

**Gestion des âges dans le secteur sanitaire
et social
L'exemple de la filière soignante et des
métiers de l'aide à la personne**

Rapport présenté par :

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU, Pascale FLAMANT,

Emmanuèle JEANDET MENGUAL et Thomas AUDIGE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2004057
Mai 2004*

La gestion des âges est un concept émergent, lié à la prise de conscience du phénomène de diminution du taux d'activité de la population consécutive aux départs massifs à la retraite qui vont s'accélérer dès 2007. A partir de cette date la population active diminue de 20 000 unités par an, diminution qui pourrait aller jusqu'à 80 000 en 2025. L'entrée plus tardive des jeunes sur le marché du travail, les taux déjà élevés d'emplois féminins en France, laissent penser que le principal réservoir d'activité pour l'avenir, outre celui de l'immigration, réside dans le développement de l'activité des personnes de plus de 50 ans.

Pour que l'arbitrage que les salariés seront amenés à faire, soit favorable au maintien en activité, il convient de mettre en place une politique de gestion des ressources humaines intégrant la question des âges. Cependant, une gestion adéquate des âges amène inévitablement à s'interroger bien au delà du travail des seniors, sur les conditions d'entrée des jeunes dans la vie active, l'attractivité de certains métiers, la cohabitation inter générationnelle... Le développement des taux d'activité après 50 ans suppose une approche globale des outils de formation tout au long de la vie professionnelle, des conditions de travail, de la mobilité professionnelle ainsi que des possibilités de réorientations en cours de carrière et des aménagements de la fin de carrière.

Le champ sanitaire et social est un secteur très vaste de l'économie qui, du point de vue de la population active employée, recouvre les actifs exerçant dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux (hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées et handicapées, établissements d'accueil de la petite enfance,...) ou au domicile des personnes directement (exercice libéral pour les infirmiers, emplois à domicile ou par le biais d'associations). Il représente une part non négligeable dans le total de la population active, puisque selon les hypothèses, il recouvre entre 6 et 10% de la population active.

L'objectif recherché par la mission visait tout à la fois la compréhension des stratégies des acteurs notamment au niveau national, et l'identification sur le terrain d'actions concrètes.

Le périmètre des investigations a été délimité à partir d'une double approche :

- un ciblage sur les métiers de niveau de qualification V et IV ;
- un ciblage sur les métiers centrés sur l'aide à la personne.

En conséquence, les filières éducatives, techniques, ouvrières, administratives des établissements sanitaires et sociaux ne sont pas traitées, ni les métiers spécifiquement liés à la prise en charge des personnes handicapées. Les métiers de niveau de qualification supérieure (I, II, III), et notamment le corps médical et les assistants de services sociaux, ne sont pas abordés. Ont également été pris en compte les infirmiers, de niveau de qualification III, afin d'avoir une vision d'ensemble de la filière soignante.

Ce sont des métiers sensibles, tournés vers le soin et l'accompagnement social au sens large, qui répondent aux besoins de personnes en situation de vulnérabilité : personnes malades, personnes handicapées, personnes âgées, très jeunes enfants ..., et où la nécessaire qualité de la prise en charge ainsi que la difficulté des situations rencontrées engendrent tout à la fois une charge mentale et une usure physique importantes. Les rémunérations restent modestes, voire faibles, au regard des responsabilités assumées et de la pénibilité des conditions de travail. L'attractivité des filières professionnelles est variable mais pour certaines d'entre elles, limitée. C'est le cas des métiers de l'aide à domicile, alors que les besoins d'ores et déjà exprimés sont élevés et devraient naturellement s'accroître avec le vieillissement de la population engendrant tout à la fois des besoins de soins et de prise en charge sociale au domicile ou en établissement. Les carrières sont de durée variable, parfois courtes comme dans l'aide à domicile, ou qui s'allongent comme pour les

infirmières, mais restent marquée par des fins de carrière pendant lesquelles les questions de pénibilité des emplois sont cruciales.

Une prise de conscience particulièrement faible des enjeux liés à la problématique de la gestion des âges

Ce tableau d'ensemble aurait dû infléchir de longue date les politiques publiques et favoriser une prise de conscience de la nécessité d'engager une politique de gestion des ressources humaines par les branches et les employeurs locaux qui prenne en compte de manière active le facteur âge et en fasse un élément déterminant des politiques mises en œuvre. Or l'analyse menée par la mission de l'IGAS, confirmée par les contacts pris au niveau national comme sur le terrain, démontre que les conséquences du retournement démographique, auquel le secteur va à court terme être confronté, n'ont pas encore été prises en compte.

Tournées essentiellement vers des objectifs de réponse aux besoins des populations et de régulation économique des activités, les administrations, dont relève le champ sanitaire et le secteur social, ne sont pas familières des outils de la politique de l'emploi. Leurs préoccupations sont essentiellement celles de l'organisation structurelle du secteur et de son contrôle qualitatif et financier.

Cependant la sensibilisation des pouvoirs publics s'est amorcée ces dernières années, à travers le constat de la baisse démographique qui va affecter les professions de santé. La création en juillet 2000 de l'observatoire de l'emploi public témoigne d'un intérêt accru des décideurs politiques pour l'évolution quantitative du secteur et celle des métiers qui vont affecter les trois fonctions publiques dans les années à venir. Enfin au sein du ministère des affaires sociales, certaines directions d'administration centrale ont entrepris des travaux prospectifs. Ces premiers pas dans l'amélioration de la connaissance statistique et démographique sont tout à la fois un signe fort et la marque d'une inquiétude majeure des pouvoirs publics pour l'avenir ; pour autant le discours et les incitations nationales sur la gestion des âges sont globalement absents encore aujourd'hui et les relais infra nationaux sont très faibles qu'ils s'agissent des branches professionnelles ou des employeurs locaux.

Les constats statistiques que la mission a été amenée à faire décrivent une situation préoccupante :

Dans le domaine sanitaire, les besoins de renouvellement des effectifs seront vraisemblablement élevés car le vieillissement des salariés va induire des départs massifs en retraite dans les prochaines années. Les personnels soignants sont caractérisés par un vieillissement important sur la période récente. La pyramide des âges des personnels infirmiers évolue dans le sens d'une importance croissante du poids des plus de 50 ans, qui représentent 21 % de l'effectif total en 2002 contre 8 % en 1990. Le secteur sanitaire se heurtera donc très probablement rapidement et durablement à des départs massifs en retraite des personnels infirmiers et des aides-soignants. Une étude conduite en 2003 par le ministère de la santé sur les effectifs de la fonction publique hospitalière montre que 54% des infirmiers et 53 % des aides-soignants qui travaillent actuellement, partiront en retraite d'ici 2015, avec un pic en 2012.

Par ailleurs, la connaissance de la durée et des parcours de carrières reste limitée. Seule la durée moyenne des carrières des personnels soignants de la fonction publique peut être mesurée à l'aide du nombre moyen de trimestres validés par les personnes faisant valoir leur droit à la retraite. Elle est de l'ordre de 30 ans pour les infirmières et de 28 ans pour les aides-soignants. Il semble que l'âge d'entrée en carrière, l'âge de départ, et les mobilités entre divers sous-secteur du champ

sanitaire des infirmières et des aides-soignants connaissent actuellement une évolution, sans qu'aucun chiffre ne soit aujourd'hui en mesure de corroborer ces phénomènes.

En outre, l'impact de la réforme récente des retraites sur les comportements des agents n'a pas pu encore faire l'objet d'une évaluation d'ensemble. Au total, il est vraisemblable que l'évolution des effectifs des infirmiers et des aides-soignants va engendrer de forts besoins liés aux nombreux départs en retraite ou vers d'autres formes d'activité, dans un contexte où les réserves de main d'œuvre, notamment chez les jeunes, offrent des marges de manœuvre limitées.

Le constat est aussi inquiétant pour les filières sociales examinées par la mission :

Chez les auxiliaires de puériculture, l'âge moyen de départ à la retraite est bas, 51,1 ans en 2003, et la durée de cotisation est courte : 23,5 ans en moyenne.

L'âge moyen des assistantes maternelles en 2002 était de 44,5 ans, à comparer à l'âge moyen des salariées du privé dans leur ensemble : 39 ans. Cet âge moyen a augmenté de deux ans et demi depuis 1994, et augmente plus vite que celui de l'ensemble des salariées du privé. La proportion des assistantes maternelles âgées de plus de 55 ans est croissante.

Pour les ATSEM (aides techniques des écoles maternelles), le vieillissement est marqué, la part des 50 ans et plus représente France entière 34% de l'ensemble. La moyenne d'âge des ATSEM France entière est de 44,9 ans, à comparer à la moyenne d'âge de l'ensemble des fonctionnaires territoriaux, 42,6 ans. La durée cotisée moyenne est assez courte, 23,6 ans en 2003.

Le vieillissement des aides à domicile est également indiscutable. A titre d'exemple, l'âge moyen des aides à domicile en activité au sein de l'ADMR est en 2004 de 45 ans. Pour celles qui travaillent chez des particuliers employeurs, l'âge moyen est de 45 ans en 2002, avec un accroissement de la part des salariés âgés de plus de 50 ans qui représentent désormais 30% des effectifs.

De manière plus globale, le contrat d'études prospectives couvrant le secteur social et médico-social a permis de faire des projections de départ à la retraite : 8,6% des salariés atteindront 60 ans jusqu'en 2006, puis ce taux passera à environ 16,5% dans les 5 années suivantes. A nombre de postes constants, sur une décennie, la branche aura selon eux à renouveler le quart de ses salariés. Plus globalement, la part des plus de 50 ans est plus importante que la population active (21,5% au recensement général de 1999 contre 27% pour l'enquête CEP).

La mission souligne les difficultés qu'elle a rencontrées pour décrire de manière cohérente les caractéristiques des différents métiers au regard de la problématique de la gestion des âges. L'appareil statistique actuel ne permet pas d'évaluer de manière globale ces enjeux dans le secteur sanitaire et social, de manière plus marquée pour ce second champ. Les catégories statistiques nationales prennent mal en compte l'ensemble de la filière sociale. Seules certaines filières sont dotées d'un système de remontée d'informations cohérent et complet. D'un point de vue thématique, même dans les filières bénéficiant de la meilleure couverture statistique, les données disponibles ne permettent pas d'établir un diagnostic fiable en matière de besoins en renouvellement des générations. Plus largement, aucune des grandes catégories d'employeurs du champ sanitaire et social (Etat, collectivités et centres de gestion, fédérations d'employeurs du secteur public et du secteur privé, fédérations d'associations) n'a mis en place de système d'information sur les ressources humaines permettant un croisement entre les données concernant l'âge, la paie, la formation, les durées et trajectoires de carrière, etc.

Un probable effet de ciseau entre des besoins d'activité croissants et des ressources humaines limitées

De nombreux travaux récents ont mis en lumière les tendances lourdes liées au vieillissement de la population française, et son impact sur les besoins en matière de prise en charge sanitaire et sociale, en établissement ou au domicile.

Les études entreprises au Commissariat Général au Plan sur l'avenir des métiers ont permis d'esquisser des tendances par métiers : dans le secteur de la santé, une prévision d'augmentation de 160 000 nouveaux emplois d'ici à 2010 surtout pour les infirmiers et les aides-soignants (+ 100 000 nouveaux postes pour ces deux professions). De même, les services aux particuliers vont connaître une croissance de 800 000 nouveaux emplois à la même échéance, dont 500 000 au titre de la garde d'enfants et de l'aide familiale, y compris pour les personnes âgées.

La combinaison des projections en termes de besoins liés à l'évolution démographique de notre pays, et des évolutions de personnels dans les structures sanitaires et sociales induites notamment par les départs en retraite prévisibles, fait apparaître un effet de ciseau possible entre des besoins de recrutement élevés liés à la dynamique d'activité du secteur, et des perspectives de départs à la retraite plus ou moins importants.

Un contexte marqué par de fortes contraintes

L'éclatement des acteurs permet difficilement l'émergence d'une politique d'anticipation en matière de gestion des ressources humaines. La coupure entre le secteur public et le secteur privé, l'émiettement du secteur sanitaire et social privé, lui-même fragmenté en de multiples conventions collectives, font obstacle à toute politique d'ensemble. Malgré quelques timides efforts récents de regroupements au sein du secteur privé à but non lucratif, les résistances culturelles et institutionnelles restent vives. Ainsi, aucune coopération d'envergure entre les différents acteurs n'a été menée sur des thèmes transversaux comme la prévention de l'usure professionnelle ou le maintien dans l'emploi des seniors.

L'approche statutaire reste contraignante dans le secteur des fonctions publiques. De multiples rigidités font obstacle à une gestion dynamique des parcours de carrière, qui valoriserait l'expérience professionnelle. Les difficultés des reconversions professionnelles semblent particulièrement importantes, les passerelles entre statuts restent rares et peu fréquentées. Les reprises d'ancienneté ou les différences de rémunération entre secteur public et secteur privé ne permettent pas aujourd'hui la neutralité qui permettrait de gérer une vie professionnelle en envisageant de pouvoir passer d'un emploi relevant d'une convention collective, ou du statut libéral, vers un emploi relevant d'un statut public et réciproquement.

Les conventions collectives du secteur sanitaire et social disposent de davantage de marge de manœuvre et de souplesse d'adaptation même si les gestionnaires rencontrés n'ont pas non plus paru à la mission de l'IGAS avoir véritablement abordé le défi d'une gestion anticipée des âges.

Le secteur sanitaire et social est marqué par le foisonnement des diplômes et leur segmentation qui reflètent avant tout la multiplicité des métiers du secteur. Même si quelques progrès récents ont été accomplis, un cloisonnement important entre formations et entre diplômes demeure. S'agissant des formations, les organismes opérateurs relèvent de filières distinctes : l'appareil de formation sanitaire et social, relevant du ministère des affaires sociales est lui-même scindé entre les deux champs, l'AFPA, relevant du ministère du travail, les GRETA, relevant du ministère de l'éducation

nationale. Ce cloisonnement est reproduit au niveau des diplômes. De réels efforts récents de décloisonnement des diplômes du champ social ont été entrepris, avec notamment, pour le DEAVS, les équivalences ou les crédits ouverts aux titulaires de diplômes sanitaires, alors qu'il subsiste de nombreux freins du côté des professions sanitaires.

Dans la mesure où les ressources humaines constituent à la fois le potentiel de travail mais aussi la part majoritaire des dépenses des structures du champ sanitaire et social (70% des budgets dans les établissements de santé, 90% dans les EHPAD), il est clair que toute action de nature à peser sur la ressource humaine, notamment en matière de condition de travail, de qualification, etc. , peut avoir un impact sur les finances publiques. De manière plus précise, la faiblesse des niveaux de rémunération moyens de ce secteur d'activité qui restent inférieurs à la moyenne des rémunérations de l'économie, d'une part, et l'insuffisance actuelle de professionnels qualifiés dans certaines filières, risquent de conduire à moyen terme à une évolution à la hausse des charges de personnel directes ou indirectes. Cela devra peu ou prou trouver une solvabilisation par un financement socialisé.

A partir de ces éléments de contexte et de diagnostic d'ensemble, la mission a cherché à analyser de manière plus détaillée les moyens d'action permettant le développement d'une politique de gestion des âges. Au niveau des établissements et services sanitaires et sociaux, il suppose une dynamique forte de gestion des ressources humaines ; il implique par ailleurs de mobiliser leur environnement institutionnel, pouvoirs publics, administrations, collectivités territoriales et partenaires sociaux, afin d'engager une dynamique d'ensemble.

Développer la GRH

L'ensemble des filières du secteur connaît des problèmes de recrutement.

Une telle situation pose la question de la pertinence des quotas dans le champ sanitaire, définis par l'administration à l'entrée des infirmières en IFSI, et du rationnement budgétaire des places dans les instituts de formation pour de nombreuses autres formations. En l'état actuel du dispositif, la mission estime indispensable qu'une réflexion soit initiée rapidement sur la pertinence du principe même d'une régulation au niveau des entrées en formation. Si ce système était maintenu, la mission insiste sur la nécessité de l'asseoir sur une méthode plus fiable d'évaluation des besoins.

Par ailleurs les employeurs doivent développer des politiques volontaristes de recrutement en direction de tous les âges et des deux sexes pour dépasser les stéréotypes qui marquent encore fortement les orientations au sein de l'école et à l'embauche.

La formation professionnelle est l'un des outils majeurs permettant de rendre les filières plus attractives, de motiver les personnels et à faciliter la mobilité. Tant au plan national qu'au plan local, des expériences innovantes sont tentées, notamment par le biais de la formation en alternance et la VAE. Dans le champ social, le secteur de l'aide à domicile s'est inscrit avec vigueur dans un processus de qualification par la VAE, alors que le secteur sanitaire a davantage de difficultés à s'engager dans cette démarche.

Le développement de la formation professionnelle au service de la promotion sociale se développe en s'appuyant sur les efforts de l'ANFH et des OPCA.

Le développement des instruments qui favorisent la professionnalisation des métiers représente un triple atout : il renforce l'attractivité de la filière, permet de disposer de personnels de qualité, une qualité attestée par un diplôme ou une formation, et il assure la promotion professionnelle des

salariés. Au delà de cette exigence ascendante qui donne de l'oxygène et de l'espoir aux agents, la mission de l'IGAS souhaite promouvoir des recommandations dans le sens de la diversification des carrières. Le développement de mobilités horizontales au sein de la même zone géographique est aujourd'hui rarement imaginé, il est surtout freiné par un certain état de concurrence entre les employeurs qui cherchent à conserver leurs salariés face aux pénuries actuelles ou rapidement prévisibles. Il convient donc de favoriser des adaptations statutaires et d'offrir des processus de qualification en cours de vie professionnelle pour permettre aux salariés de faire des carrières diversifiées. Enfin il est essentiel de mettre en œuvre des solutions innovantes pour gérer les fins de carrière : postes de travail moins rudes, adaptation des organisations, transformation des conditions de travail, développement des fonctions de tutorat ou d'expertise...

La connaissance des phénomènes d'usure professionnelle des salariés du secteur, et notamment d'une corrélation éventuelle entre âge et inaptitude au travail reste aujourd'hui limitée et parcellaire.

Une étude récente de la CNRACL met en évidence l'importance des entrées en invalidité chez les personnels soignants, et notamment les aides-soignants : le flux d'invalidité est multiplié par 2,5 pour les ASH par rapport aux IDE, et de 1,7 pour les aides-soignants. Il importe que des outils d'observation plus systématiques de l'absentéisme et de l'inaptitude au travail soient développés, à la fois à un niveau d'établissement, mais également au niveau national, pour mieux cerner l'ampleur du phénomène.

Il est nécessaire d'engager des actions en matière de conditions de travail en prenant en compte la dimension des âges. L'ensemble des mesures destinées à permettre aux salariés de vieillir dans leur travail ne sont aujourd'hui pas réellement organisées. Elles supposent un travail complémentaire aux démarches d'ensemble sur les conditions de travail, avec un regard tout particulier en termes d'ergonomie, et, plus fondamentalement de réfléchir à l'organisation du travail de manière globale dans les services.

L'ensemble des préconisations évoquées ci-dessus s'inscrit dans un processus de renforcement de la fonction ressources humaines au sein des structures sanitaires et sociales au travers d'une professionnalisation des acteurs, de la mise à disposition d'outils pertinents et de la capitalisation d'expériences de terrain. La nécessaire mutualisation des moyens et l'appui auprès des plus petites structures sera également indispensable.

La dimension territoriale de ces questions ne doit pas être oubliée. La mobilité professionnelle est à organiser au niveau territorial en prévoyant des « tours de table » entre employeurs d'une même zone géographique pour analyser les évolutions de l'emploi local et permettre des échanges d'information au profit des salariés.

Par ailleurs la mutualisation des moyens entre structures de petites tailles ou avec des organismes plus importants au profit de plus petits, doit permettre un développement généralisé de la GRH.

La mission a ensuite identifié l'ensemble des leviers d'action des pouvoirs publics, partenaires sociaux et institutionnels pour favoriser cet essor.

Assurer le développement des outils de la connaissance

La mission estime fondamentale la poursuite de l'adaptation de l'appareil statistique national aux enjeux de la gestion des âges dans les professions sanitaires et sociales. Elle préconise

l'amélioration des systèmes d'information actuels des différentes branches et le lancement de travaux de recherche sur des thèmes liés à la gestion des âges dans le secteur sanitaire et social. La mobilisation des structures d'observation régionales permettra pour sa part de développer des analyses fines au niveau des territoires. S'agissant des services de l'Etat, ces principales recommandations portent sur des adaptations des nomenclatures permettant une meilleure description des métiers notamment du social, une plus grande exploitation des sources générales statistiques telles que l'enquête Emploi ou le recensement, et enfin sur le développement d'études plus qualitatives sur les comportements des salariés de ce secteur.

Décloisonner les diplômes

Sans méconnaître les spécificités des divers métiers de la santé et du social ainsi que la variété des modes d'exercice qui leur sont liés, la mission estime qu'une réflexion d'ensemble doit être menée pour favoriser les passerelles entre les diplômes donnant ou facilitant l'accès à ces métiers. Ces travaux pourront utilement prendre appui sur les organes consultatifs existants, CPC, et sur la Commission nationale des certifications professionnelles (CNPC), qui assure le pilotage du répertoire national (RNCP).

Consolider une approche commune entre les différentes directions et les différents ministères

La mission a été frappée par le fractionnement qui subsiste entre directions, et plus largement entre ministères, dans la gestion des professions sanitaires et sociales. Les approches restent souvent cloisonnées entre DHOS, DGAS et DGS, les cultures sont faiblement partagées entre ces directions et celles du secteur travail-emploi-formation professionnelle, les concurrences sont vives et les incompréhensions parfois fortes avec le ministère de l'éducation nationale. Les services déconcentrés rencontrent souvent les mêmes difficultés de coopération, même si les rapprochements et les partenariats paraissent en meilleure voie. Des efforts indispensables sont donc à faire dans la clarification de l'organisation de l'administration centrale, dans la mise en œuvre d'une gestion de projet partagée en centrale, comme en déconcentré. La mission propose donc la création d'une mission inter-directionnelle sur le sujet de la gestion des âges, formalisée entre ces trois principales directions, qui devront associer en tant que de besoin, DREES, DARES, DGS, et les autres ministères (Education nationale et Fonction publique).

Anticiper les transferts de compétence liés à la décentralisation

Le projet de loi de décentralisation tel qu'il ressort à l'issue de la première lecture à l'Assemblée Nationale, prévoit le transfert aux conseils régionaux d'une bonne part des compétences actuelles de l'Etat sur le champ de la formation des professions sanitaires et sociales.

Une fois que les régions auront assimilé la connaissance d'un secteur nouveau pour elles, elles seront facilement en mesure d'appliquer aux opérateurs des formations sanitaires et sociales les outils dont elles ont un maniement habituel dans le cadre de leurs responsabilités en matière de formation professionnelle. Le regard neuf qu'elles porteront sur ce champ, la capacité d'intervention que leur confèrera la loi, leur donnera la possibilité de mettre autour de la table les services de l'Etat directement intéressés : DRASS, DRTEFP, rectorat, et peut-être de réussir une intégration que l'Etat n'a pas toujours pu ou su faire.

Par ailleurs, sur le volet départemental, la mission estime qu'une réflexion d'ensemble pourrait être initiée par la DGAS et l'ADF, pour explorer la manière dont les Conseils généraux pourraient tirer parti de ces leviers d'action pour conduire les opérateurs du champ sanitaire et social à adapter la

qualification des effectifs, renforcer leur gestion des ressources humaines et mutualiser leurs moyens et leurs expériences sur les territoires et les sujets pertinents.

Favoriser l'implication des partenaires sociaux au niveau national et régional

Le renforcement du rôle des commissions paritaires nationales pour l'emploi (CPNE) prévu par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 20 septembre 2003, qui fait actuellement l'objet d'une transposition dans le projet de loi relatif à la formation professionnelle et au dialogue social, peut constituer un levier pertinent de dynamisation du dialogue social au niveau des branches. Les CPNE peuvent fournir un cadre de concertation pertinente pour des réflexions en vue d'accords de branche sur des thèmes liés à la gestion des âges.

En outre, la mission pense souhaitable la tenue d'une table ronde avec l'ensemble des partenaires sociaux pour aboutir à des principes communs à toutes les conventions collectives, de prise en compte de l'expérience professionnelle, et l'ouverture d'une réflexion sur un dispositif harmonisé de reprise de l'ancienneté. A ce type de réflexion pourraient être associés les partenaires sociaux de la FPH.

Au sein de la FPH, la mission considère que les réflexions en cours sur la déconcentration du dialogue social devraient s'attacher, d'une part à créer un système de négociation sociale dans lequel les acteurs locaux y trouvent un intérêt, d'autre part à définir des règles stables de régulation sociale renforçant les acteurs acceptant de s'engager positivement et enfin, à faire émerger des acteurs légitimes, responsables et faisant preuve d'une capacité d'engagement et de mise en oeuvre des accords conclus.

Il paraît indispensable aux auteurs du rapport de préconiser que des échanges entre partenaires sociaux, voire des négociations, puissent avoir lieu, en particulier au niveau régional. Les commissions paritaires interprofessionnelles régionales de l'emploi (COPIRE) qui sont des lieux d'études et de propositions, pourraient servir de base à ce dialogue, en élargissant leur rôle au delà de la formation, aux évolutions de l'emploi par branches et donc permettre que s'amorce des négociations sur des sujets traitant de formation professionnelle, de développement de la GRH et de la GPEC, des conditions de travail, de mobilité professionnelle etc. Mais toute autre forme de dialogue permettant de croiser les informations et les points de vue des partenaires sociaux en y associant les conseils régionaux peuvent et doivent être imaginées.

Développer l'aide au conseil des entreprises pour l'élaboration des plans de GPEC

Un dispositif récent vient d'ouvrir des possibilités de financement en matière d'aide à l'élaboration de plans de GPEC dans les entreprises. Cette initiative doit être largement diffusée et utilisée dans le secteur privé sanitaire et social. Il est également souhaitable que des mécanismes équivalents puissent être créés et financés dans le champ public.

Prendre en compte les enjeux financiers, qui risquent de peser lourdement sur des évolutions pourtant indispensables.

La mission n'a pu établir de chiffrage précis des diverses hypothèses d'action proposées. Toutefois, elle a pu identifier plusieurs types de dépenses liées à une politique active de gestion des âges. Les principales charges résulteront tout à la fois du développement de la gestion des ressources humaines, coûteuse en temps homme, de l'investissement accru dans le champ des conditions de travail et de la prévention de l'usure professionnelle, qui passe certes par des dépenses

d'investissement, mais aussi par des coûts plus diffus au sein de l'organisation (formation, temps – homme lié à des démarches participatives sur l'organisation du travail). Enfin, la professionnalisation du secteur, notamment dans la sphère sociale, est de nature à renchérir les coûts salariaux.

L'ensemble de ces charges qui vont devoir s'engager progressivement, risquent de se conjuguer à court terme aux dépenses liées aux départs précoces de salariés âgés, pour lesquels des actions de prévention n'auront pu avoir d'impact. Ces dépenses diverses liées aux diverses formes d'inaptitude au travail de salariés âgés pèseront notamment sur les employeurs, mais aussi les organismes de protection sociale (assurance maladie, organismes de prévoyance,...).

L'ensemble de ces considérations suppose pour les pouvoirs publics d'être en mesure d'accompagner une telle politique par des moyens financiers.

En conclusion, la mission souligne la faiblesse, sinon de la prise de conscience, du moins des actions concrètes engagées pour anticiper la problématique du vieillissement démographique des salariés du secteur sanitaire et social.

L'éclatement et la fragmentation du secteur constitue à l'évidence un handicap pour conduire des actions fortes et structurées sur un domaine tel que la gestion des âges, qui doit faire appel à l'ensemble des outils de la gestion des ressources humaines.

Quelles que soient les préconisations techniques envisagées pour s'engager dans cette voie, la mobilisation de l'ensemble des acteurs sera indispensable. Au delà de l'impulsion vigoureuse que les pouvoirs publics devront donner au niveau central et déconcentré, l'ensemble des fédérations d'établissements et d'employeurs, ainsi que les syndicats de salariés devront être partie prenante de cette dynamique.

Les mesures préconisées ne pourront néanmoins être engagées sans un accompagnement financier, qui pèsera pour une part certaine sur les financeurs publics. Elles n'en représentent pas moins un investissement indispensable si l'on veut garantir une adéquation entre les besoins croissants dans ce secteur d'activité et les ressources humaines destinées à en assurer sa pérennité et son développement.

