmier) peut limiter les possibilités d'évolution pour des professionnels au niveau théorique jugé souvent insuffisant. L'absence de diplôme de niveau IV adapté au secteur ne favorise pas la fluidité d'évolution des nombreux professionnels de niveau V, et une création de diplôme (axé sur le soin pour l'AS et l'accompagnement social pour l'AVS) serait préconisée.
- ✓ Les conséquences de la réforme de la formation professionnelle ne sont pas encore totalement identifiées, mais certains acteurs expriment leurs craintes quant à la capacité du CPF et du CPF de transition à permettre à autant de professionnels que précédemment de suivre des formations longues de type DEAS ou DEAES. Les capacités de financement et politiques d'abondement des financeurs seront l'élément central de réponse à ces interrogations.
- ✓ Dans la continuité de la période actuelle, les besoins en emploi devraient encore fortement augmenter, avec une hausse de 41% des effectifs sur les métiers retenus dans notre estimation centrale (+24 000 professionnels) entre 2015 et 2030.
- ✓ Les besoins en emploi consécutifs aux départs en retraite sont également importants dans un secteur avec des professionnels plutôt âgés (37% des effectifs actuels seront à la retraite en 2030). Ces départs à la retraite correspondraient à près de la moitié des besoins en emploi (47%). Ces besoins de remplacement de poste pourraient être sous-évalués compte tenu du fort turn-over du secteur dû à la pénibilité des emplois.
- ✓ En volume, les aides à domicile (26 400 postes à pourvoir), aides-soignants (10 000) et dans une moindre mesure les infirmiers (3 000) représentent les métiers avec les besoins en professionnel les plus forts à l'horizon 2030 dans notre scénario central. En proportion, ce sont les effectifs des métiers de la rééducation qui augmenteraient le plus avec une hausse de 72% sur la période (scénario central).

II - BESOINS EN FORMATION

Comme on a pu le voir précédemment, le lien emploi-formation des métiers sanitaires et sociaux est fort. L'alimentation des métiers du secteur dépend fortement des formations menant aux diplômes d'Etat du sanitaire et du social. Se pose alors la question de l'adéquation en volume et en contenu de ces formations par rapport aux besoins en emploi dans la région Ile-de-France.

1. Des formations en question

a) Des formations perçues de manière très hétérogènes

La perception qu'ont les employeurs sur les formations sanitaires et sociales dépend de nombreux facteurs, les principaux étant relatifs au type de structures : le niveau de dépendance du public, le mode de prise en charge (domicile/établissement), et le rôle de la structure dans la prise en charge globale de la personne âgée.

L'exemple de la perception du diplôme AVS cristallise la dichotomie domicile/établissement. Ainsi, le secteur du domicile va considérer les AVS diplômés au même niveau que les AMP/AS (les AS ayant un volet soin supplémentaire cependant) avec une même rémunération et un même rang pour ces trois qualifications dans les différentes classifications de branche. A propos du diplôme AVS, un responsable de secteur parle ainsi de « diplôme très pointu ». A domicile, chacun de ces trois diplômes est vu comme apportant des capacités spécifiques mais toutes mobilisables dans la réalisation des missions des postes.

A l'inverse, le travail en structure va hiérarchiser ces diplômes. **Le DEAVS y est fortement déprécié par rapport aux deux autres.** Ce diplôme n'est pas pris en compte dans de nombreuses structures, qui vont alors recruter des titulaires du DEAVS en tant qu'ASH. La formation d'AMP est inégalement perçue. **Certains Ehpad vont ainsi considérer les AMP comme des AS qui auraient reçu une formation moins adaptée à leur structure. Cette perception peut s'expliquer par la médicalisation croissante des Ehpad, nécessitant un personnel orienté « sanitaire » plutôt que médico-social.** Pour autant, d'autres structures vont reconnaître des compétences spécifiques aux titulaires du DE AMP. Cette formation permettrait un meilleur accompagnement quotidien en PASA, UVP ou UHR car davantage axée sur la stimulation cognitive et l'accompagnement que le DE AS.

« Je ne me suis jamais vraiment posé la question de ce qu'apportait un AMP par rapport aux AS [...] je l'ai positionné au même titre que l'AS mais semblerait-il que ce soit un niveau un petit peu inférieur. Je pense que les AMP auraient leur place en PASA, où c'est vraiment un accompagnement de résidents qui commencent à subir leur maladie neuro-dégénérative mais qui peuvent être stimulés tout au long de la journée » (M. V., directeur d'un Ehpad associatif)

En accueil de jour, ce profil est également apprécié pour sa capacité à proposer des activités aux personnes accompagnées. Toutefois, ces capacités peuvent parfois être considérées comme limitées, au regard des pathologies ou du public pris en charge dans ce type d'établissement.

« On avait l'idée en créant les accueils de jour de les organiser autour de professions telles que les AMP. Sauf qu'ils ont des niveaux de formation insuffisants dans un accueil de jour, je ne vois pas la différence de ce point de vue-là entre AMP et AES. Sur la présentation générale, on parle d'animation sauf que dans un accueil de jour on n'en est pas au stade de l'animation, on fait des activités toute la journée, il faut avoir beaucoup de ressources. [...] Une AMP à temps plein on va lui demander 6 ou 7 activités dans la semaine, ça se construit, et puis ça va 5 minutes la lecture. Il faut se renouveler pour des gens qui certes perdent la mémoire, mais pas complètement non plus et cherchent à être stimulés [...] Dans les accueils de jour, il y en a qui arrivent et qui disent : "on dit que j'ai une pathologie de la mémoire, faites-moi travailler". Vous ajoutez à ça le fait que dans notre arrondissement on ait des polytechniciens, des agrégés de lettre, et qu'on leur propose d'enfiler des perles, on n'est plus dans ce qu'ils attendent » (Mme C., directrice d'un accueil de jour associatif)

Pour certains professionnels du secteur, **les distinctions entre les diplômes de niveau V sont assez anecdotiques** dans la mesure où les capacités relationnelles sont souvent perçues comme plus importantes que les capacités purement techniques.

« En fin de compte le diplôme c'est bien, mais on peut être diplômé et mal travailler, et ne pas être diplômé et bien travailler. Le savoir-être vaut quasiment plus que le savoir-faire parfois alors oui il faut de la technicité,

ça c'est normal [...] quand vous êtes dans une relation de l'un à l'autre, notamment chez nous avec les Alzheimer, vous devez être encore plus vigilants et respectueux parce qu'ils sont beaucoup dans le ressenti, un Alzheimer va détecter une attitude amicale ou inamicale en fonction de votre regard, gestuelle, du ton de votre voix... » (M.D., Directeur administratif et financier d'un groupe d'Ehpad privé à but lucratif, ancien directeur d'Ehpad)

« Je viens de recruter une jeune AS qui vient de sortir de l'école l'été dernier, et elle est hyper compétente. Le domicile c'est aussi beaucoup de relationnel, il faut être hyper autonome et elle l'est. Par rapport à sa formation je n'ai rien à dire, on sait très bien qu'il y a une formation, mais que chaque personne est différente » (Mme E., infirmière coordinatrice d'un SSIAD)

Concernant le DEI mais également le DEAS, les responsables des structures prenant en charge les individus aux pathologies les plus lourdes ou stade le plus avancé (c'est-à-dire les Ehpad, USLD, USP) font état d'une **perte de savoir-faire techniques, notamment dans la réalisation de gestes de soin.**

« Plusieurs infirmières ne savaient pas changer une sonde urinaire, enlever un pansement, piquer. Ce sont des gestes infirmiers habituels. Il y a un problème de formation. Il faut absolument qu'on passe par là, on a eu une infirmière nouvellement formée, qui ne savait pas faire un dextro, régler l'insuline, et elle trouvait qu'elle avait une formation suffisante. » (Dr. F., médecin conseiller médical d'un groupement d'Ehpad)

Cette baisse du niveau technique ressentie sur les métiers d'infirmier et d'aide-soignant s'expliquerait par deux phénomènes. Tout d'abord par un virage pris dans la formation des étudiants infirmiers avec la réorganisation de leur formation par l'arrêté du 31 juillet 2009. La formation aurait ainsi gagné en connaissances théoriques et en réflexivité et aurait perdu dans l'acquisition des capacités en pratiques de soins. Les stages, moins nombreux mais plus longs, gagnent alors en influence dans l'acquisition des gestes techniques¹⁶⁴ mais le déficit d'encadrement ne facilite pas leur bonne réalisation. L'arrêté du 22 octobre 2005 sur la formation d'AS est critiqué (dans une moindre mesure) pour des raisons similaires (baisse de la durée de stages, formation portée davantage sur l'accompagnement et moins sur les soins).

« L'exigence de technicité des AS est du même niveau dans le sanitaire qu'en Ehpad maintenant, parce qu'on accueille très peu de personnes qui sont encore capables d'un peu d'autonomie. Et ça va de plus en plus vers ça, le maintien à domicile fait que les personnes arrivent en Ehpad quand elles ont déjà épuisé tous les moyens de rester à domicile et donc vraiment pour des accompagnements de fin de vie. On entre dans les soins palliatifs, il y a besoin d'une technicité pour manipuler les gens, évaluer la douleur... Il y a besoin de relationnel [dans la formation] mais je trouve que ça s'est fait au détriment de la technicité de certains soignants. C'était bien d'insister sur [le relationnel] parce que ça manquait, mais il faudrait maintenant rééquilibrer un peu, mieux doser » (Mme M., directrice d'un Ehpad privé commercial)

« La refonte du diplôme infirmier pose de vrais problèmes de compétences pratiques à l'arrivée. On a élevé le niveau universitaire, ce qui ne me pose vraiment pas de problème mais au niveau pratique ils sont moins bien formés qu'avant. » (Mme R., DRH d'une USLD/USP)

Le second phénomène expliquant cette perception est l'évolution du secteur. Comme expliqué précédemment, la hausse du nombre de personnes âgées (donc de personnes âgées dépendantes) conjuguée à la politique de maintien à domicile amènent les structures à accueillir les personnes les plus dépendantes et/ou malades. Les gestes techniques de soins et les besoins en connaissance des pathologies liées au vieillissement et de leurs prises en charge sont alors plus importants. On assiste à une démarcation entre d'un côté les structures et services se rapprochant du sanitaire (Ehpad, SSIAD, USLD), amenées à avoir des besoins similaires à ceux de l'hôpital, et de l'autre, ceux assurant la prise en charge de personnes moins dépendantes, ou réalisant peu ou pas d'actes de soin (SAAD, accueils de jour, résidences autonomes). Ces derniers ont des besoins en formation axés sur la prévention (réalisation d'activités en adéquation avec les besoins des personnes et leurs pathologies), l'évaluation de l'état d'une personne, et sur une approche plus large (moins orientée vers le soin mais plus vers la dimension sociale).

Enfin, le rôle de l'infirmier, dans le contexte de la structure médico-sociale, est orienté vers la coordination de soignants en sous-effectif et moins dans la réalisation de soins, (qu'il n'aura pas le temps de faire) ce qui aurait pour conséquence une baisse de la technicité dans la réalisation de ceux-ci, faute de pratique.

« A ce jour une infirmière en Ehpad a à sa charge à peu près 80 lits donc elle a un rôle d'organisation et de coordination des soins. » (ARS Ile-de-France)

¹⁶⁴ Pour approfondir sur l'impact de la réforme de 2009 sur la formation d'IDE, voir Gonnard S. et Pardini B, « L'emploi et la formation des infirmiers franciliens », Défi Métiers, Octobre 2016, pp.53-61

Bien que le secteur médico-social ait toujours nécessité un niveau de technicité inférieur au sanitaire, cette baisse ressentie liée à l'évolution de la formation irait dans le sens inverse des besoins des structures. Le « transfert » de résidents d'USLD vers les Ehpad ainsi que la détérioration de l'état de santé des résidents en structure de manière plus générale nécessiteraient un renforcement des savoir-faire.

En revanche, les formations menant aux diplômes de la rééducation sont jugées adéquates et les employeurs en sont très satisfaits. Les capacités et activités très spécifiques de ces métiers compliquent leur évaluation par les employeurs, surtout couplées à leur faible effectif (souvent à temps partiel). L'évolution des formations et de leurs besoins liés aux personnes âgées est donc davantage analysée ici par le prisme des responsables des instituts de formation.

Le DE psychomotricien permet d'acquérir de bonnes capacités tournées vers les personnes âgées dans les domaines clinique, de l'évaluation (notamment la recherche sur les facteurs prédictifs de chute, très appréciée), de la prévention, mais aussi des pratiques (communication avec la personne âgée, l'aider « sans faire à sa place »). Les connaissances de l'environnement institutionnel ont également été renforcées (acteurs institutionnels, les différents types de structures, les plans de santé). De nouvelles pratiques axées sur la mise en situation se développent, pouvant être ciblées sur les personnes âgées.

« Dès la deuxième année, on leur fait faire un dossier de gériatrie pour justement mettre l'accent sur la situation clinique. On leur demande d'aller chercher des connaissances pour comprendre le cas clinique, ses facteurs, le pourquoi de l'intervention... On a aussi comme en IFSI le service sanitaire à mettre en place, et notamment les stratégies de promotion de la santé et de prévention auprès de publics divers dont les personnes âgées. Dans ce cadre on va choisir des thématiques comme l'activité physique et la nutrition autour desquelles on va construire des projets de promotion de la santé et intervenir auprès de publics notamment en Ehpad dans le cadre de la prévention primaire. Ce sont des situations qui vont mettre les étudiants en situation de compréhension des problématiques du grand âge. » (Centre de formation aux métiers de la rééducation)

La formation d'ergothérapeute est également considérée comme très complète dans la prise en charge des personnes âgées, avec des volets portant sur l'évaluation, l'aménagement du lieu de vie, la conduite de soins et d'activités de réadaptation pluridimensionnelle (soins, rééducation, mais aussi réadaptation psychologique et sociale) via des enseignements transdisciplinaires. Cette particularité apporte un enseignement moins axé sur les disciplines médicales mais davantage sur les personnes prises en charge dans leur globalité.

« Depuis la réforme de 2011, on a un module spécifique gériatrie en 2ème année. Mais en réalité la personne âgée intervient dès le début de la formation puisqu'elle a des spécificités. On a des apprentissages au niveau des sciences médicales, des sciences humaines avec des notions de psychologie et sociologie autour du vieillissement qui n'est plus le même. » (Institut de formation en ergothérapie)

La prise en compte des spécificités du public (personne handicapée, personne âgée dépendante ou sportif en rééducation) est particulièrement prégnante dans l'exercice des métiers de psychomotricien et d'ergothérapeute, ce qui explique que les formations soient totalement adaptées à la prise en charge des personnes âgées. Le travail en équipe pluridisciplinaire trouve aussi sa place dans la formation de ces professionnels dans cette optique de prise en charge globale de la personne.

« Avec la réforme on fait venir aussi des ergothérapeutes pour montrer que ce sont des thématiques sur lesquelles les professionnels ont intérêt à travailler ensemble, mais avec des rôles propres à définir pour éviter les confusions et faciliter le parcours d'orientation du patient vers tel ou tel professionnel » (Centre de formation aux métiers de la rééducation)

« Comme on forme énormément de professions paramédicales [ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, IDE, psychomotricien] on a un module sur les 3 ans commun à toutes les formations sur l'interdisciplinarité. Ça commence par la connaissance des métiers des autres la première année avec une simple présentation. La deuxième année ils ont à réaliser un travail commun sur la connaissance des métiers de l'autre sous la forme d'un petit film, et en troisième année ils travaillent sur des cas issus des différents services du centre hospitaliers. On leur propose de travailler sous forme de staff sur des cas en Ehpad ou domicile, comme s'ils formaient une équipe. Ils présentent les différentes démarches, les bilans. » (Centre de formation aux métiers de niveau II et III du secteur)

b) Les stages un levier identifié mais difficilement mobilisé

Un consensus existe quant à l'importance de la mise en situation professionnelle dans l'apprentissage des métiers du secteur. L'insertion professionnelle dans le secteur médico-social des personnes âgées est

fortement conditionnée par la réussite des stages. Dans les professions paramédicales, le stage est vu comme le temps de formation permettant l'acquisition des compétences opérationnelles. Il s'agit alors de l'élément central de la formation du point de vue des employeurs, notamment du fait de la perte de compétences techniques observée sur certaines formations théoriques (AS, IDE).

« Aujourd'hui ce qui va être déterminant pour les AS ou IDE c'est vraiment le parcours de stage qu'ils vont choisir [...] les IDE ont un niveau licence qui est légitime mais il y a moins de stage, donc leur maîtrise de la pratique va vraiment dépendre de la pertinence des étudiants à choisir leur stage pour apprendre un certain nombre de techniques. Typiquement, les calculs de doses – qui sont basiques – ou un certain nombre d'autres gestes, si vous ne les avez pas faits en stage... » (Mme R., DRH d'une USLD/USP)

Par ailleurs, le fait de devoir réaliser ses stages dans des structures différentes permet de susciter un intérêt parmi des stagiaires et étudiants pour un secteur initialement peu valorisé. Certains organismes de formation espéraient également faire du stage un levier d'attraction vers le domicile. Du côté des employeurs, le stage permet d'alimenter leur vivier de candidats présentant des garanties, notamment en termes de relationnel et de savoir-être. Si l'obtention d'un stage ne pose pas de problème dans les filières débouchant sur les métiers les plus représentés (DEI, DEAS, DEAMP), différents freins ont pu être observés pour d'autres formations.