SOMMAIRE

Introduction.....	4
PREMIER CHAPITRE : UNE PRISE DE CONSCIENCE PARTICULIÈREMENT FAIBLE D'UN PROBLÈME QUI SERA RAPIDEMENT AIGU	8
1.1 UN CONCEPT MAL COMPRIS ET MAL APPROPRIÉ DANS LE SECTEUR	8
1.2 UNE INSUFFISANTE VOLONTÉ DES POUVOIRS PUBLICS À PROMOUVOIR CE CONCEPT, MÊME SI DES ACTIONS SONT ENGAGÉES EN MATIÈRE D'OBSERVATION DE L'EMPLOI PUBLIC ET DE DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS	9
1.3 DES STATISTIQUES LACUNAIRES ET DES OUTILS DE CONNAISSANCE PEU ADAPTÉS À UN DIAGNOSTIC PRÉCIS ET FIABLE EN MATIÈRE DE GESTION DES ÂGES	11
1.3.1 <i>Dans le domaine sanitaire, les besoins de renouvellement des effectifs seront vraisemblablement importants</i>	11
1.3.1.1 Le vieillissement des salariés va induire des départs massifs en retraite dans les prochaines années	11
1.3.1.2 Les besoins de renouvellement sont difficilement quantifiables mais ils seront vraisemblablement importants	12
1.3.2 <i>Le domaine social et médico-social connaîtra globalement les mêmes difficultés liées au vieillissement des personnels</i>	13
1.3.2.1 Le secteur de la petite enfance est assez contrasté, les auxiliaires de puériculture étant jeunes, contrairement aux assistants maternels et aux agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles	15
1.3.2.2 Le vieillissement des salariés de l'aide à domicile est indiscutable	16
1.3.2.3 La branche des établissements sociaux et médico-sociaux à but non lucratif : des données peu appropriées à une gestion des âges par métier	18
1.3.3 <i>L'appareil statistique actuel ne permet pas d'évaluer de manière globale et fiable les enjeux du secteur sanitaire et social en matière de gestion des âges</i>	19
1.3.3.1 Les catégories statistiques nationales prennent mal en compte l'ensemble de la filière sociale	19
1.3.3.2 Seules certaines filières sont dotées d'un système de remontée d'informations cohérent et complet.....	20
1.3.3.3 L'observation des professions du secteur n'est pas encore tournée vers des objectifs de gestion des âges	20
1.3.3.4 Au plan local, des tentatives essaient de pallier ces insuffisances	22
1.4 UN SCÉNARIO PROBABLE D'EFFET DE CISEAUX ENTRE DES BESOINS D'ACTIVITÉ CROISSANTS ET DES RESSOURCES HUMAINES LIMITÉES	23
1.4.1 <i>Une évolution des besoins fortement marquée par l'effet du vieillissement de la population</i>	23
1.4.2 <i>Les évolutions en matière de petite enfance et de handicap</i>	24
1.4.3 <i>Des projections sur les métiers qui confirment l'ampleur des besoins dans la branche sanitaire et sociale</i>	25
1.4.4 <i>Un effet de ciseau quasi-certain compte tenu des tendances actuelles en matière de population active</i>	26
DEUXIEME CHAPITRE : UN ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL QUI CONTRAINT FORTEMENT L'ESSOR DE LA GRH DANS LE SECTEUR.....	29
2.1 UN SECTEUR D'ACTIVITÉ ÉMIETTÉ, CLOISONNÉ ET FAIBLEMENT STRUCTURÉ	29
2.1.1 <i>Le cloisonnement entre secteur public et secteur privé gêne la vision globale par métier</i>	29
2.1.2 <i>La segmentation du secteur permet difficilement l'émergence d'une politique d'anticipation en matière de gestion des ressources humaines</i>	30
2.1.2.1 Cet émiettement se traduit par une multiplicité de conventions collectives	31
2.1.2.2 Depuis plusieurs années, les organisations d'employeurs s'efforcent d'améliorer la structuration du secteur	31
2.1.2.3 De fortes résistances et divergences de vue empêchent le secteur de se construire de manière plus cohérente	32
2.1.2.4 Les OPCA constituent un enjeu majeur.....	33
2.2 L'APPROCHE STATUTAIRE RESTE CONTRAIGNANTE DANS LE CHAMP PUBLIC, TANDIS QUE LES CONVENTIONS COLLECTIVES DU SECTEUR PRIVÉ COMMENCENT À ÉVOLUER.....	34
2.2.1 <i>La FPH et la FPT sont en partie contraintes par les règles statutaires</i>	34
2.2.2 <i>Les parcours entre public et privé sont plus ou moins aisés suivant les professions</i>	36
2.2.3 <i>Les conventions collectives du secteur sanitaire et social les plus récentes amorcent quelques évolutions</i>	37
2.3 DES DIPLÔMES FOISSONNANTS ET SEGMENTÉS.....	39
2.3.1 <i>Le secteur se caractérise par une multiplicité de diplômes</i>	39

2.3.2	<i>Le diplôme conditionne largement l'accès à certaines professions du secteur</i>	39
2.3.3	<i>Malgré de réels progrès, ces diplômés restent souvent cloisonnés entre eux</i>	40
2.4	DES CONTRAINTES FINANCIÈRES LOURDES ET UNE PRÉGNANCE DES FINANCEMENTS D'ORIGINE PUBLIQUE	42

TROISIEME CHAPITRE : UNE PROBLÉMATIQUE DE GESTION DES ÂGES QUI DEVRA S'APPUYER SUR UNE MEILLEURE UTILISATION DES LEVIERS DE LA GRH..... 45

3.1	DIVERSIFIER ET RENDRE PLUS ACTIVES LES POLITIQUES DE RECRUTEMENT	45
3.1.1	<i>Un secteur marqué par des difficultés de recrutement</i>	45
3.1.2	<i>Une réflexion doit être ouverte rapidement sur la pertinence du mode actuel de régulation des entrées en formation</i>	46
3.1.3	<i>Les employeurs du secteur doivent développer des politiques volontaristes de recrutement en direction de tous les âges et des deux sexes</i>	47
3.2	TIRER PARTI DE L'ACTUELLE MONTÉE EN PUISSANCE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE	48
3.2.1	<i>La formation en alternance gagnerait à être plus développée dans ce secteur</i>	48
3.2.2	<i>La validation des acquis de l'expérience comme instrument de motivation, de mobilité et de promotion professionnelle</i>	50
3.2.2.1	<i>Le secteur de l'aide à domicile a fait le pari de la VAE</i>	50
3.2.2.2	<i>Le secteur sanitaire a plus de difficultés à s'inscrire dans une démarche de validation des acquis de l'expérience</i>	51
3.2.3	<i>Les "études promotionnelles" permettent des mobilités intéressantes en s'appuyant sur l'action de l'ANFH et des OPCA</i>	53
3.2.3.1	<i>Dans le champ sanitaire public, le rôle grandissant de l'ANFH offre des possibilités de financements mutualisés pour développer les congés de formation et les études promotionnelles</i>	53
3.2.3.2	<i>Les OPCA sont les acteurs essentiels de la formation professionnelle continue dans le secteur privé</i>	54
3.3	ORGANISER DES PARCOURS PROFESSIONNELS, CRÉER DES PASSERELLES, GÉRER LES FINS DE CARRIÈRE	54
3.3.1	<i>Organiser des parcours professionnels diversifiés</i>	55
3.3.2	<i>Lever les obstacles réglementaires et développer les passerelles statutaires</i>	57
3.3.3	<i>Imaginer des solutions innovantes pour les fins de carrière</i>	58
3.4	AMÉLIORER LA PRÉVENTION DE L'USURE PROFESSIONNELLE, ADAPTER LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL	61
3.4.1	<i>Poursuivre l'amélioration de la connaissance des effets du vieillissement et de l'usure professionnelle sur l'activité des seniors</i>	61
3.4.2	<i>Engager des actions dans le champ des conditions de travail de manière plus systématique en prenant en compte la dimension des âges</i>	63
3.5	RENFORCER LES MOYENS CONSACRÉS À LA FONCTION DE GRH AU SEIN DES STRUCTURES SANITAIRES ET SOCIALES	64
3.6	RESITUER LA POLITIQUE DE GRH DANS UNE PROBLÉMATIQUE TERRITORIALE	67
3.6.1	<i>Développer les conditions d'une mobilité professionnelle au niveau du territoire</i>	67
3.6.2	<i>Mutualiser les fonctions support au niveau du territoire</i>	68

QUATRIÈME CHAPITRE : DES LEVIERS EXTERNES QU'IL FAUDRA MOBILISER..... 71

4.1	DÉVELOPPER LES OUTILS DE LA CONNAISSANCE	71
4.1.1	<i>Poursuivre l'adaptation de l'appareil statistique national aux enjeux des professions sociales</i>	71
4.1.2	<i>Favoriser la mise en place par les employeurs d'un système cohérent de collecte et d'agrégation de données sociales</i>	72
4.1.2.1	<i>Doter les employeurs de systèmes d'information pertinents</i>	72
4.1.2.2	<i>Mettre en place des procédures d'agrégation et de synthèse de ces données</i>	72
4.1.3	<i>Promouvoir des travaux de recherche sur des thèmes liés à la gestion des âges dans le secteur sanitaire et social</i>	73
4.1.4	<i>Mobiliser les structures d'observation régionales</i>	73
4.2	APPROFONDIR LES TRAVAUX INTERMINISTÉRIELS SUR LES MÉTIERS ET LES DIPLÔMES DANS LE SECTEUR	74
4.2.1	<i>Aboutir à une définition commune des métiers et des qualifications ainsi que des compétences qu'ils mettent en jeu</i>	74
4.2.2	<i>Faire progresser le déclassement des diplômés</i>	75
4.2.3	<i>S'appuyer sur les commissions professionnelles consultatives</i>	75
4.3	ACCENTUER LES APPROCHES COMMUNES ENTRE LES DIRECTIONS CENTRALES ET ENTRE LES SERVICES DÉCONCENTRÉS	77
4.3.1	<i>Faire évoluer les pratiques des administrations centrales</i>	77
4.3.1.1	<i>Revoir l'organisation actuelle entre DHOS et DGS</i>	77
4.3.1.2	<i>Formaliser une gestion de projet entre DHOS, DGAS et DGEFP ou créer une mission inter-direction</i>	77

4.3.2	<i>Amplifier le rôle des services déconcentrés</i>	79
4.4	PRENDRE EN COMPTE LES NOUVEAUX TRANSFERTS DE COMPÉTENCES PRÉVUS DANS LA FUTURE LOI DE DÉCENTRALISATION	80
4.4.1	<i>Favoriser l'émergence des Conseils régionaux sur les problématiques de l'emploi dans le secteur sanitaire et social</i>	80
4.4.2	<i>Amorcer une réflexion sur l'utilisation des leviers des conseils généraux dans le pilotage des opérateurs du champ social et médico-social</i>	81
4.5	FAVORISER L'IMPLICATION DES PARTENAIRES SOCIAUX SUR LE THÈME DE LA GESTION DES ÂGES	82
4.5.1	<i>Tirer parti de l'actuelle réforme du dialogue social</i>	82
4.5.2	<i>Dans le champ de la FPH, introduire l'employeur dans la négociation</i>	83
4.5.3	<i>Aménager les conditions du dialogue social au niveau territorial</i>	84
4.5.4	<i>Développer l'aide au conseil des entreprises pour l'élaboration de plans de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences</i>	85
	CINQUIÈME CHAPITRE : DES ENJEUX FINANCIERS QUI RISQUENT DE PESER LOURDEMENT SUR DES ÉVOLUTIONS POURTANT INDISPENSABLES	87
5.1.	A COURT TERME, FAIRE FACE AU COÛT DES DÉPARTS PRÉCOCES	87
5.2.	A MOYEN TERME, PRENDRE EN CHARGE LES EFFORTS DE DÉVELOPPEMENT DE LA GRH	89
5.3.	INVESTIR SUR LA PRÉVENTION DE L'USURE AU TRAVAIL ET L'ADAPTATION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL	90
5.4.	FINANCER LA PROFESSIONNALISATION DES SALARIÉS ET LA REQUALIFICATION DES EMPLOIS.....	91
	SIXIÈME CHAPITRE : CONCLUSION ET RAPPEL DES RECOMMANDATIONS	92
6.1	RAPPEL DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	92
6.1.1	<i>Des actions à initier rapidement et faisables à relativement court terme</i>	92
6.1.2	<i>Des sujets nécessitant des évolutions culturelles et envisageables à moyen terme</i>	94
6.2	CONCLUSION	95

Introduction

Principaux éléments de cadrage sectoriel

Le secteur sanitaire et social, tous métiers et fonctions confondus¹, est un secteur très vaste de l'économie qui, du point de vue de la population active employée, recouvre les actifs exerçant dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux (hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées et handicapées, établissements d'accueil de la petite enfance,...) ou directement au domicile des personnes (exercice libéral pour les infirmiers, emplois à domicile ou par le biais d'associations).

La multitude des métiers figurant dans les diverses nomenclatures rend le recensement exact du périmètre du secteur assez malaisé. Bien souvent le champ des établissements est assez bien renseigné, en revanche les emplois au domicile des personnes et des familles sont parfois agrégés dans le champ des services aux particuliers, sans distinction du caractère social ou non de leur intervention.

Ce secteur économique se caractérise par les éléments suivants :

- il appartient au secteur tertiaire des services, avec une place prépondérante des salariés dans la production de valeur ajoutée².
- Il se caractérise par une aide à la personne ;
- Il s'agit pour l'essentiel d'un secteur non marchand dont le financement dépend fortement des financeurs publics (sécurité sociale, aide sociale, APA,...).
- Il se caractérise par une forte féminisation de la population active.

C'est enfin un secteur dans lequel les pouvoirs publics, qu'il s'agisse de l'Etat, des collectivités locales ou des établissements publics, ont un rôle majeur : employeurs directs, lorsqu'il s'agit des agents relevant des statuts de la fonction publique territoriale ou hospitalière, ou financeurs d'établissements et services, majoritairement publics ou participant au service public ; le secteur privé pour sa part est essentiellement non lucratif, mais il est souvent encadré par l'administration. Les professions sont pour beaucoup réglementées, leur accès est alors quantifié et planifié, le champ des compétences des professionnels est strictement précisé par les textes. La formation, sanctionnée par des diplômes d'Etat, conditionne la plupart du temps l'exercice du métier.

A partir des diverses sources statistiques existantes, il est possible de donner un ordre de grandeur de la population active occupée dans ce secteur d'activité.

Dans le champ sanitaire, le total des effectifs des personnels non médicaux pour les établissements publics et privés est de 890.000 salariés³. A ce chiffre, doivent être ajoutés les effectifs d'infirmiers installés en libéral, soit environ 60.000⁴, soit un total de 950.000 actifs.

¹ Les données indiquées dans ce paragraphe se rapportent à l'ensemble des métiers et fonctions (administratives, logistiques, techniques et soins) du secteur, même si dans la suite du rapport, la mission se concentre exclusivement sur certains métiers.

² D'après la source MIMOSA du CEREQ, le taux de valeur ajoutée (ratio valeur ajoutée sur production) est de 54% dans ce secteur, contre 30% sur l'ensemble des secteurs de l'économie.

³ Source DREES. Données sanitaires et sociales. 2003. Enquête SAE, en équivalent temps plein.

⁴ Source DREES-ADELI en 2003 : 59456 infirmiers inscrits au répertoire ADELI à titre libéral.

Dans le champ social, les effectifs recensés s'élèvent à 806.000⁵, quel que soit l'employeur (public ou privé), et tous métiers confondus.

Par conséquent, le secteur emploie plus de 1,7 million d'actifs, ce qui rapporté à l'ensemble des actifs occupés (26 millions) représente 6% de la population active, ce chiffre n'incluant pas les médecins.

Selon les données du CEREQ⁶, les effectifs salariés de ce secteur s'élèvent à 1,1 million d'actifs, répartis sur 106 000 employeurs, hors fonction publique et hors libéraux. En ajoutant les effectifs de la FPH, on aboutit à un total de 1,7 million d'actifs, ce chiffre incluant à l'inverse les médecins salariés. Il faut toutefois noter que ces données d'ensemble ne prennent pas en compte les actifs exerçant au domicile des personnes, employés de gré à gré, qui sont recensés dans les services aux particuliers. Les estimations sur ces emplois permettent de chiffrer le volume d'actifs employés à plus d'un million, ce qui porterait le total des actifs à 2,7 millions. Enfin, certains agents de la fonction publique territoriale interviennent dans le champ social ; ceux-ci ne sont pas comptabilisés dans les chiffres ci-dessus⁷.

Une dernière source est celle de l'enquête Emploi de l'INSEE, qui regroupe par secteurs d'activité les emplois. En 2002, le secteur sanitaire et social regroupe 2,8 millions d'actifs, ce chiffre incluant néanmoins les emplois de l'industrie et du commerce pharmaceutiques.

Une fourchette haute permettrait d'estimer les actifs de ce secteur à près de 3 millions de salariés⁸, soit plus de 10 % de la population active. Les investigations menées par la mission ont porté sur une partie cet ensemble, estimé grossièrement à la moitié de celui-ci.

Un autre élément d'éclairage à un niveau territorial plus fin permet de confirmer cette tendance. En effet, dans les régions observées par la mission, la part de l'emploi dans ce secteur économique avoisine 10%, notamment en région Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Des données plus précises mais partielles sur certains métiers observés permettent de mesurer leur part dans la population active ; il s'agit notamment des infirmiers et des aides-soignants. Ceux-ci représenteraient un effectif total de 800 000 personnes (réparti à moitié entre les deux professions), quel que soit le mode d'exercice (salarié, libéral), soit 1% de la population active⁹. A l'échelle des régions, ce pourcentage varie ; dans certaines régions la part des infirmiers et des aides-soignants dépasse 4%.

⁵ Source DREES. Document DGAS sur les formations.

⁶ CEREQ, Base MIMOSA sur les portraits statistiques des branches. Données 2002. Ces données sont issues de l'UNEDIC et prennent en compte les salariés assujettis au régime des ASSEDIC, et excluent donc les non salariés et les employés de la fonction publique.

⁷ Dans sa « Synthèse nationale des rapports aux CTP sur l'état au 31 décembre 1999 des collectivités territoriales » (décembre 2002), le CNFPT et la DGCL évaluent à 56.841 le nombre d'ATSEM, à 6.545 le nombre d'infirmiers et à 17.363 le nombre d'auxiliaires de puériculture, soit plus de 80.000 agents (sur un total de 162.000 agents de la filière sociale territoriale).

⁸ Si l'on estime que les agents de la FPT intervenant dans le champ social représentent aujourd'hui près de 200 000 personnes.

⁹ Source DARES, INSEE Enquête Emploi, 2003.

En définitive, ce secteur représente donc une part non négligeable dans le total de la population active, puisque selon les hypothèses, il représente entre 6 et 10% de la population active.

Méthodologie adoptée par la mission.

Les travaux conduits par la mission se sont déroulés entre janvier et mars 2004. L'objectif recherché visait tout à la fois la compréhension des stratégies des acteurs notamment au niveau national et l'identification, dans toute la mesure du possible, sur le terrain d'expériences pilotes sur le sujet.

Sur une durée de trois mois, les investigations ne pouvaient aborder que des éléments partiels de ce secteur d'activité, et non la compréhension fine de l'ensemble des métiers le composant.

La mission a délimité son périmètre de travail à partir d'une double approche :

- un ciblage sur les métiers de niveau de qualification V et IV ;
- un ciblage sur les métiers centrés sur l'aide à la personne, en excluant de ce fait l'ensemble des métiers venant en appui logistique, technique ou administratif.

En conséquence, les filières éducatives, techniques, ouvrières, administratives des établissements sanitaires et sociaux ne sont pas traitées, ni les métiers spécifiquement liés à la prise en charge des personnes handicapées. Les métiers de niveau de qualification supérieure (I, II, III), et notamment le corps médical et les assistants de services sociaux, ne sont pas abordés. Les personnes agissant à titre bénévole dans le secteur sanitaire et social n'ont pas été incluses dans le champ de l'étude.

Cependant, la mission a considéré que les infirmiers, bien que de niveau de qualification III, relevaient du champ de ses investigations afin d'avoir une vision d'ensemble de la filière soignante.

Par ailleurs, la mission a volontairement souhaité, pour les niveaux de qualification IV et V, s'attacher à un examen transversal des populations aidées, qu'il s'agisse de la petite enfance, de la prise en charge médicale en établissement, ou des personnes âgées dépendantes, partant de l'hypothèse que ces métiers reposaient tous sur l'aide à la personne, et qu'ils permettaient d'envisager de construire des parcours professionnels variés.

Les travaux ont abordé l'ensemble des employeurs possibles de ce secteur, publics ou privés (non lucratif ou lucratif), de manière à refléter la diversité des structures et des acteurs intervenant dans ce domaine¹⁰.

En définitive, la mission a pu apporter des éclairages sur les professions suivantes :

- infirmier (hors emplois de débouché des IDE- infirmiers spécialisés et cadres),
- aide-soignant,
- auxiliaire de puériculture ;
- auxiliaire de vie sociale ;
- agent territorial spécialisé des écoles maternelles (ATSEM) ;
- assistant maternel¹¹ non permanent ;

¹⁰ L'exercice libéral des infirmiers a été traité de manière incidente, dans le cadre des développements sur la réflexion sur les parcours de carrière.

- salarié du particulier employeur.

Sur la base de ce périmètre, la mission a organisé des rencontres auprès des acteurs suivants¹² :

- ministères chargés du travail et de la formation professionnelle, de la santé et de l'action sociale, de l'éducation nationale ;
- fédérations et syndicats d'établissements ou d'employeurs ;
- syndicats de salariés au niveau confédéral ;
- personnalités qualifiées et experts sur le sujet.

Elle a également conduit un sondage de l'ensemble des directions régionales des affaires sanitaires et sociales afin de repérer sur l'ensemble du territoire les travaux d'études et les expériences pertinentes menés par les acteurs du secteur, et de recueillir des données qualitatives et quantitatives sur la mise en œuvre de la généralisation de la validation des acquis de l'expérience pour certains diplômes du champ social.

La mission s'est en outre déplacée dans deux régions, Rhône-Alpes (du 25 au 27 février 2004) et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (du 15 au 17 mars 2004), pour rencontrer notamment les services déconcentrés de l'Etat, les principales collectivités territoriales impliquées (conseil régional, conseil général, et commune), des établissements de santé publics et privés. Elle a également organisé des contacts sur la région Ile-de-France (Ville de Paris, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, associations) et a effectué un déplacement dans le département de l'Aube centré sur les questions d'aide à domicile.

¹¹ La mission a pris le parti d'utiliser le masculin pour désigner les professions, même si, comme la suite du rapport le démontre, le secteur est très féminisé et certaines professions presque exclusivement pratiquées par des femmes.

¹² La liste des personnes rencontrées figure en annexe I.

PREMIÈRE CHAPITRE : UNE PRISE DE CONSCIENCE PARTICULIÈREMENT FAIBLE D'UN PROBLÈME QUI SERA RAPIDEMENT AIGU

1.1 Un concept mal compris et mal approprié dans le secteur

La gestion des âges est un concept émergent, lié à la prise de conscience du phénomène de diminution du taux d'activité de la population consécutive aux départs massifs à la retraite qui vont s'accélérer dès 2007. A partir de cette date la population active diminue de 20 000 unités par an, diminution qui pourrait aller jusqu'à 80 000 en 2025. L'entrée plus tardive des jeunes sur le marché du travail, les taux déjà élevés d'emplois féminins en France, laissent penser que le principal réservoir d'activité pour l'avenir, outre celui de l'immigration, réside dans le développement de l'activité des personnes de plus de 50 ans.

L'enjeu central est bien celui-là : comment permettre aux salariés et aux actifs les plus âgés de prolonger leur activité ? dans quelles conditions ? avec quelle efficacité ? Cette question est d'autant plus cruciale que l'allongement des durées de cotisations permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein amènera les salariés à s'interroger et à arbitrer entre maintien en activité et basculement dans l'inactivité avec une retraite moindre. Pour que cet arbitrage soit favorable au maintien en activité, il convient de mettre en place une politique de gestion des ressources humaines centrée sur la question des âges. Cependant, une gestion prévisionnelle des âges amène inévitablement à s'interroger bien au delà du travail des seniors, sur les conditions d'entrée des jeunes dans la vie active, l'attractivité de certains métiers, la cohabitation inter générationnelle...Le développement des taux d'activité après 50 ans suppose une approche globale des outils de formation tout au long de la vie professionnelle, des conditions de travail, de la mobilité professionnelle ainsi que des possibilités de réorientations en cours de carrière et des aménagements de la fin de carrière.

Outre les éléments indiqués ci-dessus, les métiers du secteur sont des métiers sensibles, tournés vers le soin et l'accompagnement social au sens large, ils répondent aux besoins de personnes en situation de vulnérabilité : personnes malades, personnes handicapées, personnes âgées, très jeunes enfants, enfants et adolescents en situation précaire, familles isolées, personnes sans domicile... Ce sont des métiers où la nécessaire qualité de la prise en charge ainsi que la difficulté des situations rencontrées engendrent tout à la fois une charge mentale et une usure physique importantes. Enfin pour la majeure partie des professionnels concernés, hormis les professions médicales ou d'encadrement, leurs rémunérations restent modestes voire faibles, au regard des responsabilités assumées et de la pénibilité des conditions de travail. L'attractivité des filières professionnelles est variable mais pour certaines d'entre elles, limitée. C'est le cas des métiers de l'aide à domicile, alors que les besoins d'ores et déjà exprimés sont élevés et devraient naturellement s'accroître avec le vieillissement de la population engendrant tout à la fois des besoins de soins et de prise en charge sociale au domicile ou en établissement.

Outre les difficultés de recrutement de certaines filières, les carrières sont de durée variable, parfois courtes comme dans l'aide à domicile, ou qui s'allongent comme pour les infirmières

mais restent marquées par des fins de carrière pendant lesquelles les questions de pénibilité des emplois sont cruciales.

Ce tableau d'ensemble aurait dû infléchir de longue date les politiques publiques et favoriser une prise de conscience sur la nécessité d'engager une politique de gestion des ressources humaines par branche et dans l'ensemble du secteur qui prenne en compte de manière active le facteur âge et en fasse un élément déterminant des politiques mises en œuvre. Or l'analyse menée par la mission de l'IGAS, confirmée par les contacts pris au niveau national comme sur le terrain, démontre que les conséquences du retournement démographique, auquel le secteur va à court terme être confronté, n'ont pas encore été prises en compte. Certaines filières mesurent certes l'acuité des problèmes de recrutement et du défaut d'attractivité de certains métiers, ceux de l'aide à domicile notamment. Mais si la plupart des interlocuteurs rencontrés connaissent les évolutions démographiques globales qui vont affecter la population française, ils avouent n'avoir engagé aucun travail effectif, ni à visée diagnostique ou d'étude, encore moins engagé d'actions précises dans le sens d'une gestion prévisionnelle des âges. Le concept lui-même est quasiment absent des préoccupations exprimées par la plupart des responsables rencontrés dans le champ sanitaire et social ; lorsque la mission présentait la thématique de ses investigations, elle a chaque fois été amenée à expliquer en détails ce qu'il convenait d'entendre par gestion des âges ; elle a bien souvent eu le sentiment que ses interlocuteurs n'entraient qu'avec difficulté dans cette problématique. Même les directeurs des ressources humaines des établissements sanitaires sont encore loin de mener une politique prévisionnelle de gestion des âges. Un article publié par « Gestions hospitalières » (décembre 2003) fait état d'une enquête menée auprès des DRH¹³ qui révèle des contradictions importantes : « *Les hôpitaux cherchent actuellement à répondre au problème du vieillissement de leur personnel en continuant à se séparer des plus âgés ... Le développement de la formation tout au long de la vie et l'adaptation de l'organisation du travail aux contraintes des personnels à l'hôpital et la coopération entre jeunes et anciens sont des éléments qui ont été jusqu'à présent négligés, au profit d'une gestion des âges qui a continué à déqualifier et à exclure les salariés âgés du marché du travail* ».

Si certaines actions sont vigoureusement engagées et devraient contribuer à terme à une gestion des âges efficace, elles sont revendiquées à un tout autre titre. La formation des professionnels en est un exemple ; un investissement important a été fait ces dernières années par la grande majorité des responsables du secteur dans un objectif de qualification et de professionnalisation accrue, mais sans lien pensé avec une politique prévisionnelle et raisonnée des âges.