Dans les métiers de la rééducation, les faibles effectifs en structure peuvent rendre difficile la prise en charge de stagiaires (notamment en l'absence d'une personne en temps plein sur le site). Ils seront cependant amenés à travailler auprès de personnes âgées lors d'un stage en libéral. Le même problème se pose pour les contrats d'apprentissage qui sont conditionnés à la présence d'un tuteur sur l'ensemble des périodes de formation pratique.

De manière générale, un manque d'encadrement des stagiaires est regretté, quelle que soit la formation poursuivie. Cette situation peut entraîner des difficultés dans le déroulement du stage.

« On est confronté aux mêmes problématiques avec les autres formations, on a de moins en moins de professionnels sur place, déjà pour s'occuper des patients et ça pose un problème pour s'occuper des stagiaires. Ça a probablement un impact sur la façon dont on voit le type de pratiques de secteurs. » (Centre de formation aux métiers de la rééducation)

La problématique est toute autre pour les stagiaires de la formation Bac Pro ASSP, qui vont être peu demandés sur les métiers de l'accompagnement. La place de ce diplôme dans le secteur est mal définie et peu connue. Ces élèves du bac pro briguent des stages pour lesquels les DE AS et AMP sont privilégiés. Le jeune âge des élèves du Bac Pro ASSP est également un frein :

« J'ai lâché l'affaire, ça fait un moment qu'on ne prend plus ce genre de stagiaire. D'abord parce qu'on a beaucoup de demandes, on privilégie les stagiaires dont on a les métiers au sein de la structure. Ensuite parce qu'on avait affaire à des gens très jeunes qui n'avaient pas la maturité pour comprendre ce qui se passait, avoir l'analyse nécessaire, qui sortaient de là en disant « c'est sympa on est gentil avec les gens, on rigole bien, on fait des tartes et on danse » mais sans voir la finalité de nos actions et de l'organisation. [...] Ce n'est pas exclusif à cette formation-là mais disons que c'est beaucoup plus fréquent. » (Mme C., directrice d'un accueil de jour associatif)

Des situations difficiles ont pu être rencontrées par les AS et futurs infirmiers dès leurs stages dans ce type de structure, pouvant entraîner une vision négative du domaine à long terme chez ces personnels en formation.

« Moi j'ai des étudiants qui ont été en Ehpad et qui en sont revenus heureux, ça c'est bien passé. Et vous avez des maisons de retraite où il y a... comment dire... un peu moins de bienveillance, car je ne pourrais pas aller jusqu'à dire de la maltraitance. Et ces étudiants se disent "non". On devient schizophrène. On est en train de leur apprendre les bonnes pratiques, les valeurs d'humanité, de bienveillance, et dans certains services on est complètement en dehors de ça. » (Institut de Formation en soins infirmiers)

Le stage apparaît comme étant un facteur d'attractivité fondamental, cependant, faute de moyens humains, il peut parfois s'avérer démobilisateur et contreproductif pour l'image du secteur (Cf. figure suivante).

Figure 19 : Cercle vicieux dans un environnement budgétaire contraint



2. Une inquiétude globale quant à l'évolution des différentes formations

a) Aides-soignants : des professionnels au cœur du secteur, aujourd'hui plus difficiles à recruter

Malgré le constat d'une perte de niveau technique dans la réalisation de soins, le métier est indispensable dans le secteur et sera amené à voir ses effectifs augmenter, tant les employeurs ont souligné des besoins sur ses activités dans leurs structures. **Une formation davantage axée sur la réalisation des soins et la connaissance des pathologies et de leur prise en charge irait dans le sens attendu par les employeurs étant donnée la hausse de la dépendance du public pris en charge. La réalisation de la formation continue d'ASG permet une spécialisation sectorielle globalement très appréciée.** Son manque actuel de reconnaissance (non diplômante, avec une hausse de salaire instituée dans certains types de structures et unités seulement) pourrait être questionné (a fortiori si la formation ADPFM devient effectivement de niveau IV en 2020) tant elle paraît adaptée aux besoins du secteur. **Les critiques visant la formation ASG se concentrent sur sa spécialisation se limitant trop aux troubles cognitifs qui ne permet pas d'avoir un enseignement généraliste sur l'ensemble des problématiques gériatriques. Il faudrait cependant pour cela concevoir une formation beaucoup plus longue.** L'ASG pourrait alors également avoir ce rôle intermédiaire entre l'AS et l'IDE facilitant les passerelles entre les deux diplômes. Si la proposition n°111 du rapport Libault (« organiser une montée en compétences des personnels sur les troubles cognitifs ») était retenue par le gouvernement, **la formation ASG pourrait faire l'objet d'une forte demande.** En effet, le rapport propose de faire dépendre l'abondement de certains financements à la présence d'un taux d'ASG dans les équipes (dans toutes les structures à destination des personnes âgées).

Malgré le constat d'une perte de niveau technique dans la réalisation de soins, le métier est indispensable dans le secteur et sera amené à voir ses effectifs augmenter

Le métier d'AS est celui pour lequel les employeurs ont le plus de difficultés de recrutement, bien que celles-ci soient hétérogènes. Or, comme on l'a vu précédemment, on constate une baisse du nombre de diplômés en formation d'AS (- 600 diplômés entre 2017 et 2018, soit une chute de 15% d'après les chiffres de la Région). Les chiffres de la DREES font également état d'une baisse d'attractivité de la formation, avec une baisse de 14% du nombre de candidatures entre 2016 et 2017 qui est à souligner.

Ainsi, l'APHP a des difficultés pour remplir ses promotions pour le DEAS, notamment en raison de la forte diminution du recrutement d'ASH, qui constituaient un contingent important de ses formés. La perte de ce vivier interne diminue de fait le nombre de formés et le nombre de professionnels recrutés. Ce recul de la promotion interne entraîne des besoins en recrutement. L'APHP étant un employeur très important – et très attractif pour les AS – une hausse de son offre d'emploi à destination des AS risque d'augmenter la demande de l'ensemble du sanitaire et du médico-social et accroître les difficultés de recrutement pour les autres structures.

La diminution du nombre de candidats à la formation (-13% entre 2012 et 2017) et la baisse brutale du nombre de diplômés (-15% entre 2017 et 2018) peut traduire une baisse d'attractivité de la formation. Cette baisse des candidats reste cependant moins importante qu'au niveau national (-25%). La progression salariale des AS dans la convention collective nationale 51 (Fehap), fait évoluer progressivement de 110€ brut le salaire de base des AS entre 2017 et 2019. Cette augmentation peut contribuer à une amélioration des conditions d'emploi et souligne une volonté de revalorisation du métier.

Cependant, les difficultés de recrutement viennent également en partie des « stratégies » des professionnels. En effet, des employeurs ont fait part des difficultés de recruter des AS en CDI, celles-ci privilégiant le CDD qui leur permet de majorer leur salaire via l'indemnité compensatrice des congés payés et la prime de précarité. Se sachant recherchés sur ce « marché inversé », ces professionnels ne ressentent pas le besoin de se « sécuriser » via un CDI. Il en résulte un turn-over important, augmentant de fait les probabilités de recrutement difficile.

b) Infirmiers : des critiques sur l'évolution de la formation et du métier, des interrogations sur la pratique avancée

La formation d'infirmier a connu d'importants changements ces dernières années. Certaines évolutions récentes et à venir de la formation d'infirmier inquiètent (réforme de 2009, admission par Parcoursup) quand d'autres pourraient impacter positivement la prise en charge des personnes âgées (création des Master d'Infirmier en pratique avancée).

Comme nous l'avons vu précédemment, pour beaucoup d'employeurs du secteur, **les infirmiers récemment formés seraient moins capables de réaliser des gestes de soin qu'auparavant.** La partie du secteur prenant en charge les personnes les plus malades et dépendantes (USLD et Ehpad) souhaiterait un renforcement de la formation sur ce volet.

Alors que l'évolution de la formation d'IDE depuis la réforme de 2009 (voir supra) est perçue négativement par les employeurs du secteur, l'admission par Parcoursup' (effective depuis 2019) et non plus sur concours en IFSI accroît les inquiétudes sur la profession : « *Infirmier ça va dégringoler, il n'y a plus de concours d'entrée, plus d'examen final, on les juge au fil de l'eau* » ; « *Tout le monde peut rentrer en école d'infirmière avec n'importe quel bac* ». Pour les formateurs, ce nouveau mode de sélection est principalement contesté car il ne permet pas d'évaluer la motivation des étudiants dans leur choix (réel projet professionnel autour des métiers d'infirmier ou simple « filet de sécurité » si la plateforme n'accède pas à ses premiers vœux). Le recrutement basé uniquement sur les notes risquerait alors d'augmenter le nombre d'abandons ou de non-inscriptions.

« Peu importe le bac de l'étudiant, si on avait accès au premier choix de l'étudiant, on le retiendrait s'il a mis infirmier en premier choix, on lui mettrait par exemple 3 points en plus parce que c'est le premier projet professionnel. Alors qu'avec Parcoursup' on sélectionne sur les notes mais on ne connaît pas le choix de l'étudiant. On peut donc choisir un étudiant pour qui c'était le 10^{ème} choix, et on ne le verra jamais chez nous, ou il s'en ira après le premier stage. On sait qu'un étudiant, même s'il n'a pas le niveau, s'il a envie de faire ça, on va l'aider avec l'accompagnement pédagogique, le soutenir, il va y arriver et restera dans nos métiers. » (Institut de Formation en soins infirmiers)

Autre question forte sur l'évolution du métier, **le développement de l'infirmier en pratique avancée (IPA).** Issue de l'article 119 de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 et mise en place par le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018, cette réforme crée un diplôme d'Etat (niveau I) d'infirmier

spécialisé. Ce diplôme permet ainsi à l'IPA d'avoir des « compétences élargies » lui permettant d'effectuer des actes techniques, d'évaluation et de prévention auparavant réservés au médecin. Le décret définit également les domaines d'interventions dans lesquels l'IPA peut intervenir (pathologies chroniques stabilisées, polyopathologies courantes en soins primaires, oncologie, maladie rénale). Certains professionnels questionnent la pertinence du diplôme auprès des personnes âgées, qui nécessitent une approche globale alors que les IPA sont spécialisés sur des domaines précis. Les avis sur son positionnement et sa pertinence divergent alors, **certain estimant que ce professionnel serait trop spécialisé par rapport à l'approche généraliste du secteur, quand d'autres avancent que l'intervention en pathologies chroniques stabilisées et en polyopathologies courantes serait une véritable valeur ajoutée.** Bien que leurs attributions ne soient pas les mêmes, la place des IPA à temps plein permettrait néanmoins de compenser partiellement la faible présence du médecin coordonnateur, rarement à temps plein dans les Ehpad.

« Les IPA peuvent faire plus de choses, des choses qui antérieurement étaient réservées au domaine médical. Dans le cadre du suivi des maladies chroniques stabilisées, l'IPA peut les recevoir, leur demander des examens de sang, les interpréter et éventuellement faire des adaptations de traitement. En revanche, c'est toujours dans le cadre d'un partenariat avec un médecin. » (ARS Ile-de-France)

« Puisqu'on a besoin de soignants, autant transférer vers une infirmière formée ou un cadre infirmier des missions du médecin coordonnateur qu'ils pourraient très bien faire, voire mieux faire. » (ARS Ile-de-France)

« Si l'IPA pouvait aller à domicile et adapter le traitement, ce serait très bien » (Fédération Hospitalière de France)

Il est actuellement difficile d'estimer le nombre d'IPA amenés à travailler dans le secteur ces prochaines années. Une première promotion de 25 IPA aura achevé sa formation en Ile-de-France à l'été 2019, suivie d'une autre de 100 l'année suivante. Si ce dernier chiffre pourrait donner une estimation du nombre de formés annuellement en Ile-de-France dans les années à venir, rien ne permet de faire d'estimation sur les effectifs entrant dans le secteur.

Le nombre de places en formation du DE d'infirmier est resté stable ces dernières années (environ 6000 depuis 2011). Après avoir fortement augmenté entre 2012 et 2016 (+17%), le nombre de candidatures a diminué de 14% l'année suivante. Cette baisse est à souligner bien que le nombre de candidats reste largement supérieur à celui des places en formation (plus de 15 000 candidats pour 6000 places en Ile-de-France¹⁶⁵).

c) AES : une place à trouver en accueil de jour et en Ehpad, une valorisation nécessaire à domicile

Si les fonctions d'accompagnement et d'aide dans la vie quotidienne de l'AMP sont communes avec l'AS (et l'AVS dans certaines structures), sa principale spécificité réside dans ses activités de maintien des capacités et de l'autonomie. **Or, la majeure partie du secteur (Ehpad et aide à domicile) se prête assez peu à la mobilisation et reconnaissance des compétences éducatives du métier en raison de l'importance des soins à apporter et de l'état de santé du public.** L'AMP y a donc un rôle similaire à l'AS, avec cependant des capacités moindres en soins. Le métier souffre aussi de l'absence de professionnels du social pour l'encadrer et gérer des projets en lien avec ces compétences. **Il en résulte que les AMP sont souvent des « faisant-fonction » d'AS. L'AMP se démarque cependant avec l'essor de nouvelles méthodes de prise en charge non médicamenteuses** pour lesquelles le métier semble mieux armé que celui d'AS (méthode Montessori, approche Snoezelen) ainsi qu'une connaissance plus approfondie de certaines pathologies neurologiques (Alzheimer principalement). Par

L'arrivée à des âges avancés de personnes en situation de handicap pourrait créer des besoins en AMP, dont la formation est adaptée à ces publics

¹⁶⁵ Chiffres issus de l'enquête école de la DREES (nombre de candidats) et des bases de données de la Région (nombre de places en formation)

ailleurs, la formation d'ASG, ouverte aux AMP, peut venir renforcer leurs spécificités dans leur approche des publics ayant des troubles cognitifs, à la frontière entre le soin et le social.

En outre, l'arrivée à des âges avancés de personnes en situation de handicap pourrait également créer des besoins en AMP, tant le métier est reconnu comme adapté à ce public qui « leur permet de valoriser la spécificité de leur formation »¹⁶⁶.

La place de l'AMP pourrait aussi se renforcer, avec la hausse des besoins d'accompagnement des personnes nécessitant une stimulation cognitive (notamment les malades atteints d'Alzheimer), dans les accueils de jour, ou PASA, UHR et UVP en Ehpad. Néanmoins, l'essor des métiers spécialisés dans des activités de thérapies non médicamenteuses (arthérapeute, musicothérapeute) et dans l'animation (BPJEPS), pourrait se faire au détriment de l'AES/AMP, notamment en accueil de jour, bien que les rôles ne soient pas les mêmes. L'attractivité de la formation a peu évolué en Ile-de-France jusqu'à la fusion de 2016 (baisse de 6% du nombre de candidats entre 2012 et 2015) alors que le nombre de places a légèrement augmenté dans le même temps (+3%).

Bien que le DEAVS soit relativement déprécié au sein des structures médicalisées, il reste pourtant une opportunité de professionnalisation pour de nombreuses personnes peu ou pas diplômées. Comme vu précédemment, le diplôme d'AVS est majoritairement obtenu via la VAE (4 290 diplômés via la VAE entre 2007 et 2016 contre 4 099 en formation) en Ile-de-France, quand la VAE représente moins de 10% des diplômés AS et AMP sur cette même période (2007-2016). Une tendance des stagiaires à privilégier le DEAMP au DEAVS se retrouve dans le choix de l'option du DEAES. **Les organismes de formation rencontrés éprouvent de fortes difficultés à avoir des promotions d'AES « à domicile » alors que le secteur de l'aide à domicile fait face à une forte demande.**

Dans le même temps, la hausse du niveau de dépendance et de pathologies des personnes prises en charge à domicile implique des exigences accrues de la part des employeurs en termes de capacités. Notamment en termes de repérage des fragilités, d'évaluation de l'état de santé, de connaissance des pathologies, de prévention, de communication et de travail en équipe. La consolidation de l'ensemble de ces savoirs ne pourra être acquise au cours de la seule formation AES. La nouvelle certification « accompagnant au domicile de personnes à fragilités multiples » (ADPFM) pourrait compléter la formation et offrir des possibilités d'évolution.

L'écart d'attractivité entre les options à domicile et en structure pose la question des passerelles entre les différents lieux d'exercice (notamment du fait de l'inadéquation entre les choix des stagiaires et les besoins en volume). Pour l'heure, la législation semble assez peu lisible sur la question.

« Entre la DGCS, la DGOS et les ARS, personne n'a le même discours sur le DEAES, pour le moment il y a des ARS qui acceptent que les services à domicile embauchent des DEAES option structure et il y en a qui refusent. Nous, on a interpellé la DGCS et la DGOS mais pour l'instant on n'a pas de réponse claire et facilement applicable pour les structures » (Branche de l'aide à domicile associative)

Si les effectifs en formation dans l'option « à domicile » sont faibles par rapport au nombre de professionnels demandés, notamment en comparaison avec le DEAMP/AES option en structure, cette faiblesse est à relativiser. Le recours à la VAE reste particulièrement fort (environ 50% des diplômés) en raison des difficultés de recrutement et des importants besoins en main-d'œuvre. **Par ailleurs, une importante partie des SAAD semble recruter les AES indistinctement de leur option sans que cela ne pose question en termes de capacités** (« On confronte encore le domicile et la structure alors que le métier est le même », M.K., directeur d'un SAAD privé à but lucratif). Des AES « en structure » peuvent alors être amenés à travailler à domicile, pour une question de débouchés, alors que les Ehpad restent imperméables aux AES « à domicile » (sauf à travailler comme ASH). Enfin, notons que l'offre de formation est extrêmement éclatée entre un grand nombre de certifications concurrençant le DEAES « à domicile » (notamment le bac pro ASSP option « à domicile », le TP ADVF et la certification professionnelle « assistant de vie dépendance »). A l'inverse, les diplômés d'État ont le monopole des formations des accompagnants en structure. Ainsi, il semble que la préférence des élèves pour l'option « en structure » plutôt que pour l'option « à domicile » pourrait bien répondre à un choix rationnel en rapport avec la situation du marché du travail, l'option « en structure » leur permettant de postuler à la fois à domicile et à la fois en institution. La question de la pertinence du cloisonnement de ces professionnels en deux options se pose alors.

¹⁶⁶ PARDINI Béatrice, « Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides, médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale », Rapport d'étude, Défi métiers, novembre 2013, p.36

d) Cadre de santé : recentrer la fonction sur le management, une place à construire « hors les murs »

La formation de cadre de santé est appréciée et jugée adaptée au secteur par les employeurs. Cependant leurs tâches portent trop souvent sur de l'administratif au dépend du management (pour des raisons de contrainte d'effectif et de temps).

« Il y a un décalage entre les tensions du terrain et ce qu'on leur a appris du poste. Ils sont tout le temps en train de gérer les flux de patients, les recrutements, les plannings, la T2A, la gestion des médecins, familles et patients. Du coup ils sont un peu loin de la manière dont on leur a vendu la formation. » (Mme R., DRH d'une USLD/USP)

Cependant, la formation semble moins adaptée à d'autres secteurs et un projet de réingénierie de celle-ci est en cours. Dans le cadre du plan « ma santé 2022 », le rapport de 2018 d'Aurélien Rousseau (ARS Ile-de-France) et Christine D'Autume (IGAS) marque ainsi une volonté de « faire de la compétence managériale le socle de la fonction de cadre de santé [...] au détriment des activités principalement gestionnaires »¹⁶⁷. Cette réorientation de la fonction ne serait cependant réalisable qu'avec la présence d'un personnel en renfort sur le volet gestion/administration, posant la question de sa faisabilité au regard du contexte budgétaire du secteur. Le rapport préconise également de faire des cadres de santé hospitaliers des coordinateurs du parcours médical des individus. On pourrait envisager ainsi, en ce qui concerne la prise en charge du grand âge, que soit dévolue aux cadres de santé un rôle de responsable d'unités d'Ehpad « hors les murs ».

e) Dans la rééducation : des diplômes en plein essor, une augmentation du nombre de professionnels franciliens à venir

Les difficultés de recrutement sur les métiers de la rééducation (psychomotriciens et ergothérapeutes) rencontrées par les structures ces dernières années semblent se résorber. Le plan Alzheimer (2008-2012) a permis une augmentation importante du nombre de places en Ile-de-France pour les DEP et DEE. Cependant, des difficultés persistent, parmi les kinésithérapeutes libéraux (en raison de la forte demande d'intervention) et les psychomotriciens. Ces difficultés sont renforcées par le fait que les recrutements de psychomotriciens soient souvent à temps partiel, nécessitant une organisation ou des temps de déplacement plus importants afin d'être à temps plein, ce qui peut être désincitatif.

Le DE psychomotricien est très attractif – en atteste le ratio de candidats par place en IDF, proche de 10. D'après l'ARS, et conformément au Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales, le nombre de places dans cette formation est amené à augmenter ces prochaines années.

De plus, le travail auprès des personnes âgées serait aujourd'hui davantage attractif pour les psychomotriciens, kinésithérapeutes et ergothérapeutes. Si ce n'est pas le cas en début de formation, la réalisation de stages et l'accent mis sur ce public durant la formation mettraient en lumière l'intérêt du travail auprès de ce public :

« 70% veulent travailler dans le sport, c'est l'image qu'ils ont du métier, du coup tout notre projet pédagogique c'est de modifier ces représentations pour répondre aux besoins de santé, notamment des personnes âgées. On a déployé des enseignements, des sensibilisations, des mises en situation pour essayer de renverser ça. [...] Il y a une grande place pour les personnes âgées dans notre formation : la santé publique, la physiologie du vieillissement, pour qu'ils comprennent d'où viennent les incapacités des personnes âgées et leurs rôles propres. On a beaucoup d'enseignements médicaux aussi, avec des gériatres qui interviennent. [...] On a une grande partie de la formation qui est liée à l'évaluation. Il y a un gros travail qui a été fait ces dernières années avec la recherche de facteurs prédictifs de chute. On essaie de mettre ça en place très tôt pour montrer qu'il y a aussi une démarche scientifique dans la démarche clinique, ça attire les étudiants. » (Institut de formation en kinésithérapie)

Dans l'optique d'un maintien à domicile et dans la logique du « bien-vieillir », la place des professionnels issus des filières de la rééducation est amenée à prendre une importance croissante. Sans forcément travailler dans les structures entrant dans le périmètre de l'étude, ces professionnels seront amenés à

¹⁶⁷ ROUSSEAU A., D'AUTUME C., *Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière*, 2018, p.14

prendre en charge des personnes âgées. La réorganisation partielle du champ autour de nouveaux coordinateurs (MAIA, Clic, Ehpad « hors les murs ») va renforcer l'interconnexion entre ces professionnels (travaillant dans d'autres services comme les « équipes spécialisées Alzheimer ») et le champ de l'étude.

« L'ergothérapie se développe énormément en libéral, soit en cabinet soit en participant à un service de soins à domicile. La personne âgée est omniprésente, alors qu'avant on avait des prises en charge du handicap ou de la personne âgée. Le ratio était plutôt sur du handicap lourd, aujourd'hui ça bascule. [...] On a un tiers de nos ergothérapeutes qui vont travailler en Ile-de-France auprès des personnes âgées en sortant du diplôme, il y a énormément de recrutement » (Institut de formation en ergothérapie)

« Entre 35 et 45% des étudiants en psychomot' sortent du centre de formation et trouvent immédiatement un poste auprès des personnes âgées dans un Ehpad, dans un ESA, dans un SSR, en PASA. Je crois qu'ils le font volontiers, parce que même s'ils arrivent avec l'idée de travailler avec des enfants, ils sont heureux de travailler en gériatrie. Je n'ai pratiquement pas de retours négatifs. » (Institut de formation en psychomotricité) »

Enfin, la mise en place de la PACES conjointement à l'augmentation du nombre d'organismes de formation dans les autres régions favorisent largement le recrutement d'étudiants franciliens dans les organismes de formation de la région. Alors qu'en 2016, 47% des étudiants psychomotriciens, 35% des ergothérapeutes et 24% des kinésithérapeutes étaient originaires d'autres régions, ces chiffres pourraient être amenés à fortement diminuer. Cette évolution aura un fort impact sur l'installation de professionnels en Ile-de-France¹⁶⁸. Une étude de Défi métiers¹⁶⁹ sur les métiers de la rééducation montrait en effet que sur ces trois métiers, 87% des diplômés d'Ile-de-France originaires de la région s'installaient en Ile-de-France, contre 41% pour les diplômés originaires des autres régions.

3. Quels besoins en formation spécifiques aux gérontechnologies ?

De nombreuses structures et institutions voient dans le développement des technologies du numérique l'une des solutions pour améliorer le « bien vieillir » et la situation des établissements et services médico-sociaux à destination des personnes âgées. Ainsi le projet régional de santé 2018-2022, de l'ARS Ile-de-France, propose, dans son Axe 3, intitulé « Favoriser un égal accès et précoce à l'innovation » de « s'appuyer sur le partenariat avec le Gérontopôle d'Ile-de-France, Gérondif, pour promouvoir la recherche et l'évaluation en gérontologie. » et de « s'appuyer sur les gérontechnologies pour faciliter la vie à domicile des personnes dépendantes¹⁷⁰ ».

Ce développement a un impact sur les professionnels du champ et donc les besoins en emplois et en formations. Cependant, cet impact est très variable selon les métiers. Si les gérontechnologies sont encore assez faiblement implantées dans le secteur, a fortiori au domicile des personnes âgées, elles sont amenées à prendre une place croissante dans le secteur, ce qui fera émerger des pratiques et des besoins en formation peu ou pas encore identifiés.

a) A domicile comme en structure, un impact encore limité pour les professionnels du secteur, à l'exception de ceux de la rééducation

Selon le Baromètre 2016 d'Ipsos pour la Fondation du Bien Vieillir Korian, 43% des Français de plus de 65 ans considèrent comme inenvisageable la solution de « bénéficier de l'aide d'un robot "compagnon" » comme solution à une situation de dépendance qui les toucherait eux-mêmes, et seuls 14% trouvent cette solution « souhaitable et réaliste ». Toujours d'après ce baromètre, les plus de 65 ans ne seraient que 10% à considérer « inenvisageable » de « rester dans [leur] logement actuel en l'adaptant », et 69% à trouver cette dernière solution « souhaitable et réaliste » comme solution à une situation de dépendance. **L'adaptation du logement via des aménagements, du matériel médicalisé ou de la domotique apparaît comme une solution crédible à ces nouvelles perceptions du vieillissement** pour une grande partie de la population.

¹⁶⁸ LE FLOCH, Mathieu, PARDINI, Béatrice « Accompagnement des personnes handicapées en Ile-de-France : impact des mutations sur les besoins en professionnels », Rapport d'étude, Mai 2018, p.87

¹⁶⁹ GUILLOUX, M. PARDINI, B. BEN MEZIAN, M. « Les diplômés d'Etat de la rééducation en Ile-de-France : de nouveaux enjeux emploi-formation », Rapport d'étude, Décembre 2014, p.43

¹⁷⁰ ARS, Projet régional de santé 2018-2022, Améliorons la santé des franciliens, ARS, Plan d'action 2018-2022, p.140, [en ligne]

Si les technologies permettant une adaptation du logement (dans un but de prévention) se développent en effet, les intervenants à domicile (aides à domicile, AVS) n'ont que très peu ou pas à s'en servir. A l'inverse, l'ergothérapeute participe à l'adaptation du lieu de vie et doit donc connaître les différentes technologies. **L'installation proprement dite des différents appareils ne concerne pas les professionnels étudiés**, mais des techniciens d'installation prestataires, pouvant avoir des qualifications spécifiques telles que celles de « technicien services de l'électrodomestique connecté » (titre de niveau IV) ou le BTS « Fluides, énergies, domotique » (niveau III).

En revanche, le développement de la télémédecine, en particulier les « téléconsultations » à domicile ou en structure devrait voir les IDE (et éventuellement les AS ou AVS) maîtriser les capacités nécessaires à la manipulation des outils technologiques liés à ces nouvelles pratiques. Ces connaissances pourraient s'acquérir là aussi dans la sphère personnelle (usage d'un smartphone, de la vidéophonie de type Messenger ou Skype) ou nécessiter un apprentissage spécifique (pose de capteurs, de sondes, etc.).

En matière de mise en place de téléconsultation, et du rôle des infirmiers, des AS ou encore des AVS, les avis divergent. **Certains interlocuteurs ont estimé que les professionnels devront se former sur le volet technologique** (communication de résultats) **mais également sur la réalisation de gestes de soin** (positionner des capteurs, relever le rythme cardiaque...). Pour d'autres, la présence de professionnels sur place ne sera même pas nécessaire (il suffirait de savoir prendre une photo avec un téléphone et de l'envoyer par exemple).

Dans les Ehpad, le coût des gérontechnologies est « mutualisé » entre les résidents, ce qui permet d'en rencontrer davantage et dans une plus grande variété (logiciels de jeu, robots sociaux...). L'impact sur les usages des professionnels devrait en théorie être plus important. Par exemple, apprendre à maîtriser des Softwares (applications de jeu ou d'activités thérapeutiques) semble indispensable pour les professionnels accompagnants. Les besoins en compétences sur ce point sont néanmoins assez faibles, et des formations d'un à deux jours sont assurées soit en interne soit par les promoteurs des technologies.

Les objets connectés collecteurs de données **ne devraient pas nécessiter de nouvelles connaissances technologiques de pointe (programmation, analyse de données, administration de réseaux, etc.) pour les personnels de niveau V**, la collecte de données se faisant automatiquement. Pour leur analyse, « aucune connaissance technique complexe n'est nécessaire » selon un concepteur. L'usage d'outils informatiques dans une visée de coordination et de gestion devrait être majoritairement le fait des professionnels plus qualifiés (IDE, IDEC, Cadre de santé, direction...) et ne nécessite pas de savoir-faire au-delà d'une maîtrise de la bureautique.

C'est dans la rééducation que les professionnels ont et auront le plus à intégrer les gérontechnologies à leurs pratiques. Ils seront amenés à intégrer dans leur travail des nouveaux outils d'évaluation (semelles intelligentes) et de pratique physique (tapis de marche pour seniors, robots sociaux) et être capables de prescrire des solutions adéquates (déambulateur intelligent, aménagement du lieu de vie...). Cela ne devrait pas poser de problèmes à des professionnels développant de l'appétence pour ces technologies : parmi les équipes conceptrices de gérontechnologies, on retrouve des professionnels de la rééducation (psychomotriciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes). Les étudiants ergothérapeutes peuvent même être sollicités pour évaluer des produits avant leur commercialisation.

L'ergothérapeute a ainsi un double rôle dans l'intégration de la technologie dans les lieux de vie des personnes âgées. Le premier rôle est de préconiser l'adaptation nécessaire du lieu de vie, incluant l'intégration d'aides techniques et technologiques. Le deuxième rôle consiste à apprendre aux personnes âgées et aux professionnels accompagnants à utiliser ces technologies afin de limiter les accidents et troubles musculo-squelettiques.

**« On a un quart de nos étudiants qui font un mémoire en lien avec la personne âgée, un tiers en comptant la gérontechnologie. »
(Institut de formation en ergothérapie)**

« En ergothérapie on travaille également sur les aides techniques pour la compensation du handicap. Les gérontechnologies, on a été obligé de les aborder parce que c'est une alternative possible aujourd'hui, on ne peut les ignorer. » (Institut de formation en ergothérapie)

Les gérontechnologies impactent également les pratiques du psychomotricien sur deux aspects. Il se sert de certaines nouvelles technologies comme supports à l'activité, à l'instar de certains robots sociaux (Nao par exemple). Cette utilisation nécessite une connaissance du médium (par ex. le robot), de ses possibilités, de sa plus-value, et de l'adaptation à la personne prise en charge. Le professionnel doit

également être capable de le programmer avant une activité. Il doit également être en capacité de réaliser l'analyse et la lecture de données (évolution d'une donnée de performance dans le temps, croisement d'informations...) issues de ces appareils (semelles connectées, tapis de course, etc...), modifiant la réalisation des tâches de suivi des personnes âgées.

b) Un impact surtout visible sur les fonctions supports, hors « cœur de métier »

L'application concrète de la domotique et de la gérontechnologie est encore floue en ce qui concerne les soignants et les intervenants à domicile selon de nombreux responsables de structure. En revanche, en ce qui concerne d'autres métiers, au sein de la structure ou en périphérie (prestataires, concepteur d'une innovation assurant son utilisation après-vente), le développement de ces nouvelles technologies apparaît plus clairement.

« En termes de technologies qui impacteraient le métier des soignants, pour le moment je n'en vois pas trop. Peut-être en fonctions-support au siège, pour tout ce qui est service informatique, développement d'innovations. » (M. V., directeur d'un Ehpad associatif)

En effet, le développement des technologies du numérique concourt au développement d'autres métiers de la Silver Economie, parmi lesquels :

- Des métiers à haut niveau de qualification, peu nombreux, créateurs de gérontechnologies : dans la R&D, conception de produits (designer de produits, développeur, roboticien) ou dans la gestion de données (analyste de données, dans la cybersécurité).
- Des métiers d'aménagement des lieux de vie : en bureaux d'études techniques, de commerciaux et techniciens d'installation domotique. Le développement de ces métiers sera conditionné à l'accessibilité économique de ces technologies.

Certains de ces métiers pourraient se retrouver en back-office dans les groupes et structures de grande taille (expert en domotique ou en gérontechnologie par exemple). Ils se développeront néanmoins principalement dans d'autres secteurs, comme la fabrication des technologies d'informations et de communication ou l'installation d'équipements électriques et de matériel électronique. L'usage de ces technologies pourrait également nécessiter un renforcement des services informatiques (analyste de données, cybersécurité...) en back-office chez les prestataires ou dans les grands groupes du secteur.

c) Pour les niveaux V et infra, un impératif de formations courtes et de renforcement de la culture du numérique

Le rapport du sénateur Georges Labazée préconise de « former les professionnels des SAAD à l'usage du numérique, de la télémédecine, des objets connectés et de la domotique¹⁷¹ ». Il ajoute, sans plus de précision, que ces technologies « impacteront les pratiques professionnelles des intervenants à domicile et seront des facteurs de leur évolution et de leur transformation¹⁷² ».