1.2 Une insuffisante volonté des pouvoirs publics à promouvoir ce concept, même si des actions sont engagées en matière d'observation de l'emploi public et de démographie des professionnels

Tournés essentiellement vers des objectifs de réponse aux besoins des populations et de régulation économique des activités, les administrations dont relève le champ sanitaire et le

¹³ Gestions hospitalières N° 431, cahier sur le vieillissement du personnel. Ce cahier retrace les conclusions d'une enquête menée sur les attitudes et les comportements des DRH hospitaliers à l'égard du vieillissement et des personnels soignants âgés (El Houari, Steudler, Minares, Bertrand). Elle prend en compte la perception des DRH eux-mêmes, compte tenu de leur âge et de leur niveau de formation notamment, de la réalité du vieillissement des soignants et décrit les solutions adoptées dans un contexte de pénurie.

secteur social ne sont pas familières des outils de la politique de l'emploi même si, à la fin des années 80, elles ont été amenées à se doter d'outils de mesure de l'impact des mesures statutaires et catégorielles¹⁴. Leurs préoccupations sont essentiellement celles de l'organisation structurelle du secteur et de son contrôle qualitatif et financier.

Les outils statistiques sont d'ailleurs le reflet de cette culture ; ils décrivent les institutions et les services, ils permettent d'appréhender l'activité des établissements de santé et d'amorcer une analyse d'efficacité dans le secteur hospitalier, mais ils n'apportent que de manière partielle et inégale selon les filières des informations sur la structure d'emploi de chaque segment du secteur.

Les formes de recrutement du secteur public, par concours, ou même du secteur privé, n'empruntent pas ou fort peu les procédures traditionnelles du marché de l'emploi, ne passent quasiment pas par l'ANPE. Inconnus des ASSEDIC, les fonctionnaires qui sont majoritaires dans les métiers du sanitaire et pour partie du social, échappent ainsi également aux informations croisées dont disposent l'ANPE et l'UNEDIC.

Cependant la sensibilisation des pouvoirs publics s'est amorcée ces dernières années, à travers la prise de conscience de la baisse démographique qui va affecter les professions de santé. Cette évolution, ce retournement de vision date de la fin des années 90. La démographie médicale devient une préoccupation des pouvoirs publics dans les dernières années de la décennie¹⁵.

Par ailleurs, la création en juillet 2000 de l'observatoire de l'emploi public a pour objectif d'une part de recenser et analyser les évolutions des emplois couverts par les trois statuts de la fonction publique, la fonction publique d'Etat (FPE), la fonction publique hospitalière (FPH) et la fonction publique territoriale (FPT), d'autre part de favoriser le développement de la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences dans la fonction publique. Trois rapports d'activité¹⁶ ont été rendus publics. Ils ont permis d'amorcer la mise en place d'une coordination des informations connues et leur mise en cohérence et de mesurer les failles ou les faiblesses de l'information existante afin de les pallier.

Certaines directions d'administration centrale conduisent également des travaux quantitatifs et prospectifs. Outre ceux de la DGS, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des

¹⁴ A la suite des conflits infirmiers des années 1988-90, la Direction des Hôpitaux avait mis en place des outils permettant de mieux mesurer l'impact des décisions prises dans le cadre des modifications statutaires ou de grilles de rémunération. Ces outils se sont enrichis au fil des années.

¹⁵ Un rapport de la direction générale de la santé (DGS) publié en juin 2001 en témoigne. Un observatoire de la démographie des professions de santé est créé au niveau national en 2002. Une enquête menée par l'IGAS en 2001 sur la fonction d'observation au niveau régional souligne que les observatoires régionaux de la santé (ORS) commencent à s'intéresser à la démographie des professions médicales et soignantes, ainsi que les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les unions régionales des médecins libéraux (URML). Elle souligne également le caractère assez anarchique de ces premiers travaux et leur faible cohérence d'ensemble. Après le premier rapport du Pr. Berland (Démographie des professions de santé, 2002), un second rapport (Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Pr. Yvon Berland), préconise la création d'un observatoire national et d'observatoires régionaux sur ce thème. Ce réseau, mis en place en juillet 2003, formé d'une tête de pont nationale dont le secrétariat est assuré par la DREES, et d'instances régionales reposant en grande partie sur les DRASS, est désormais opérationnel.

¹⁶ 2001, 2002, 2003. Lors du discours d'installation de l'observatoire, le ministre souligne clairement que l'introduction des outils de gestion des emplois et des compétences (GPEC) dans les services publics doit permettre de « résoudre l'équation démographique et l'explosion prévisible des départs à la retraite »... Michel Sapin, 19/09/2000.

L'observatoire a par ailleurs organisé des journées thématiques dont l'une a été consacrée aux métiers le 26 mars 2003 : « l'approche métier dans le respect d'une fonction publique de carrière ».

soins (DHOS) a pour sa part engagé ces dernières années des travaux démographiques importants sur les évolutions de la fonction publique hospitalière et mis en route un observatoire des métiers¹⁷. La Direction générale de l'action sociale (DGAS) a élaboré le schéma national des formations sociales en puisant dans les travaux menés par les DRASS au plan régional pour déterminer quelles devraient être les capacités de formation à développer dans les années à venir dans le secteur social. En outre, la DREES a conduit des projections statistiques sur la population infirmière¹⁸.

Ces premiers pas dans l'amélioration de la connaissance statistique et démographique sont tout à la fois le signe d'une prise de conscience et la marque d'une inquiétude majeure des pouvoirs publics pour l'avenir ; pour autant le discours et les incitations nationales sur la gestion des âges sont globalement absents encore aujourd'hui et les relais infra-nationaux sont très faibles sur ce thème¹⁹, qu'ils s'agissent des branches professionnelles ou des employeurs locaux.

1.3 Des statistiques lacunaires et des outils de connaissance peu adaptés à un diagnostic précis et fiable en matière de gestion des âges

1.3.1 Dans le domaine sanitaire, les besoins de renouvellement des effectifs seront vraisemblablement importants²⁰

1.3.1.1 Le vieillissement des salariés va induire des départs massifs en retraite dans les prochaines années

Les personnels soignants sont caractérisés par un vieillissement important sur la période récente. L'âge moyen des personnels infirmiers est de 41 ans en 2002 – soit un âge moyen supérieur à celui de la population active (39 ans) – alors qu'il était de 34 ans en 1981. L'âge moyen des aides-soignants est quant à lui de 40 ans (36 ans en 1983). Ce vieillissement touche l'ensemble des domaines d'exercice : établissements publics de santé, établissements privés participant au service public hospitalier, établissements privés commerciaux, etc. Ils connaissent tous des moyennes d'ancienneté supérieures à 39 ans, certaines dépassant 49 ans (éducation nationale, services de protection maternelle et infantile des conseils généraux).

Les pyramides des âges des personnels infirmiers et des aides-soignants font apparaître une forte prédominance des classes d'âge intermédiaire (64 % des effectifs infirmiers et 67 % des aides-soignants ont un âge compris entre 30 et 49 ans). La pyramide des âges des personnels infirmiers évolue dans le sens d'une importance croissante du poids des plus de 50 ans, qui

¹⁷ L'observatoire des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière a été institué par le décret 2001-1347 du 28 décembre 2001.

¹⁸ Note DREES du 4 novembre 2002 sur la démographie et l'activité des infirmiers.

¹⁹ Le décret 2003.529 du 19 juin 2003 porte création de l'observatoire national de la démographie des professions de santé ; il abroge le décret du 4 mars 2002 qui avait créé un observatoire portant sur le même objet ; il prévoit la mise en place de comités régionaux afin de favoriser une observation au niveau des territoires régionaux, coordonné par un conseil d'orientation qui assure une fonction de tête de réseau nationale et permettra de maîtriser la cohérence d'ensemble des travaux et de valider leur pertinence scientifique.

²⁰ Sauf précision, les chiffres cités dans cette partie sont issus de données de l'INSEE, Enquête Emploi, exploitées par la DARES en 2003.

représentent 21 % de l'effectif total en 2002 contre 8 % en 1990 et 14 % en 1997. Le vieillissement des aides-soignants est moins accusé (17 % de l'effectif est âgé de plus de 50 ans en 2002 contre 13 % en 1997). Or les perspectives d'évolution de la pyramide des âges montrent que, *mutatis mutandis*, dans les 10 prochaines années, l'effectif des personnes âgées de plus de 50 ans devrait connaître une importante augmentation (les effectifs de la classe des 40-50 ans représentent plus du double de ceux de la classe des plus de 50 ans), puis revenir à son niveau actuel à partir de 2015.

Le secteur sanitaire se heurtera donc très probablement, de façon rapide et durable, à des départs massifs en retraite de la part des personnels infirmiers et des aides-soignants. Une étude conduite en 2003 par le ministère de la santé sur les effectifs de la fonction publique hospitalière (70 % des infirmiers et 50 % des aides-soignants) montre que 54% des infirmiers et 53 % des aides-soignants travaillant actuellement dans la fonction publique hospitalière partiront en retraite d'ici 2015, avec un pic en 2012. Il est probable que ce phénomène touchera l'ensemble des personnels infirmiers et aides-soignants avec une semblable ampleur, la fonction publique hospitalière en employant plus de 50%, et la structure de la pyramide des âges du secteur privé étant similaire à celle du secteur public. Déjà, le taux d'accroissement annuel des départs en retraite des infirmiers de la fonction publique hospitalière a augmenté constamment, de + 4 % en 1998 à +13 % en 2001.

Il n'existe pas à l'heure actuelle, de statistiques concernant l'âge de départ en retraite des personnels soignants dans l'ensemble du secteur sanitaire. En ce qui concerne la seule fonction publique hospitalière, l'âge moyen de départ à la retraite était en 2002 de 54,2 ans pour les infirmiers et de 54,4 ans pour les aides-soignants²¹, sachant que ces filières relèvent du régime dit des catégories actives de la fonction publique, et qu'elles sont dès lors caractérisées par un droit à faire valoir une pension à taux plein dès 55 ans.

1.3.1.2 Les besoins de renouvellement sont difficilement quantifiables mais ils seront vraisemblablement importants

Une projection réalisée par le ministère de la santé sur les personnels infirmiers prévoit que, moyennant le relèvement des quotas décidés en 1998, et en intégrant l'incidence de l'ARTT sur la création nette d'emplois (évaluée à 10 % des effectifs actuels), le solde cumulé arrivées/besoins devrait, toutes choses égales par ailleurs, s'équilibrer en 2005 pour devenir structurellement positif à partir de cette date. Sur cette base, une étude montre que le nombre d'infirmiers âgés de moins de 66 ans en activité devrait atteindre 562 000, soit un accroissement de 33 % par rapport au niveau actuel des effectifs. La croissance des effectifs s'accompagnerait d'un rajeunissement de la profession, dont l'âge moyen passerait de 42,1 ans en 2003 à 40,1 ans en 2010 et 39,4 ans en 2020.

Ce scénario intègre certains paramètres exogènes, même de manière approximative (impact des 35 heures et du renforcement de la réglementation) et prolonge les tendances observées en matière de recours au temps partiel. Il repose peut-être sur des hypothèses par trop optimistes. Notamment, il ne tient pas compte de la tension actuelle du marché du travail sur le secteur sanitaire. En effet, la filière infirmière est caractérisée par un taux de demande d'emploi extrêmement faible (0,7 % en 2002) et en décroissance (1% en 1997). La demande des aides-

²¹ Source CNRACL. Sur ce point, l'annexe II au présent rapport détaille certaines données issues des bases de la CNRACL.

soignants est caractérisée par un taux de demande supérieur (1,8 % en 2002), mais en forte diminution (3,4 % en 1997). En outre la part des offres de postes non satisfaites au bout de 6 mois ou plus progresse rapidement et atteint un niveau particulièrement élevé en ce qui concerne les infirmiers (de 45 % en 1997 à 62 % en 2002) et les aides-soignants (de 39 % à 56 %). Les perspectives à cet égard ne sont guère favorables. Depuis 2000, le nombre d'offres d'emploi d'infirmiers excède le nombre de demandes de plus de 30 %. En ce qui concerne les aides-soignants, le ratio nombre d'offres / nombre de demandes s'est élevé de 0,2 en 1997 à 0,8 en 2002.

Enfin, la connaissance de la durée et des parcours de carrières reste limitée. A l'heure actuelle, seule la durée moyenne des carrières des personnels soignants de la fonction publique peut être mesurée à l'aide du nombre moyen de trimestres validés par les personnes faisant valoir leur droit à la retraite. Elle est de l'ordre de 30 ans pour les infirmières et de 28 ans pour les aides-soignants²².

En ce qui concerne les parcours de carrière, des données concernant l'ensemble des métiers de la fonction publique hospitalière montrent par ailleurs qu'une partie non négligeable des trimestres acquis au titre du droit à pension résulte d'activités relevant d'autres régimes de retraite. La proportion moyenne de polypensionnés au sein des retraités de l'ensemble de la FPH est de 71%. Ces derniers ont acquis en moyenne 42 % des trimestres validés dans d'autres régimes que celui de la CNRACL²³.

Le *turnover* peut être apprécié à partir de l'enquête emploi de l'INSEE concernant les salariés du secteur public hospitalier. En effet, en 2001, 11 % des infirmiers salariés de l'hôpital public n'y travaillaient pas l'année précédente. et 9 % des effectifs de 2000 n'y travaillaient plus l'année suivante ; 6 % ayant quitté l'hôpital public pour un autre secteur d'activité, soit une proportion supérieure à celle observée en 1997-1999 (4%).

Par ailleurs, l'évolution de cette durée peut difficilement être anticipée au regard des données concernant les générations actuellement en activité. Il semble en effet, aux dires des interlocuteurs rencontrés par la mission, que l'âge d'entrée en carrière, l'âge de départ, et les mobilités des infirmiers et des aides-soignants entre divers sous-secteurs du champ sanitaire connaissent actuellement une évolution, sans qu'aucun chiffre ne soit aujourd'hui en mesure de corroborer ces appréciations.

En outre, l'impact de la réforme récente des retraites sur les comportements ici évoqués n'a pu encore faire l'objet d'une évaluation d'ensemble, dans ce secteur comme dans les autres.

Au total, il est vraisemblable que l'évolution des effectifs des infirmiers et des aides-soignants va engendrer de forts besoins liés aux nombreux départs en retraite ou vers d'autres formes d'activité, dans un contexte où les réserves de main d'œuvre, notamment chez les jeunes, offrent des marges de manœuvre limitées.

1.3.2 Le domaine social et médico-social connaîtra globalement les mêmes difficultés liées au vieillissement des personnels

²² Données CNRACL.

²³ Source DREES, Echantillon inter-régimes de retraités (EIR) de 2001.

L'analyse transversale des métiers du social et du médico-social, filière par filière, est particulièrement difficile du fait de l'absence de vision d'ensemble du secteur : la distinction public/privé, privé lucratif/non lucratif, établissement/domicile, employeurs associatifs/particuliers employeurs (cf. le point 2.2) ne permet pas de disposer de données générales sur tel ou tel métier. Les informations disponibles sont ainsi essentiellement contenues dans des documents élaborés soit par la branche concernée dans le cadre de contrats d'études prospectives (CEP social et médico-social²⁴, CEP aide à domicile²⁵, soit par la caisse de retraite et de prévoyance compétente : CNRACL pour les agents des collectivités locales (auxiliaires de puériculture, agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles notamment)²⁶, IRCM pour les assistants maternels et les salariés des particuliers employeurs, AG2R pour une grande partie des aides à domicile salariés d'associations.

Les directions d'études et de recherches des ministères du travail et des affaires sociales ont publié quelques articles transversaux. La DARES a ainsi étudié les emplois familiaux et les organismes aux personnes²⁷, la DREES a publié deux documents de travail sur les professions sociales²⁸ et un article sur les travailleurs sociaux²⁹, ainsi qu'une étude sur les assistantes maternelles³⁰. S'ils permettent d'avoir une première vue d'ensemble d'un métier, au-delà des clivages traditionnels entre branches et entre secteurs public-privé, ces « coups de projecteur » restent sur certains métiers encore très généraux, et parfois non exhaustifs³¹. En outre, le manque de données permettant d'analyser certains métiers sous l'angle « gestion des âges » est très perceptible³².

Il existe en outre pour certaines filières des rapports qui ont permis aux partenaires de développer les outils de connaissance des métiers concernés, notamment le rapport « Petit » sur la petite enfance³³.

Au total, le degré d'exhaustivité, de détail et d'ancienneté des données existantes sur les différents métiers est très disparate selon les métiers.

²⁴ « Contrat d'étude prospective social et médico-social de la branche professionnelle des établissements à but non lucratif », septembre 2002

²⁵ « L'aide à domicile et les employés de maison », contrat d'étude prospective signé le 27 juin 1996

²⁶ S'agissant des données issues de la CNRACL, se reporter également à l'annexe II au présent rapport.

²⁷ « Les emplois familiaux et les organismes aux personnes en 2001 », DARES, Premières informations et premières synthèses, octobre 2002 n°43.2, puis « dynamisme du secteur des emplois familiaux en 2002 », DARES, Premières informations et premières synthèses, décembre 2003.

²⁸ « Les professions sociales en 1998 », DREES, Collection statistiques, n° 18 – décembre 2000 ; « la formation aux professions sociales en 1999-2000 », DREES, Collection statistiques, n° 16 – décembre 2000.

²⁹ « Les travailleurs sociaux en 1998 », DREES, Etudes et résultats, septembre 2000, n°79.

³⁰ « Les assistantes maternelles : une profession en développement », DREES, Etudes et résultats, avril 2003, n°232.

³¹ C'est ainsi que dans son document de travail sur les professions sociales en 1998, la DREES prend en compte les auxiliaires de vie et les aides ménagères, mais n'inclut pas les salariés des particuliers employeurs qui exercent pourtant le même métier

³² Dans ce même document, la DREES est en mesure de fournir une pyramide des âges pour les aides médico-psychologiques dans certains types d'établissements, mais n'en fournit pas pour les assistantes maternelles ou pour les auxiliaires de vie.

³³ Rapport du groupe de travail « Les métiers de la petite enfance dans les structures d'accueil collectif », présidente Marie-Claude Petit, 2002

1.3.2.1 Le secteur de la petite enfance est assez contrasté, les auxiliaires de puériculture étant jeunes, contrairement aux assistants maternels et aux agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles

Le secteur de la petite enfance est celui pour lequel les données sont peut-être les plus développées.

➤ Les auxiliaires de puériculture

Le rapport Petit évoque 60.000 auxiliaires de puériculture tous secteurs confondus. Il s'agit de données 2000 fournies par la direction générale de la santé, et le rapport précise qu'il est très difficile d'apprécier le nombre exact d'auxiliaires de puériculture en activité, dans la mesure où elles ne constituent pas une catégorie professionnelle au sens de l'enquête Emploi de l'INSEE. Le rapport ne donne pas d'éléments concernant l'âge et les durées d'activité. En ce qui concerne les seules auxiliaires de puériculture de la branche médico-sociale et sociale (établissements privés à but non lucratif), le CEP de branche indique que 14% auront 60 ans dans la décennie, et que 30% ont entre 25 et 29 ans.

Des données plus précises existent sur les 15.900 auxiliaires de puériculture qui relèvent de la fonction publique territoriale. Selon une enquête CNRACL/CNFPT³⁴, leur âge moyen est de 39 ans et 2 mois, et 13% ont 50 ans et plus. En cumulé, 21,1% des auxiliaires de puériculture de la FPT auront atteint 60 ans au moins en 2012 (à comparer aux 45,8% pour les ATSEM et 41% pour les infirmiers de la FPT). A la demande de la mission, la CNRACL a calculé le nombre d'auxiliaires de puériculture qui liquident leur retraite chaque année, l'âge moyen de départ à la retraite et la durée moyenne cotisée³⁵. L'âge moyen de départ à la retraite est bas (51,1 ans en 2003, et même 49 ans pour les auxiliaires de puériculture qui ne sont pas devenues auxiliaires de puériculture principales), et la durée de cotisation est courte : 23,5 ans en moyenne en 2003 (21,2 ans pour les auxiliaires non principales).

➤ Les assistantes maternelles

Les assistantes maternelles non permanentes ont fait l'objet d'une étude très documentée de la DREES en 2003³⁶. Il s'agit de la photographie la plus fine des métiers sociaux entrant dans le champ de la mission de l'IGAS. 258.380 assistantes maternelles agréées non permanentes étaient en activité en 2001 (hors crèches familiales), à comparer aux 71.300 recensées en 1990. A noter que ces chiffres divergent de ceux fournis par la DREES dans son document de travail « Les professions sociales en 1998 », car elle s'appuyait alors sur les agréments donnés par les PMI et non sur les assistantes réellement en exercice (380.000 agréments au 1^{er} janvier 1998, dont 305.694 pour les assistantes non permanentes employées par les particuliers).

Selon la DREES, l'âge moyen des assistantes maternelles en 2002 était de 44,5 ans, à comparer à l'âge moyen des salariées du privé dans leur ensemble en 2002 : 39 ans. Cet âge moyen a augmenté de deux ans et demi depuis 1994, et augmente plus vite que celui de l'ensemble des salariées du privé. La proportion des assistantes maternelles âgées de plus de 55 ans est croissante (14% en 2002 contre 10% en 1994), alors que celle des moins de 35 ans

³⁴ Enquête CNFPT/CNRACL, « Fonction publique territoriale - perspective démographique 2001 », septembre 2001

³⁵ Cf. annexe II

³⁶ Etude précitée.

est décroissante (14% en 2002 contre 22% en 2004). La DREES ne renseigne en revanche pas sur la durée moyenne d'activité.

➤ Les agents territoriaux spécialisés des écoles maternelles (ATSEM)

Dans leur enquête démographique³⁷, la CNRACL et le CNFPT évaluent à 52.000 le nombre d'ATSEM début 2000¹, et dans leur « Synthèse nationale des rapports au CTP sur l'état au 31 décembre 1999 des collectivités territoriales » (décembre 2002), le CNFPT et la DGCL l'évaluent à 56.841.

Une étude a été réalisée en 2003 par l'association nationale des directeurs et directeurs adjoints de centres de gestion sur le cadre d'emplois des ATSEM³⁸. 15 centres de gestion, soit 19 départements, ont participé à l'enquête. Celle-ci permet d'apprécier la situation démographique du cadre d'emploi. Au-delà de fortes disparités régionales dans la structure par âge des agents concernés, le vieillissement est marqué, la tranche d'âge des plus de 50 ans étant systématiquement plus importante (entre un tiers des effectifs à presque la moitié selon les départements). La part des 50 ans et plus représente France entière 34% de l'effectif³⁹. La moyenne d'âge des ATSEM est de 44 ans et 9 mois⁴⁰, à comparer à la moyenne d'âge de l'ensemble des fonctionnaires territoriaux (42,6 ans).

Comme pour les auxiliaires de puériculture, la CNRACL a calculé à la demande de la mission le nombre d'ATSEM qui liquident leur retraite chaque année, l'âge moyen de départ à la retraite et la durée moyenne cotisée. Le nombre de liquidations augmente chaque année, tandis que l'âge moyen de départ à la retraite semble diminuer légèrement (les données de l'année 2003 pouvant être difficilement interprétables, étant donné l'incidence de la réforme des retraites sur le comportement des agents) :

ATSEM	2000	2001	2002	2003
Nombre de liquidations (flux)	1.383	1.245	1.427	2.068
Age moyen de départ à la retraite	58,5	58,5	58,4	57,2

Source CNRACL, données fournies à la demande de la mission IGAS

La durée cotisée moyenne est assez courte, elle oscille entre 23 et 24 ans (23,6 ans en 2003).

1.3.2.2 Le vieillissement des salariés de l'aide à domicile est indiscutable

Ce secteur est particulièrement mal cerné : il regroupe, selon les cas, uniquement les aides à domicile salariées des associations à but non lucratif (DREES « les professions sociales »), ou ces salariées plus les employés de maison⁴¹. Parfois encore, les employées de maison sont comptabilisées seules (documents IRCEM).

³⁷ Enquête CNFPT/CNRACL, précitée

³⁸ Cf. Annexe n°9 du rapport annuel 2003 de l'Observatoire de l'emploi public, ministère de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire.

³⁹ Enquête CNFPT/CNRACL 2001, précitée

⁴⁰ Enquête CNFPT/CNRACL 2001, précitée

⁴¹ DARES, Premières synthèses, octobre 2002 et décembre 2003, précitées

Par précaution méthodologique, la DARES préfère ne pas agréger les données concernant les salariés des particuliers employeurs et celles des salariés des associations, prestataires ou mandataires. Elle craint notamment en effet les doubles comptes. Le CEP datant de 1996, la mission considère que les chiffres fournis dans ce cadre sont en 2004 trop peu significatifs pour pouvoir être repris : les nouvelles modalités d'attribution de l'AGED, la création de la PSD puis de l'APA intervenues depuis ont contribué à modifier sensiblement les caractéristiques de ce secteur. La mission note cependant que le CEP n'indique pas le nombre de salariés du secteur en tant que tel, mais évalue le nombre d'équivalents temps plein en fonction du nombre total d'heures payées par les ménages.

➤ Les salariés des particuliers employeurs

Les données utilisées par la DARES pour analyser le secteur proviennent de l'IRCEM, le groupe de protection sociale des emplois de la famille. Dans la perspective d'une étude par métier, elles sont à manier avec précaution dans la mesure où elles intègrent l'ensemble des salariés⁴², y compris les assistantes maternelles non permanentes.

Il y aurait eu 1 027 053 personnes qui auraient cotisé au moins une fois à l'IRCEM comme salariés en 2002. En excluant les assistantes maternelles et les salariés « occasionnels », 749 981 salariés auraient travaillé chez un particulier en 2002.

L'âge moyen calculé par la DARES sur la base des données IRCEM a augmenté : établi à 44 ans depuis 1991, il est passé à 45 ans en 2002, avec un accroissement de la part des salariés âgés de plus de 50 ans qui représentent désormais 30% des effectifs. Comme ce calcul inclut les assistantes maternelles, population au vieillissement marqué, la mission n'est pas en mesure d'apprécier si ce vieillissement touche aussi les employés familiaux hors assistantes maternelles.

➤ Les salariés des associations prestataires et mandataires

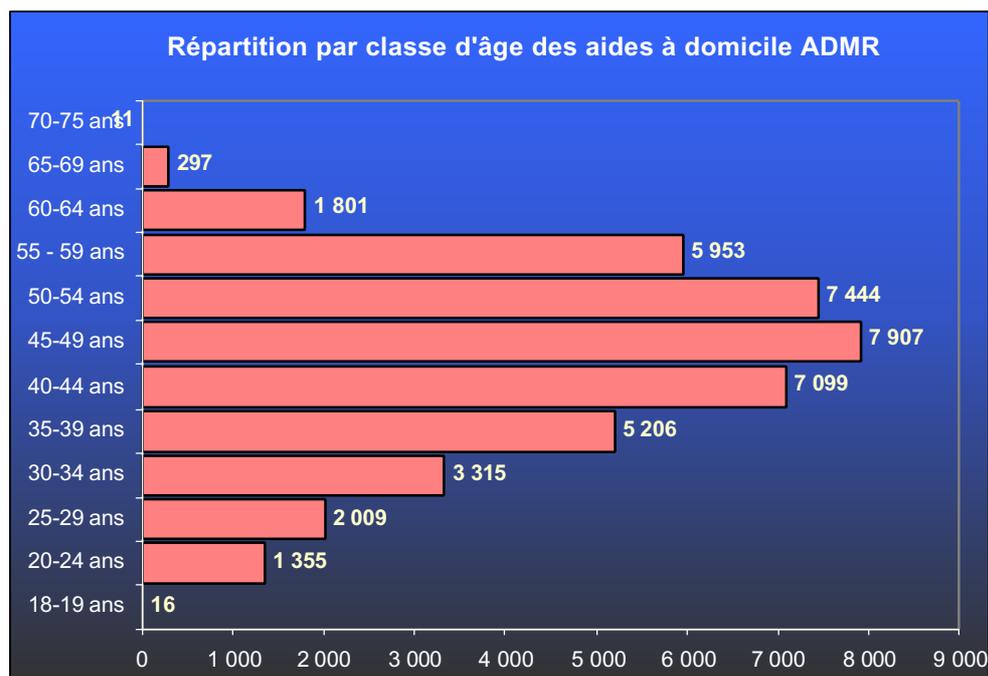
La DARES suit mensuellement le nombre d'emplois familiaux⁴³. C'est ainsi qu'elle dénombre 121 736 salariés relevant du régime mandataire, et 149 319 du régime prestataire. Ce recensement ayant lieu dans le cadre de son suivi des politiques d'emploi (emplois aidés dans le secteur marchand), il n'est fourni aucune donnée utilisable en matière de gestion des âges (âge moyen des salariés en activité, âge moyen de départ à la retraite, durée moyenne de cotisation...).

La mission s'est rapprochée de l'institution AG2R, qui a le « monopole » en ce qui concerne la prévoyance des salariés de l'ADMR, et qui gère environ un tiers des salariés relevant de la convention collective de 1983. L'âge moyen des aides à domicile en activité au sein de l'ADMR (49.413 personnes) est en 2004 de 45 ans. Même si l'effectif retenu dans le CEP pour le calcul de l'âge moyen (40,7 ans) n'est pas le même⁴⁴, le vieillissement des aides à domicile est indiscutable.