Néanmoins selon les acteurs du secteur rencontrés (employeurs, cadres, médecins ou branches), **professionnels de l'aide à domicile et gérontechnologies coexisteront au service de la personne âgée, mais avec un degré d'interaction limité.** Par exemple, les aides à domicile mobiliseront les aides-techniques (lève-malade, rideau automatique...) et communiqueront avec les autres professionnels les informations nécessaires dans un cahier de liaison dématérialisé. Les autres usages (installation, maintenance, réception des données produites par les objets connectés, la domotique ou la télésurveillance) concerneront d'autres

Une adaptation des niveaux V passerait par une acculturation au numérique et par une meilleure compréhension de l'articulation des gérontechnologies à leurs pratiques

¹⁷¹ LABAZÉE Georges, *Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile*, Rapport, Ministère des affaires sociales et de la santé, Mars 2017, p.60

¹⁷² LABAZÉE Georges, p.56

professionnels et/ou les proches des personnes aidées.

Face au développement de ces gérontechnologies, et dans cette optique de « coexistence », **l'adaptation des professionnels de niveau V pourrait porter sur deux points principaux. En premier lieu, ces professionnels doivent bénéficier d'une acculturation minimale au numérique** (savoir se servir d'un ordinateur, d'une tablette, maîtriser la bureautique). **En second lieu ceux-ci doivent accéder à une compréhension claire de l'articulation entre ces technologies et leurs pratiques professionnelles** (comprendre la place d'un robot par rapport au soignant, faire de l'utilisation du lève-malade un automatisme, mettre en lumière l'utilité du partage d'informations via le numérique...).

A l'heure actuelle, les employeurs, cadres et médecins rencontrés n'imaginent pas une utilisation des objets connectés par les professionnels de niveau V du domicile et de la structure très poussée. Toutefois, sans nécessiter l'appropriation de connaissances pointues du numérique, les développements technologiques actuels impliquent aussi de fait un usage de plus en plus quotidien d'outils et logiciels (d'échange, de gestion de planning, etc...) pour lesquels un premier niveau de maîtrise du numérique est nécessaire.

Exemple d'intégration hypothétique des gérontechnologies dans les métiers de l'aide à domicile dans les années à venir

A titre d'illustration, prenons l'exemple de M. Martin, en GIR 4 et vivant à domicile en 2024. M. Martin a chez lui un verre connecté. Utilisé pour surveiller la consommation hydrique individuelle, il transmet les données relatives à cette consommation à une plateforme sécurisée accessible en ligne.

Un AES serait la seule personne passant quotidiennement chez M. Martin. **Il serait alors pertinent que ce professionnel puisse avoir accès aux données relatives à l'hydratation** (sur une tablette installée chez M. Martin, voire sur l'outil numérique de travail du professionnel). **Il pourrait ainsi veiller à ce que la personne âgée s'hydrate suffisamment, et communiquer une évolution de sa consommation d'eau aux autres professionnels** (via par exemple le cahier de liaison dématérialisé). En étant la personne la plus en contact avec M. Martin, l'AES serait le professionnel le plus en capacité d'assurer ce rôle. Si M. Martin a d'autres objets connectés, l'AES vérifierait alors quotidiennement (sur des plateformes web ou sur les objets) les informations collectées et les transmettrait si nécessaire.

Ce nouveau rôle des professionnels du domicile demanderait une connaissance des technologies présentes chez la personne (l'utilité de l'objet, comment lire les informations). Cela inclut aussi **un volet organisationnel**, avec une étape de vérification des données, en amont de la visite (si elles sont accessibles via un outil de travail) ou pendant celle-ci. Enfin, **une capacité d'analyse** dans le suivi de l'évolution des données et une capacité d'initiative pour transmettre des informations estimées « anormales » seraient alors demandées.

Dans le cas présent, l'usage de la technologie n'entraînerait pas une réduction des activités mobilisant les compétences sociales et psychologiques des professionnels, mais pourrait se réaliser en complément pour améliorer la prise en charge.

Cet exemple part cependant de l'hypothèse où ce serait l'intervenant qui serait en charge de lire ces données, mais il est possible que cette tâche soit attribuée au responsable de secteur ou à du personnel *ad hoc* au sein de la MAIA. Cela suppose également une implantation forte des gérontechnologies, objets connectés et de la domotique à domicile. En raison des nombreuses inconnues sur ces questions, cette illustration est de l'ordre de l'hypothétique. L'objectif est ici de souligner l'intégration possible des technologies dans le travail des intervenants à domicile et ce que cela entraîne en termes de besoins en compétences et d'évolution des activités.

Les professionnels des SAAD pourraient également avoir un rôle majeur à jouer dans le développement et l'expérimentation de ces technologies du maintien à domicile. Etant bien souvent les personnes (et a fortiori les professionnels) les plus présentes auprès des personnes aidées, leur jugement sur l'utilité d'une technologie et sur ses lacunes pourrait faciliter une intégration efficiente de celle-ci. Cette validation empirique pourrait permettre de mettre en lumière l'opérationnalité de tel ou tel outil et éviter un investissement dans des technologies « gadgets » et/ou inadaptées. Le développement de ce rôle, mais également l'acculturation aux outils et à la pratique du numérique pourraient notamment se

réaliser au sein d'un « appartement-témoin » comme la « Maison domotique d'application pédagogique » d'Alençon, en fonction depuis 2013. Dans ce lieu équipé de différentes gérontechnologies (d'aménagement du lieu de vie et de sécurité notamment), les professionnels comme les personnes âgées peuvent tester des technologies afin d'en déterminer l'efficacité et de se les approprier.

De nouvelles pratiques professionnelles peuvent donc être amenées à apparaître avec le développement des technologies du numérique. Cependant, **la disparité des technologies d'un fabricant à l'autre, leur évolution rapide comme leur obsolescence ne rendent pas pertinente leur intégration dans les modules de formation des diplômés d'Etat de niveau V.** L'apprentissage de chaque technologie devrait se faire via la formation continue, et le plus souvent en interne. En revanche, les formations des diplômés de niveau V pourraient pertinemment adopter dans leurs contenus des objectifs d'assimilation du numérique afin de faciliter une maîtrise rapide des nouveaux logiciels ou nouveaux outils.

d) Développer la technologie dans la formation, un levier souligné

Quel que soit le niveau de formation, l'utilisation de gérontechnologies pédagogiques telles que le costume de simulation du grand âge¹⁷³, un mannequin de soins connecté ou la réalité virtuelle semblent être vectrices de bonnes pratiques en facilitant l'acquisition de gestes et de capacités professionnels. **Le costume de simulation du grand âge** est ainsi particulièrement apprécié car, selon les formateurs rencontrés, il permet aux (futurs) professionnels de mieux comprendre les difficultés des personnes âgées et de mieux les prendre en compte. Parmi ces « technologies de formation », il s'agit de la plus répandue. **Si leur utilisation est plébiscitée par les organismes de formation, le coût de certains équipements est un frein, même si d'autres technologies sont aujourd'hui bien identifiées et utilisées** par un certain nombre d'organismes de formation rencontrés, comme c'est le cas pour le costume. L'espace nécessaire, avec le besoin pour certaines gérontechnologies de mise à disposition de salles *ad hoc* est un autre frein. **La mutualisation des technologies (mannequins connectés, équipement de réalité augmentée...) et d'un plateau technique entre plusieurs organismes de formation permettrait d'avoir accès à ces leviers pour la formation tout en réduisant les dépenses des organismes.** Le développement de « Fab Lab » axés sur la gériatrie dans les centres hospitaliers universitaires permettrait de prendre en charge ce besoin sur le volet « soin ». Dans une approche différente, la Maison domotique d'application pédagogique mentionnée supra ou l'appartement-témoin de la Maison de l'autonomie de Rueil-Malmaison sont des exemples de lieu mutualisé permettant une découverte « en situation » des technologies.

Les formations menant aux diplômés de niveau V devraient permettre à leurs élèves de développer une pratique numérique parfois extrêmement faible voire inexistante pour une partie d'entre eux. Un accompagnement spécifique serait alors nécessaire selon les formateurs rencontrés, afin notamment de **ne pas écarter de ces formations et métiers des personnes ayant une appétence réelle pour le secteur mais trop éloignées du numérique.** Dans cette optique, la rédaction de travaux sur ordinateur est indispensable. Le manque de matériels informatiques au domicile des stagiaires est cependant une barrière réelle (impossibilité de suivre une formation ouverte à distance, connaissances très faibles de l'outil informatique) et pourrait également être compensé par la mise à disposition de salles d'informatique ou d'un « centre ressources » mutualisé, ou encore d'un « tutorat informatique » au sein du centre de formation. L'hétérogénéité des niveaux d'utilisation du numérique rend également difficile une pédagogie « trop numérique ». La courte durée des formations de niveau V ne permet par ailleurs pas l'ajout d'un module axé sur l'utilisation du numérique. Certaines pratiques se sont révélées positives dans cette optique d'acculturation. L'usage de logiciels ludiques comme celui d'évaluation formative « Kahoot » est par exemple cité comme une bonne expérience d'apprentissage du numérique. La dimension ludique est soulignée dans la réussite de l'expérience, de même que le format d'utilisation simple de l'application.

Outre l'apprentissage *par* la technologie, l'apprentissage *des* technologies peut être un enjeu fort pour certaines formations. Dans les métiers de la rééducation, la formation pourrait ainsi faire office de liant entre les concepteurs des gérontechnologies et les futurs professionnels amenés à les utiliser.

¹⁷³ Ou « kit de vieillissement » : lests aux bras et aux jambes, lunettes brouillant la vue, etc., le « costume » permet de ressentir les effets du vieillissement sur le corps et les sens.

« On aurait besoin que des concepteurs viennent présenter leurs produits pour montrer à nos étudiants ce qui existe sur le marché, mais pas sur le papier ou sur internet. Parce que vous avez une multitude de gérontechnologies, mais souvent les entreprises ne sont pas pérennes dans le temps, les produits n'ont pas été testés sur la population cible [...] si les concepteurs ou les ingénieurs ne viennent pas nous solliciter en amont du projet, ils peuvent sortir leur produit et nous le faire tester après mais c'est trop tard. » (Institut de formation en ergothérapie)

Les étudiants dans les filières de la rééducation disposent d'un attrait et d'une connaissance des technologies et du numérique suffisants à une bonne intégration de celles-ci dans leurs pratiques professionnelles. Le principal enjeu sur ces thématiques serait celui de la connaissance de l'existant, qui passerait par la présentation et la manipulation (par des professionnels et des concepteurs) des outils développés et utilisés. Un levier identifié par des responsables pédagogiques serait la mise en place de partenariats avec des développeurs comme déjà fait dans certains organismes de formation.

Pour les IDE, la télémédecine devrait être le volet technologique le plus impactant sur les pratiques professionnelles (volet pouvant également concerner les « rééducateurs »). Des capacités de lecture et d'analyse de données médicales, des connaissances sur les apports et usages de certaines technologies (robot social, pilulier connecté) pourront également être développées par ces professionnels.

Au-delà de l'acculturation à ces technologies, ou de la découverte des nouveaux outils et usages qu'offrent le numérique, ils seraient également intéressant d'envisager, pour l'ensemble des élèves des formations du sanitaire et social, une ouverture à des réflexions sur l'éthique et sur les législations en la matière (le rapport homme-machine, la surveillance continue qu'imposeraient des domiciles « bardés de capteurs », question sur la sécurité des données, etc.).

4. Les besoins en formation à l'horizon 2030

Nous présentons ici les effectifs théoriques des diplômés entrant dans le secteur en 2018. Ils sont comparés aux besoins en emploi obtenus dans les trois scénarii et lissés sur 15 ans. Cependant ces besoins en formation par année doivent prendre en compte les dynamiques d'emploi de l'ensemble des secteurs d'activités d'Ile-de-France ainsi que les différentes dynamiques propres à chaque métier, comme leur alimentation via d'autres canaux que les diplômés d'Etat (en particulier pour les aides à domicile).

Notons que les effectifs de diplômés incluent les bénéficiaires de la VAE (2% des AS, 7% des AMP mais 53% des AVS en 2018). Enfin, nous partons de l'hypothèse que **même si les besoins en emploi peuvent être pourvus par des professionnels déjà formés et travaillant dans un autre secteur d'activité, cela ne modifie pas les besoins en formation**. Cette mobilité créera un besoin en formation dans le secteur quitté par le professionnel, mobilité causée par un besoin en emploi dans notre champ et répercuté dans un autre secteur.

Afin de déterminer la part des diplômés entrant dans le secteur chaque année, nous nous sommes basés sur le poids du secteur pour chaque métier. Ainsi, si 20% des AS en emploi d'Ile-de-France travaillent dans notre champ, nous établissons à 20% des diplômés annuels les effectifs qui, théoriquement, se dirigeraient vers le secteur, les autres diplômés se dirigeant vers différents secteurs d'activités (hospitalier, autre médico-social, etc.). Bien que ce choix ne nous semble pas totalement satisfaisant, il permet néanmoins de donner une indication en l'absence d'autres éléments plus pertinents. **Il manquerait en effet une enquête d'insertion des diplômés des formations du sanitaire et social en Ile-de-France pour parfaire cette analyse.**

Tableau 18 : Besoins en formation

Métiers (Nomenclature du recensement de l'Insee)	Diplômes d'Etat en lien avec les métiers	Nombre de diplômés du DE en 2018*	Nombre de places en formation dans le DE en 2017**	Poids du secteur/actifs Ile-de-France	Effectif théorique des diplômés dans le secteur en 2018	Scénario bas		Scénario central		Scénario haut	
						Besoin en emploi sur la période 2015-2030	Nombre de personnel à intégrer dans le secteur par an sur 15 ans***	Besoin en emploi sur la période 2015-2030	Nombre de personnel à intégrer dans le secteur par an sur 15 ans***	Besoin en emploi sur la période 2015-2030	Nombre de personnel à intégrer dans le secteur par an sur 15 ans***
Aides à domicile	AVS (AES à domicile)	667	1 423 (AES)	53%	353	22 619	392	26 375	457	32 338	561
AMP	AMP (AES en structure)	1 185		30%	355	981	65	1 034	69	1 316	88
AS	AS	3 549	3 605	20%	710	6 887	459	10 032	669	12 746	850
Cadre infirmier	Cadres de santé	432	475	8%	26	586	39	655	44	684	46
Infirmier	Infirmier	4 978	5 947	5%	249	2 206	147	3 064	204	3 623	242
Professionnel de la rééducation	Psychomotricien	432	390	3%	13	247	6	490	13	712	19
	Ergothérapeutes	157	210				10		20		28

Source : *DRJSCS. N'ayant pas de données sur l'option choisie par les diplômés du DE AES, nous avons appliqué la répartition des DE AMP/AVS en 2016 (35% de DE AVS, 65% de DE AMP) ;

**Source : Région ;

*** Pour les besoins en aides à domicile diplômés du DE AES « à domicile », les effectifs des besoins en emploi sont pondérés par le taux des diplômés observés dans la branche de l'aide à domicile (26%) afin de tenir compte de la multiplicité des voies d'accès à ces emplois. Source : Observatoire de la Branche de l'Aide à Domicile, 2012

Lecture : Les diplômés du DE AS sont 3 549 en 2018. Le secteur médico-social des personnes âgées compte 20% des AS en emploi d'Ile-de-France. En appliquant ce rapport de 20% au diplômés, nous pouvons estimer les effectifs théoriques d'AS entrant dans le secteur à 710 (soit 20% de 3 549). Dans notre scénario central, on estime à 669 par an le nombre d'aide-soignant nécessaire pour couvrir les besoins en emploi du secteur jusqu'en 2030. Ce chiffre est de 459 dans le scénario bas et de 850 dans le scénario haut. En vert les effectifs annuels de personnels nécessaires au secteur sont inférieurs aux effectifs théoriques des diplômés se dirigeant potentiellement dans le secteur. En rouge les effectifs nécessaires sont supérieurs aux effectifs théoriques de diplômés se dirigeant dans le secteur. En orange, ces chiffres sont proches, et la situation peut engendrer des difficultés.

Les chiffres présentés dans le tableau ci-dessus doivent être lus avec prudence. En effet, comme nous l'avons souligné précédemment, en l'absence d'une enquête d'insertion des diplômés des formations du sanitaire et social en Ile-de-France, la répartition des diplômés dans les différents secteurs d'activités à l'issue de leur formation est purement théorique. Ainsi, le poids du secteur pour les psychomotriciens et les ergothérapeutes est sans doute bien plus élevé qu'estimé ici. En effet la catégorie de l'INSEE des professionnels de la rééducation prend en compte les orthophonistes ou encore les podologues, sans doute plus nombreux dans d'autres secteurs, ce qui minimise l'importance du médico-social à destination des personnes âgées pour les psychomotriciens et ergothérapeutes. Par ailleurs, nos entretiens qualitatifs avec des organismes de formation nous laissent supposer que la part des diplômés en ergothérapie et en psychomotricité s'y orientant est supérieure à ce poids, ce qui permettrait de relativiser les potentiels besoins en place que le tableau ci-dessus pourrait suggérer. De même, nos secteurs accueillent 53% des « aides à domicile » au sens de l'INSEE, mais cette appellation recouvre également d'autres professions (aide-ménagère, travailleuse familiale, etc.), dont beaucoup sont présent dans d'autres secteurs, alors qu'il est probable que notre champ accueille une grande partie des diplômés du DE AES « à domicile ».