⁴² aussi bien les aides aux personnes âgées, les gardes d'enfants à domicile que les jardiniers par exemple.

⁴³ DARES, « Tableau de bord des politiques d'emploi », qui paraît mensuellement

⁴⁴ L'annexe 4 du CEP « les résultats de l'enquête Emploi 1995 » inclut l'ensemble des salariés de la branche de l'aide à domicile, au-delà de l'ADMR



Source AG2R, mars 2004

1.3.2.3 *La branche des établissements sociaux et médico-sociaux à but non lucratif : des données peu appropriées à une gestion des âges par métier*

Le CEP social et médico-social donne des indications précieuses, mais qui sont souvent très générales (elles concernent l'ensemble de la branche) parfois trop partielles (les informations fournies sur chaque métier ne touchent qu'à la branche), voire anciennes. Sont documentés :

- le nombre d'emplois dans la branche (322.484 en 1999), secteur par secteur (notamment 72.895 en 1996 dans le secteur « personnes âgées », 33.106 en 1999 dans le secteur « enfance en difficulté », 68.962 en 1999 dans le secteur « enfance et adolescence handicapées ») ;
- l'ancienneté moyenne des salariés de la branche (10 ans) ;
- l'âge moyen des salariés de la branche (42 ans).

Des projections de départ à la retraite ont été établies dans ce cadre. Les rédacteurs du CEP estiment ainsi que 8,6% des salariés atteindront 60 ans jusqu'en 2006, puis que ce taux passera à environ 16,5% dans les 5 années suivantes. A nombre de postes constants, sur une décennie, la branche aura selon eux à renouveler le quart de ses salariés. Plus globalement, la part des plus de 50 ans est plus importante que la population active (21,5% au recensement général de 1999 contre 27% pour l'enquête CEP).

1.3.3 L'appareil statistique actuel ne permet pas d'évaluer de manière globale et fiable les enjeux du secteur sanitaire et social en matière de gestion des âges

1.3.3.1 Les catégories statistiques nationales prennent mal en compte l'ensemble de la filière sociale

La nomenclature PCS (Professions et Catégories Socioprofessionnelles) de l'INSEE distingue entre diverses spécialités (anesthésistes, en bloc opératoire, etc.) ainsi que le mode d'exercice libéral, ce qui permet une appréhension statistique satisfaisante de la filière, même si certains secteurs (Education nationale, collectivités, prévention) sont mal pris en compte. En revanche, la filière aide-soignante souffre de l'agrégation dans la même catégorie statistique de diverses fonctions distinctes de celle d'aide-soignant (auxiliaire de puériculture, aide médico-psychologique – qui par ailleurs constitue une catégorie à dominante sociale). Pour autant, cette agrégation n'ôte pas toute significativité aux statistiques portant sur la catégorie « aides soignants », les aides soignants au sens du code de la santé publique représentant les six septièmes de l'effectif de la catégorie du même nom⁴⁵.

Le décalage est encore plus important en ce qui concerne les filières sociales, notamment du fait du caractère relativement récent, évolutif, et parfois peu institutionnalisé des métiers concernés. De manière générale, les métiers sociaux sont associés de manière indifférenciée à des emplois de service à la personne moins centrés sur des finalités sociales (par exemple aide ménagère) et des emplois du champ culturel. Ainsi seules les catégories « assistant maternel » et « aide à domicile » correspondent à des filières relevant du champ de la mission. Or la première inclut notamment des travailleurs auprès de publics âgés – son effectif est ainsi plus du double de celui des salariés effectivement employés dans des structures d'aides à domicile. La seconde inclut les employés de maison, services ménagers à domicile, et un ensemble dit « services sociaux » sans distinguer de ces sous-catégories les aides à domicile au sens du Code de la famille et de l'aide sociale. Les autres professions faisant l'objet du rapport sont incluses de manière indifférenciée dans des catégories statistiques trop vastes pour être exploitables.

La nomenclature ROME (Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois) correspond, par nature, aux compétences et aux requêtes formulés par les demandeurs d'emploi plutôt qu'aux métiers de la santé et du social tels qu'envisagés par la réglementation et les employeurs.

Il faut cependant remarquer que la nomenclature d'activités française (NAF) de l'INSEE rend relativement bien compte des divers types d'activités des secteurs sanitaire et social, mais elle est essentiellement utilisée pour la description des catégories de producteurs de biens et services plutôt que celle des filières professionnelles.

Enfin, il n'existe pas à l'heure actuelle de nomenclature nationale des métiers faisant correspondre les appellations juridico-administratives, les fonctions exercées, les tâches effectuées, les compétences et les niveaux de qualifications requis dans les champs sanitaire et social⁴⁶. S'agissant du seul secteur sanitaire, le ministère de la santé élabore actuellement un

⁴⁵ La nouvelle version de la nomenclature PCS 2003 remédie pour une part à ces lacunes (cf infra 4.1).

⁴⁶ L'UCANSS a élaboré un tel répertoire consacré à l'ensemble des professions de la santé et du social concernées par le champ de la Sécurité sociale, mais cet instrument n'est pas entièrement adapté au champ de l'action sanitaire et sociale d'autres acteurs, tel l'Etat. Il n'a par ailleurs pas été actualisé depuis 1997

répertoire des métiers des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui devrait être opérationnel pour 2005 (cf. infra).

1.3.3.2 Seules certaines filières sont dotées d'un système de remontée d'informations cohérent et complet

L'éclatement du champ sanitaire et social en statuts juridiques multiples, branches nombreuses, modes d'exercice divers rend difficile l'élaboration de statistiques transversales nécessaires à l'étude des filières professionnelles, lesquelles sont le plus souvent transversales à ce champ.

L'Enquête emploi réalisée par l'INSEE ne permet pas, le plus souvent, de réunir des échantillons suffisamment représentatifs de chacun des métiers du champ sanitaire et social pour obtenir des données robustes.

En ce qui concerne les employeurs publics, seul le secteur public hospitalier organise une remontée d'informations permettant l'élaboration de statistiques robustes. Ainsi, à partir d'extractions des bases SAE⁴⁷ et ADELI⁴⁸, des bilans sociaux obligatoires restitués par les hôpitaux publics, et d'un questionnaire détaillé bénéficiant d'un retour satisfaisant, le ministère de la santé est capable de produire des statistiques variées concernant les filières professionnelles de la fonction publique hospitalière. La filière infirmière fait en outre l'objet d'un ensemble d'études statistiques et de monographies particulièrement riche. En outre des enquêtes sur les établissements pour personnes âgées et handicapés appréhendent en partie des données sur les effectifs et les qualifications⁴⁹.

En ce qui concerne les employeurs privés, les partenaires sociaux des branches du champ sanitaire et social, tenus d'élaborer un rapport de branche annuel sur les données sociales du secteur, n'élaborent pas toujours ces documents, ce qui est en particulier le cas dans le secteur social. Les rapports de branche sont par ailleurs souvent considérés par les fédérations d'employeurs elles-mêmes comme peu fiables et peu complets du fait du manque de fiabilité et de l'insuffisance des remontées de la part des structures affiliées. La branche de l'aide à domicile et la branche sociale et médico-sociale à but non lucratif ont chacune réalisé un contrat d'études prospectives (CEP) qui, au-delà de la qualité du travail de collation et de modélisation qui les caractérise, pâtissent de l'insuffisance des statistiques de base évoquée précédemment. Enfin les OPCA ainsi que l'ANFH, chacun de son côté, élaborent des tableaux de bords pertinents concernant les compétences, qualifications des professionnels et les politiques de formation des employeurs et de leurs partenaires, mais ces champs ne sauraient suffire à fournir une vision adéquate de la problématique du secteur en matière de gestion des âges.

1.3.3.3 L'observation des professions du secteur n'est pas encore tournée vers des objectifs de gestion des âges

⁴⁷ SAE : statistique annuelle des établissements de santé

⁴⁸ ADELI : automatisation DEs Listes, système d'information national sur les professionnels de santé, parmi lesquels les infirmières

⁴⁹ Enquêtes EHPA et ES de la DREES.

L'administration se dote progressivement d'outils d'observation des enjeux liés aux travailleurs sociaux (schéma national des formations sociales, décliné au niveau régional, conseil supérieur du travail social) et aux métiers du soin (observatoire de la fonction publique hospitalière, observatoire de la fonction publique territoriale, observatoire national de la démographie des professions de santé, décliné au niveau régional). Mais ces instruments sont tantôt en cours de développement, – en particulier en ce qui concerne le champ sanitaire, – tantôt ils se heurtent aujourd'hui à des limites. Ainsi le schéma national des formations sociales, travail pertinent d'observation et de modélisation, se voit contraint par le caractère daté et peu pertinent des statistiques nationales. Le Conseil supérieur du travail social, quant à lui, s'il a bien une fonction d'observation de l'évolution des pratiques, n'a pas pour vocation de produire des outils de mesure relatifs à la gestion des ressources humaines. Pour l'heure, les instruments de pilotage dont disposent les employeurs, publics ou privés, continuent de renvoyer à une logique de quantification des effectifs et du temps de travail, conformément à une culture encore forte de gestion des effectifs par le recrutement et l'avancée à l'ancienneté. Le domaine de la formation professionnelle continue constitue le seul levier de gestion des ressources humaines ayant donné lieu à l'élaboration d'instruments de pilotage (cf. infra).

D'un point de vue thématique, même dans les filières bénéficiant de la meilleure couverture statistique, les données disponibles ne permettent pas d'établir un diagnostic fiable en matière de besoins en renouvellement des générations. D'une part il n'existe actuellement pas d'évaluation fiable de la durée effective des carrières ni de traçabilité précise des mobilités au sein des filières (changements de services, de fonction, de poste) et entre filières, hormis, dans le cas des personnels soignants, les passages entre certaines catégories d'établissements, et les mouvements depuis et vers l'exercice libéral et les collectivités territoriales. D'autre part, il n'existe à l'heure actuelle pas de projection permettant d'établir de manière fiable des scénarios d'évolution de ces données ainsi que de l'ensemble de celles qui influent sur l'équilibre des âges dans les filières (âge d'arrivée dans la filière et de départ en retraite, évolution du temps de travail, etc.).

Plus largement, aucune des grandes catégories d'employeurs du champ sanitaire et social (Etat, collectivités et centres de gestion, fédérations d'employeurs du secteur public et du secteur privé, fédérations d'associations) n'a mis en place de système d'information sur les ressources humaines (SIRH) permettant un croisement entre les données concernant l'âge, la paie, la formation, les durées et trajectoires de carrière, etc. La fédération nationale de la Croix-Rouge tire parti de sa structure juridique (seule la fédération est dotée de la personnalité morale, les structures d'intervention n'en étant que des établissements) et met actuellement en place un tel outil. Pour l'heure, seuls certains établissements isolés sont équipés d'outils de gestion offrant une vision complète et robuste permettant une gestion des âges, et plus largement une gestion des ressources humaines. Dès lors, l'élaboration de données agrégées au niveau national ou régional, sauf le cas des statistiques livrées par l'INSEE, par essence généralistes, ne repose bien souvent que sur la base de données déclaratives remontant des structures locales sans garantie de leur fiabilité.

D'un point de vue méthodologique, alors que les études de cohortes constitueraient un instrument opportun pour prendre la mesure des enjeux liés à la gestion des âges, il n'existe de semblables outils que pour la filière infirmière, et les deux travaux concernés présentent des limites. Une première étude, réalisée sur la période 1980-1996 sur une cohorte de plus de

300 infirmiers d'établissements publics de santé⁵⁰ est d'un champ limité dans le temps, et ne tient notamment pas compte de l'impact de l'ARTT et de la réforme des retraites, ni de la récente évolution qui semble caractériser les pratiques des jeunes infirmiers (développement de stratégies de mobilités transversales, appétence pour les contrats de durée limitée). Une seconde étude, développée dans un cadre européen⁵¹, encore en voie de finalisation, est centrée sur les conditions de travail et repose largement sur des données mesurant des phénomènes ressentis.

Au total, il n'existe pas de données sociales agrégées par filière professionnelle, sauf le cas des données statistiques de l'INSEE, exploitables pour certaines professions seulement.

Enfin, il n'existe pas à l'heure actuelle d'outil global d'évaluation des besoins en effectifs, tant du côté des travailleurs sociaux que de celui des professions sanitaires. L'indicateur de la densité de certaines professions par rapport à la population, d'une pertinence limitée au plan national, n'est utilisé qu'exceptionnellement et présente notamment l'inconvénient de pérenniser les situations passées⁵². Le Commissariat général au plan⁵³ a par ailleurs procédé à une modélisation macroéconomique de l'évolution des besoins des principaux secteurs d'activité, ce qui ne permet pas une prise en compte des enjeux spécifiques, notamment en terme de politiques publiques, aux secteurs sanitaire et social. Au total, seules certaines problématiques, dont les perspectives d'évolution des besoins font l'objet de prévisions relativement fiables, ont donné lieu à une quantification : aides à domicile et personnel soignants en établissement d'accueil pour personnes âgées⁵⁴, métiers de la petite enfance⁵⁵, etc.

1.3.3.4 *Au plan local, des tentatives essaient de pallier ces insuffisances*

Certaines régions ont élaboré une quantification des besoins en effectifs de certaines filières, soit en lien avec les précédents thèmes (essentiellement les aides à domicile, et plus rarement les aides-soignants et AMP en établissements pour personnes âgées et les auxiliaires de puériculture), soit en raison de pénuries locales d'une acuité particulière : infirmières, aides-soignants. La région Limousin a par ailleurs développé un logiciel de suivi des personnels du secteur social et médico-social dans le cadre d'une expérimentation nationale conduite par la DGAS.

Certaines démarches globales de prospective ont été initiées. Par exemple, la région PACA a conduit une étude d'évaluation des difficultés d'embauche de l'ensemble des professions du secteur sanitaire, social et médico-social, réalisée par l'URIOPSS en 2001. Le Conseil régional de Rhône-Alpes a initié, en lien avec l'OREF et avec les représentants du secteur une démarche globale de diagnostic des besoins et d'adaptation de l'offre de formation. L'ARH et

⁵⁰ Lert, Goldberg, Lert, Duteil, 1998, *op. cit.*

⁵¹ PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail)

⁵² Ce type d'indicateur n'est évidemment pas dénué de pertinence. La CNAMTS utilise les statistiques du SNIR (système national inter-régimes) pour étudier la corrélation entre la densité infirmière et diverses variables explicatives, ce qui permet en retour d'établir, en fonction de ces dernières, des densités-cibles.

⁵³ Cf. pour la période récente les travaux du groupe « Prospectives des métiers et qualifications », présidé par C. Seibel. De semblables exercices avaient été réalisés par le Plan, l'INSEE, le BIPE, le CREDOC et l'institut DEMOSCOPIE entre 1993 1996.

⁵⁴ Vieillesse et solidarité, J.-M. Palach, 2003

⁵⁵ Rapport Petit, *op. cit.*

la DRASS de Rhône-Alpes ont mis en place une mission d'appui en matière de GRH des personnels hospitaliers non médicaux, qui consolide notamment les pyramides des âges de ces personnels et anime une gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences.

Au total, ces efforts ne concernent qu'un nombre limité de régions et ne permettent qu'imparfaitement – notamment au regard du taux de réponses aux questionnaires envoyés et du caractère déclaratif des données – et qu'au prix d'un coût parfois considérable de collecte ou de retraitement de données, de pallier les limites de l'appareil statistique national quant au traitement de la problématique spécifique de la gestion des âges et à une délimitation appropriée des métiers du champ social.

1.4 Un scénario probable d'effet de ciseaux entre des besoins d'activité croissants et des ressources humaines limitées

1.4.1 Une évolution des besoins fortement marquée par l'effet du vieillissement de la population.

De nombreux travaux récents ont mis en lumière les tendances lourdes liées au vieillissement de la population française, et son impact sur les besoins en matière de prise en charge sanitaire et sociale, en établissement ou au domicile.

Les dernières projections de l'INSEE⁵⁶, fondées sur une hypothèse d'évolution tendancielle de la mortalité, font apparaître une augmentation inéluctable de la part des personnes âgées au cours des quarante prochaines années, avec une part des plus de 60 ans qui passera de 21% en 2000 à 33% en 2040. En 2040, la France comptera 22 millions de personnes de 60 ans ou plus, et près de 7 millions de personnes de 80 ans ou plus.

Ce vieillissement général va peser également sur l'élévation du nombre de personnes âgées souffrant d'une perte d'autonomie, notamment aux âges les plus élevés de la vie.

La DREES a effectué des projections en ce sens, qui montre une augmentation tendancielle du nombre de personnes âgées affectées d'une perte d'autonomie⁵⁷. Le rythme d'augmentation est variable avec deux pics prévisibles, le premier à partir de 2005-2010, quand les cohortes nées après la première guerre mondiale, plus nombreuses que leurs aînées, atteindront des âges où le taux de prévalence de la perte d'autonomie est plus élevé, et le second à partir de 2030, lorsque les générations du baby-boom auront plus de 80 ans. A l'horizon 2040, il y aurait près de 7 millions de personnes de plus de 80 ans, soit 3,2 fois plus qu'en 2000, avec un rythme de croissance des personnes âgées dépendantes sur la période 2000/2040 compris entre 35% dans un scénario optimiste, et 80% dans un scénario pessimiste, et 55% dans le scénario central⁵⁸. Ces données sont corroborées par d'autres études, qui projettent un nombre de 980 000 personnes âgées dépendantes en 2020 et 1,2 million en 2040⁵⁹.

⁵⁶ Chantal RUTEL, « Projections de la population à l'horizon 2050 », *Insee première*, n°762, mars 2001, Insee.

⁵⁷ DREES, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 » *Etudes et résultats*, n°160, février 2002

⁵⁸ Les variantes des scénarii sont fondées sur des hypothèses variables quant aux gains d'espérance de vie sans incapacité ; le scénario optimiste repose notamment sur l'hypothèse que les taux de prévalence de la dépendance vont continuer à baisser à un rythme comparable à celui observé sur la décennie 90.

⁵⁹ Livre Blanc de la gériatrie française, Société française de gériatrie et de gérontologie, 2004.

Il est intéressant de noter que ces projections pointaient, parallèlement à la hausse du nombre des personnes âgées dépendantes, la baisse de celui des aidants potentiels que sont les conjoints et les enfants. En effet, sur la période considérée, la hausse du nombre de femmes âgées de 50 à 79 ans serait de 10%, celle des hommes de 50 à 79 ans de 12%, alors que les personnes dépendantes en GIR 1 à 4 augmenteraient de 53% dans le scénario central. Ceci correspond à une baisse du nombre d'aidants potentiels par personne âgée dépendante. Ce phénomène serait amplifié par l'accroissement de l'activité féminine, notamment sur les tranches d'âge 50-64 ans, sans parler des comportements et des modes de vie, qui peuvent encore réduire la place des aidants.

Il résulte de ces projections un impact probable sur les besoins en structures de prise en charge des personnes âgées dépendantes, ou à tout le moins de services au domicile des personnes.

Le rapport Vieillesse et solidarité⁶⁰ établissait des projections de besoins en établissements ou en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à partir des évolutions tendanciennes de la population âgée de plus de 75 ans. A horizon 2010, les places nouvelles à créer en établissement pour personnes âgées (EHPA) et en SSIAD seraient respectivement de 130 000 et 133 000, ces chiffres atteignant les niveaux de 171 000 et 190 000 à horizon 2015.

Ces projections sont établies en fonction de taux d'équipement constants par rapport à la situation actuelle. Des variantes à ce scénario fondées sur l'amélioration de l'état général des personnes âgées et sur la diminution de la durée de vie sans incapacité peuvent conduire à des chiffres moins élevés.

En tout état de cause, la combinaison de ces approches conduit le rapport précité à prévoir un scénario central d'augmentation du nombre des personnes âgées de plus de 75 ans dépendantes (niveaux 1 à 4 de la grille AGGIR) de 75 000 personnes d'ici à 2010, et de 134 000 à horizon 2015.

Au delà du seul nombre des personnes âgées dépendantes, le vieillissement généralisé de la société française pèsera sur les modes de prise en charge sanitaire, et sur les besoins liés à la prévalence de pathologies du vieillissement (cancers, maladies du système nerveux central, cataracte, arthrose...). Cependant les projections fines concernant l'impact du développement de ces nouvelles pathologies sur l'appareil de santé, son organisation et en conséquence les métiers et les professionnels nécessaires restent encore fortement lacunaires, comme le souligne le Livre blanc de la gériatrie française⁶¹.

1.4.2 Les évolutions en matière de petite enfance et de handicap.

En matière de handicap, la mission n'a pu identifier de travaux de projection à moyen terme sur l'évolution et la nature des handicaps (enfants, adultes) au sein de la population. Les seuls éléments disponibles font ressortir une stabilité de la prévalence des handicaps à la naissance⁶² ; s'agissant des handicaps à l'âge adulte, il n'existe pas de projection chiffrée sur des évolutions, mais le constat passé montre une certaine stabilité sous l'effet des accidents de

⁶⁰ Rapport Vieillesse et solidarité, op. cit.

⁶¹ Ouvrage précité.

⁶² Cf Rapport Handicap/ DREES.2004.

la vie. Par ailleurs, les perspectives actuelles⁶³ tendant à améliorer la prise en charge du handicap, même à population stable, ne peuvent que conduire à des besoins croissants en termes d'assistance à la personne.

En matière de besoins liés à la petite enfance (enfants de moins de trois ans), il ressort des données disponibles que l'activité féminine, qui a fortement augmenté entre 1975 et 2000, à tous les âges. Toutefois, le taux d'activité connaît une inflexion entre 27 et 32 ans, avant de remonter ensuite⁶⁴. Cet élément peut laisser penser qu'une activité plus importante aux âges de la maternité pourrait induire des besoins en matière de garde d'enfants plus élevées, d'autant que le nombre d'enfants de moins de 3 ans gardés en crèche aujourd'hui n'est que de 9% ; en outre, on estime à près de 300.000, soit 13% du total des enfants de moins de trois ans, ceux qui ne bénéficient d'aucun mode de garde identifié.

Le rapport Petit⁶⁵ indique que la conjonction de la progression de la natalité, de l'augmentation du taux d'activité féminin, notamment des jeunes mères et la préférence de plus en plus forte des parents pour l'accueil extra-familial, induit un fort accroissement des besoins en modes d'accueil de la petite enfance.

1.4.3 Des projections sur les métiers qui confirment l'ampleur des besoins dans la branche sanitaire et sociale.

Les travaux du groupe de travail du Commissariat Général au Plan sur l'avenir des métiers a esquissé des tendances de moyen terme sur les métiers et les qualifications⁶⁶. A partir de projections macroéconomiques globales et déclinées par métiers, le rapport souligne le dynamisme du secteur tertiaire, et tout particulièrement celui des métiers de la santé, avec une prévision d'augmentation de 160 000 nouveaux emplois d'ici à 2010 surtout pour les infirmiers et les aides-soignants (+ 100 000 nouveaux postes pour ces deux professions). Pour les aides-soignants, ces projections traduisent un besoin lié à la fois aux besoins nouveaux (40 000), soit une croissance de l'emploi sur la période 2000/2010 de 11%, auquel s'ajoute un besoin lié au remplacement des actifs partis en retraite (100 000).

De même, les services aux particuliers vont connaître une croissance de 800 000 nouveaux emplois à la même échéance, dont 500 000 au titre de la garde d'enfants et de l'aide familiale, y compris pour les personnes âgées.

Le tableau ci-après reprend les principales données significatives des simulations effectuées dans le cadre de ce groupe de travail.

⁶³ Projet de loi sur le handicap.

⁶⁴ Cf rapport SEIBEL.

⁶⁵ Rapport « Les métiers de la petite enfance dans les structures d'accueil collectif », MC PETIT, 2003.

⁶⁶ Rapport Avenir des métiers, Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications », présidé par Claude SEIBEL, 2002, Documentation Française.

Tableau 1. Perspectives d'emploi liées à des créations de postes et aux départs en retraite.

Catégories d'emploi	Emploi 2010 (en milliers)	Sur la période 2000-2010		
		Créations nettes d'emplois (en milliers)	Taux de croissance de l'emploi (en %)	Besoins de remplacement liés aux départs en retraite (en milliers)
Employés de maison	328	71,1	27,7	73,5
Assistants maternels ⁶⁷	1090	448,8	70	152
Aides-soignants	409	40,5	11	100,5
Infirmiers et sages-femmes	494	71,8	17	100,5
Emploi global	26260	2855	12,2	5651

Source : Rapport CGP/ Avenir des métiers. Modèle FLIP-FLAP.

Nota : le tableau doit se lire : en 2010 le nombre d'emplois d'aides soignants sera de 400 000, soit une croissance de 11% ; à cela s'ajoutera le remplacement des personnes partant en retraite, de 100 000 personnes, soit un total de 141 000 besoins de recrutements externes nets, si celui-ci est intégral.

Le tableau met en évidence que d'une famille de métiers à l'autre, le potentiel de créations d'emplois peut résulter d'une dynamique propre du métier, comme pour les assistants maternels, ou d'une combinaison de cette dynamique et des besoins de remplacement liés aux départs en retraite.

Globalement, le secteur de la santé, de l'action sociale, culturelle et sportive selon ce modèle, est crédité d'un potentiel de créations d'emplois à un rythme de 12,9% sur la période 2000-2010, contre 12,2% pour le reste de l'économie⁶⁸.

1.4.4 Un effet de ciseau quasi-certain compte tenu des tendances actuelles en matière de population active.

La combinaison des projections en termes de besoins liés à l'évolution démographique de notre pays, et des évolutions de personnels dans les structures sanitaires et sociales induites notamment par les départs en retraite prévisibles, fait apparaître un effet de ciseau possible entre des besoins de recrutement élevés liés à la dynamique d'activité du secteur, et des perspectives de départs à la retraite plus ou moins importants.

En résumant les facteurs influençant les besoins d'actifs dans le secteur sanitaire et social, on peut dresser le tableau suivant.

⁶⁷ Le concept d'assistants maternels retenu par le rapport SEIBEL est plus large que le métier d'assistant maternel, ce qui explique les différences de chiffres. Il englobe notamment les prestations aux personnes âgées. La structure des familles de métiers adoptée résulte d'un croisement entre les nomenclatures PCS de l'INSEE, ROME de l'ANPE, avec ensuite un regroupement en 84 groupes de métiers.

⁶⁸ Cf Rapport Ages et Emploi à l'horizon 2010, présenté par B QUINTREAU, Avis et rapports du Conseil Economique et Social, 2001.

Tableau 2 : Facteurs pesant sur les besoins de population active dans le secteur sanitaire et social

Éléments pesant sur les besoins d'actifs dans le champ sanitaire et social	A la hausse	A la baisse
Evolution de la population âgée dépendante	X	
Comportement et activité professionnelle des aidants potentiels	X	
Evolution de l'activité féminine et besoins de garde des jeunes enfants	X	
Départs massifs à la retraite des actifs	X	
Gains d'espérance de vie sans incapacité		X
Allongement de la durée de vie professionnelle des actifs actuels		X

Tableau établi par la mission

S'agissant de l'évolution des besoins, la synthèse des éléments ci-dessus montre une croissance soutenue de ces secteurs, avec des variantes selon les familles de métiers, l'aide à la personne et à la famille ayant probablement la plus forte dynamique.

S'agissant des départs en retraite et des besoins de remplacement des actifs, le secteur se caractérise par un relatif vieillissement de ses actifs. Le rapport de l'Observatoire de la fonction publique⁶⁹ fait état pour la FPH des données suivantes⁷⁰ : un pic de départs à la retraite sera observé en 2012, avec près de 30000 départs estimés, soit le double de ceux observés en 1999. Ces départs massifs affecteront la filière soignante, même si celle-ci vient en seconde position derrière la filière technique et ouvrière, 56% de l'effectif recensé en 1999 sera parti en retraite entre 1999 et 2015, soit près de 280000 agents, avec une croissance régulière sur l'ensemble de la période.

On mesure que l'une des variables d'ajustement permettant de limiter les besoins de créations d'emploi est celle de la durée d'activité des salariés, qui renvoie très directement à la question de l'emploi des salariés âgés. Sauf à ce que les actions en ce domaine soient rapidement très efficaces, on mesure le poids très lourd de l'évolution démographique. L'autre variable d'ajustement reposerait sur l'optimisation du réservoir d'emplois constitué par les personnes au chômage ou sans activité, ou en activité en temps partiel⁷¹ ; enfin l'autre variable repose sur l'immigration.

En conséquence, l'effet de ciseaux entre des besoins élevés et une ressource humaine éventuellement limitée risque de se produire inévitablement à partir des années 2010.

⁶⁹ L'observatoire de la fonction publique, projet de rapport, décembre 2003.

⁷⁰ Exercice de simulation réalisé par la DHOS à législation constante lors de l'étude, soit avant l'impact de la réforme du 21 août 2003 relative à la réforme des retraites.

⁷¹ Le temps partiel est important dans ce secteur, mais une partie de celui-ci semble contraint (aide à domicile).

Sur le million d'actifs du secteur nécessaires à la fois pour faire face à la croissance propre du secteur, et aux besoins de remplacement sur la période 2000/2010⁷², il faut mesurer la capacité à pourvoir ce volume, en appréciant le rythme de création des emplois au cours des années passées. Dans le passé, sur la période 1982-2002, le secteur a connu un rythme de croissance moyen annuel de 3,25% (contre 0,5% pour l'ensemble des actifs en emploi), soit environ (si on l'applique à 1,6 million d'actifs, 50 000 emplois par an. La projection à l'horizon 2010 semble indiquer que le niveau annuel moyen de création d'emploi doit atteindre 105 000 sur la période 2000/2010 pour faire face aux besoins, soit plus du double du rythme observé.

La question est donc bien de savoir si un doublement est possible, ou s'il suppose de mobiliser notamment les salariés âgés.

Pour ce qui concerne les infirmiers, les projections effectuées dans le cadre de la révision des quotas d'IFSI ont uniquement intégré la variable liée au temps de travail (mise en œuvre des 35 heures) ainsi que l'impact, évalué de manière fruste, de la modification de la réglementation (cf. supra). La DHOS estime aujourd'hui que les projections à moyen terme résultant des dernières modifications des quotas sont de nature à couvrir les besoins, une fois la période actuelle de pénurie passée. La mission n'est pas en mesure de chiffrer plus finement l'écart entre besoins possibles d'emploi dans le secteur et capacités de réponse du marché du travail et de l'appareil de formation.

Plus généralement, la mission estime nécessaire de poursuivre les travaux conduits par les acteurs concernés sur la prospective des métiers dans le champ sanitaire et social, intégrant notamment des paramètres qualitatifs et culturels. La mission regrette en effet que bien souvent des projections soient faites sur les besoins en structures pour répondre aux besoins sociaux, sans que parallèlement des projections sur la population active ne soient réalisées.

⁷² Estimation du rapport SEIBEL.

DEUXIEME CHAPITRE : UN ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL QUI CONTRAINT FORTEMENT L'ESSOR DE LA GRH DANS LE SECTEUR

2.1 Un secteur d'activité émietté, cloisonné et faiblement structuré

La distinction structurelle entre le statut de la fonction publique et les conventions collectives du privé, une structuration des branches encore trop éclatée et la multiplicité des conventions collectives freinent le développement d'une gestion des ressources humaines cohérente.

2.1.1 Le cloisonnement entre secteur public et secteur privé gêne la vision globale par métier

La césure entre les deux secteurs public et privé, souvent mise en avant dans de multiples circonstances, pose un réel problème lorsqu'il s'agit d'envisager l'évolution des métiers et les parcours possibles dans une optique de gestion des âges. Or de nombreux métiers du social sont pratiqués dans l'un et l'autre des secteurs : on trouve des infirmiers tant dans les trois fonctions publiques que dans des services de soins infirmiers à domicile, dans des crèches associatives ou des établissements sanitaires privés, à but lucratif ou non.

Historiquement, l'actuelle sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS, ministère de la santé)⁷³ ne faisait que gérer, avant la restructuration du ministère en 2000, les statuts particuliers des professionnels paramédicaux. Elle a acquis une compétence en gestion des ressources humaines sur l'ensemble du champ sanitaire (et pas uniquement de l'hôpital public) depuis cette réorganisation, qu'il lui reste à consolider pour avoir une approche plus globale.

Elle a désormais dans son champ de compétence l'ensemble des personnels des établissements privés non lucratifs et lucratifs⁷⁴. Cette évolution est à consolider. C'est ainsi par exemple que le répertoire des métiers des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (RAMSES) qu'élabore actuellement la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, s'il a été conçu avec l'aide de professionnels et s'il se veut très ouvert, n'en demeure pas moins encore centré sur la fonction publique, et plus particulièrement sur la fonction publique hospitalière.

⁷³ « Elle est compétente pour la détermination des conditions d'exercice des professions paramédicales et des sages-femmes. Elle est l'interlocutrice de la Direction générale de la santé pour les questions de démographie, de déontologie et de formation. Elle est en charge de la politique générale des personnels hospitaliers, des statuts, de l'emploi hospitalier, de la formation continue de ces mêmes personnels et elle assure la gestion des directeurs d'établissements de santé, sociaux et médico-sociaux publics » (site du ministère)

⁷⁴ Pour le champ non lucratif, la DHOS participait antérieurement à 2001 avec la DGAS à l'agrément des conventions collectives et accords collectifs du travail ayant une incidence directe sur les dépenses d'assurance maladie ou d'aide sociale ; en revanche, les conventions collectives applicables aux seuls établissements lucratifs relevaient du droit commun des conventions collectives, du ressort de la DRT.

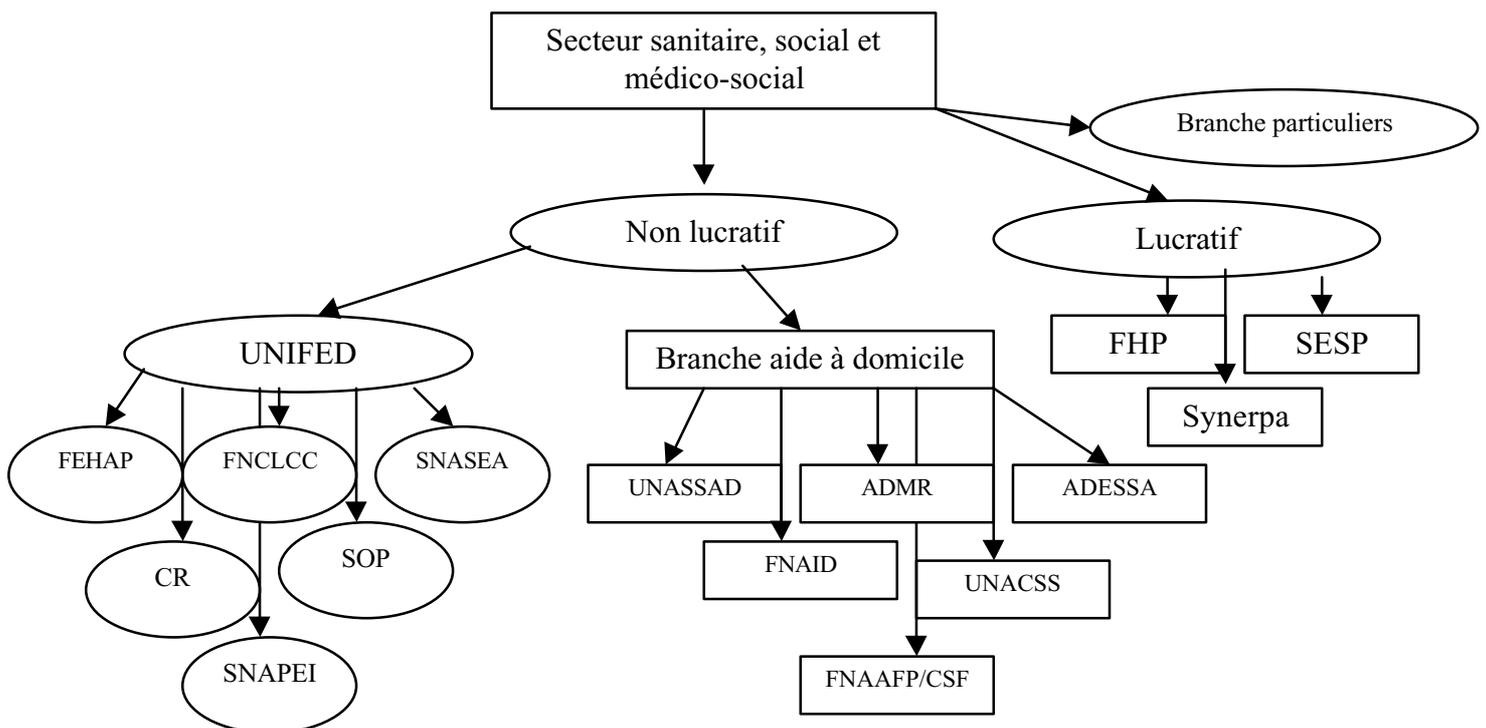
De manière générale, les règles appliquées à la FPH sont intégrées à l'ensemble du dispositif des trois fonctions publiques dans une logique qui ne peut pas toujours prendre en compte les caractéristiques du champ sanitaire et social.

2.1.2 La segmentation du secteur permet difficilement l'émergence d'une politique d'anticipation en matière de gestion des ressources humaines

Le secteur sanitaire et social privé, à but lucratif et non lucratif, est pour l'instant encore particulièrement émietté, même si certaines fédérations d'employeurs tentent de se regrouper.

Il a la particularité d'échapper au « champ » des grandes négociations interprofessionnelles menées au niveau national (il appartient au « hors champ »⁷⁵), ce qui a pour conséquence de l'exclure des avancées des négociations, par exemple en ce qui concerne la formation professionnelle.

STRUCTURATION INSTITUTIONNELLE DES EMPLOYEURS DU SECTEUR SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL PRIVE (LUCRATIF ET NON LUCRATIF)



UNIFED : Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, social et médico-social

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers d'assistance privés à but non lucratif

FNCLCC : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

SNASEA : Syndicat national au service des associations du secteur social et médico-social

CR : Croix-rouge française

SOP : Syndicat général des organismes privés sanitaires et sociaux à but non lucratif

⁷⁵ Hormis le SESP

SNAPEI : Syndicat national des associations de parents d'enfants inadaptés gestionnaires d'établissements et de services

UNASSAD : Union nationale des associations de soins et services à domicile

ADMR : Aide à domicile en milieu rural (déclinaison du sigle abandonné dans les statuts de l'ADMR depuis 1998)

ADESSA : Le réseau des associations d'aide à domicile

FNAID : Fédération nationale d'aide et d'intervention à domicile

UNACSS : Union nationale des associations coordinatrices de soins et de santé

FNAAFP/CSF : Fédération nationale des association de l'aide familiale
populaire/confédération syndicale des familles

FHP : Fédération de l'hospitalisation privée

SESP : Syndicat des entreprises de services à la personne

Synerpa : Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées

Schéma établi par la mission, à partir notamment d'éléments fournis par l'UNASSAD.

2.1.2.1 Cet émiettement se traduit par une multiplicité de conventions collectives

Malgré la création de l'UNIFED, la branche sanitaire, médico-sociale et sociale à but non lucratif ne s'est pas dotée d'une convention collective unique. Les membres de l'UNIFED appliquent quatre conventions différentes : la FEHAP a « rénové » sa convention dite « convention 1951 » par un avenant en date du 25 mars 2002, les centres de lutte contre le cancer ont leur propre convention, ainsi que la Croix-Rouge. La convention dite « de 66 » est commune au SOP, au SNASEA et au SNAPEI.

La branche de l'aide à domicile a réussi à signer en mars 2002⁷⁶ un accord relatif aux emplois et aux rémunérations, s'appliquant à l'ensemble des adhérents des six fédérations d'employeurs. Cette étape importante d'unification des grilles de rémunération n'a pour l'instant pas été prolongée par l'élaboration d'une convention collective unique, objectif affiché par les partenaires sociaux.

La FEPEM applique sa propre convention (la convention collective nationale des salariés du particulier employeur), de même que la FHP (la convention collective nationale des établissements d'hospitalisation privée à but lucratif).

2.1.2.2 Depuis plusieurs années, les organisations d'employeurs s'efforcent d'améliorer la structuration du secteur

Quelques efforts de regroupement significatifs ont été entrepris dans le champ sanitaire et social. Un certain nombre d'organisations d'employeurs se sont regroupées en une union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (UNIFED). L'UNIFED a été créée en 1993 par la FEHAP, le FNCLCC, le SNASEA et le SOP. La Croix-Rouge française a rejoint l'UNIFED en 1997.

⁷⁶ Accord de branche en date du 29 mars 2002.

La branche de l'aide à domicile, qui regroupe les associations d'aide à domicile, a elle aussi connu quelques évolutions ces dernières années, même si ces évolutions restent timides. C'est ainsi que l'ADESSA est née d'une fusion en 2001 entre deux fédérations, la FNADAR et la FNAFAD.

La FHP quant à elle existe depuis la fusion en 2001 de la FIEHP et de l'UHP. Cette nouvelle fédération représente aujourd'hui l'ensemble des cliniques privées à but lucratif.

De même, le Synerpa est né en juin 2001 de la fusion des trois précédentes fédérations qu'étaient l'UNEPPA, la FNEAPAD et la FFEHPA.

2.1.2.3 De fortes résistances et divergences de vue empêchent le secteur de se construire de manière plus cohérente

Ces efforts de restructuration se heurtent aux cultures et aux intérêts spécifiques des branches. La mission note que les différentes fédérations s'opposent sur de nombreux points. Un contentieux entre la FEHAP et les fédérations d'associations d'aide à domicile est né à propos de l'extension par le ministre du travail d'un accord professionnel⁷⁷. La FEHAP contestait le fait que cet accord pouvait s'imposer, du fait de l'extension, à certains de ses adhérents (services de soins infirmiers à domicile par exemple), au motif que les fédérations d'aide à domicile signataires de l'accord étaient représentatives du seul secteur social. L'accord, selon la FEHAP, ne pouvait concerner le secteur sanitaire. Sur ce point, le Conseil d'Etat⁷⁸ n'a pas donné raison à la FEHAP, considérant que les personnels d'intervention à domicile des employeurs signataires interviennent à la fois dans le secteur social et dans le secteur sanitaire à but non lucratif. Le Conseil d'Etat apprécie ainsi le champ d'application de l'accord étendu au regard des métiers exercés (les personnels aides soignants et infirmiers intervenant à domicile sont mentionnés par le Conseil d'Etat) et non au regard de l'organisation institutionnelle des employeurs.

Ces divergences de vue sont réapparues lors de l'extension de l'accord de la branche « aide à domicile » relatif aux emplois et aux rémunérations, en 2002/2003. L'accord du 29 mars 2002 a pour objectif d'unifier les emplois occupés dans le secteur de l'aide à domicile à but non lucratif et s'inscrit dans la perspective d'une convention collective de branche unique. Cet accord a dans un premier temps été étendu par le ministre du travail⁷⁹, mais l'arrêté d'extension a ensuite été retiré pour des raisons d'ordre technique. Un avenant à l'accord (agréé en janvier 2003) a donné lieu à une nouvelle demande d'extension, refusée cette fois par le ministre du fait de l'opposition farouche des membres de l'UNIFED, notamment de la FEHAP.

Au-delà de ces oppositions, l'enjeu le plus décisif de ces restructurations est l'avenir des organismes paritaires collecteurs agréés, et notamment PROMOFAP et UNIFORMATION : les besoins majeurs en formation continue dans les domaines du sanitaire et du social, et tout particulièrement dans le secteur de l'aide à domicile, qu'induit la nécessaire

⁷⁷ Arrêté du 26 juillet 1993 étendant l'accord professionnel du 19 avril 1993 relatif au statut des salariés à temps partiel dans le secteur de l'aide à domicile

⁷⁸ Décision FEHAP du 29 décembre 1997

⁷⁹ Arrêté du 11 juin 2002

professionnalisation, donnent un rôle essentiel aux OPCA quant à l'organisation des branches concernées.

2.1.2.4 Les OPCA constituent un enjeu majeur

Les OPCA du secteur

Trois OPCA interviennent dans le champ étudié par la mission de l'IGAS : l'AGEFOS-PME, PROMOFAF et UNIFORMATION.

L'AGEFOS-PME est l'OPCA unique de la branche des salariés du particulier-employeur.

Les OPCA PROMOFAF et UNIFORMATION coexistent dans le secteur privé à but non lucratif. PROMOFAF regroupe la très grande majorité des établissements sanitaires et la plupart des établissements médico-sociaux, tandis que la plus grande partie des associations d'aide à domicile sont affiliées à UNIFORMATION (la convention collective de l'ADMR oblige ses adhérents à cotiser auprès d'UNIFORMATION, alors que les associations de l'UNASSAD choisissent librement leur OPCA). Un tiers environ des établissements médico-sociaux adhère à UNIFORMATION.

L'UNIFED est actuellement en train de créer un nouvel OPCA, qui s'appellerait UNIFAF et qui remplacerait PROMOFAF. Les textes portant sur la création de cet OPCA et son règlement intérieur ont été signés fin 2003, et l'OPCA doit voir le jour au plus tard le 1^{er} janvier 2005. Cet OPCA est présenté par l'UNIFED comme l'OPCA « de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif »⁸⁰, ce qui implicitement entérine la séparation entre cette branche et celle de l'aide à domicile.

La création de ce nouvel organisme est vécue par UNIFORMATION comme « une OPA inamicale »⁸¹. En effet, l'accord de branche conclu par les partenaires sociaux prévoit l'obligation, pour les organismes adhérant aux organisations d'employeurs d'UNIFED, de s'affilier à UNIFAF. Les établissements médico-sociaux actuellement affiliés à UNIFORMATION quitterait donc obligatoirement cet OPCA pour rejoindre UNIFAF.

UNIFORMATION et les fédérations d'employeurs de l'aide à domicile militent pour leur part pour la création d'une grande branche « de l'économie sociale », sous l'égide de l'USGERES, l'Union de syndicats et groupements d'employeurs représentatifs dans l'économie sociale, qui regroupe mutuelles, coopératives et associations. Cette branche aurait vocation à fédérer l'ensemble des acteurs du champ sanitaire, social, médico-social, et pourrait s'appuyer sur un OPCA unique, né de la fusion de PROMOFAF, d'UNIFORMATION et d'HABITAT-FORMATION.

L'une des questions sous-jacentes est celle de la prise en charge de la formation continue dans le domaine de l'aide à domicile. Privée d'une partie de ses adhérents, UNIFORMATION aura encore plus de mal à faire accepter en son sein que ses fonds mutualisés (6 ou 7 millions d'euros) soient consacrés à hauteur de 60% à l'aide à domicile comme c'est le cas actuellement.

⁸⁰ Site www.promofaf.fr

⁸¹ Formule utilisée par un interlocuteur de la mission

Au total, il semble qu'aucune coopération d'envergure entre les différents acteurs n'ait été menée sur des thèmes transversaux comme la prévention de l'usure professionnelle ou le maintien dans l'emploi des seniors. La mobilisation sur l'aménagement et la réduction du temps de travail a cependant prouvé que ces collaborations étaient possibles (elle a permis le regroupement de nombreux partenaires au sein de l'UNIFED). Le sujet transversal que constitue la gestion des âges pourrait devenir un levier de rapprochement.

2.2 L'approche statutaire reste contraignante dans le champ public, tandis que les conventions collectives du secteur privé commencent à évoluer

2.2.1 La FPH et la FPT sont en partie contraintes par les règles statutaires

La mission de l'IGAS n'a pas pour objectif de développer dans ce court paragraphe une analyse approfondie du statut de la FPH et des conventions collectives qui régissent l'essentiel du secteur privé sanitaire et social. Mais elle considère important de mettre en lumière, au regard des nécessités d'une gestion des ressources humaines dynamique qui prenne en compte la gestion des âges, les contraintes imposées par les statuts⁸² ou les règles dérivées.

Compte tenu de l'importance de la population concernée par ces statuts, plus de 5 millions d'individus⁸³, des services publics en cause, de l'origine historique de la construction statutaire en France⁸⁴, les statuts forment un monument incontournable. En outre, fort de son influence vis à vis de l'ensemble du secteur sanitaire et social, le statut de la FPH est une des caractéristiques majeures du champ et ses évolutions sont déterminantes pour l'avenir.

Malgré le maintien de quelques règles qui assurent la spécificité de la fonction hospitalière, l'essentiel des dispositions sont alignées sur les deux autres statuts répondant ainsi à l'objectif fixé au moment de la réforme statutaire : forger un ensemble cohérent et permettre la mobilité entre les trois fonctions publiques.

Confrontées aujourd'hui à de nouvelles exigences, les capacités d'adaptation du statut sont cependant fortement questionnées. Le rapport public 2003 du Conseil d'Etat⁸⁵, insiste sur la nécessité de faire face au renouvellement démographique : *« par des recrutements prenant en compte divers paramètres trop négligés par le passé, comme la capacité d'adaptation à un métier différent de certaines catégories de personnes en deuxième ou troisième tiers de vie professionnelle, un minimum de politique des âges étant indispensable pour éviter la répétition à terme du phénomène pernicieux rencontré aujourd'hui »*. Il souligne que *« des interrogations commencent à percer sur la possibilité de concilier l'organisation en corps et grades et la réalité fonctionnelle des emplois, et, plus généralement, de maîtriser l'évolution*

⁸² Il faut rappeler brièvement que les statuts des trois fonctions publiques sont regroupés dans un ensemble de quatre textes fondamentaux : le statut de base, fixé par la loi du 13 juillet 1983 qui détermine les droits et obligations applicables à tous les fonctionnaires (titre I), puis les statuts applicables à chacune des trois grandes familles de la fonction publique : la fonction publique d'Etat (loi du 11 janvier 1984 – titre II), la fonction publique territoriale (loi du 26 janvier 1984 – titre III) et la fonction publique hospitalière (loi du 9 janvier 1986 – titre IV).

⁸⁴ Loi du 19 octobre 1946.

⁸⁵ Rapport public 2003 : « Perspectives pour la fonction publique »

en cours sans certaines retouches au statut lui-même...autant dire que la question du renouvellement démographique appelle de la part des gestionnaires de la fonction publique un changement de rythme, si l'on veut la traiter de façon pertinente. »

Des entretiens que la mission a conduit avec certains directeurs de ressources humaines des grands établissements de santé publique, confirmés par les analyses produites par les responsables de la DHOS, et avec des responsables de grandes villes, il ressort que les rigidités dénoncées, qui tiennent moins d'ailleurs au statut lui-même qu'aux règles qui le déclinent et aux habitudes procédurales qu'il a engendrées, font assez largement obstacle à une gestion anticipative des hommes. Plusieurs facteurs sont particulièrement sensibles :

- la gestion par corps qui rigidifie et éparpille la gestion des agents est un frein à une approche fonctionnelle et à la mobilité ; elle est en outre relativement inadaptée à une approche par métier pourtant indispensable, notamment dans les filières sanitaires et sociales. La mission a toutefois pu noter que dans le champ de la FPH, les refontes statutaires de certaines filières, à l'œuvre dans le cadre de l'application des protocoles de mars 2000, visaient à dépasser le cadre strict des corps⁸⁶. En outre l'importance des effectifs des corps d'infirmiers et d'aides-soignants modère cette critique dans ce cas précis.
- les processus d'avancement, fondés essentiellement sur l'ancienneté, sont calés sur la vision classique d'une carrière se déroulant de manière uniforme, le plus souvent au sein du même établissement.
- les déroulements de carrières n'encouragent pas la mobilité professionnelle, même si les parcours de promotion professionnelle, fortement encouragés et relancés dans le cadre des protocoles de mars 2000, permettent souvent aux agents de faible qualification de progresser dans leurs compétences professionnelles : d'agents hospitaliers vers aides-soignants, d'aides-soignants vers infirmiers, par exemple ; ces parcours sont envisagés principalement de manière ascendante au sein de la même filière professionnelle et rarement, sauf volonté individuelle, de manière transversale d'un métier à un autre, d'un milieu professionnel vers un autre. Sur ces sujets, les directeurs de ressources humaines rencontrés ont paru à la mission de l'IGAS particulièrement peu imaginatifs et peu volontaristes.
- la difficulté des reconversions professionnelles semble majeure. Qu'il s'agisse de la fonction publique territoriale ou hospitalière, les DRH comme les organisations syndicales sont d'accord pour reconnaître l'extrême difficulté à mettre en œuvre des processus de reconversion, soit par la voie officielle de la procédure de reclassement professionnel, soit *de facto* par des reconversions négociées. Notamment face aux effets de l'usure professionnelle et aux nombreux constats d'inaptitude totale ou partielle faits par les médecins du travail, les services gestionnaires sont le plus souvent démunis de solution de reconversion⁸⁷. Les agents occupent alors soit des

⁸⁶ La DHOS a notamment fait état, dans le cadre de la refonte de la filière technique de la FPH, de la création de corps de techniciens supérieurs ou d'adjoints techniques, au périmètre plus large.

⁸⁷ Lors de ses rencontres avec les établissements de santé, la mission a cherché à obtenir des données quantitatives sur le reclassement d'agents, ou l'aménagement de postes liés à des phénomènes d'usure ou d'inaptitude au travail. Le reclassement fait intervenir le médecin du travail et peut être assez bien cerné ; en revanche, l'aménagement de postes peut parfois se faire au sein des services, ce qui conduit à une sous-déclaration du phénomène. Les Hospices civils de Lyon ont fait une étude sur les exercices 2002/2003 relative

postes en surnombre qui bloquent de nouveaux recrutements dans un contexte de resserrement des effectifs, soit des postes qu'ils considèrent comme déqualifiés et déqualifiants, (archives, accueil etc.), qui n'offrent donc qu'un faible nombre de solutions. Ce sujet bien que fréquemment constaté, semble peu évoqué dans les négociations entre partenaires sociaux et DRH, les solutions globales, permettant d'anticiper les « mises au placard » par des changements de métier (supposant éventuellement un changement d'employeur, peut-être de statut) ont très rarement été évoquées devant la mission. A cet égard, quelques DRH d'établissements de santé ont évoqué les rigidités statutaires qui rendaient difficiles le reclassement d'aides-soignants sur d'autres métiers, compte tenu de la prime particulière des agents de ce corps (30% en moyenne du traitement indiciaire) qui disparaît dans une telle hypothèse.

- l'inadéquation des passerelles entre les fonctions publiques, notamment entre FPH et FPT : ces passerelles sont rarement fréquentées quand elles existent : aides soignantes, auxiliaires de puériculture, infirmières, abandonnent parfois leur carrière hospitalière pour trouver un emploi dans la FPT (crèches, PMI...). Elles y perdent en général en rémunération : pour les aides soignants la perte des primes liées au services hospitalier évoquée ci-dessus en cas de reclassement se pose dans les mêmes termes, et constitue un important facteur de blocage des mutations. Mais, celles qui font ce choix estiment y gagner en organisation du temps de travail et en compatibilité entre vie professionnelle et vie familiale. La mission a constaté qu'il s'agissait de parcours dictés par des choix individuels et n'a pas rencontré de responsable de ressources humaines ayant envisagé avec ses interlocuteurs locaux (par exemple entre les emplois de la commune, ceux du conseil général et ceux des établissements sanitaires ou sociaux) de faciliter des parcours diversifiés de carrière. Des mécanismes d'indemnité différentielle pourraient parfaitement être envisagés à l'instar des outils prévus dans le cadre du FMES (Fonds de modernisation des établissements de santé) : il faut relever que ces dispositifs actuels ne s'appliquent qu'au seul cas des suppressions d'emploi consécutives à une restructuration hospitalière.
- le recrutement par concours, dont le principe général⁸⁸ n'est pas à remettre en cause mais qu'il faut adapter aux nouvelles modalités d'acquisition des diplômes par validation des acquis de l'expérience professionnelle. Des évolutions ont déjà été entamées en ce sens mais devraient se poursuivre.
- la notation des agents qui jusqu'à la récente réforme⁸⁹ préconisant le développement de l'évaluation individuelle ne permettait guère une appréciation sérieuse et transparente des agents, et ne valorisait pas les parcours diversifiés.

2.2.2 Les parcours entre public et privé sont plus ou moins aisés suivant les professions

aux reclassements et aménagements de postes qui montre une certaine stabilité des chiffres : 15 en 2002 et 11 en 2003, la moitié de ces effectifs concernant des agents de plus de 45 ans.

⁸⁸ Loi du 17 janvier 2002, codifiée dans le code de l'éducation nationale : art. L.613-3.

⁸⁹ La notation vient de faire l'objet d'une réforme portée par le décret du 29 avril 2002. Longuement mûri, le nouveau système lie notation, évaluation et avancement. Il est aujourd'hui difficile de mesurer quelle pourra être sa portée réelle.

Les reprises d'ancienneté entre secteur public et secteur privé ne permettent pas aujourd'hui la neutralité qui permettrait de gérer une vie professionnelle en envisageant de pouvoir passer d'un emploi relevant d'une convention collective, ou du statut libéral vers un emploi relevant d'un statut public au gré de l'évolution de ses compétences et de l'alourdissement des tâches familiales ou au contraire de leur allègement, donc de l'âge, en fonction de l'usure, de la fatigue ou du vieillissement, plus simplement en fonction du souhait de faire une expérience professionnelle différente.