Soulignons également que l'orientation des futurs diplômés dépendra fortement des besoins en professionnels de l'ensemble des secteurs, en particulier du secteur hospitalier. En effet, si un secteur hors du champ de l'étude voit ses besoins en effectif croître fortement, la demande globale sur ces professionnels va augmenter et le nombre de places en formation pourrait être insuffisant alors même qu'il semblerait adapté pour le seul secteur médico-social à destination des personnes âgées.

Ainsi, il convient de souligner différents points, qu'une lecture trop rapide du tableau ci-dessus ne saurait exprimer.

Infirmier :

Actuellement, on compte environ 5 000 IDE nouvellement diplômés par an en Ile-de-France. Si l'on applique à ce chiffre le poids du secteur pour le métier d'infirmier, soit 5%, c'est 250 infirmiers qui devraient potentiellement pouvoir se diriger vers ce secteur chaque année. En tenant compte des dynamiques de l'emploi dans les autres secteurs d'activités d'importance pour le métier d'infirmier (« activités hospitalières », « activités de santé humaine non classées » ...), il est probable que ce chiffre des nouveaux entrants potentiels dans le secteur médico-social des personnes âgées soit plus important encore. En effet, les dynamiques actuelles observées dans le secteur des « activités hospitalières », où l'on retrouve une forte proportion d'infirmiers, a connu une croissance de ses effectifs quasi nulle (+1% des effectifs du sanitaire et social, +2% pour les AS et IDE) sur la période 2010-2015 (due notamment au virage ambulatoire, à la réduction de la durée de séjour en hôpital...). Seuls les « activités des infirmiers et sages-femmes », c'est-à-dire les activités libérales, et le secteur médico-social à destination des personnes handicapées, sont en mesure, par leur dynamique et les volumes d'emplois en jeu, de proposer un nombre d'emplois conséquent aux nouveaux diplômés.

Ainsi, en ce qui concerne les infirmiers et quel que soit le scénario pris en compte, les besoins par année ne dépassent pas les 250 personnes (242 dans le scénario haut malgré tout). **Les besoins en emplois observés pour le secteur des établissements médico-sociaux à destination des personnes âgées ne justifient pas à eux seul une modification des places en formation.** En revanche la problématique se situerait plutôt sur l'attractivité du secteur pour les infirmiers, en raison de sa mauvaise image, de son faible taux d'encadrement et du manque de gestes de soins « techniques » à réaliser (ce dernier point est cependant amené à évoluer).

A noter également qu'une partie (faible) de ces professionnels arrivant dans le secteur pourrait être des infirmiers en pratique avancée. Les postes concernés ne seront alors pas pourvus par des professionnels sortant directement d'IFSI.

Aides-soignants :

Le secteur médico-social à destination des personnes âgées employant 20% des AS d'Ile-de-France, 710 diplômés seraient théoriquement à destination de celui-ci en 2018 (soit 20% des 3 549 diplômés). Dans la mesure où nous avons estimé que **les besoins annuels en emploi sont de 669 AS dans le scénario central**, on peut estimer que le nombre de places actuel est suffisant pour combler les besoins en emploi du secteur (tout comme dans le scénario bas). En revanche, dans le scénario haut, les besoins annuels en

emploi seraient de 850 AS et seraient donc supérieurs aux effectifs théoriques des AS entrant dans le secteur. **Toutefois, il convient d'être vigilant quant à l'attractivité de la formation elle-même (-600 diplômés entre 2017 et 2018, soit 15% des effectifs). Si cette tendance devait se poursuivre dans les prochaines années, les problématiques de recrutement du secteur seraient accrues.** De plus, nous n'avons pas en notre possession de chiffres sur le **turn-over existant sur ce métier** (particulièrement touché par ce phénomène d'après les acteurs du secteur), ce qui pourrait nous faire sous-estimer le nombre de professionnels à remplacer annuellement. **Enfin, il apparaît nécessaire de rappeler que le nombre de formés s'orientant vers le secteur est théorique.** Si cette estimation s'avère optimiste (et que, par exemple, seuls 15% et non 20% des nouveaux AS s'orientent vers le secteur), alors les capacités en formation seraient insuffisantes. Cependant, comme pour les infirmiers, les dynamiques des autres secteurs d'activités employant de manière conséquente les AS sont assez faibles. Même si les besoins en emploi augmentent globalement (+72% de projets de recrutement dans la santé humaine et action sociale entre 2013 et 2019 d'après l'enquête BMO) et que les difficultés de recrutement restent assez élevées (41% de projets recrutement difficiles pour les AS dans la santé humaine et action sociale en 2019¹⁷⁴), compte tenu des volumes relativement modestes des besoins par année en regard des effectifs de formés, il s'agit là encore, en ce qui concerne l'Ile-de-France, plus d'une problématique d'attractivité du secteur, d'accessibilité de certains territoires et **d'une amélioration des conditions de travail, notamment pour lutter contre le phénomène du turn-over**, que d'une problématique de volume de formés.

AES en structure :

Compte tenu du nombre d'AES « en structure » formés en 2018, 355 nouveaux diplômés pourraient alimenter théoriquement le secteur médico-social des personnes âgées chaque année. Or, aucun de nos scénarii ne dépasse ce nombre. Dans le scénario central, le secteur n'aurait besoin que de 69 formés par an (65 dans le bas, 88 dans le haut), ce qui signifierait que si les besoins en emploi des autres secteurs n'évoluent pas, le nombre de formés est très largement supérieur aux besoins de professionnels. **Ces faibles besoins se justifient par la large préférence des employeurs pour le métier d'aide-soignant plutôt que pour celui d'AMP**, ou aujourd'hui d'AES en structure. Hormis dans quelques cas (les unités de vie protégées par exemple), les directeurs d'Ehpad ne voient guère la plus-value de l'AES par rapport à l'AS davantage compétent pour réaliser des soins (amenés à être croissants et plus techniques). L'accueil de jour est le type de structure le plus adapté à l'AES, mais sera peu créateur d'emploi en comparaison du secteur de l'aide à domicile ou de l'hébergement médicalisé. Cependant, il faut noter l'augmentation des besoins en AMP dans les activités sociales et médico-sociales non dédiées aux personnes âgées (+30% d'effectifs entre 2010 et 2015) en particulier dans le secteur médico-social du handicap. Cette augmentation des besoins dans d'autres secteurs laisse supposer que la proportion de diplômés s'orientant dans le champ des personnes âgées pourraient être surévaluée ici. Malgré cela, et **au vu des faibles effectifs en jeu, le nombre de formés semble suffisant pour couvrir les besoins à venir.**

AES à domicile :

Les chiffres du recensement de la population ne permettent pas de distinguer les AES des autres aides à domicile (non qualifiés ou détenteurs d'un autre diplôme tel que le TP ADVF par exemple). Pour affiner nos estimations, nous pouvons nous baser sur une étude de la branche de l'aide à domicile (associative)¹⁷⁵. Dans ce dernier rapport, la part d'aides à domicile diplômés du DEAVS est de 26% en 2010 en Ile-de-France¹⁷⁶. Avec une proportion de diplômés du DEAES « à domicile » inchangé (26%), notre secteur aurait besoin de 457 formés par an dans le scénario central, de 392 personnes dans le scénario bas et de 561 dans le scénario haut. A l'exception du scénario bas, assez proche, **les effectifs théoriques de formés se dirigeant vers le secteur (353) semblent trop faibles au regard des besoins à venir.** Et ce d'autant plus que le secteur cherche à professionnaliser et à accroître les capacités des intervenants à domicile. En supposant que la proportion de diplômés passe à 30% parmi les aides à domicile, les besoins annuels dans le scénario central passeraient à 527 diplômés. **Ces besoins sont néanmoins à relativiser, compte tenu de l'importance du secteur médico-social à destination des personnes âgées pour les détenteurs du diplôme d'AVS ou du DEAES « à domicile ». Il est sans doute envisageable d'estimer**

¹⁷⁴ Ce chiffre est de 47,3% tous secteurs et tous métiers confondus

¹⁷⁵ Observatoire de la Branche de l'Aide à Domicile, *Aide à domicile : On gagne tous à être connu, Enquête panels 2011*, Rapport national, Semio-consultant, Avril 2012, 51p.

¹⁷⁶ Par ailleurs le rapport de la Branche de l'aide à domicile note que cette proportion est en augmentation dans toutes les régions. En Ile-de-France la proportion d'AVS parmi les aides à domicile est passée de 17% en 2007 à 23% en 2009 puis à 26% en 2010. Observatoire de la Branche de l'Aide à Domicile, p.43

qu'un plus grand nombre de diplômés se dirigent spécifiquement vers ce secteur que ce que l'on a pu chiffrer ici. Il faut souligner également que la profession d'aide à domicile présente la spécificité (par rapport à la plupart des autres métiers présentés) d'être alimentée par une assez grande variété de formations (environ 45% des aides à domicile de la branche associative étaient formés en 2010). Les titulaires du TP ADVF ou des bac pro ASSP et SAPAT fournissent également une partie des professionnels de l'aide à domicile. L'évolution de ces diplômes (quantitative et qualitative) influera sur les besoins en formés du DE AES « à domicile ». **Enfin, la faible attractivité de l'option « à domicile » du diplôme AES doit être un sujet de préoccupation au regard du volume des besoins à venir. La place du DE AES (option « à domicile ») dans le secteur de l'aide à domicile par rapport aux autres diplômes mentionnés doit être questionnée avec les branches et employeurs du secteur.**

Cadres de santé :

Bien qu'il s'agisse d'un métier très faiblement présent dans notre champ (les besoins en emploi seraient de 44 personnes par an dans le scénario central, 39 dans le scénario bas, 46 dans le haut), le nombre de formés qui se dirigeraient théoriquement vers le secteur est cependant inférieur à ces besoins (27). Ce chiffre pourrait évoluer à la hausse si le secteur hospitalier voit ses effectifs diminuer, **ce qui permettrait potentiellement une adéquation entre le nombre de formés et les besoins en professionnels.** Notons que les chiffres de besoins en professionnels ne prennent pas en compte uniquement les cadres de santé titulaires du diplôme mais sont susceptibles d'intégrer également les infirmiers coordinateurs et faisant fonction. **Le nombre de places en formation (475) semble en réalité déjà suffisant pour couvrir les besoins, et supérieur au nombre de diplômés observés (322 en 2018).** L'importance des diplômés ayant un statut de salarié ou agent de la fonction publique dans ce cursus (88%) laisse penser que **ce sont les établissements et services à domicile qui seront amenés à davantage envoyer en formation leurs professionnels pour couvrir les besoins. La problématique de la capacité des employeurs à financer ces formations et à remplacer leurs salariés en formation est ici fondamentale.**

Métiers de la rééducation :

La très faible part de psychomotriciens et ergothérapeutes exerçant dans le secteur médico-social des personnes âgées (3%) nous fait peut-être sous-évaluer le nombre de diplômés s'y orientant (18 par an). Les représentants d'instituts de formation rencontrés nous ont par ailleurs fait part de l'attractivité croissante de la prise en charge des personnes âgées pour les psychomotriciens et ergothérapeutes (selon l'un d'entre eux, 35 à 45% des nouveaux formés dans son établissement s'orienteraient vers ce public). Les besoins en professionnels (qui seraient aux 2/3 des besoins en ergothérapeutes et au 1/3 en psychomotriciens) sont équivalents aux besoins en emplois dans le scénario bas (16 par an). Les scénarii central (besoin de 33 professionnels par an) et haut (47 par an) **laisseraient penser en revanche que le nombre de formés est actuellement insuffisant, en particulier en ce qui concerne les ergothérapeutes.** Cependant, vue la moyenne d'âge particulièrement basse de ces professionnels dans le secteur médico-social des personnes âgées (4 ans de moins que tous secteurs confondus), **on pourrait supposer que les jeunes diplômés s'y orientent de plus en plus,** surtout au vu de la dynamique 2010-2015 (avec une augmentation des professionnels dans le secteur de 60%). Les entretiens réalisés auprès de formateurs et de directeurs de centres de formation (en ergothérapie, psychomotricité mais aussi en kinésithérapie) viennent confirmer l'attractivité croissante du secteur auprès de leurs élèves. Cependant, l'attractivité de l'exercice en libéral (+25% sur la période) en fait un fort débouché concurrent. Cette concurrence est néanmoins à relativiser puisque même si le libéral n'est pas inclus dans notre champ, il permet de couvrir une partie des besoins en professionnels par un autre mode d'exercice. Par ailleurs, l'exercice libéral concerne davantage les masseurs-kinésithérapeutes (76% de libéraux en 2013 d'après une étude de Défi métiers¹⁷⁷) et peu les ergothérapeutes (7%) et psychomotriciens (18%). **La question de la pertinence d'ouvrir plus de places se pose alors.** Toutefois, si le nombre de diplômés en ergothérapie semble faible en 2016, des places ont été ouvertes entre temps (210 places en 1^{ère} année en Ile-de-France en 2017 contre 170 places les années précédentes). Ces 40 places supplémentaires devraient permettre de répondre à l'augmentation des besoins en emploi du secteur. Il est également prévu que les capacités en formation de psychomotricien augmentent prochainement, compensant une éventuelle sous-estimation des besoins de professionnels des secteurs étudiés. Il est à noter qu'une partie du manque de ces

¹⁷⁷ GUILLOUX Marion, PARDINI Béatrice, BEN MEZIAN Morad (dir.), *Les diplômés d'Etat de la rééducation en Ile-de-France : de nouveaux enjeux emploi-formation*, Rapport d'étude, Défi métiers, décembre 2014

professionnels dans le secteur tient avant tout de l'insuffisance des financements publics dédiés à ces recrutements.

L'essentiel à retenir

- ✓ Les formations de soignants et accompagnants sont perçues comme perfectibles sur les soins, notamment dans une optique de médicalisation d'une partie du secteur. L'évolution de ces formations est éloignée des attentes des employeurs et de cette logique de médicalisation.
- ✓ Le stage est un canal de recrutement des futurs professionnels et de valorisation du secteur auprès d'eux. La réalisation d'un stage perçu comme positif par les stagiaires est cependant rendue difficile par les faibles effectifs de personnel et donc des possibilités d'encadrement dans les structures.
- ✓ L'option « à domicile » du DEAES peine à être attractive et est fortement dévalorisée. Alors que les besoins dans le domicile sont forts, plus de 90 % des élèves franciliens ont opté pour la spécialité « en structure » en 2016. Les autres diplômes d'Etat du secteur ont des taux d'attractivité globalement importants (le plus faible étant celui du DEAS, qui a cependant un ratio de candidats/place supérieur à 2).
- ✓ Pour les niveaux V, l'acquisition de connaissances sur le numérique au cours de la formation faciliterait le développement des capacités nécessaires pour intégrer les gérontechnologies à la prise en charge des personnes âgées, à domicile comme en structure. L'illectronisme de certains de ces professionnels pourraient être préjudiciables à leur évolution professionnelle, mais également au développement de ces technologies sur le terrain.
- ✓ La mise en place de plateaux techniques équipées et accessibles pour plusieurs organismes de formation serait une bonne option afin de mutualiser les coûts des technologies tout en développant leur appropriation. La visite d'appartements pédagogiques domotisés, de salons du service à la personne ou le rapprochement avec des centres de recherche ou Fab lab dédiés pourrait permettre de se familiariser avec les nouveautés technologiques.
- ✓ Pour les infirmiers, cadres et professionnels de la rééducation, il ne semblerait pas y avoir de barrières (en termes de niveau d'utilisation) à l'appropriation des gérontechnologies. Les professionnels de la rééducation sont ceux amenés à travailler le plus avec les gérontechnologies et à en être les principaux promoteurs dans le champ.
- ✓ Les forts besoins en emploi se répercutent logiquement sur les besoins en formation. Le nombre actuel de places en formation devrait permettre de compenser ces besoins compte-tenu de la place croissante des secteurs étudiés parmi les débouchés de ces métiers (du fait notamment des recrutements moins importants dans d'autres secteurs comme les activités hospitalières). Une exception subsiste sur la formation d'AES « à domicile » : les effectifs de formés se dirigeant vers le secteur médico-social des personnes âgées semblent trop faibles au regard des besoins à venir.
- ✓ De manière générale, le manque d'attractivité du secteur et/ou des métiers est une cause bien plus importante des difficultés de recrutement que le nombre actuel de places en formation.

Synthèse des besoins en emploi et en capacités par diplôme

Diplômes	Perspectives d'évolution du contenu de formation	Besoins en emploi 2015-2030	Mutations et leviers possibles
Aide-Soignant	<ul style="list-style-type: none"> - Un renforcement gériatrique en termes de connaissance des pathologies et de leur prise en charge en raison de personnes plus dépendantes et aux pathologies plus lourdes - Un premier niveau d'acculturation numérique faciliterait l'usage des gérontechnologies 	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de 10 000 professionnels supplémentaires par rapport à 2015, dont les 2/3 en création de poste (scénario central). - Des besoins en recrutement, accentués par un fort turn-over sur un métier recherché 	<ul style="list-style-type: none"> - Un développement de la spécialisation ASG permettrait de valoriser le métier - La création d'un diplôme de niveau IV dans la continuité de l'AS faciliterait les évolutions professionnelles, rendrait le métier plus attractif et permettrait une montée en capacités (gestes de soins, évaluation d'état de santé) - Le nombre de places actuel en formation semble couvrir tout juste les besoins en emploi du secteur, mais nécessite une vigilance sur l'attractivité de la formation et la question du turn-over.
Infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - Un renforcement dans l'acquisition des gestes médicaux - Un nombre croissant d'infirmiers sera amené à assurer une fonction de coordinateur (Ehpad hors les murs, SSIAD, CLIC...), pouvant nécessiter des connaissances managériales ou des savoir-faire en coordination 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 000 postes à pourvoir sur la période, dont près des deux-tiers en création de poste (scénario central). 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les infirmiers en pratique avancée (pathologies chroniques stabilisées et polyopathologies courantes) aux équipes des Ehpad permettrait de renforcer le soin et pourrait limiter les hospitalisations - Le nombre de places en formation d'IDE semble suffisant pour le secteur.
AES à domicile (ex AVS)	<ul style="list-style-type: none"> - Un besoin d'acculturation au numérique - Une dépendance accrue à domicile et touchant plus de personnes pourrait entraîner des besoins supplémentaires en évaluation et prévention des pathologies 	<ul style="list-style-type: none"> - 26 000 emplois d'aides à domicile seraient à pourvoir entre 2015 et 2030 (scénario central). - Avec une proportion de diplômés du DE AES parmi ces professionnels équivalente à l'actuelle, entre 6 700 et 7 800 de ces professionnels devraient être titulaires du DE 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'acquisition de connaissances socles permettant d'évoluer plus facilement dans le secteur (soin, coordination, social...) - Former à la présence des gérontechnologies et à la domotique au domicile - Dans un contexte de professionnalisation du métier, ouvrir des places serait nécessaire - Envisager des passerelles vers le niveau IV (ADPFM ou autre)
AES en structure (ex AMP)	<ul style="list-style-type: none"> - Un renforcement des savoir-faire en soin ou dans l'animation, selon l'orientation prise par le métier (qui reste à définir) - Un besoin d'acculturation au numérique 	<ul style="list-style-type: none"> - 1000 emplois à créer sur la période, dont 55% pour remplacer des départs en retraite (scénario central). - Ces estimations se basent sur le fait que le diplôme est assez peu recherché dans le secteur et que les besoins de recrutement de niveau V en structure vont se concentrer sur le métier d'AS, davantage paramédical 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le volet « animation » du métier, adapté à un public spécifique (Alzheimer par exemple) - Mieux distinguer l'AMP de l'AS en le positionnant sur des missions d'animation et sur des publics spécifiques (Alzheimer, personnes en situation de handicap...) - Faciliter l'orientation des élèves vers l'option « à domicile » plutôt que vers l'option « en structure » ou questionner la pertinence de la distinction des options
Cadre de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Une formation qui correspond aux attentes des employeurs sur la fonction 	<ul style="list-style-type: none"> - 450 postes à pourvoir sur la période (scénario central). 	<ul style="list-style-type: none"> - Un développement du métier, notamment dans le maintien à domicile pour assurer la coordination - Une refonte du diplôme actuellement à l'étude pour renforcer le management
Ergothérapeute, Psychomotricien	<ul style="list-style-type: none"> - Des contenus de formations adaptés au besoin du secteur, pour des métiers y étant très appréciés 	<ul style="list-style-type: none"> - Des professionnels reconnus, mais trop peu présents en volume horaire dans les structures - Près de 500 postes à pourvoir sur la période, soit 86% des effectifs actuels, dont plus de 400 créations nettes (scénario central). 	<ul style="list-style-type: none"> - Un rôle à renforcer (notamment en termes de temps de présence) dans une optique de prévention - Une place à consolider dans la recherche et l'innovation dans le champ - Une hausse récente du nombre de places en formation qui devrait suffire à former les professionnels du secteur

CONCLUSION

Malgré son statut de plus jeune région de France métropolitaine, l'Ile-de-France n'est pas exempte des enjeux liés au vieillissement de la population et de l'allongement de la durée de la vie. Sa situation spécifique (fortes disparités socio-économiques, cherté du foncier au centre de la région et faible densité d'urbanisation à sa périphérie...) fait d'elle un territoire de contraste aux problématiques multiples. La faiblesse du nombre d'établissements d'accueil à l'intérieur de la petite couronne (et leur coût élevé) et le manque de services à domicile dans les territoires de grande couronne illustrent ces problématiques. La région est ainsi sous-équipée en termes de structures d'hébergement (56 places pour mille habitants de plus de 65 ans contre 64 pour mille habitants de plus de 65 ans en France métropolitaine).

Pour autant, la région bénéficie d'une offre de formation riche et diversifiée et d'un vivier unique de pôles de recherche en gérontologie (scientifiques et technologiques). Les expérimentations de mode de prise en charge dans la région ou d'intégration des gérontechnologies sont autant d'atouts pour répondre aux problématiques liées à la hausse prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes.

En Ile-de-France, le secteur médico-social à destination des personnes âgées emploie près de 90 000 personnes. Parmi celles-ci, **on comptabilise près de 61 000 professionnels du sanitaire et social susceptibles d'intervenir directement auprès des personnes âgées**. En dehors de ces services et établissements médico-sociaux, les personnes âgées peuvent également être accompagnées ou prises ponctuellement en charge par une partie, difficilement évaluable, des 4 000 professionnels AMP, ASH et aides à domicile du secteur des « particuliers employeurs » et des nombreux professionnels du secteur hospitalier des services gériatriques ou du libéral.

Il s'agit d'un secteur dynamique, qui voit ses effectifs progresser fortement en Ile-de-France (+16% entre 2010 et 2015, contre +1% d'actifs tous métiers et tous secteurs confondus). Les effectifs d'aides à domicile représentent une part importante des professionnels travaillant dans le secteur (32 000). Le secteur d'activité de l'hébergement médicalisé pour personnes âgées (Ehpad) concentre quant à lui la majorité des autres personnels du soin et de l'accompagnement des personnes âgées (71% des aides-soignants du secteur médico-social des personnes âgées, 63% des ASH, 69% des infirmiers, 72% des AMP, 65% des cadres infirmiers et 62% des personnels de rééducation).

Le champ étudié (et a fortiori le secteur de l'aide à domicile) se caractérise par la très forte représentation des femmes (88% des effectifs), mais aussi des étrangers (29% contre 13% tous secteurs confondus) et de professionnels peu ou pas qualifiés (57% d'infra-bac contre 32%).

Dans les années à venir les activités du secteur seront impactées par de nombreux facteurs, avec en premier lieu **l'allongement de la durée de vie** (les plus de 65 ans devraient représenter 2,9 millions de personnes en Ile-de-France en 2050, contre 1,7 millions aujourd'hui) **et l'arrivée à des âges avancés de la génération des baby-boomers**. Cette hausse de la population âgée va accroître mécaniquement les besoins en professionnels du sanitaire et social. **L'augmentation des pathologies et du niveau de dépendance** induirait un renforcement de la proportion de soignants et d'intervenants paramédicaux dans les effectifs ainsi qu'une hausse du taux d'encadrement « professionnels/patients », notamment en Ehpad.

Autre facteur d'importance pour notre champ, **la priorité donnée au maintien à domicile des personnes âgées** par les politiques publiques en faveur du « grand âge ». Elle a notamment pour objectif de répondre à la volonté de la majorité des individus de vieillir à domicile. La tendance du secteur est ainsi de limiter le nombre de nouvelles places en institution pour privilégier les solutions de maintien à domicile. Les efforts réalisés sur la prévention de la dépendance et sur le maintien à domicile ont pour corollaire le recul toujours plus important de l'âge d'entrée en institution. Ce recul s'accompagne mécaniquement d'un accroissement du niveau moyen de dépendance et d'une dégradation du niveau de santé des personnes âgées en institution. Dans l'optique de privilégier le maintien à domicile, le secteur cherche de nouvelles alternatives aux institutions via une redéfinition du rôle de l'Ehpad (accueil temporaire et de jour, coordination et intervention hors les murs...). **L'augmentation du nombre de personnes dépendantes** devrait ainsi se réaliser en premier lieu à domicile, ou sur les activités liées au maintien à domicile. Cette augmentation devrait donc majoritairement impacter les effectifs de l'aide à domicile (selon l'outil prospectif que nous avons élaboré, +20 000 professionnels entre 2015 et 2030, soit près de 60% des effectifs de 2015) et de l'accueil de jour (+500 professionnels, soit 50% des effectifs).

Par ailleurs, les politiques publiques en faveur des personnes âgées dépendantes pourraient fortement évoluer dans les prochains mois ou prochaines années. En effet, la grande concertation nationale « Grand

âge et autonomie » lancée à l'automne 2018, a abouti à la rédaction du rapport Libault qui met en avant **la nécessité d'augmenter, dans un délai relativement court, le nombre des professionnels accompagnants les personnes âgées**. Si le gouvernement mettait en œuvre l'ensemble des préconisations décrites dans ce rapport, les besoins en emploi du domaine s'accroîtraient fortement. La forte demande sociale en faveur d'un accroissement de la qualité de la prise en charge des personnes âgées en structure ou à domicile pourrait ainsi se traduire par un nouveau sursaut des besoins en professionnels du sanitaire et social dans le secteur, en particulier si les pouvoirs publics prenaient la décision de répondre favorablement à la demande d'augmentation des ratios personnels/usagers. De manière plus générale, l'évolution du secteur dans les années à venir dépendra fortement des capacités de financement des pouvoirs publics (Etat et collectivités territoriales) fléchées vers cet usage.

Le secteur médico-social des personnes âgées pourrait également être sensible aux dynamiques technologiques en cours. **Le développement des gérontechnologies et de la Silver économie a suscité l'espoir d'une amélioration de la prise en charge des personnes âgées**. Néanmoins ces gérontechnologies sont inégalement accueillies par les acteurs du secteur. La question de leur coût, et des possibilités de les voir financer, est centrale. En outre, leur apport réel dans la prise en charge des personnes âgées pose question tant il paraît hétérogène d'une technologie à l'autre. Le rapport entre leur coût et leur utilité est logiquement central, mais n'éclipse pas les problématiques éthiques posées (en termes de vie privée et de consentement à la surveillance notamment). Le développement de ces technologies devrait avoir peu de conséquences sur les besoins en emploi à court terme, et en particulier sur des métiers jugés difficiles (en termes de rémunération, temps et horaires de travail). Elles pourraient à l'inverse rendre le secteur plus attractif, en améliorant en partie son image et les conditions de travail des salariés, mais également via les possibilités d'innovation qu'elles offrent.

Les besoins en emploi dans le secteur devraient ainsi continuer à augmenter en raison de ces différentes dynamiques. **Dans notre scénario central, 24 000 emplois supplémentaires devraient être créés à l'horizon 2030, en Ile-de-France, dans les métiers du paramédical et de l'accompagnement aux personnes âgées** (aides à domicile, aides-soignants, infirmiers, cadres infirmiers, AES, ASH, psychomotriciens et ergothérapeutes). Sur ces créations nettes, 80% se feraient dans le secteur de l'aide à domicile. Les métiers en bénéficiant le plus seraient ceux d'aides à domicile (+ 13 500 postes sur la période) et d'aides-soignants (+ 6 400 emplois répartis entre la structure et le domicile). En proportion, les emplois de rééducateurs (+72%) et d'infirmiers (+53%) sont également amenés à se développer fortement. **Les besoins en emploi du secteur seront également dus pour moitié au nécessaire remplacement des départs à la retraite**. Pour ces métiers du paramédical et de l'accompagnement aux personnes âgées, ce sont près de 22 000 professionnels qu'il faudra remplacer d'ici 2030 (dont 13 000 aides à domicile, plus de 3 500 aides-soignants et 1 200 infirmiers). **Au total, le secteur médico-social à destination des personnes âgées devrait recruter 46 000 professionnels au sein des familles professionnelles étudiées entre 2015 et 2030** (scénario central).

Le secteur étant très fortement alimenté par les diplômés d'Etat, ces besoins en emploi seront en grande partie¹⁷⁸ comblés par la formation de professionnels du sanitaire et social. Malgré le nombre important de professionnels à former sur la période, **il ne semble pas nécessaire d'ouvrir de nouvelles places en formation** au regard du nombre de places existantes et de l'importance relative de ce secteur pour ces professionnels. **Seuls le DE AES « à domicile » et potentiellement le DE ergothérapeute** (le nombre de places est cependant déjà en hausse pour celui-ci) seraient concernés par un besoin d'augmentation du nombre de places. Enfin, les formations menant aux métiers d'encadrement (CAFDES, CAFERUIS, DEIS) semblent éloignées des attentes des employeurs et se destineraient davantage au secteur social. Seul le DE Cadre de santé apparaît comme adapté au secteur et devrait continuer à former pour ce champ.

Pour pallier l'ensemble de ces besoins, l'enjeu se situe davantage sur l'attractivité du secteur : une amélioration de l'image du travail dans ces structures, une hausse des salaires et des taux d'encadrement, une amélioration des conditions de travail et le développement des possibilités d'évolution professionnelle seraient autant de leviers facilitant l'arrivée et la fidélisation d'un nombre suffisant de professionnels.

L'adaptation des métiers aux besoins du secteur est un enjeu de la formation. L'intégration de la gérontologie dans les différentes formations est actuellement hétérogène, certaines étant plus avancées sur ce point (ergothérapie, psychomotricité). Bien que des formations complémentaires courtes ont

¹⁷⁸ Une partie de ces besoins n'aura pas d'incidence sur la formation de diplômés d'Etat : une majorité des aides à domicile n'est pas diplômée du DE AES et nous partons de l'hypothèse que les ASH ne sont pas titulaires d'un DE. Les cadres infirmiers peuvent également réaliser une formation d'infirmier coordinateur plutôt que de cadre de santé. Enfin, des faisant fonction peuvent exercer sur les métiers d'aide-soignant, AES « en structure » ou cadre de santé.

davantage vocation à former les professionnels aux spécificités du secteur, **un renforcement de la connaissance de la gérontologie**, ou des spécificités du grand âge, **dans les formations diplômantes se justifierait par le nombre croissant de personnes âgées (dépendantes ou non) prises en charge dans l'ensemble des services de santé**. Ce renforcement serait principalement destiné à la formation d'aide-soignant. Dans la formation d'infirmier, un manque de technicité (réalisation de diagnostic et de gestes de soin) a été relevé par les employeurs parmi les nouveaux formés. Le positionnement des diplômés du DE AES « en structure » dans le secteur doit également être partiellement repensé. Les détenteurs de ce diplôme exercent bien souvent les mêmes fonctions que les AS et ne tirent pas parti de leurs spécificités, hormis dans certains types d'unité (UVP, accueil de jour...).

Les évolutions technologiques doivent également être prises en compte. Il ne s'agit pas forcément de former *aux* technologies dans un premier temps, mais d'acculturer les futurs professionnels à *la* technologie et de former *par la* technologie.

Celles qui se développent dans le champ de l'accompagnement et de l'aide aux personnes âgées, en assurant de meilleures conditions de travail, et en réenchantant en partie les activités des professionnels, peuvent contribuer à faire gagner le secteur en attractivité. La place des nouvelles technologies dans le champ est cependant à relativiser. L'impact sur les activités des professionnels évoqués dans cette étude est en effet limité. Par ailleurs, on ne peut attendre une amélioration de l'attractivité uniquement par les seules innovations technologiques. Elle ne peut se concevoir à ce stade sans augmentation des ratios d'encadrement personnels/patients et/ou des hausses de salaires. Alors que certaines nouvelles technologies du numérique peuvent apporter une plus-value indéniable (notamment sur l'amélioration des conditions de travail), certaines technologies apparaissent d'une utilité moindre, voire trop « gadgets » ou trop coûteuses pour envisager de les intégrer dans la prise en charge des personnes âgées ou dans la pratique professionnelle. C'est pourquoi, si les gérontechnologies peuvent être appréhendées comme une source d'amélioration potentielle du secteur, elles doivent pouvoir faire l'objet d'un regard critique et distancié sur leur utilité, leur rapport coût/bénéfice pour les usagers et les professionnels et d'une réflexion éthique auxquelles les professionnels et les personnes prises en charge devraient être associés.

C'est ainsi que le champ de la prise en charge des personnes âgées est amené à connaître d'importantes mutations dans les années à venir, dans les modes de prise en charge, les métiers ou encore les formations. Ces évolutions de la Silver Economie et du champ médico-social ne pourront faire l'impasse sur les questions d'éthique, de la place de la personne âgée dans la vie collective et citoyenne et seront également très dépendantes des choix politiques à venir.

Bibliographie

ALVAREZ Stéphane, « Émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse », *La revue de l'IREES*, N° 88 - 2016/1, pp.33-61

ARS, « Projet régional de santé 2018-2022, Améliorons la santé des franciliens », Plan d'action 2018-2022, 337p.

AVISE, en partenariat avec l'Association des Régions de France et la Caisse des Dépôts, *Silver économie, Décryptage et enjeux pour l'économie sociale et solidaire*, Note d'analyse, Avise, Janvier 2015, 22p. [en ligne]

AVRIL Christelle, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, Paris, La Dispute, coll. « Corps, santé, société », 2014, 292p.

BEAUVOIR Rémi, « En Ile-de France, les retraités perçoivent une pension supérieure de 23 % à la moyenne nationale », *Études et Résultats*, DREES, n°1023, septembre 2017, 4p.

BERGEAT, MAXIME, REMY, Véronique « Comment les employeurs recrutent-ils leurs salariés ? » *Dares Analyses* n°64, octobre 2017, 12p.

BERNARD Claire, HALLAL Sanaa et NICOLAÏ Jean-Paul, *La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France*, rapport du Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective, décembre 2013, Préface d'Arnaud Montebourg et Michèle Delaunay, 112p.