En effet, depuis 1993, les personnels infirmiers bénéficient d'une reprise d'ancienneté égale à la *totalité* de la durée des services effectués comme salariés dans le privé, ce qui est dérogatoire au droit commun de la fonction publique, et favorise la mobilité entre public et privé. Cependant, les années passées en tant que profession libérale (infirmiers notamment) ne sont pas prises en compte, et cette disposition ne vaut que pour une intégration au sein de la fonction publique hospitalière. Une infirmière qui aurait exercé dix ans dans le privé avant de vouloir entrer dans la fonction publique territoriale par exemple se verrait appliquer le droit commun (reprise de la moitié des années de service, jusqu'à concurrence de quatre ans). De la même façon, un éducateur spécialisé qui aurait travaillé dans une association financée par le conseil général ne pourrait faire valider ses services par ce même conseil général qu'à concurrence de quatre années, s'il souhaitait finir sa carrière comme agent public.

Le régime indemnitaire, particulièrement favorable aux agents hospitaliers, notamment pour les aides-soignants, limite aussi les possibilités de mobilité entre le secteur public et le secteur privé.

2.2.3 Les conventions collectives du secteur sanitaire et social les plus récentes amorcent quelques évolutions

Les conventions collectives du secteur sanitaire et social disposent de davantage de marge de manœuvre et de souplesse d'adaptation même si les gestionnaires rencontrés n'ont pas non plus paru à la mission de l'IGAS avoir véritablement abordé le défi d'une gestion anticipée des âges. Les thèmes de discussion abordés dans le dialogue social ne semblent pas y faire allusion, les cloisonnements propres liés à l'existence de plusieurs conventions collectives ne favorisent pas plus qu'entre fonctions publiques les mobilités professionnelles.

Incontestablement cependant les efforts de renouvellement récents de certaines d'entre elles commencent à offrir une panoplie d'outils qui permettra de développer une gestion des ressources humaines. C'est notamment ce qui est revendiqué par la Croix-Rouge. Renégociée et signée le 3 juillet 2003 par tous les syndicats sauf la CGT, agréée en décembre et applicable le 1er juillet 2004, cette convention introduit la notion de GRH et ses principaux leviers : formation qualifiante (VAE), gestion des carrières (GPEC, observatoire des métiers, entretien individuel, gestion centralisée des carrières des cadres et des médecins), gestion individualisée des parcours en liaison avec la rémunération (primes individualisées). La grille de classement des qualifications se rapproche de celle de la FEHAP.

Autre exemple particulièrement intéressant : le principe de valorisation de l'expérience professionnelle dans la gestion du parcours professionnel des soignants, intégré à la nouvelle convention collective des centres de lutte contre le cancer du 1er janvier 1999. Celle-ci part d'une observation des postes de travail et d'une analyse des compétences acquises par les IDE au cours de leur vie professionnelle, qui permet ainsi une gestion des carrières par la

compétence⁹⁰. Pour la première fois une convention collective accorde à la compétence professionnelle la priorité en termes de déroulement de carrière sur l'ancienneté.

Dans le secteur social l'accord de la branche de l'aide à domicile relatif aux emplois et aux rémunérations conclu le 20 mars 2002 constitue une avancée certaine. Engagé à l'occasion de la négociation de l'ARTT et en lien avec la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), cet accord a pour objectif de répondre aux besoins de professionnalisation de cette branche et de « *combattre l'image négative du petit boulot, de la domesticité*⁹¹ ». Il prévoit une refonte salariale majeure pour aller vers un alignement des rémunérations sur celles qui sont en vigueur sous l'empire des autres conventions collectives du secteur sanitaire et social. Il construit également pour la première fois une véritable filière professionnelle. L'acquisition du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), notamment grâce à la VAE, doit aider à créer des passerelles horizontales entre les métiers d'un même niveau et des passerelles verticales en offrant des évolutions de carrière. Il est particulièrement dommage que les partenaires sociaux de la branche de l'aide à domicile n'aient pas prolongé leurs efforts liés à la refonte salariale par des négociations portant sur l'organisation du travail et les conditions de travail, pour déboucher dans la foulée sur la conclusion d'une convention collective unique.

Le travail effectué par l'UNIOPSS en collaboration avec de nombreuses institutions au début des années 1990 et qui a débouché sur l'analyse des « Passerelles entre les emplois du secteur sanitaire et social du niveau 6 à 4 » fin 1993 était à cet égard précurseur. Cette étude envisageait en effet, pour ces catégories, l'ensemble des métiers, et examinait à la fois leurs spécificités mais aussi les facteurs de mobilité transverse (compétences comparées...) ou les freins à la mobilité (politiques de reprise d'ancienneté différentes selon les régimes conventionnels et statutaires, barrières dues aux diplômes...). Ces travaux gagneraient à être réactualisés, afin de nourrir notamment les réflexions nécessaires dans le cadre de la future « convention unique » de l'aide à domicile : les thèmes conventionnels autres que ceux relatifs aux emplois et aux rémunérations restent encore très peu abordés. Ces sujets, comme la prévention de l'usure professionnelle et les conditions de travail, l'emploi des seniors, seraient pourtant de nature à favoriser une gestion des âges cohérente.

⁹⁰ CC titre 2 chap 9 : « l'exercice des métiers des CLCC mobilise des compétences spécifiques, dont certaines ne peuvent être acquises totalement par la formation initiale...ces compétences spécifiques aux CLCC sont acquises par la formation interne et/ou externe, mais aussi par l'exercice du métier dans les diverses situations de travail occupées par le salarié au cours de son parcours professionnel...afin de reconnaître ces compétences, les parties signataires sont convenus d'inscrire...le principe de la validation des acquis de l'expérience selon un critère dynamique intitulé « parcours professionnel »...à ce titre le parcours professionnel ...complète et dynamise les 13 critères classants et organise une progression... dans l'emploi occupé ou ...dans un groupe de rémunération supérieure... » Ces dispositions sont complétées dans le même chapitre par des dispositions sur la formation continue, les bilans de compétence et les entretiens d'évaluation.

⁹¹ Rapport explicatif de l'accord de la branche de l'aide à domicile relatif aux emplois et aux rémunérations conclu le 29 mars 2002.

La refonte du statut des assistants maternels et des assistants familiaux

Le statut des assistants maternels (non permanents) et des assistants familiaux (assistants maternels permanents) fait actuellement l'objet d'une refonte législative. Si l'outil n'est pas conventionnel, les partenaires sociaux ont participé à l'élaboration du nouveau statut. Celui-ci vise notamment à :

- mieux former les professionnels, avec par exemple une formation initiale obligatoire des assistants maternels avant tout accueil d'enfant, et la possibilité, nouvelle, d'avoir accès à la formation professionnelle continue ;
- mettre en place des référentiels sur le métier, les compétences et la formation, ainsi que la VAE, ce qui permettra des passerelles vers d'autres métiers ;
- améliorer le statut de ces professionnels (obligation d'un contrat écrit, durée de temps de travail précisée...).

Ces améliorations devraient être complétées, pour les assistantes maternelles employées par des particuliers, par de nouveaux droits dans le cadre d'une convention collective nationale en cours de négociation.

Ces efforts, diversement engagés suivant les branches et la situation antérieure de chacune, reflètent une prise de conscience elle-même diverse des nécessités d'évolution. Outil d'observation des métiers, renforcement des processus de formation et construction de parcours de qualification, reconnaissance de la compétence comme étalon de la progression de carrière, sont autant de jalons qui permettront un développement progressif d'une gestion des ressources humaines dans les différentes branches. Mais il n'en demeure pas moins que ces évolutions encore fragiles et fragmentées restent très en deçà des efforts à fournir pour anticiper convenablement les difficultés démographiques qui attendent le secteur.

2.3 Des diplômes foisonnants et segmentés

2.3.1 Le secteur se caractérise par une multiplicité de diplômes

Le secteur sanitaire et social fait intervenir de nombreux diplômes, reflétant avant tout la multiplicité des métiers du secteur : métiers du soin, de l'aide à domicile, de l'accompagnement social et médico-social en établissement, de l'éducation, de l'éducation spécialisée, etc. On constate par ailleurs une spécialisation de certains diplômes par catégorie de publics pris en charge, par exemple, pour les enfants en bas âge le CAP « Petite enfance » et pour les publics handicapés le CAFAMP, voire en fonction des institutions employeurs – ainsi par exemple, le DEAVS est-il spécifiquement destiné aux travailleurs à domicile et le CAP « Petite enfance » a-t-il été créé en 1992 pour qualifier les ATSEM.

2.3.2 Le diplôme conditionne largement l'accès à certaines professions du secteur

La technicité et la responsabilité caractérisant certains métiers du champ sanitaire et social appellent des garanties concernant les compétences des professionnels des secteurs concernés. C'est évidemment le cas de la profession réglementée d'infirmier, dont l'exercice est, aux

termes du Code de la santé publique, conditionné par l'obtention d'un diplôme d'Etat. Les aides-soignants, quant à eux, ne font pas l'objet d'une réglementation dans le Code de la santé publique. Toutefois, aux termes du décret 89-241 du 18 avril 1989, les aides-soignants de classe normale sont principalement recrutés « parmi les élèves aides-soignants de l'établissement ayant obtenu soit le diplôme professionnel d'aide-soignant, soit le diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture, soit le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique. »

S'agissant des métiers du secteur social, seule la profession d'assistant de service social est réglementée. Toutefois, certaines dispositions statutaires conditionnent l'accès à des postes de la fonction publique par la détention de certains diplômes. Ainsi dans la fonction publique territoriale, depuis un décret du 26 octobre 1999, le cadre d'emplois des ATSEM fait-il l'objet d'un recrutement par concours sur titres ouverts aux seuls titulaires du CAP « Petite enfance ». Par ailleurs, les conventions collectives conditionnent largement l'accès à certaines grilles de qualification par la détention d'un diplôme spécifique, et certaines d'entre elles – par exemple, s'agissant des AMP, la convention collective du 15 mars 1966 – définissent un délai plafond où les nouveaux salariés doivent se former et se qualifier.

Cependant, hors le cas des professions réglementées, le respect de ces conditions reste parfois largement théorique, en particulier dans le domaine social où la sous-qualification par rapport aux fiches de poste reste très répandue, notamment à travers la pratique des « faisant fonction ». Un tel phénomène est par nature difficilement quantifiable. Toutefois, on estime, dans le domaine de la petite enfance, que seulement 57 % du personnel est qualifié dans les structures d'accueil collectif, alors même que le décret du 1^{er} août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil pour la petite enfance prévoit un taux de 75 %⁹². Tous secteurs confondus, une étude de 1998⁹³ montre par ailleurs que, sur un échantillon de près de 5000 intervenants sociaux du département des Hauts-de-Seine, 50 % étaient sous-qualifiés par rapport à leur fiche de poste.

2.3.3 *Malgré de réels progrès, ces diplômes restent souvent cloisonnés entre eux*

Des progrès récents ont été accomplis dans le sens d'un décloisonnement, voire d'une fusion de divers diplômes du secteur sanitaire et social. Ainsi en a-t-il été de la filière infirmière dont le diplôme d'Etat repose depuis 1992 sur un programme unique d'études⁹⁴. De même un tronc commun pédagogique existe depuis 1994 entre les formations d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture et des passerelles permettent des réductions de formation entre ces deux métiers et celui d'aide médico-psychologique. S'agissant du secteur social, le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), créé par un décret du 26 mars 2002 et remplaçant le certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile (CAFAD), est, contrairement à ce dernier, accessible en formation initiale et peut être obtenu par une validation des acquis de l'expérience. Son programme modulaire permet notamment une équivalence automatique pour les titulaires du CAFAD et du BEP « sanitaire et social mention aide à domicile » et d'un allègement de formation pour les titulaires du diplôme d'aide-soignant et le CAFAMP⁹⁵.

⁹² Rapport Petit, *op.cit.*

⁹³ Crise des identités, brouillage des catégories. Groupe de recherche innovation et Société (Université de Rouen) – Laboratoire d'études et de recherches sociales (Institut de développement social), 1998

⁹⁴ Arrêté du 23 mars 1992

⁹⁵ Les titulaires des diplômes d'aide-soignant ou d'AMP doivent justifier de 800 heures d'expériences professionnelles après avoir validé le module de formation n°5 du DEAVS

Toutefois un cloisonnement important entre formations et entre diplômes demeure. S'agissant des formations, les organismes opérateurs relèvent de filières très distinctes. Ainsi, dans le domaine sanitaire la formation des infirmiers est caractérisée par un monopole des IFSI. Celle des aides-soignants fait l'objet d'une large prépondérance des IFSI. De nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission ont souligné les résistances de la part des acteurs du secteur sanitaire aux efforts du ministère de l'Education nationale, qui essaie de promouvoir son appareil de formation (GRETA, lycées professionnels) dans ce domaine. Notamment, une circulaire DHOS/DGS de novembre 2001 invitait les DRASS à se rapprocher des rectorats afin que les capacités d'accueil des lycées professionnels préparant au BEP « carrières sanitaires et sociales » de l'Education nationale soient mobilisées pour augmenter le nombre de places en formation d'aide-soignant. La mise en œuvre de ces instructions représente un progrès certain, mais elle reste timide. En 2003, seulement 1500 étudiants ont suivi les formations aux métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture dispensées par le réseau de l'Education nationale.

S'agissant des diplômes, la définition et la gestion relèvent d'administrations et d'acteurs divers : ministère de l'Education nationale (CAP, BEP), Santé – avec en son sein une partition des responsabilités entre DHOS et DGAS – Agriculture (BEPA, option services aux personnes, etc.), Travail (certificat de compétences professionnelles d'assistant de vie, dans le cadre des formations de l'AFPA) et branches (CQP). Le Conseil supérieur du travail social, créé par un décret du 19 juillet du 1984, réunit l'ensemble des ministères concernés et embrasse l'ensemble des travailleurs sociaux, à l'exception des animateurs. Toutefois, il n'exerce qu'une fonction consultative et n'est pas conçu pour assurer une coopération de routine entre les divers acteurs responsables de la réglementation de la formation des travailleurs sociaux. De même, la vingtième commission professionnelle consultative, compétente sur les diplômes du « secteur sanitaire et social », notamment ceux dont les formations sont agréées par le ministère de la santé, même si elle met en présence l'ensemble des directions ministérielles concernées, ne permet pas réellement une coordination des programmes et une articulation des diplômes du secteur. Ainsi est-il particulièrement éclairant que la rénovation de la Mention complémentaire « aide à domicile » du BEP « carrières sanitaires et sociales » actuellement en cours ait été déconnectée des travaux préparatifs relatifs au DEAVS en 2001 et 2002, alors même que ces deux diplômes couvrent des domaines largement connexes. La création, en 2002, d'une commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale à laquelle, notamment, les ministères chargés de l'éducation nationale et de la jeunesse sont représentés, devrait permettre d'améliorer cette situation.

Ce cloisonnement est bien souvent reproduit au niveau des diplômes. Par exemple, il n'existe aujourd'hui, dans le seul champ exploré par la mission, pas de diplôme de l'éducation nationale qui permette une validation partielle en vue de l'obtention d'un diplôme de professionnel de santé. De même entre les diplômes de la santé et du social, il n'existe pas de module du DEAVS qui soit transférable pour une validation des titres d'aide-soignant. Cette situation favorise également un manque de coordination dans l'organisation des études. Ainsi, le calendrier des épreuves d'accès aux formations d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture dispensées dans les IFSI, qui se déroulent en juin, contraint les élèves du BEP sanitaire et social d'attendre entre 6 mois et un an pour présenter le concours d'entrée⁹⁶.

⁹⁶ L'arrêté du 22/7/1994 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture, modifié en janvier 2004, ne permet pas aux futurs diplômés du BEP sanitaire et social de passer les épreuves d'admission (qui se déroulent en mai), sous réserve de l'obtention de leur diplôme, en juin. Une

Au total, il apparaît de réels efforts récents de décloisonnements des diplômes du champ social, avec notamment, pour le DEAVS, les équivalences ou les crédits ouverts aux titulaires de diplômes sanitaires (aides soignants ou BEP sanitaire et social), sans aucune réciprocité à ce jour. A l'inverse, il semble subsister de nombreux freins du côté des professions sanitaires.

2.4 Des contraintes financières lourdes et une prégnance des financements d'origine publique

Outre l'ensemble des facteurs énoncés ci-dessus, les contraintes financières du secteur pèsent fortement et sont de nature à rendre plus difficile l'émergence d'une véritable politique de l'emploi et des ressources humaines dans ce secteur. Ces contraintes financières sont directement liées au caractère fortement socialisé du financement d'une grande partie des activités du champ sanitaire et social, même s'il convient d'opérer une distinction entre les activités déployées dans le cadre d'établissements publics ou privés ou d'associations, et celles intervenant directement auprès de l'utilisateur dans le cadre d'emplois à domicile de gré à gré.

S'agissant des établissements ou des associations, selon leur nature sanitaire, médico-sociale ou sociale, leur financement repose fondamentalement sur l'assurance maladie (établissements de santé, EHPAD pour la partie médicalisée, SSIAD sous forme de forfaits), sur les finances locales, notamment des conseils généraux ou des communes (notamment pour les structures de la petite enfance, mais aussi pour le financement des EHPAD dans le cadre de l'APA), ainsi que sur des financements des autres branches de la sécurité sociale (CNAF pour la petite enfance, et CNAV pour les personnes âgées). La participation des usagers est également présente, mais ne représente qu'une part réduite de l'ensemble.

Le tableau ci-après donne quelques repères non exhaustifs en matière d'enjeu financier du secteur, sans toutefois être exhaustif, dans la mesure où aucune consolidation financière n'existe, compte tenu de l'extrême diversité des financeurs. Dans certains cas, les chiffres ne donnent qu'imparfaitement une idée du coût de fonctionnement des structures ou services étudiés, mais sont néanmoins intéressants. C'est le cas par exemple du coût de l'APA (Allocation personnalisée à l'autonomie), et notamment de l'APA à domicile, qui cerne une partie du périmètre des prestations d'auxiliaire de vie sociale.

demande en ce sens avait été formulée par les représentants du ministère de l'Éducation nationale, qui n'a pas été acceptée par le ministère chargé de la Santé.

Tableau 3 : Quelques grandes données financières sur les secteurs sanitaire et social

Domaine d'activité	Principaux financeurs	Montant des dépenses	Source
Secteur hospitalier public et privé financé sous dotation globale	Assurance maladie	43 MM.€	PLFSS 2004/ONDAM 2002 réalisé
Secteur hospitalier privé financé sous OQN	Assurance maladie	7 MM.€	Idem
Part Assurance maladie des forfaits soins (SSIAD, EHPAD)	Assurance maladie	2,5 MM.€	Idem
EHPAD : coût de l'hébergement avant la PSD	Usagers et aide sociale conseils généraux	8,5 MM.€	Données DAS 1996
Coût Allocation personnalisée pour l'autonomie	FFAPA (conseils généraux, Etat)	3,2 MM.€	Données 2003
Coût des modes de garde en petite enfance	Dépenses CNAF et conseils généraux	2,2 MM.€ ⁹⁷	CCSS 2003 (données 2002)

Source : Tableau reconstitué par la mission

S'agissant de l'intervention de professionnels au domicile des personnes dans le cadre d'un contrat de travail de gré à gré, le financement public est bien souvent indirect, mais néanmoins réel au travers d'aides fiscales (prise en charge de cotisations sociales ou réduction d'impôts), mais aussi d'aides directes telles que l'APA pour les personnes restant à leur domicile, l'AGED ou la prestation assistante maternelle pour la petite enfance.

Le contexte récent caractérisé par un déficit important de la branche maladie d'une part (11 milliards d'euros en 2003), la croissance des besoins en matière d'APA (coût estimé de 3,2 milliards d'€ en 2003 et pour 2004 compris entre 3,6 et 3,9 MM. €⁹⁸), complique à l'évidence l'exercice consistant à déployer les structures de prise en charge, à accroître l'offre de services, à mieux qualifier le personnel, dans la mesure où l'ensemble de ces actions sont coûteuses pour les finances publiques, qu'elles soient nationales, locales, ou sociales.

Dans la mesure où les ressources humaines constituent à la fois le potentiel de travail mais aussi la part majoritaire des dépenses des structures du champ sanitaire et social (70% des budgets dans les établissements de santé, 90% dans les EHPAD), il est clair que toute action de nature à peser sur la ressource humaine, notamment en matière de condition de travail, de qualification, etc...peut avoir un impact sur les finances publiques.

De manière plus précise, la faiblesse des niveaux de rémunération moyens de ce secteur d'activité qui restent inférieurs à la moyenne des rémunérations de l'économie, d'une part, et l'insuffisance actuelle de professionnels qualifiés dans certains sous-ensembles tels que la

⁹⁷ Il s'agit exclusivement des prestations d'AEFAMA et d'AGED versées par les CAF, ce qui exclut le coût de fonctionnement des crèches collectives.

⁹⁸ Estimation indiquée dans le rapport « Vieillesse et solidarité », JM PALACH, 2003

petite enfance⁹⁹ et l'aide à domicile pour les personnes âgées d'autre part, risquent de conduire à moyen terme à une évolution à la hausse des charges de personnel directes ou indirectes. Ceci devra peu ou prou trouver une solvabilisation par un financement socialisé. Sauf en cas d'arbitrages collectifs explicites, il est possible, comme on l'a vu par le passé, que les marges de manœuvre soient faibles et limitent la capacité d'action en ce sens.

⁹⁹ Cf rapport PETIT, Les métiers de la petite enfance dans les structures d'accueil collectif, 2002. Le rapport montre notamment une évolution du nombre de places d'accueil de la petite enfance entre 1990 et 2000 (+33%) supérieure à l'évolution sur la même période du nombre de diplômés dans le secteur de la petite enfance (+14%).

TROISIEME CHAPITRE : UNE PROBLÉMATIQUE DE GESTION DES ÂGES QUI DEVRA S'APPUYER SUR UNE MEILLEURE UTILISATION DES LEVIERS DE LA GRH

L'ensemble des leviers doivent être mis en œuvre de manière simultanée et combinée car ils rétroagissent les uns avec les autres.

3.1 Diversifier et rendre plus actives les politiques de recrutement

3.1.1 Un secteur marqué par des difficultés de recrutement

L'ensemble des filières du secteur connaît des problèmes de recrutement (cf.1.3). Dans certaines filières, il en résulte un relâchement des critères de sélection, qui accentue la sous-qualification du personnel générale dans le secteur. C'est notamment le cas de l'aide à domicile¹⁰⁰, où la grande majorité des effectifs est sans qualification, du médico-social non lucratif, où le tiers des salariés de la branche n'a pas de qualification¹⁰¹ et de la petite enfance (cf. 2.3). Dans ces filières, les personnels dépourvus de toute qualification sont nombreux, voire majoritaires. Ainsi dans l'aide à domicile, le nombre de personnes illettrées est particulièrement élevé.

Dans d'autres filières, la pénurie confère aux salariés, et en particulier aux entrants sur le marché du travail, un pouvoir de négociation important. A cet égard, le cas de la filière infirmière est particulièrement éclairant. La mission a ainsi pu observer que le recrutement des jeunes infirmiers sortant d'IFSI donne lieu de la part des établissements de santé à des politiques d'attraction volontaristes, et à une certaine surenchère, s'exprimant notamment par une multiplication des avantages accessoires proposés. Cette situation de concurrence entre employeurs profite dès lors aux établissements offrant les conditions les plus attractives, notamment les gros hôpitaux publics, ainsi qu'aux services suscitant le plus grand engouement chez les jeunes diplômés (urgences, services à forte technicité). Elle s'exerce au détriment d'établissements du secteur social ou médico-social ou de services de soins à domicile, qui souffrent d'une pénurie de soignants particulièrement aiguë, et de services à fort degré de responsabilité (néonatalogie, gériatrie). Elle profite également aux départements les plus attractifs : notamment, la région parisienne souffre d'une importante fuite des étudiants formés dans les IFSI d'Ile-de-France.

Ces rapports de force ont été largement intégrés dans la stratégie de carrière des générations d'infirmiers les plus récentes, qui se caractérisent par une forme de « nomadisme » professionnel, soit en enchaînant des contrats à durée déterminée, soit par le recours à des sociétés de travail temporaire qui ont développé à l'égard des professions de soignants des politiques de gestion des ressources humaines attractives.

¹⁰⁰ Cf. « Freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile », ANACT, étude pour la DGAS, 2002.

¹⁰¹ Selon le CEP du secteur social et médico-social non lucratif, dans le seul secteur de la prise en charge des personnes âgées, 52% des effectifs a une qualification de niveau VI et plus du tiers de niveau V.

3.1.2 Une réflexion doit être ouverte rapidement sur la pertinence du mode actuel de régulation des entrées en formation

Une telle situation pose la question de la pertinence des quotas dans le champ sanitaire, définis par l'administration à l'entrée des infirmières en IFSI, et du rationnement budgétaire des places dans les instituts de formation pour de nombreuses autres formations (aides-soignants, auxiliaire de puériculture, AMP, etc.). Ces outils de régulation correspondent à une situation aujourd'hui révolue, où arrivaient sur le marché du travail les générations du « baby boom » et où devenait de plus en plus nécessaire une régulation des dépenses publiques. Si aujourd'hui ce second objectif reste d'une actualité évidente, il semble qu'un rationnement des entrées en formation ne soit plus un instrument de régulation adéquat pour l'atteindre. Il n'est d'ailleurs pas dénué d'effets pervers. Faute d'un diagnostic statistique partagé et objectivé entre l'ensemble des directions du ministère, et d'instruments de projection adéquats (cf. 1.3), la définition des quotas nationaux a pu conduire à la sous-estimation importante des besoins en effectif de personnels soignants constatée à la fin des années 90, et – notamment à la suite d'un relèvement important et sans lissage des quotas – à un déséquilibre durable de la pyramide des âges rendant plus aigus encore les défis posés à la gestion des âges dans le secteur. Une telle imprécision au plan national se trouve encore accentuée au plan local. Les besoins observés dans les divers départements divergent en effet considérablement entre eux et la déclinaison régionale de la régulation nationale repose sur des clés de répartition qui ont paru particulièrement frustes à la mission.

Enfin, au delà du cas des infirmiers, pour lesquelles le monopole des IFSI est réglementaire¹⁰², ce système de régulation contribue à renforcer un monopole de fait¹⁰³ de l'appareil de formation placé sous la tutelle de l'administration sanitaire et sociale. D'une part, il entretient l'image d'un système de formation du secteur sanitaire et social relativement sélectif, dont les modalités de recrutement des étudiants et, le cas échéant, le coût de la scolarité¹⁰⁴, conduisent à certains phénomènes d'autocensure, en particulier à l'entrée des IFSI. Selon la DGS, l'objectif des quotas d'entrées en formation infirmière a été atteint à 95 %. Les effectifs d'étudiants aides-soignants en formation avoisinent 17.000 et l'administration vise un effectif annuel de 20.000 depuis 2000. D'autre part, ce système, en rationnant les capacités d'accueil des instituts de formation¹⁰⁵ et en ne permettant pas à l'éducation nationale de mettre à profit les siennes dans toute la mesure du possible, renforce les difficultés de recrutement du secteur. Ainsi les écoles agréées formant aux métiers de la petite enfance

¹⁰² Article L.4381-1 du code de la santé publique

¹⁰³ Conformément à l'article 55 de l'arrêté du 22 juillet 1994, les écoles conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant, doivent être obligatoirement agréées par le préfet de région. Il en va de même pour les travailleurs sociaux, aux termes de l'article L 451-1 du Code de l'action sociale.

¹⁰⁴ Les études sont par principe gratuites dans les établissements de formation des travailleurs sociaux, les subventions d'Etat étant censées couvrir les coûts pédagogiques, et les IFSI publics pour les formations d'infirmières. Le coût d'une année de formation d'infirmier en IFSI privé ou d'un aide-soignant est, en moyenne voisin, respectivement, de 3 000 et 5 000 euros. Au total, en incluant les frais d'inscription et les éventuels frais de scolarité, le coût d'une année de scolarité pour un étudiant du champ paramédical et social peut varier entre 160 et 7100 euros.

¹⁰⁵ Pour les travailleurs, sociaux, l'article L 451-2 du Code de l'action sociale prévoit qu'une partie du financement de chaque organisme de formation agréé soit assis sur un nombre prévisionnel d'étudiants arrêté par l'administration.

n'offrent-elles que trois places pour dix candidats alors même que le secteur souffre d'une pénurie de main d'œuvre¹⁰⁶.

Le projet de loi de décentralisation en discussion actuellement au Parlement pourrait conduire à un transfert du financement, de la programmation et de la gestion des formations du secteur social aux Conseils régionaux. Dans une telle éventualité, le principe même d'une régulation administrative des places en formation au plan national serait remis en question et à tout le moins, le rôle des Conseils régionaux, par ailleurs compétents en matière d'observation des besoins, pourrait être rendu prépondérant dans la régulation au plan régional.

En l'état actuel du dispositif, la mission estime indispensable qu'une réflexion soit initiée rapidement sur la pertinence du principe même d'une régulation au niveau des entrées en formation. Si ce système était maintenu, la mission insiste sur la nécessité de l'asseoir sur une méthode plus fiable d'évaluation des besoins.

Cette réflexion devrait intégrer la problématique de l'insuffisance actuelle des capacités d'accueil de l'appareil de formation pour certaines professions. Ainsi l'administration s'efforce-t-elle actuellement d'augmenter la capacité d'accueil des formations aux métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture, ce qui peut impliquer une meilleure prise en compte des potentialités offertes par le réseau de l'Education nationale¹⁰⁷. Elle devra également intégrer une réflexion sur l'agrément par la DDASS des lieux de stage pour la formations des infirmiers, de manière à mieux prendre en compte le potentiel d'accueil de certains établissements, tels que les établissements privés.

3.1.3 Les employeurs du secteur doivent développer des politiques volontaristes de recrutement en direction de publics de tous les âges et des deux sexes

Les professionnels des différentes catégories étudiées caractérisent leur métier par des finalités altruistes, des valeurs d'abnégation et le plus souvent un sentiment fort d'appartenance à un collectif de travail (hors le cas spécifique des aides à domicile), qui sont revendiqués comme des facteurs d'épanouissement personnel¹⁰⁸. Il y a par conséquent lieu de développer pour l'ensemble du secteur une politique de communication permettant de réhabiliter une image du secteur qui souffre actuellement d'une mise en évidence trop forte de sa pénibilité et de son taux de féminisation exceptionnellement élevé. Une réflexion commune aux administrations sanitaires et sociales et de l'Education nationale ainsi qu'aux acteurs des branches concernées pourrait viser un dépassement des stéréotypes tant chez les employés potentiels au moment de leur orientation scolaire ou de leur choix à l'issue de la formation initiale, que chez les employeurs en favorisant un ciblage plus large de leur recrutement. Elle pourrait également permettre une hiérarchisation des priorités et une mise en cohérence des actions sur les diverses filières, qui, alors que divers rapports appellent à un effort sur l'attractivité des unes et des autres¹⁰⁹, ne bénéficient pas toutes des mêmes marges de manœuvre en la matière.

¹⁰⁶ Rapport Petit. *Op. cit.*

¹⁰⁷ Circulaires DGS/DHOS n°535 du 5 novembre 2001, DESCO du 8 avril 2002 et DESCO n° 164 du 18 juillet 2003.

¹⁰⁸ On peut notamment citer l'étude sur les conditions de travail des personnels soignants en cours de finalisation à la DREES.

¹⁰⁹ Rapport Petit sur les métiers de la petite enfance, rapport « Vieillesse et solidarité » sur les personnes âgées, *op. cit.*

Pour l'heure, l'essentiel des efforts de recrutement est tourné vers des populations relativement ciblées, certes du point de vue des qualifications (cf. supra) mais également du point de vue de l'âge – les jeunes dans les professions soignantes et les métiers de la petite enfance, les quadragénaires dans les métiers de la dépendance et l'aide à domicile – et du sexe, le recrutement d'hommes étant, dans de nombreuses filières, envisagé avec une réelle frilosité.

S'agissant de l'âge, au-delà d'une nécessaire évolution des mentalités, il y a lieu de lever l'obstacle que constituent les limites d'âge à l'entrée dans certains corps définies par des dispositions statutaires (cf. 2.2).

Enfin, le fort taux de féminisation des professions du soin et de l'aide à la personne ne semble pas une fatalité. La mission considère que, dans le secteur sanitaire et social comme ailleurs, une excessive représentation d'un sexe ou d'un autre dans le milieu professionnel nuit aux conditions générales de travail et à l'efficacité. Les exemples de services évoqués devant la mission où officiait un homme (crèches, aide à domicile) ont d'ailleurs été jugés positivement par ses interlocuteurs, les hommes étant en moyenne plus adaptés à l'accomplissement de tâches exigeant une certaine force physique et un meilleur équilibre des genres étant jugé facteur d'amélioration des relations au travail.

3.2 Tirer parti de l'actuelle montée en puissance de la formation professionnelle

La formation professionnelle est l'un des outils majeurs permettant de rendre les filières étudiées par l'IGAS dans le champ sanitaire et social plus attractives, de motiver les personnels et de faciliter la mobilité. Tant au plan national qu'au plan local, des expériences innovantes sont tentées, notamment par le biais de la formation en alternance et la VAE.

3.2.1 La formation en alternance gagnerait à être plus développée dans ce secteur

Dans le champ de l'éducation, de la santé et de l'action sociale, relativement peu de contrats de formation en alternance sont signés (contrats de qualification : 5,4%, contrats d'adaptation : 1,5% en 2002¹¹⁰). Selon la DHOS¹¹¹, "La pratique de l'apprentissage reste marginale dans les hôpitaux. Seulement 306 contrats d'apprentissage ont été conclus au 31 décembre 2001."

Pourtant, les expériences actuellement lancées semblent répondre à un réel besoin.

Une expérience de formation en alternance dans le champ sanitaire

L'expérience conduite par l'IFSI de Toulon-Hyères repose sur la mise en place d'un dispositif de formation expérimental et original à deux titres : d'une part, il s'agit de formations en

¹¹⁰ Source : DARES. Premières synthèses, n° 07.2, février 2004

¹¹¹ « Synthèse des données sociales hospitalières 2001 », 2003

alternance, et d'autre part d'une organisation délocalisée sur un plan géographique dans le département du Var. Ces expériences ont vu le jour dans le cadre d'un partenariat avec la DDASS du Var et le Conseil Général du Var.

Ce dispositif a porté dans un premier temps sur les aides-soignants, et vient d'être étendu à des formations d'auxiliaires de puériculture.

S'agissant des aides-soignants, le dispositif de formation en alternance sur deux ans a été construit en partie pour répondre à des besoins exprimés notamment par les maisons de retraite privées de la FEHAP ou du SYNERPA, à l'occasion de la signature des conventions tripartites des EHPAD. Il ciblait au départ des demandeurs d'emploi, et reposait sur l'outil technique du contrat de qualification, avec l'appui des OPCA concernés. La délocalisation des sessions de formation assurées par l'IFSI visait à lever le handicap des déplacements pour ce type de professionnels et à faciliter leur insertion professionnelle, notamment pour les zones géographiques de Brignoles et de Draguignan. Une première promotion de 80 aides-soignants va sortir en avril 2004. Le dispositif se poursuit sous forme de formation en suivi discontinu sur 21 mois à partir de la rentrée 2003, ouvert de manière plus large à d'autres publics non qualifiés, mais ne rentrant pas dans le cadre strict du contrat de qualification.

S'agissant des auxiliaires de puériculture, une promotion de 15 personnes a été ouverte en 2002, reposant sur la même logique de formation en alternance.

Enfin, il faut noter la volonté de l'IFSI d'engager des actions en matière d'apprentissage : 4 formations d'IDE en apprentissage ont été ouvertes. Toutefois, le frein à ce dispositif réside pour le champ public dans le fait que celui-ci ne peut prétendre aux aides offertes aux structures privées (frais de formation partiellement pris en charge par les CFA).

Au total, même si ces expériences sont récentes et méritent certainement une évaluation à l'issue des premières promotions de diplômés, elles sont intéressantes au regard d'une logique de décloisonnement des structures et de volonté d'adaptation de l'appareil de formation en fonction des besoins des employeurs et de la situation de la population active sur certains métiers en forte pénurie dans le secteur géographique considéré. Enfin, elle témoigne d'une logique de travail en partenariat entre les employeurs, l'ANPE, la DDASS, le Conseil général.

La mission a eu connaissance de quelques autres expériences en cours : à la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la ville de Paris (DASES), une promotion d'une trentaine d'auxiliaires de puériculture est actuellement en apprentissage et devrait être diplômée à la fin 2004. Le centre de lutte contre le cancer de Marseille, l'Institut Paoli Calmette, est lui aussi engagé dans une démarche similaire concernant les infirmiers, avec son projet "TRANSFERS" (transmission des savoirs, formation, enseignements et ressources sanitaires) : une douzaine d'infirmiers sont en apprentissage en 2004. L'apprentissage s'effectue à partir de la deuxième année d'études et a lieu dans deux IFSI. Dans un contexte de pénurie d'IDE sur l'agglomération marseillaise, ce dispositif permet d'exiger un engagement de servir en contrepartie de la prise en charge de la formation¹¹².

¹¹² Cette expérience est menée en partenariat avec la FNCLCC, l'ESIM (école supérieure d'ingénieurs de Marseille) le CEREQ et la Commission européenne (programme Equal). Le CEREQ porte un regard plus réservé à partir d'un premier bilan partiel, considérant notamment que la transmission des savoirs et la coopération entre seniors et juniors ne sont pas optimales.

3.2.2 *La validation des acquis de l'expérience comme instrument de motivation, de mobilité et de promotion professionnelle*

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002¹¹³ donne la possibilité de faire reconnaître l'expérience acquise pour obtenir une partie ou la totalité d'un diplôme sans passer les épreuves correspondantes. Ces acquis sont constitués de l'ensemble des compétences professionnelles issues d'une activité salariée ou d'une activité bénévole (sociale, associative...). La validation des acquis de l'expérience est donc un droit individuel qui permet selon les cas d'obtenir un diplôme, de faire valider une partie de diplôme ou d'accéder à une formation sans avoir le niveau de diplôme requis à l'entrée. Si son objectif premier est la professionnalisation des salariés, elle peut être parallèlement un réel facteur de motivation, de promotion professionnelle, voire de mobilité.

3.2.2.1 *Le secteur de l'aide à domicile a fait le pari de la VAE*

➤ La branche professionnelle de l'aide à domicile

Le premier diplôme du travail social qui a pu être obtenu par la validation des acquis de l'expérience est le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) : l'existence d'un référentiel métier élaboré lors de la création de ce diplôme très récent a permis d'utiliser d'emblée le mécanisme de la VAE. Le secteur de l'aide à domicile, qui compte 80% de non-qualifiés parmi les 200.000 à 250.000 professionnels, a vu dans la VAE une chance à saisir pour favoriser la motivation de ces personnels et les professionnaliser. Les premiers résultats sont particulièrement encourageants : au 31 mars 2004, près de 5.800 personnes se sont présentées devant les jurys du DEAVS, et plus de 32% ont obtenu la totalité du diplôme¹¹⁴. Le nombre de dossiers demandés en Ile-de-France, pour un passage devant le jury en juillet 2003, était de 5.000, en Rhône-Alpes de 800, en Bretagne de plus de 500, comme en Midi-Pyrénées et dans le Centre... Les salariés qui se présentent devant le jury passent de la catégorie A à la catégorie B de la convention collective, et sont reclassés dans la catégorie C en cas d'obtention du diplôme, soit une augmentation significative de leur rémunération (environ +20%, selon les années d'ancienneté).

¹¹³ La loi n°200-73 du 17 janvier 2002, dite « loi de modernisation sociale » dispose que « toute personne qui a exercé pendant au moins trois ans une activité professionnelle, salariée, non salariée ou bénévole, en rapport avec l'objet de sa demande, peut demander la validation des acquis de son expérience pour justifier tout ou partie des connaissances et des aptitudes exigées pour l'obtention d'un diplôme ou titre délivré, au nom de l'Etat, par un établissement d'enseignement supérieur ».

¹¹⁴ Source : DGAS. Le DEAVS comprend onze modules, dont aucun n'est exclu du dispositif VAE. Les candidats peuvent ainsi obtenir la validation de certains, ou de tous les modules, en fonction de leur parcours antérieur.

L'accompagnement à la VAE pour valider le DEAVS :

l'exemple du centre national de formation de l'ADMR à Saint-Jean-Bonnefonds

Sur 70 salariés concernés en 2003, 55 % ont validé la totalité des modules (25 % en 2002 dans le cadre de l'expérimentation au niveau national) et 70 % valident 10 unités sur 11. Les personnels concernés sont essentiellement des aides à domicile ayant entre 5 et 17 ans d'ancienneté, du fait de la nécessité de totaliser 3000 heures d'expérience pour avoir accès à la VAE. 60 % sont salariés du réseau ADMR ; le reste provient de l'une des fédérations de l'UNASSAD (AIMV). Les deux principaux motifs expliquant l'entrée dans le dispositif sont d'une part la hausse de rémunération ainsi que le contenu du travail : l'ADMR a retravaillé les tâches correspondant à sa grille de qualification (catégorie A : simples tâches ménagères, catégorie B : accompagnement de la personne, catégorie C : aide à l'apprentissage des tâches par la personne prise en charge). Le découpage en 11 modules du DEAVS devrait correspondre à ce découpage des qualifications en catégories.

La DGAS compte poursuivre dans cette voie avec l'ouverture à la VAE en 2004 d'autres diplômes du travail social, notamment le diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé, le diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé, et le diplôme d'Etat d'assistant de service social.

➤ La branche professionnelle des salariés des particuliers employeurs

La branche professionnelle des salariés des particuliers employeurs a elle aussi mis en place la validation des acquis de l'expérience. Les professionnels de la branche peuvent ainsi avoir accès à un module de VAE qui leur permette d'analyser leurs compétences professionnelles, en référence à l'un des deux certificats de qualification professionnelle (CQP garde d'enfants au domicile et CQP assistant de vie), ou du titre homologué employé familial polyvalent. Depuis la création de la VAE dans la branche, 456 candidats ont effectué les démarches nécessaires en vue de l'obtention de l'un des trois diplômes de la branche. 179 d'entre eux ont obtenu un de ces diplômes par le biais de la VAE.

3.2.2.2 Le secteur sanitaire a plus de difficultés à s'inscrire dans une démarche de validation des acquis de l'expérience

L'utilisation de la VAE dans le champ sanitaire est plus malaisée, dans la mesure où les professions sont réglementées et où l'expérience, par construction, ne peut tenir lieu de formation complète : il n'y a pas d'infirmière « faisant fonction », il s'agirait sinon de l'exercice illégal d'une profession. On ne peut donc envisager qu'une validation partielle de l'expérience, avec un socle incompressible de formation complémentaire pour obtenir le diplôme. Ces difficultés vont de pair avec une réticence des professions concernées, qui craignent la « dévalorisation » de leur métier qu'induirait, selon certains, la validation des acquis de l'expérience.

Le ministère de la santé a décidé de donner la priorité, en 2004, à la validation des acquis pour l'accès au diplôme professionnel d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture, puis au diplôme d'Etat des infirmiers de bloc opératoire (IBODE). Doivent être réglées les questions relatives aux référentiels métiers et référentiels formation, au nombre d'années d'expérience

requis pour pouvoir être candidat à la VAE, aux compléments de formation nécessaires, à la nature des organismes qui dispenseront ces formations¹¹⁵, aux épreuves à passer.

La mission de l'IGAS considère comme tout à fait nécessaire la mise en place de la VAE dans ce secteur. Elle permettra des mobilités « horizontales » entre le secteur sanitaire et le secteur social, ainsi qu'entre les métiers au sein de ces secteurs. Selon l'ANFH par exemple, de nombreuses aides-soignantes souhaiteraient devenir auxiliaires de puériculture, mais en sont dissuadées par le coût et l'investissement en temps de la formation complémentaire. La validation de leurs acquis leur permettrait ainsi de n'avoir à se former que sur les modules techniques spécifiques au métier d'auxiliaire de puériculture.

Le dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE) mis en place dans la région Rhône-Alpes pour les professions sanitaires et sociales

Les acteurs de la formation professionnelle en Rhône-Alpes ont mis en place un dispositif organisant les conditions d'accès à la VAE. Dans ce cadre la DRASS a piloté une réflexion sur son application dans le secteur sanitaire et social.

Les services de l'Etat, le conseil régional et les partenaires sociaux ont ainsi abouti à la signature d'un protocole d'accord le 3 septembre 2003, qui sert de référence pour la mise en œuvre de la VAE au plan régional.

Ce protocole fixe les principes généraux de l'action concertée des signataires¹¹⁶ en faveur du développement de la VAE. Il précise les conditions de mise en place d'une offre de service portant sur l'ensemble des étapes du processus de VAE.

- 1^{er} axe : informer et orienter

grâce à la création de points relais territoriaux d'information et de conseil ayant pour mission d'apporter aux usagers une information générale sur la VAE ainsi qu'un conseil individualisé. Ils seront organisés sous la forme d'un réseau local multi-institutionnel de personnes ressources animé par un pilote territorial, co-financé par l'Etat (DRTEFP) et la Région, coordonné par une cellule ressource régionale.

- 2^{ème} axe : faciliter l'accès des salariés à la VAE et inciter les entreprises à s'appuyer sur la VAE pour améliorer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

- 3^{ème} axe : accompagner les personnes en cours de validation

par l'identification de la fonction d'accompagnement et sa professionnalisation. Une charte régionale de la prestation d'accompagnement des candidats à la VAE a été élaborée ; elle précise les conditions de labellisation des services chargés de cette prestation et les principes déontologiques à suivre.

- 4^{ème} axe : coordonner l'organisation et le travail des jurys de validation
- 5^{ème} axe : assurer un financement efficace et équitable du service de validation
- 6^{ème} axe : faciliter la mise en œuvre des préconisations des jurys

Ces principes ont été adaptés au secteur des professions sociales dans le cadre d'une convention qui était en cours de validation finale lorsque la mission de l'IGAS a rencontré à la DRASS.

Des travaux sont en cours entre la DRASS et les rectorats afin de mettre en place la VAE pour les diplômes d'éducateur spécialisé, de moniteur éducateur, d'éducateur technique spécialisé et de conseiller en économie sociale et familiale.

¹¹⁵ Instituts agréés par le ministère ou organismes de formation labellisés par l'ANFH.

¹¹⁶ Les signataires sont l'ensemble des organisations professionnelles patronales et représentant les salariés, le préfet de région, les recteurs, le président du conseil régional.

La DRASS a en parallèle entrepris de labelliser des services chargés de la prestation d'accompagnement suivant un cahier des charges qui décline les principes posés dans la charte.

L'application de la VAE aux professions paramédicales doit démarrer courant 2004.

La mission de l'IGAS tient à témoigner du fort investissement que la DRASS Rhône-Alpes¹¹⁷ a été amenée à faire sur ce sujet, mais au de là de cet effort exemplaire, elle souligne l'implication inévitable des services des DRASS à la fois dans un rôle de gestion des dossiers individuels des candidats mais aussi de pilotage permettant de garantir aux candidats un accès de qualité aux diplômes.

3.2.3 Les "études promotionnelles" permettent des mobilités intéressantes en s'appuyant sur l'action de l'ANFH et des OPCA

3.2.3.1 Dans le champ sanitaire public, le rôle grandissant de l'ANFH offre des possibilités de financements mutualisés pour développer les congés de formation et les études promotionnelles

Dans le cadre d'une convention avec l'Etat, l'ANFH¹¹⁸ gère ainsi, pour tous les établissements publics de santé, le dispositif du congé de formation professionnelle, financé par une cotisation de 0,20% obligatoire pour tous les établissements publics de santé, y compris pour ceux qui ne sont pas adhérents à l'ANFH. Le congé de formation professionnelle, comparable au congé individuel de formation (CIF) dans le secteur privé, est un droit individuel proposé dans un objectif de reconversion professionnelle. Chaque année, l'ANFH accorde environ 2.200 CFP (2.172 en 2001, 2.239 en 2002). Ces CFP financent pour l'essentiel des formations destinées à accéder à des professions en dehors du champ sanitaire, mais le conseil d'administration de l'ANFH a admis la possibilité d'accepter le financement d'études promotionnelles au titre du CFP pour les établissements de moins de 150 agents, en raison des difficultés de financement de ces études. Le niveau de financement global des CFP par l'ANFH est de 43 M€.

C'est dans ce cadre que l'assemblée générale de l'ANFH a décidé, lors de sa réunion de novembre 2003, de faire du financement des études promotionnelles une de ses priorités. Dès janvier 2004, la cotisation obligatoire de ses 2.240 adhérents sera portée à 1,6%, et l'ANFH envisage d'augmenter encore ce taux à terme pour le porter à 2,1%. 0,6% des 1,6% seront exclusivement dédiés aux études promotionnelles, soit 102 M€, et 10% des 0,6% seront mutualisés. L'ANFH s'est portée candidate pour être le gestionnaire du futur fonds unifié des études promotionnelles que souhaite mettre en place le ministère, fonds qui regrouperait les financements provenant des protocoles de 2000, du FMES et une éventuelle enveloppe

¹¹⁷ La DRASS a également élaboré un document fin 2002 de propositions pour une stratégie régionale en matière d'emploi et de formation des professionnels du secteur sanitaire et social en Rhône-Alpes.

¹¹⁸ ANFH : l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est une association paritaire qui assure la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue par plus de 2.200 établissements publics adhérents. Elle gère également le congé de formation professionnelle (CFP) pour l'ensemble des établissements. L'ANFH représente 87% des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, soit 656 000 salariés. Elle comprend un siège national à Paris, et 25 délégations régionales. Son budget annuel consolidé est de 254 M€, dont le plan de formation des établissements et services qui y sont associés pour 170 M€, et le CFP (43 M€).

complémentaire dans le cadre de l'ONDAM. Si l'ensemble de ces crédits devaient être mobilisés, environ 250 M€ seraient destinés aux études promotionnelles.

3.2.3.2 *Les OPCA sont les acteurs essentiels de la formation professionnelle continue dans le secteur privé*

Les OPCA du secteur privé voient leur rôle de financeurs de la formation professionnelle s'accroître.

La formation professionnelle gérée par Promofaf¹¹⁹

Promofaf est l'OPCA de 12.920 établissements (516.838 salariés). En 2002, il a financé 160.000 départs en formation, soit 14 millions d'heures de formation et 170,3 millions d'euros d'engagements. La cotisation des adhérents va pour 1,60% au plan de formation, pour 0,30% à l'alternance et pour 0,20% au congé individuel de formation (CIF).

- 6.440 formations diplômantes, qui correspondent désormais à un tiers des engagements de l'OPCA (contre 24% en 2000). 40% environ des formations qualifiantes sont de niveau 4 ou 5.
- 2.150 congés individuels de formation, dont 1.736 CIF-CDI et 414 CIF-CDD. Le nombre de CIF-CDI s'est accru de 18% par rapport à 2001, L'augmentation des engagements étant de 34,4% (le coût des formations diplômantes expliquant cet écart). Un tiers des CIF-CDI concernent des qualifications de niveau 5.
- 1.319 contrats d'insertion en alternance

3.3 **Organiser des parcours professionnels, créer des passerelles, gérer les fins de carrière**

Si la fragmentation des trajectoires professionnelles et des parcours de vie peut avoir pour corollaire négatif la précarisation des salariés, les travaux de chercheurs, à l'instar d'Anne-Marie Guillemard¹²⁰, mettent l'accent sur la nécessaire « déstandardisation » des cycles de vie. Le parcours des âges dominant pendant la période fordiste, organisé de manière ternaire (cloisonnement entre le temps de la formation pendant la jeunesse, de l'activité professionnelle et du repos pendant la retraite), n'est plus adapté aux enjeux de la société aujourd'hui : la féminisation du monde professionnel, l'allongement de l'espérance de vie, les réformes des régimes de retraite et la nécessité d'une formation tout au long de la vie impliquent un réaménagement des temps sociaux.

Ces réflexions s'appliquent tout particulièrement au secteur sanitaire et social, notamment du fait de son extrême féminisation, spécificité qu'il ne partage à ce point avec aucun autre champ d'activité. Les taux de féminisation sont éloquentes :

¹¹⁹ Données issues du rapport d'activité 2002

¹²⁰ Dernier ouvrage d'Anne-Marie GUILLEMARD sur le sujet : « L'âge de l'emploi. Les sociétés à l'épreuve du vieillissement », 2003

Etablissements du secteur social et médico-social	71% (source : CEP social et médico-social)
Auxiliaires de puériculture	99,2% (source : rapport Petit)
Assistants maternelles	99% (source : DREES)
Personnel infirmier	86,6% (source : INSEE, DARES)
Aides-soignants	91,2% (source : INSEE, DARES)

Tableau élaboré par la mission

Au-delà de cette spécificité, la faiblesse du niveau de qualification, le besoin de professionnalisation en cours d'emploi dans les filières étudiées militent pour que les branches et les fonctions publiques facilitent des parcours de vie plus diversifiés.

3.3.1 Organiser des parcours professionnels diversifiés

Le développement des instruments qui favorisent la professionnalisation des métiers représente un triple atout : il renforce l'attractivité de la filière, permet de disposer de personnels de qualité, une qualité attestée par un diplôme ou une formation, et il assure la promotion professionnelle des salariés. Au delà de cette exigence ascendante qui donne de l'oxygène et de l'espoir aux agents, la mission de l'IGAS souhaite promouvoir des recommandations dans le sens de la diversification des carrières.

➤ Développer les mobilités horizontales

Les développements qui précèdent ont démontré à quel point la mobilité horizontale est actuellement difficile, en raison de multiples blocages, liés à l'organisation du secteur sanitaire et social, à la nécessaire spécialisation des professionnels, au découpage statutaire et à celui issu des conventions collectives, mais aussi aux habitudes culturelles et aux résistances sociologiques, qu'on devine plus qu'on ne peut les démontrer.

Nombre des interlocuteurs de la mission ont convenu que l'anticipation de l'usure professionnelle passait entre autres par la mobilité professionnelle qui permet de remobiliser les salariés et de renouer avec la motivation. Cependant si certains identifient clairement quelques verrous statutaires, la plupart n'ont pas véritablement réfléchi aux conditions qu'il faudrait réunir pour permettre à leurs agents d'entrer dans des parcours professionnels diversifiés. On peut aisément imaginer que la résistance des salariés vient d'abord, non pas de la crainte du changement en tant que telle, mais des contraintes que pourraient engendrer des mobilités géographiques. C'est pourquoi la mission suggère d'explorer essentiellement des pistes offrant à niveau de formation identique ou quasi identique, à savoir-faire proches, des mobilités au sein de la même zone géographique (cf. 3.6).

De telles évolutions peuvent s'examiner également au sein de la même collectivité en parcourant le champ de métiers qui se différencient par les publics concernés, mais dont une partie des savoir-faire est réutilisable : c'est ainsi que des trajectoires professionnelles qui permettraient d'aller de la petite enfance vers le secteur des personnes âgées ou des personnes handicapées, et réciproquement, devraient être sérieusement explorées. Les interlocuteurs de la mission ont souvent paru étonnés que de telles pistes puissent être explorées, tant les stéréotypes sociaux marquent l'image de certains métiers ; l'analyse des attentes de la population, telles que les responsables la véhiculent, renforce souvent ces stéréotypes. Ainsi il a fréquemment été dit à la mission qu'il était impossible de recruter dans le métier de l'aide à domicile auprès des personnes âgées, des salariés jeunes car les personnes âgées n'ont confiance que dans des aidants d'un certain âge (le même raisonnement est d'ailleurs fait pour

le sexe des salariés : il semble impossible d'avoir à faire à des salariés masculins !)...mais certaines associations rencontrées par la mission reconnaissent que lorsqu'elles sont arrivées à recruter des salariées jeunes, l'expérience a été tout à fait positive (entendu par la mission notamment lors de la journée de travail sur l'aide à domicile dans l'Aube). L'étonnement est identique parmi les responsables du conseil général du Rhône lorsque, analysant les difficultés de recrutement des services d'aide à domicile dans le département et d'autre part la pyramide des âges des assistantes maternelles accueillant des enfants à la journée, la mission les a interrogés sur les possibilités de croisement des parcours entre les salariés de l'aide à domicile et les assistantes maternelles agréées par le département. De telles initiatives sont probablement bridées par de multiples facteurs, à commencer par le fait que dans les deux professions qui viennent d'être citées, les collectivités ne sont pas les employeurs directs des salariés mais dans un cas, celui de l'aide à domicile, le financeur, dans l'autre, celui des assistantes maternelles, l'autorité d'agrément et responsable de la formation. Malgré tout, le manque d'imagination et la frilosité de chacun, à responsabilité institutionnelle inchangée, est probablement pour beaucoup dans l'immobilisme constaté.

➤ Réguler les concurrences entre employeurs

En outre, les phénomènes de pénurie constatés ces dernières années dans certaines professions, les infirmières notamment, poussent les établissements à tenter de garder le plus longtemps possible leurs agents et à éviter qu'ils ne s'échappent vers d'autres employeurs. La surenchère dont font d'ores et déjà l'objet les infirmiers entre établissements et entre secteurs d'emploi, risque fort de s'accroître, malgré l'espoir entretenu par l'ouverture des quotas, et ce d'ailleurs dans l'ensemble des métiers examinés par la mission. La ville de Lyon a dû renoncer à ouvrir un établissement pour personnes âgées, pourtant indispensable pour faire face aux besoins, faute de personnels à embaucher, et a fini par en transférer la gestion à une association mieux à même de faire face aux exigences salariales des candidats que la commune, tenue au respect de la grille des rémunérations de la FPT.