BONNET Magalie, « Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2006/1 (n° 1), pp.73-85

BROUSSY Luc, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population, France : année zéro !*, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Janvier 2013, 202p.

BULTEZ Jean-Pierre « Isolement et exclusion dans le vieillissement », *Economie & Humanisme* n°374, octobre 2005, pp.36-39

CARBONNIER Clément, MOREL Nathalie, *Le retour des domestiques*, La république des idées, Seuil, Paris, 2018, 112p.

COULEAUD Nathalie et TIZI Brigitte, « Allocation personnalisée d'autonomie en Ile-de-France, De plus en plus de Franciliens dépendants soignés à domicile », *Insee Flash Ile-de-France*, N°14, décembre 2016, 2p.

CSA pour les Petits frères des pauvres, *L'exclusion numérique des personnes âgées*, Fondation des petits frères des pauvres, 27 septembre 2018, 76p.

CNSA, *Analyse des comptes administratifs 2016*, Juin 2018, 62p.

CNSA, *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2018*, juin 2018, 19p.

CNSA, DGCS, *Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts*, mai 2016, 230 p.

DARES, « Les métiers en 2020 : progression et féminisation des emplois les plus qualifiés ; dynamisme des métiers d'aide et de soins aux personnes », *Dares analyses*, n°22, Mars 2012, 16p.

DARES, « Les services à la personne en 2016 », *Dares résultats*, n°17, avril 2018, 8p.

DE BERNY, C. & MANGENEY C. *Le parcours des infirmiers en Ile-de-France, de la formation à l'exercice*, rapport ORS IDF, IAU IDF, décembre 2018, p.46

DREES, *L'état de santé de la population en France, rapport 2017*, 2017, 436p.

DRIEUX, S. *Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Ile-de-France*, INSEE ARS 2011, 6p.

ENNUYER, Bernard, « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile ». Et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et société*, vol. 30 / 123, no. 4, 2007, pp. 153-167

ERNST & YOUNG, *Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes*, Sénat, Rapport, juillet 2008, 53p.

ERNST & YOUNG, ENEIS CONSEIL pour la CNSA *Etude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts*, Mai 2016, 230 p.

FIZZALA Arnaud, « Dépendance des personnes âgées: qui paie quoi ? », *Les dossiers de la Drees*, Drees, N°1, mars 2016, 44p.

FRANCE STRATEGIE, DARES, *Les métiers en 2022*, Rapport du groupe Prospective des métiers et qualifications, avril 2015, 411p.

FORMENT Virginie, GUILLOUX Marion, PARDINI Béatrice, BEN MEZIAN Morad (dir.), *Accompagner les salariés en fin de carrière : compétences, motivation, comment vieillit-on au travail ?*, Rapport d'étude, Unifaf, Défi métiers, Octobre 2016, 81p.

GUILLOUX Marion, PARDINI Béatrice, BEN MEZIAN Morad (dir.), *Les diplômés d'Etat de la rééducation en Ile-de-France : de nouveaux enjeux emploi-formation*, Rapport d'étude, Défi métiers, décembre 2014, 102p.

GONNARD Sophie, MOUSSET Itto, *Dans quels métiers s'insèrent les sortants de la voie professionnelle en Ile-de-France ?*, Défi métiers, septembre 2018, 15p.

GONNARD Sophie, PARDINI Béatrice, *L'emploi et la formation des infirmiers franciliens*, Rapport d'étude, Défi métiers, octobre 2016, 95p.

GRATIEUX Laurent, « Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées », *Vie sociale* 2016/3 (n°15), pp.187-200

GROBON Sébastien, « Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant », *Dossiers solidarités et santé*, Drees, N° 57, Décembre 2014, 24p.

GUCHER Catherine, REVIL Héléna, MOLLIER Annie, BENOIT Anne-Marie, *Les technologies de l'autonomie et de la santé : entre progrès et régressions*, Rapport de recherche, SFR santé société, 2014, 214 p.

HCFEA , *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030*, Conseil de l'âge, Tome II « Orientations », 7 novembre 2018, 148 p.

HERVIANT Julie, KHELLADI Issam, WOLBER Odile (et al.), « Un quart de personnes âgées dépendantes supplémentaires en Île-de-France à l'horizon 2030 », *Insee Analyses*, Insee Île-de-France, n°96, Avril 2019, 4p.

GOIN, Mathieu et SAGOT, *Mariette Vieillissement et inégalités, les disparités traversent les âges*, rapport IAU IDF, février 2018, 41p.

IBORRA Monique et FIAT Caroline, *Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, Assemblée Nationale, quinzième législature, N° 769, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2018, 105p.

IGAS, *Société et vieillissement*, 2011, 334p.

IGAS, *L'avancée en âge des personnes handicapées, contribution à la réflexion*, Tome 1, 2013, 80p.

IGAS, *Les Unités de Soins Longue Durée (USLD)*, 2016, 121p.

- JACQUESSON Françoise, CHAMBOREDON Hélène, « Services à la personne en Île-de-France : les conditions d'emploi demeurent précaires », *Insee Analyse Ile-de-France*, N°67, Septembre 2017, 4p.
- LABAZÉE Georges, *Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile*, Rapport, Ministère des affaires sociales et de la santé, Mars 2017, 79p.
- LABORDE Caroline, TISSOT Ivan, TRIGANO Lauren, « Incapacité et dépendance des personnes âgées : près de 170 000 Franciliens en perte d'autonomie », *Insee Analyses Ile-de-France*, Insee, n°68 – Septembre 2017, 4p.
- LABORDE Caroline, TRIGANO Lauren, LOUCHART Philippe, SAGOT Mariette, « Incapacités et dépendance des personnes âgées en Île-de-France », *Actualité et dossier en santé publique*, Haut Conseil de la santé publique, la Documentation française, n°102, mars 2018, pp.5-9
- LADA Emmanuelle et CONDON Stéphanie, « *On n'est pas des bécassines* », *Transformations de l'aide et des services à domicile : migrations, travail et mobilités professionnelles*, Ined, Documents de travail 210, Avril 2014
- LE FLOCH Mathieu et PARDINI Béatrice, *Accompagnement des personnes handicapées en Ile-de-France : impact des mutations sur les besoins en professionnels*, Rapport d'étude, Défi métiers, mai 2018, 100p.
- LIBAULT Dominique, *Concertation Grand âge et autonomie*, Rapport, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2019, 225p.
- MAKDESSI Yara, PRADINES Nadège, « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Études et résultats*, DREES, n° 989, décembre 2016, 4p.
- MARQUIER Rémy, VROYLANDT Thomas et al., « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES*, DREES, n°5, septembre 2016, 31p.
- MARTIN Cécile, *Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France Analyses micro-économétriques*, thèse de doctorat en Sciences Economiques sous la direction de Brigitte DORMONT, Université Paris-Dauphine, 24 janvier 2014, 268p.
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, « Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles », *BO Santé – Protection sociale – Solidarité*, n° 2017/5 du 15 juin 2017, 17p.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL, *Bilan des titres professionnels en 2017*, 25p. [en ligne]
- MOISY Muriel, « Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable », *Etudes et résultats*, Drees, n°1046, janvier 2018, 2p.
- MORIN Lucas, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en France métropolitaine en 2014 » in *La Revue de Gériatrie*, Tome 40, n°9 Novembre 2015, pp.529-538
- MULLER Marianne, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Les dossiers de la DREES*, DREES, n°20, septembre 2017, 23p.
- MULLER Marianne, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Etudes et Résultats*, DREES, N°1015, Juillet 2017, 8p.
- SEMIO-CONSULTANTS, OBSERVATOIRE DE LA BRANCHE DE L'AIDE A DOMICILE, *Aide à domicile : On gagne tous à être connu, Enquête panels 2011*, Rapport national, Avril 2012, 51p.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DU DOMICILE, *Tarif APA, Etude des réalités départementales*, Fédésap, mai 2018, 53p.

PARDINI Béatrice, *Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile-de-France*, Défi métiers, 2012., 8p.

PARDINI Béatrice, *Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale*, Rapport d'étude, Défi métiers, novembre 2013, 62p.

PONCELET Thomas, TRIGANO Lauren, « Même vieillissante, l'Ile-de-France resterait la région la plus jeune de France métropolitaine en 2050 », *Insee Analyses Ile-de-France*, n°62 – Juin 2017, 4p.

ROUSSEAU Aurélien, AUTUME Christine d', *Stratégie de transformation du système de santé - Rapport final : Transformer les conditions d'exercice des métiers de la communauté hospitalière*, Ministère des solidarités et de la santé, Date de remise : Septembre 2018, 27p.

SAGOT Mariette, LOUCHART Philippe, LABORDE Caroline, *Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France : enjeux départementaux à l'horizon 2040*, Rapport IAU et ORS Ile-de-France, juin 2017, 74p.

SENGHOR, Hady, « Le taux de remplacement du salaire par la retraite diminue au fil des générations », *Etudes & Résultats*, n°926, DREES, juillet 2015, 6p.

TIZI Brigitte, « Les seniors franciliens quittent la région à un âge plus tardif », *Insee Flash Ile-de-France*, Insee, N°33, septembre 2018, 2p.

THIOUX Emmanuel (Insee Île-de-France), BEN HADDOU-MOUSSET Itto, PARDINI Béatrice (Défi métiers), « Un tiers des salariés franciliens a changé de métier entre 2012 et 2015 », *Insee Analyses Ile-de-France*, n°89, novembre 2018, 4p.

Annexes

ANNEXE 1. LES METIERS DU SANITAIRES ET SOCIALES UTILISES POUR NOTRE CLASSIFICATION

Les professionnels du sanitaire et social (Saso), potentiellement en lien avec des personnes âgées, listés ci-après selon la classification des professions utilisée par l'Insee :

- "526E", Ambulanciers salariés
- "431A", Cadres infirmiers et assimilés
- "431F", Infirmiers en soins généraux, salariés
- "431G", Infirmiers libéraux
- "431D", Infirmiers spécialisés hors psychiatrie
- "431B", Infirmiers psychiatriques
- "432A", Masseurs rééducateurs, libéraux
- "432C", Autres spécialistes rééducation libéraux
- "432D", Autres spécialistes rééducation salariés
- "432B", Masseurs rééducateurs, salariés
- "563B", Aides à domicile, aides ménagères
- "526A", Aides-soignants
- "526D", Aides médico-psychologiques
- "525D", Agents de service hospitaliers
- "433A", Techniciens médicaux
- "433D", Préparateurs en pharmacie
- "526B", Assistants dentaires médicaux vétérinaire
- "433B", Opticiens audioprothésistes
- "526E", Ambulanciers salariés
- "433C", Autres spécialistes appareil médical
- "434D", Educateurs spécialisés
- "434E", Moniteurs éducateurs
- "434B", Assistants de service social
- "434A", Cadres de l'intervention socio-éducative
- "434C", Conseillers économie sociale familiale

ANNEXE 2. DIFFERENTS NIVEAUX DE GIR ET ETAT CORRESPONDANT

Caractéristiques de la personne âgée en fonction du Gir auquel elle est rattachée (Source : Service public.fr) :

GIR 1 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants. Ou personne en fin de vie.

GIR 2 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.

GIR 3 : Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

GIR 4 : Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement. Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.

GIR 5 : Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

ANNEXE 3. EFFECTIFS ET EVOLUTIONS DES EFFECTIFS DES ACTIVITES NON SPECIFIQUEMENT DEDIEES AUX PERSONNES AGEES

Tableau 19 : Effectifs et évolutions des effectifs des activités de commerce ou de production de produits paramédicaux ou pharmacologiques

		Total secteur	Dont total SASO*	Dont total soins*	Dont total rééducation*	Dont total vie quotidienne*	Dont total AMP
Fabr matériel médicochirurgical dentaire	Effectifs	5 651	2 019	41	94	7	0
	Evolution 2010/2015	-14%	-23%	-21%	-24%	NS	NS
Commerce détail produits pharmaceutiques	Effectifs	21 932	7 614	49	41	36	12
	Evolution 2010/2015	-3%	-4%	-42%	NS	-45%	NS
Comm détail art médicaux orthop magasin	Effectifs	2 213	559	50	51	11	0
	Evolution 2010/2015	25%	67%	33%	NS	NS	NS
Commerces de détail d'optique	Effectifs	8 370	5 370	19	0	31	0
	Evolution 2010/2015	7%	11%	NS	NS	NS	NS
TOTAL	Effectifs	38 166	15 562	186	186	85	12
	Evolution 2010/2015	-2%	-1%	-9%	15%	-7%	NS

* Saso : personnels du sanitaire et social hors filière de la petite enfance et ETS (voir liste en annexe) ; Dont soins : Infirmiers (salariés et libéraux, inf. spé., hors cadres infirmiers), aides-soignants ; rééducation : Kinésithérapeutes, psychomotriciens ergothérapeutes (salariés et libéraux) ; vie quotidienne : ASH, Aides à domicile ; NS : non significatif

Source : Recensement de la population 2008-2012 et 2013-2017 – Insee ; Traitement Défi métiers
Champ : Effectifs en emploi Ile-de-France (personnes physiques)

Tableau 20 : Effectifs et évolutions des effectifs des activités liées à la santé

		Total secteur	Total Saso*	Total soins*	Total rééducation*	Total vie quotidienne*	Total AMP
Activités hospitalières	Effectifs	201 160	117 673	77 278	4 343	16 473	455
	Evolution 2010/2015	1%	1%	2%	-6%	-11%	4%
Activité des médecins généralistes	Effectifs	25 886	3 343	1 040	269	490	0
	Evolution 2010/2015	-7%	-10%	-7%	-4%	-5%	NS
Pratique dentaire	Effectifs	13 226	4 517	530	33	126	13
	Evolution 2010/2015	6%	11%	-14%	-39%	64%	NS
Ambulances	Effectifs	5 468	4 175	166	NC	23	32
	Evolution 2010/2015	6%	7%	54%	NS	NS	NS
Laboratoires d'analyses médicales	Effectifs	8 453	4 065	635	NS	129	0
	Evolution 2010/2015	-6%	-9%	21%	NS	-37%	NS
Activité des infirmiers et sage-femmes	Effectifs	10 171	8 091	6 874	723	274	NC
	Evolution 2010/2015	10%	15%	35%	-49%	-22%	NS
Activité professionnels rééducation	Effectifs	15 609	14 214	136	13 919	70	11
	Evolution 2010/2015	22%	23%	-52%	25%	32%	NS
Activités santé humaine non classées	Effectifs	8 245	1 932	104	1 584	50	13
	Evolution 2010/2015	80%	38%	-13%	41%	-15%	NS
TOTAL	Effectifs	288 220	158 010	86 764	20 878	17 634	532
	Evolution 2010/2015	3%	3%	3%	12%	-11%	9%

* Saso : personnels du sanitaire et social hors filière de la petite enfance et ETS (voir liste en annexe) ; Dont soins : Infirmiers (salariés et libéraux, inf. spé., hors cadres infirmiers), aides-soignants ; rééducation : Kinésithérapeutes, psychomotriciens ergothérapeutes (salariés et libéraux) ; vie quotidienne : ASH, Aides à domicile ; NS : non significatif
 Source : Recensement de la population 2008-2012 et 2013-2017 – Insee ; Traitement Défi métiers
 Champ : Effectifs en emploi Ile-de-France (personnes physiques)

Tableau 21 : Effectifs et évolution des effectifs dans les activités social et médico-social non dédiées aux personnes âgées

		Total secteur	Total Saso*	Total soins*	Total rééducation*	Total vie quotidienne*	Total AMP
Hébergement médicalisé adultes handicap	Effectifs	5 809	4 363	1 381	168	627	1 150
	Evolution 2010/2015	39%	39%	61%	26%	28%	25%
Héberg social handicapés malades mentaux	Effectifs	7 868	5 019	722	100	861	1 031
	Evolution 2010/2015	14%	14%	31%	0%	8%	27%
Héberg soc adultes familles difficulté	Effectifs	7 175	3 313	262	33	743	114
	Evolution 2010/2015	20%	14%	0%	NS	32%	185%
Aide par le travail	Effectifs	20 297	2 742	142	66	844	159
	Evolution 2010/2015	-4%	12%	-19%	-29%	39%	-1%
Action sociale sans hébergement n,c,a,	Effectifs	35 862	12 939	1 395	314	4 378	199
	Evolution 2010/2015	7%	6%	-17%	-6%	-1%	91%
TOTAL	Effectifs	77 011	28 376	3 902	681	7 453	2 651
	Evolution 2010/2015	7%	13%	11%	0%	8%	30%

* Saso : personnels du sanitaire et social hors filière de la petite enfance et ETS (voir liste en annexe) ; Dont soins : Infirmiers (salariés et libéraux, inf. spé., hors cadres infirmiers), aides-soignants ; rééducation : Kinésithérapeutes, psychomotriciens ergothérapeutes (salariés et libéraux) ; vie quotidienne : ASH, Aides à domicile ; NS : non significatif

Source : Recensement de la population 2008-2012 et 2013-2017 – Insee ; Traitement Défi métiers

Champ : Effectifs en emploi Ile-de-France (personnes physiques)

Tableau 22 : Effectifs et évolution des effectifs dans les "autres secteurs d'activités"

		Total secteur	Total SASO	Total soins	Total rééducation	Total vie quotidienne	Total AMP
Administration publique générale	Effectifs	308 446	12 359	2 042	131	4 674	69
	Evolution 2010/2015	1%	1%	-2%	-40%	0%	-33%
Autres organisations adhésion volontaire	Effectifs	57 984	4 620	1 276	217	940	67
	Evolution 2010/2015	-19%	-30%	-23%	-16%	-42%	-41%
Entretien corporel	Effectifs	3 135	737	17	522	153	0
	Evolution 2010/2015	9%	31%	NS	32%	38%	NS
Activ ménages employeurs pers domestique	Effectifs	24 585	4 203	107	21	4 016	12
	Evolution 2010/2015	-31%	-11%	-34%	NS	-9%	NS
Location de logement	Effectifs	25 389	476	65	16	75	NC
	Evolution 2010/2015	4%	-2%	-35%	NS	-20%	NS
TOTAL	Effectifs	419 540	22 395	3 507	908	9 858	150
	Evolution 2010/2015	-5%	-9%	-12%	0%	-10%	-36%

* Saso : personnels du sanitaire et social hors filière de la petite enfance et ETS (voir liste en annexe) ; Dont soins : Infirmiers (salariés et libéraux, inf. spé., hors cadres infirmiers), aides-soignants ; rééducation : Kinésithérapeutes, psychomotriciens ergothérapeutes (salariés et libéraux) ; vie quotidienne : ASH, Aides à domicile ; NS : non significatif

Source : Recensement de la population 2008-2012 et 2013-2017 – Insee ; Traitement Défi métiers

Champ : Effectifs en emploi Ile-de-France (personnes physiques)

ANNEXE 4. LES REFERENTIELS DE COMPETENCES LIES AUX DIPLOMES D'ETAT DU SANITAIRE ET SOCIAL MENANT AUX METIERS ETUDIÉS.

Compétences du référentiel de formation du DE Infirmier

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Compétences du référentiel de formation du DE AS

1. Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne
2. Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé
3. Aider l'infirmier à la réalisation de soins
4. Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits
5. Entretenir des matériels de soin
6. Transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins
7. Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage
8. Accueillir et accompagner des stagiaires en formation

Compétences du référentiel de formation du DE AES

1. Se positionner comme professionnel dans le champ de l'action social
2. Accompagner les personnes au quotidien et dans la proximité
3. Coopérer avec l'ensemble des professionnels concernés
4. Participer à l'animation de la vie sociale et citoyenne de la personne
5. Spécialisation « accompagnement de la vie à domicile » ou « accompagnement de la vie en structure collective »

Compétences du référentiel de formation du DE Psychomotricien

1. Recueil de données, réalisation d'entretiens et d'évaluation visant au diagnostic psychomoteur
2. Interventions et soins en psychomotricité
3. Organisation et coordination des activités pour le suivi du sujet, en lien avec les professionnels de santé et les autres partenaires
4. Information, conseil, éducation pour la santé, éducation thérapeutique et expertise vis-à-vis d'une ou plusieurs personnes, de l'entourage et des institutions
5. Gestion des ressources
6. Veille professionnelle et développement professionnel continu
7. Réalisation d'études et de recherches
8. Encadrement, information et formation des professionnels et des futurs professionnels

Compétences du référentiel de formation du DE d'Ergothérapeute

1. Evaluer une situation et élaborer un diagnostic thérapeutique
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques
5. Elaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie
7. Evaluer et faire évoluer la pratique professionnelle
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs
10. Former et informer

Compétences du référentiel de formation du DE CAFERUIS

1. Conception et conduite de projets d'unité ou de service dans le cadre du projet institutionnel
2. Expertise technique
3. Management d'équipe
4. Organisation du travail, gestion administrative et budgétaire d'une unité ou d'un service
5. Communication - Interface - Gestion de partenariats (transversal)
6. Evaluation-développement de la qualité (transversal)

Compétences du référentiel de formation du DE CAFDES

1. Participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques territoriales d'action sanitaire et sociale et à leur évaluation
2. Définition et conduite d'un projet d'établissement ou de service à visée stratégique et opératoire
3. Management et gestion des ressources humaines et communication
4. Gestion économique, financière et logistique

Compétences du référentiel de formation du DE Cadre de Santé

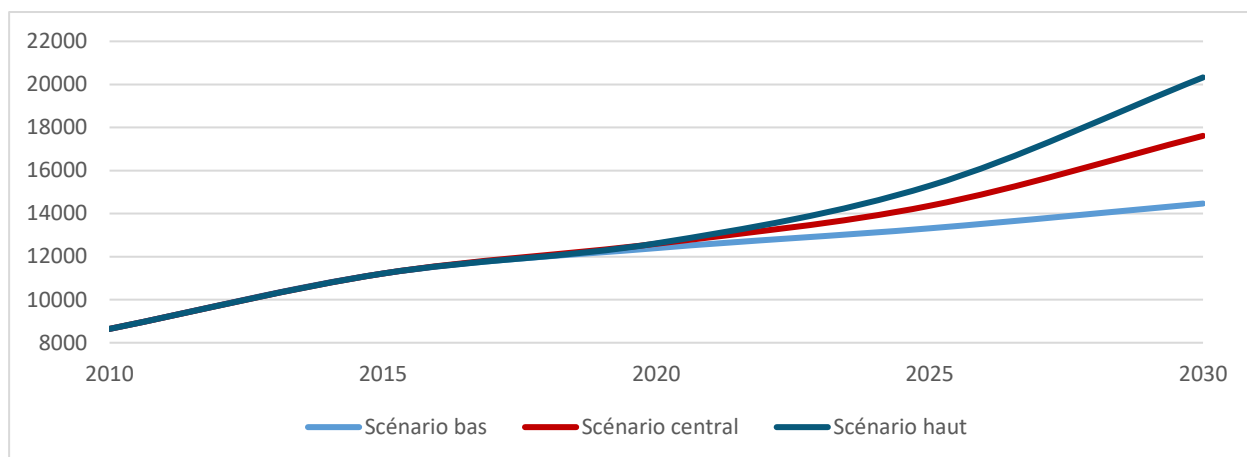
1. Manager et animer une équipe pluri professionnelle dans un secteur de prestations de soins et de services
2. Gérer la production des prestations de soins et de services dans un secteur d'activité
3. Initier et/ou conduire des projets, des études, des travaux dans un secteur de soins et de services
4. Gérer l'information relative au secteur d'activité

Compétences du référentiel de formation du DE IS

1. Production de connaissances
2. Conception et conduite d'actions
3. Communication et ressources humaines

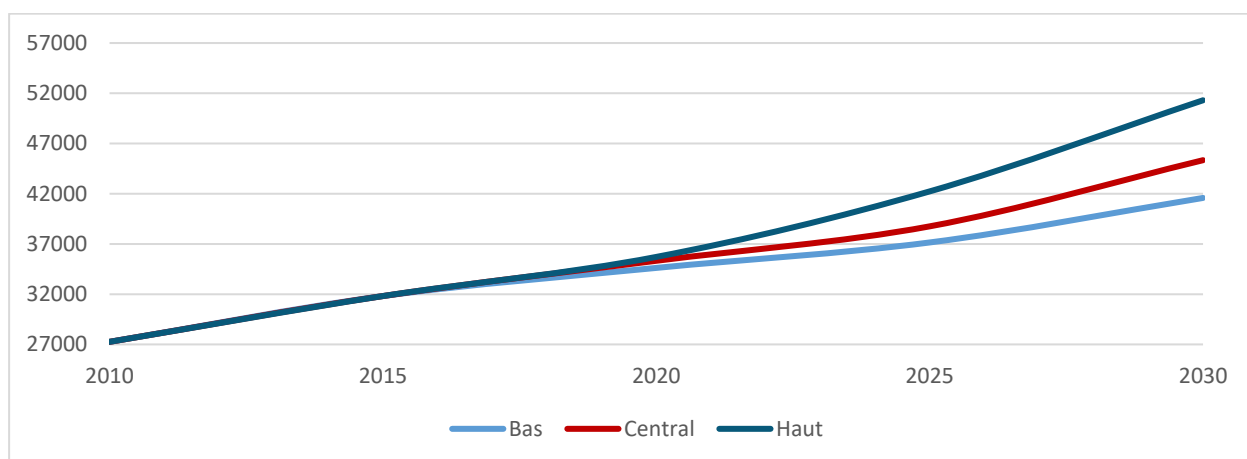
ANNEXE 5. LES EFFECTIFS EN EMPLOI A L'HORIZON 2030 PAR METIERS

Figure 20: Projections des effectifs d'aides-soignants dans le secteur médico-social des personnes âgées



Les effectifs des années 2010 et 2015 sont les effectifs des actifs issus des recensements de la population de l'Insee.

Figure 21: Projections des effectifs d'aides à domicile dans le secteur médico-social des personnes âgées



Les effectifs des années 2010 et 2015 sont les effectifs des actifs issus des recensements de la population de l'Insee.

Figure 22 : Projections des effectifs d'infirmiers dans le secteur médico-social des personnes âgées

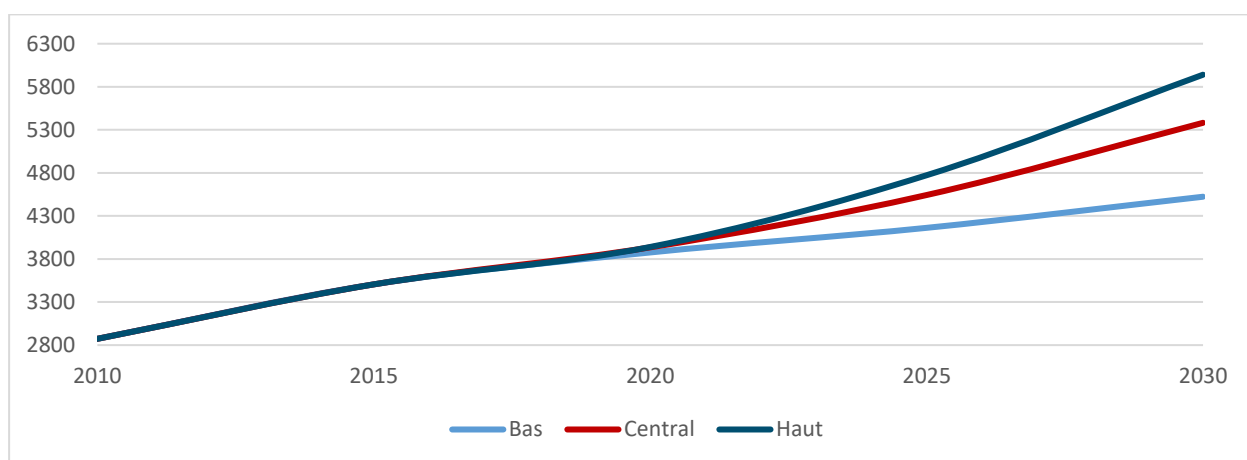


Figure 23 : Projections des effectifs d'AMP dans le secteur médico-social des personnes âgées

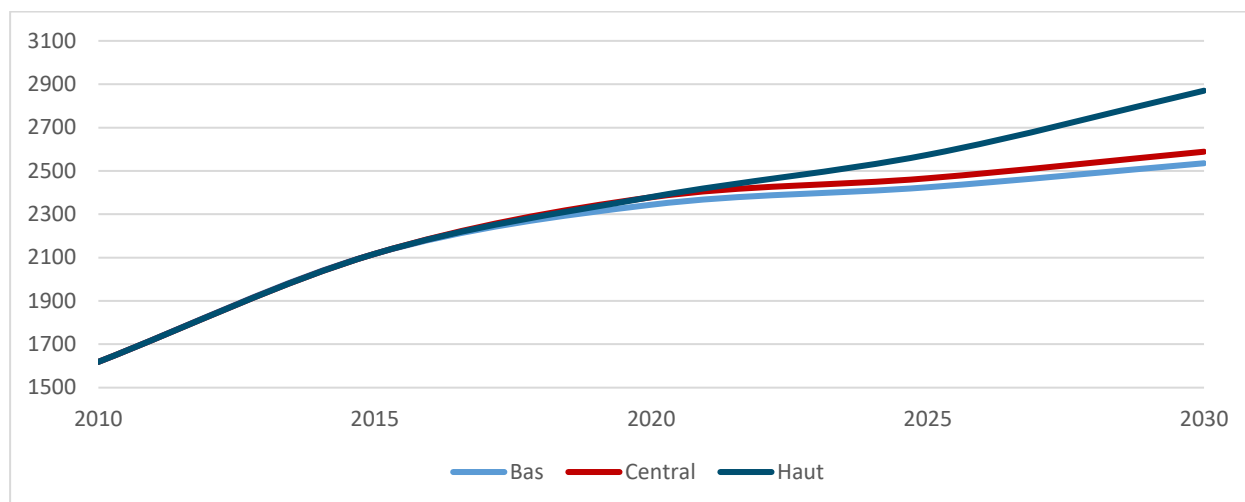


Figure 24 : Projections des effectifs de cadres infirmiers dans le secteur médico-social des personnes âgées

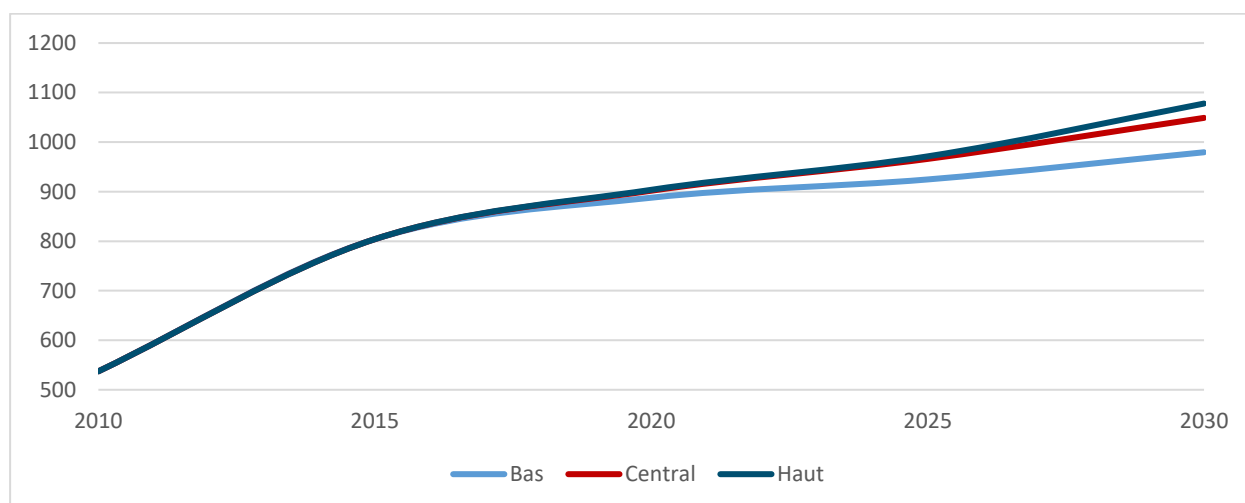
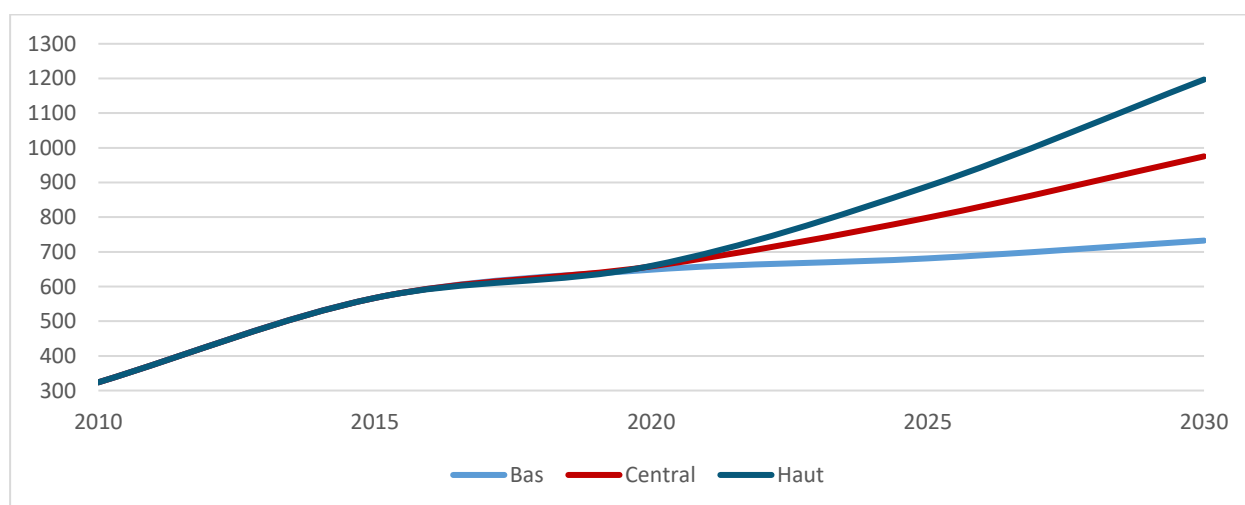


Figure 25 : Projections des effectifs de professionnels de la rééducation (ergothérapeutes et psychomotriciens) dans le secteur médico-social des personnes âgées



■ Défi métiers

Groupement d'intérêt public ■ 16, avenue Jean Moulin ■ 75014 PARIS

La présente publication a été réalisée dans le cadre de la mission OREF

Conception : Défi métiers