Pour dépasser de telles difficultés, seul le desserrement des quotas, les efforts à fournir par les employeurs pour rendre les filières plus attractives, le rapprochement des grilles salariales et des avantages divers consentis, permettra d'éviter des effets désastreux de « cannibalisme » entre établissements et organismes employeurs. La concurrence entre employeurs, si elle n'est pas régulée par une charte de bonne conduite et encadrée par les pouvoirs publics, se développera au détriment d'une réponse équilibrée aux besoins de la population. Elle ne permettra pas non plus de proposer aux salariés des carrières plus diversifiées.

➤ Développer les entretiens de carrière et ménager des possibilités de passerelles verticales et horizontales dans les conventions collectives

La mission préconise le développement des entretiens individuels de carrière qui permettent d'évoquer avec chaque agent comment envisager une mobilité professionnelle, soit au sein de la même collectivité ou du même organisme, dans le même métier, soit en engageant un processus d'adaptation ou de requalification professionnelle pour pouvoir changer de secteur et/ou de public d'intervention et entamer ainsi une deuxième carrière professionnelle¹²¹.

Plus simplement les conventions collectives, à l'image de certains des principes qui ont inspiré la négociation de l'accord de branche de l'aide à domicile, devraient ménager des

¹²¹ Dans le champ de la FPH, il faut noter la publication du décret relatif au bilan de compétences (décret du 1^{er} août 2003), première étape indispensable aux entretiens de carrière.

passerelles horizontales et verticales à travers la grille des qualifications et celle des rémunérations : ainsi dans l'aide à domicile l'accord a construit des passerelles entre les filières d'intervention auprès des personnes et les services généraux, de même qu'ont été distinguées quatre catégories d'emplois, des moins qualifiés vers les plus qualifiés¹²², pour favoriser les parcours de professionnalisation et l'engagement dans une démarche de VAE ; la grille de rémunération qui favorise les premiers échelons, devrait encourager les transferts en cours de carrière vers la filière administrative ou vers d'autres branches (ce qui devrait être encore plus facile lorsque les auxiliaires de vie sociale sont employées dans une association multiservices).

3.3.2 *Lever les obstacles réglementaires et développer les passerelles statutaires*

➤ Adapter le statut de la FPT

La récente communication en conseil des ministres¹²³ concernant plus particulièrement l'adaptation de la fonction publique territoriale aux évolutions liées à la décentralisation, s'inscrit dans le cadre plus général de la réforme des administrations publiques. Elle intéresse les trois fonctions publiques et est destinée à promouvoir une gestion plus efficace du service public en répondant à cinq exigences principales : « *mieux gérer les compétences, accroître la mobilité des agents, reconnaître davantage la performance et les résultats, simplifier et promouvoir l'exercice des responsabilités de gestion des ressources humaines et renouveler profondément le dialogue social.* »

Des travaux techniques sont en cours pour permettre d'avancer dans ces directions. La gestion des compétences et des carrières sera plus active et les agents se verront offrir les moyens d'améliorer et de diversifier leurs parcours professionnels ; pour ce faire la réforme vise l'assouplissement des seuils de recrutement, l'adaptation des formations, le développement de la reconnaissance de l'expérience professionnelles, la levée des obstacles statutaires et l'amélioration des déroulements de carrière. Enfin un organisme national de coordination aura entre autres la responsabilité de l'observatoire des métiers et du référentiel de VAE et de reconnaissance de l'expérience professionnelle.

De telles perspectives ouvrent la voie à des évolutions ambitieuses mais ne doivent pas faire oublier un inventaire plus fin de tous les blocages déjà répertoriés par les gestionnaires. Ainsi il a été signalé à la mission que les détachements n'étaient pas possibles au sein de la même collectivité, alors qu'ils le sont d'une collectivité à une autre et d'un statut à un autre.

➤ Poursuivre la déconcentration des leviers d'action de la FPH

La DHOS pour sa part a également réfléchi à certaines propositions afin d'aller dans le même sens sur le champ de la fonction publique hospitalière. Des discussions techniques avec les services de la direction générale de l'administration et de la fonction publique sont en cours dans le cadre général de la rénovation du dialogue social dans la FPH. Elles portent notamment sur les perspectives de déconcentration des différents domaines de négociations entre ce qui devrait relever des échanges inter-fonction publique, du niveau national relevant du seul ministère de la santé et ce qui pourrait faire l'objet de négociations locales,

¹²² A : sans qualification / B : employé en cours de qualification / C : détenteur du DEAVS / D : TISF

¹²³ Conseil des ministres du 17 mars 2004, Communication du ministre de la fonction publique, de la réforme de l'État et de l'aménagement du territoire et du ministre délégué aux libertés locales relative à la réforme de la fonction publique territoriale.

notamment au niveau de l'établissement, qu'il s'agisse de la rémunération, des statuts, des conditions et de l'organisation du travail, de la formation et de la promotion professionnelle, de la valorisation collective de la performance, du dialogue social et de l'exercice du droit syndical. La DHOS exprime la préférence que l'adaptation du temps de travail et l'amélioration des conditions de travail relèvent du niveau de chaque établissement. Les questions de structuration de la formation professionnelle, les axes prioritaires de formation et de promotion professionnelle, les modalités de validation des acquis de l'expérience professionnelle au sein d'une filière ou entre les filières relèveraient du niveau national du ministère.

Cette réflexion tournée principalement vers la déconcentration des principaux leviers de la gestion des ressources humaines est certainement un facteur futur d'assouplissement et de responsabilisation des gestionnaires locaux. Il reste cependant à faire également un inventaire précis des facteurs de rigidité qui tiennent aux règles de gestion des différents corps afin d'ouvrir avec les organisations syndicales des discussions qui permettraient d'assouplir les différents règles statutaires pour promouvoir les mobilités horizontales et verticales.

- Lever la barrière de l'âge pour les concours de la fonction publique

Une proposition de loi déposée le 15 octobre 2003 et débattue à l'assemblée nationale le 15 avril 2004, tend à supprimer les limites d'âge des concours de la fonction publique. Le statut des fonctionnaires territoriaux ne prévoit plus de limite d'âge pour entrer dans la FPT, mais ce n'est pas le cas dans les deux autres fonctions publiques ; certains concours limitant les âges d'accès, notamment à 45 ans pour l'accès aux concours ouvrant sur les catégories B et C. Selon l'exposé des motifs du projet de texte, d'autres considérations que celle du déroulement harmonieux des carrières doivent prévaloir aujourd'hui : « notamment le souci de permettre à chacun, quel que soit son âge ou sa situation particulière, de trouver un emploi correspondant à ses qualifications, éventuellement dans le cadre d'une réorientation professionnelle... »

3.3.3 Imaginer des solutions innovantes pour les fins de carrière

- Des postes de travail moins rudes

La mobilité de fin de carrière est une première réponse. Etant entendu qu'il ne doit pas s'agir d'une « placardisation » par défaut de solution de reconversion, la mobilité vers des emplois représentant une tension mentale moindre ou des efforts physiques moins importants est souvent spontanément recherchée par les agents eux-mêmes ainsi que par les gestionnaires de personnel. Les fortes sujétions des emplois de la filière soignante, de l'aide à domicile ou de l'accueil de la petite enfance, - horaires décalés ou longs, charge mentale et physique, isolement, pression des familles... - poussent les agents à basculer vers d'autres secteurs en fin de carrière : emplois d'accueil, emplois administratifs, par exemple. Ainsi la ville de Lyon a engagé sur l'ensemble de son secteur des crèches municipales, une expérience d'aménagement de deux postes de type administratif créé chacun au sein de l'une des crèches de la ville, afin de permettre aux agents de s'acclimater à un emploi administratif pendant quelques mois dans un environnement connu avant d'envisager une mobilité externe.

A l'ADMR certaines aides à domicile assurent à mi-temps des fonctions de secrétariat dans les fédérations de l'association...gain de productivité ou gestion des âges ? en tout cas la

solution de temps alterné et du métier alterné est certainement une piste intéressante à approfondir.

- Utiliser les travaux des ergonomes sur les effets du vieillissement pour adapter les organisations

Les travaux des chercheurs menés sur les effets du vieillissement¹²⁴ soulignent en effet que l'avancée en âge peut s'accompagner du déclin des performances physiques, sensorielles et cognitives mais que le développement de l'expérience permet au travailleur de modifier sa façon de travailler en fonction de ses propres ressources. Les recherches ergonomiques démontrent que les salariés exercent une fonction de régulation du système environnant qui prend en compte à la fois les contraintes du système et leurs propres ressources. Ces stratégies impliquent des marges de manœuvre qui déterminent à la fois l'efficacité du salarié et celle du système. Les salariés développent des attitudes compensatoires de protection de soi : « éviter de se faire mal ». Dans l'ouvrage cité un exemple est étudié au sein d'une population d'aides soignantes à domicile à Montréal, 11 sur 17 avaient plus de 45 ans et plus de 10 ans d'expérience. Celles-ci ont construit des stratégies pour essayer de concilier trois objectifs : des soins et des relations de bonne qualité, des normes de temps à respecter et le souci de ne pas nuire à leur propre santé (anticipation des situations, demande de participation à la patiente...). La possibilité pour les salariés vieillissants de s'adapter aux contraintes dépend donc essentiellement des marges de manœuvre que leur environnement de travail leur laisse et des possibilités de valorisation de leur expérience professionnelle que reconnaîtra l'équipe de travail et l'environnement professionnel.

Il n'est pas certain que ces travaux soient suffisamment connus du monde sanitaire et social et y aient fait l'objet d'une diffusion suffisante. Il n'est pas certain non plus que les contraintes fortes qui pèsent sur les salariés et qui sont vivement ressenties (voir les résultats de l'enquête DREES sur les conditions de travail des soignants 2004), soient un terrain favorable pour prendre en compte correctement les conditions optimales d'un maintien dans l'emploi des seniors. Des efforts doivent donc être faits avec l'aide d'ergonomes pour innover en matière d'organisation des unités de travail et ainsi trouver des solutions satisfaisantes pour les agents vieillissants.

- Explorer la piste du tutorat

Parmi les pistes tracées par quelques uns des interlocuteurs de la mission, celle qui consiste à utiliser l'expérience des travailleurs plus âgés au profit des plus jeunes est assez spontanément évoquée. Elle s'appuie par ailleurs sur le thème de la valorisation de l'expérience accumulée au cours de la vie professionnelle, dont les ergonomes soulignent l'intérêt, elle rejoint également les principes qui guident la prise en compte des acquis capitalisés pendant la durée d'une carrière professionnelle, fondement de la VAE. Cette utilisation de l'expérience des seniors au profit des juniors peut prendre plusieurs formes : un rôle pédagogique formalisé comme doit l'être le tutorat en matière d'apprentissage, ou une simple guidance appuyée sur une expérience acquise empiriquement¹²⁵.

¹²⁴ « Efficaces à tout âge ? Vieillesse démographique et activités de travail » Volkoff, Molinié, Jolivet. CEP.2000. Dossier 16.

¹²⁵ Dans « agir sur... la préretraite progressive », éditions LIAISONS de l'ANACT, 1998, les auteurs insistent sur les modalités de l'embauche et les conditions de la réussite de l'intégration des nouveaux salariés : « lorsqu'elles sont confiées à des préretraités à temps partiels, les fonctions tutorales contribuent à la valorisation des compétences des salariés âgés et au transfert des compétences entre générations...cette activité peut consister à

Le développement de fonctions tutorales à vocation pédagogique a été expérimenté par exemple par le centre de formation de l'ADMR de Rhône-Alpes. D'abord mis en place dans le cadre de la formation des travailleuses familiales (désormais les TISF) qui prévoyait une année probatoire, le système a été simplifié et adapté au DEAVS. L'accès des salariés à la fonction de tuteur est soumis à une simple condition de diplôme. Les volontaires suivent ensuite une formation de quelques jours. Les tuteurs restent sur le lieu de travail et accompagnent les nouveaux embauchés. Les tuteurs n'occupent cette fonction qu'à temps partiel et conservent une activité opérationnelle, qui préserve leur légitimité. Le centre de formation veille par des visites sur place à la qualité de cet accompagnement. Certains financeurs - c'est le cas de la CRAM Rhône-Alpes- font de cette exigence tutorale un élément du cahier des charges imposé aux associations prestataires. Mais les conseils généraux rencontrés par la mission ne semblaient pas disposés à aller dans cette voie, le tutorat étant perçu comme un surcoût¹²⁶ qui pèserait à la fois sur les finances départementales mais également sur celles des particuliers, susceptible de diminuer d'autant le volume horaire qui pourrait leur être affecté. Enfin l'ADMR ne traduit pas par un avantage salarial la fonction de tuteur.

Dans le champ de la FPH, des réflexions ont été menées dans le cadre du protocole du 14 mars 2001 sur la possibilité de reconnaître « l'expertise », et de permettre ainsi aux établissements de confier à des personnels, notamment soignants, pour une durée limitée, une mission d'expertise correspondant à la diffusion d'un savoir-faire¹²⁷.

Quel que puisse être l'intérêt de la valorisation de l'expérience des seniors, cette voie demande à être explorée avec précaution. Toute création de fonctions adjacentes au sein d'une organisation peut aboutir à des cloisonnements supplémentaires. Cependant le champ sanitaire et social pourrait se prêter assez bien au développement des fonctions de tutorat, de médiation, de gestion et d'animation de réseau, bien adaptées à un cursus de seconde carrière. La balance bénéfique/risque de la création de fonctions inspirées de ces réflexions doit donc être soigneusement pesée et négociée au cas par cas.

D'autre part, pour que les seniors qui seraient retenus pour occuper de telles fonctions, restent légitimes aux yeux de leurs collègues et utiles à l'organisation de travail, ils doivent conserver et actualiser leurs connaissances et leur savoir-faire, donc probablement, comme c'est le cas dans l'exemple de l'ADMR de Rhône-Alpes, conserver des fonctions opérationnelles d'intervention, donc faire du temps partagé.

aider la personne à comprendre la culture d'entreprise, à transmettre des savoir-faire techniques, être un intermédiaire avec la hiérarchie, les collègues et le service du personnel, évaluer et suivre les acquisitions professionnelles, élaborer un plan de formation... ». Ce qui était recommandé pour des préretraités à temps partiels vaudra tout autant pour des salariés âgés qu'un organisme souhaitera conserver mais en leur confiant prioritairement des tâches d'accueil des jeunes embauchés.

¹²⁶ Ce raisonnement a été tenu par les trois conseils généraux rencontrés par la mission, dès qu'était abordé un risque de surcoût, que celui-ci soit engendré par le développement de la qualification des professionnels, l'émergence d'un encadrement intermédiaire ou d'une fonction tutorale, ou même la création de groupes de paroles, vivement souhaité pourtant par toutes les représentations de l'aide à domicile. Le rapport coût/ qualité/ volume horaire est essentiellement guidé par la contrainte engendrée par la concurrence avec le gré à gré.

¹²⁷ Les textes correspondants sont en cours de finalisation

3.4 Améliorer la prévention de l'usure professionnelle, adapter les conditions de travail et l'organisation du travail

3.4.1 Poursuivre l'amélioration de la connaissance des effets du vieillissement et de l'usure professionnelle sur l'activité des seniors

La connaissance des phénomènes d'usure professionnelle des salariés du secteur, et notamment d'une corrélation éventuelle entre âge et inaptitude au travail reste aujourd'hui limitée et parcellaire.

Les études sur l'absentéisme prennent parfois en compte le critère de l'âge pour mesurer un éventuel alourdissement des absences chez les actifs âgés. C'est le cas par exemple aux Hospices Civils de Lyon où une étude globale sur l'absentéisme a été conduite sur l'exercice 2002, et met en lumière des taux d'absence plus élevés aux deux extrêmes de la vie professionnelle : chez les jeunes, en raison des maternités, et chez les plus âgés.

Toutefois les données globales notamment celles exploitées par la DHOS dans le cadre de la synthèse des bilans sociaux ne permettent pas d'isoler des données de ce type¹²⁸. De plus, il conviendrait de compléter ces données sur l'absentéisme par des données à la fois quantitatives et qualitatives sur les maladies professionnelles et les accidents du travail, sachant que le repérage des maladies professionnelles reste sans doute encore insuffisant aujourd'hui¹²⁹.

Plus largement, des données relatives à l'inaptitude au travail appréciée à l'aune des congés de longue maladie, ou de l'invalidité restent parcellaires.

Enfin, idéalement, ce type de travaux mériterait d'être articulé à une analyse fine des conditions de travail, permettant de coter, dans un souci d'objectivation, les différents types de postes au sein d'une structure.

Les données du CGOS apportent quelques éléments partiels sur le champ de la FPH.

Le CGOS est un organisme de gestion d'œuvres sociales pour les personnels des établissements sanitaires et sociaux publics (association loi 1901, à fonctionnement paritaire). Il couvre aujourd'hui la quasi-totalité des établissements publics de santé, à l'exception de l'AP-HP et de deux établissements psychiatriques d'Ile-de-France.

On peut donc considérer qu'il assure une très bonne représentativité du titre IV de la fonction publique (près de 90% des effectifs), sachant que l'adhésion est assurée au niveau de l'établissement et couvre mécaniquement l'ensemble des agents titulaires et contractuels. Les personnels médicaux ne sont pas concernés. Le CGOS intervient notamment pour assurer des compléments de rémunération aux agents en congé de maladie ou de longue durée, conduisant à des demi-traitements.

Annuellement on dénombre 30 000 bénéficiaires de ces prestations. Le CGOS a donc une

¹²⁸ La synthèse annuelle des données sociales hospitalières de 2001 publiée en 2003 procède à des analyses sur l'absentéisme dans les EPS, mais axée sur des corrélations entre absentéisme et taille des établissements, et non avec l'âge. De même, cette synthèse procède à une analyse de l'évolution des données relatives aux maladies professionnelles, mais sans lien avec l'âge.

¹²⁹ La synthèse précitée des données sociales des EPS met en lumière une croissance des maladies professionnelles sur la période 1992/2001, notamment les affections péri-articulaires, sachant qu'une part de cette croissance s'explique par une meilleure prise en compte statistique depuis 1996.

image partielle des arrêts maladie des agents ; tous les arrêts de courte durée qui ne modifient pas le traitement des agents n'étant pas connus. En revanche, les arrêts de longue durée, qui peuvent pour partie permettre d'appréhender l'usure professionnelle ou l'inaptitude au travail sont connus.

Il ressort des analyses statistiques réalisées une certaine corrélation entre l'âge et le nombre des arrêts pour longue maladie ou congé de longue durée (cf infra partie V).

Par ailleurs, le CGOS verse une prestation «départ à la retraite », délivrée au moment du départ en retraite de l'agent, qui permet d'obtenir des chiffres sur les bénéficiaires, leur âge, leur ancienneté. Le croisement des deux types de données permet de repérer les situations d'agents ayant liquidé leur retraite, et ayant au cours des exercices précédents bénéficié d'une prestation au titre d'un congé de longue maladie ou de longue durée.

Pour la catégorie des personnels soignants, sur le total des personnes ayant liquidé leur retraite en 2003, soit 15 000 personnes, 1 472 avait bénéficié d'une prestation maladie la même année, et 1 864 l'année 2002, soit environ 10%.

Une étude plus récente de la CNRACL¹³⁰ met en évidence l'importance des entrées en invalidité chez les personnels soignants, et notamment les aides-soignants : le flux d'invalidité est multiplié par 2,5 pour les ASH par rapport aux IDE, et de 1,7 pour les aides-soignants. De même, les données relatives aux accidents du travail (justifiant une allocation temporaire d'invalidité) montrent un risque de survenue accru de 60% pour les AS par rapport aux IDE, et de 45% pour les ASH. Les causes les plus fréquentes d'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité pour les collectivités hospitalières sont l'effort (27% des agents indemnisés) et la chute (15%) ; toutefois ces analyses ne sont pas directement corrélées à l'âge.

D'autres études ont été menées récemment, notamment par un médecin du travail¹³¹. Les principaux enseignements de ces études montrent que l'âge n'est pas nécessairement la seule variable influençant les phénomènes d'usure professionnelle et de «burn-out»¹³². En effet, l'étude menée en 2000 sur les personnels soignants de l'hôpital de la Croix Rousse, montre que les paramètres déterminants du «burn-out » sont avant tout le soutien professionnel et l'organisation du travail.

Les travaux de l'équipe du Dr P.DAVEZIES et de son équipe sur l'épuisement professionnel des soignants aux Hospices Civils de Lyon.

Des premiers travaux ont été menés en 1994 dans le cadre d'une enquête INSERM financée par la Direction des Hôpitaux, sur l'épuisement professionnel de la population infirmière. Six ans après, l'équipe du Dr DAVEZIES a souhaité refaire un état des lieux sur un établissement des HCL, l'hôpital de la Croix Rousse, sur l'ensemble de la population

¹³⁰ Etude de la CNRACL, service Etudes et actuariat sur l'invalidité dans la FPH (janvier 2004). Données reprises dans le rapport du Dr ESTRYN-BEHAR pour le comité scientifique et technique et le conseil d'administration de la CNRACL (février 2004).

¹³¹ Etudes conduites par les Dr Philippe DAVEZIES, Dr M.F FORISSIER, et Dr C.VOLCKMANN laboratoire de médecine du travail, faculté Laënnec de Lyon, et notamment « Vieillessement du personnel hospitalier et prévention de l'usure au travail » (1998).

¹³² Le « burn-out » ou syndrome d'épuisement professionnel, peut être défini comme l'épuisement des capacités émotionnelles, la perte de l'intérêt et de la sympathie pour celui qu'on est censé aider, la perte de l'estime envers soi-même.

soignante, en intégrant notamment les aides-soignants.

S'agissant de la population des IDE, les scores mesurant les facteurs stressants se sont dégradés entre 1994 et 2000, les éléments ayant le plus contribué à cette dégradation étant la charge de travail, la mort et l'accompagnement, le conflit avec les autres IDE et le manque de soutien. Ces éléments du « burn-out » ne sont pas influencés statistiquement par des éléments tels que l'âge, l'ancienneté dans la fonction ou le service.

S'agissant de la population des AS, les résultats montrent une charge de travail physique et psychologique importante, souvent réalisée sous contrainte de temps et dans une organisation du travail rigide. Les autres facteurs qui interviennent dans le stress sont les tensions intra-équipes, la prise en charge psychologique du malade, et les questions d'équipement et d'architecture. Un manque de reconnaissance de leur travail est également perçu par les AS.

Au vu de ces travaux, les recommandations formulées par l'équipe des médecins du travail portaient non seulement sur les questions d'équipements adaptés, mais aussi sur l'importance à accorder aux relations professionnelles à tous les niveaux (médecin/IDE, IDE entre elles et IDE/AS).

L'enquête PRESST-NEXT¹³³, menée au niveau européen sur ces questions de « burn-out » des personnels soignants, confirme encore ce type de variable explicative. La mesure du « burn-out » à travers une échelle (« Maslach Burn-out Inventory ») met en évidence un lien avec l'âge, mais se trouve renforcée par l'organisation du travail. Des paramètres tels que la discussion sur les questions professionnelles, l'organisation du travail dans le service, le temps notamment pour les transmissions d'informations influencent fortement le sentiment de burn-out des personnels.

Une enquête récente de la DREES souligne l'impact plutôt négatif de la mise en place de l'ARTT à l'hôpital sur les conditions de travail, au regard de l'intensification du travail et du stress qui résulte des nouveaux modes d'organisation du travail, et d'autre part du ressenti des agents lié à la réduction du temps disponible à la fois pour les transmissions d'informations et l'échange au sein des équipes sur le fonctionnement collectif¹³⁴.

Au delà de ces quelques données partielles, il importe que des outils d'observation plus systématiques de l'absentéisme et de l'inaptitude au travail soient développés, à la fois à un niveau d'établissement, mais également au niveau national, pour mieux cerner l'ampleur d'un phénomène en cours d'amplification selon de nombreux interlocuteurs, mais qui n'est pas pleinement objectivé.

3.4.2 Engager des actions dans le champ des conditions de travail de manière plus systématique en prenant en compte la dimension des âges.

La question des conditions de travail n'est pas nouvelle, au moins dans le champ des établissements de santé, dans la mesure où de nombreuses dispositions ont été prises au fil des ans, comme l'octroi de mesures financières ciblées. Des dispositifs incitatifs avaient été prévus dans les années 1990 dans le prolongement des accords Durieux de 1991 sur ces sujets, avec des appels à projet organisés par la direction des hôpitaux.

¹³³ Enquête Nurses Early Exit Study, sur les modalités d'usure professionnelle précoce des soignants.

¹³⁴ DREES « Où en est la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de 2003 », Etudes et Résultats, 302, avril 2004.

De manière plus récente, le dernier protocole de mars 2001 signé avec les organisations syndicales comportait un volet important sur les conditions de travail, assorti d'un engagement financier de 400 M.F en 2000 pour accompagner les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) négociés au niveau des établissements. Le protocole prévoyait notamment un ciblage en faveur des « actions de formation, du matériel, des équipements adaptés, ainsi que de tout autre projet visant à alléger la charge physique et psychique du personnel ». L'ampleur des crédits engagés à ce titre ne doit pas être sous-estimée, avec plus de 100 M.€ au titre des CLACT, inscrits dans les dépenses du FMESPP en mars 2003¹³⁵.

Toutes ces démarches ne ciblent en réalité que très indirectement les salariés âgés. L'ensemble des mesures destinées à permettre aux salariés de vieillir dans leur travail ne sont aujourd'hui pas réellement organisées. Elles supposent un travail complémentaire au travail d'ensemble sur les conditions de travail, avec un regard tout particulier en termes d'ergonomie. Elles supposent plus fondamentalement de réfléchir à l'organisation du travail de manière globale dans les services. Elles nécessitent également le développement de la médecine du travail au sein des structures concernées. A cet égard, la mission relève avec intérêt les travaux engagés sous l'égide du Fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans la FPT et la FPH¹³⁶, qui pourraient le cas échéant prendre en compte la problématique particulière des agents âgés.

L'ampleur du chantier ne doit pas être négligée si l'on en juge par ailleurs sur le résultat d'une enquête récente sur les conditions de travail à l'hôpital menée en 2003, qui met en lumière de manière globale un ressenti plus dégradé qu'en 1998¹³⁷, et qui corrobore les études précitées.

Il faut souligner, que l'exercice, déjà difficile pour les établissements, est encore rendu plus complexe s'agissant des modes d'intervention au domicile des personnes, où se conjugue isolement des salariés et plus grande difficulté à organiser l'ergonomie.

3.5 Renforcer les moyens consacrés à la fonction de GRH au sein des structures sanitaires et sociales

L'ensemble des préconisations évoquées ci-dessus s'inscrit en réalité dans un processus de renforcement de la fonction ressources humaines au sein des structures sanitaires et sociales. Il importe dans cette partie de distinguer le champ des établissements de santé et des grandes collectivités territoriales (conseils généraux, villes, CCAS, centres de gestion des personnels communaux) des structures médico-sociales et sociales, dans la mesure où les problématiques

¹³⁵ Données DHOS de suivi des dépenses du FMESPP au 31 mars 2003 : sur les 100 M.€ engagés dans le cadre des CLACT, près de 43% concernent des équipements et achats de matériel (dont notamment des lits à hauteur variable). En outre, au delà des CLACT, l'accompagnement des projets sociaux a donné lieu à des engagements de l'ordre de 10 M.€ sur la santé et les conditions de travail. Le bilan national établi par la DHOS ne permet toutefois pas de disposer d'informations qualitatives plus précises.

¹³⁶ Ce fonds a été créé par l'article 31 de la loi n°2001-624 du 17 juillet 2001, et le décret n° 2003-909 du 17 septembre 2003. Il est placé au sein de la CNRACL, et vise, au travers de travaux statistiques, de recommandations, mais aussi d'aides financières auprès des collectivités et établissements, à la prévention des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles

¹³⁷ Etude DREES, Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès d'actifs des EPS, 2004. A paraître en 2004.

de gestion des ressources humaines ne se posent pas dans les mêmes termes, en raison notamment de la taille.

S'agissant des établissements de santé, la problématique du renforcement de la gestion des ressources humaines n'est certes pas nouvelle : dès les années 1990, le sujet de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) a été mis à l'ordre du jour.

Même si des progrès ont été faits dans cette direction avec l'enrichissement des outils de suivi des ressources humaines, l'incitation à l'entretien individuel annuel des agents, le développement de la formation continue, le constat met en lumière des marges de progrès certaines, notamment dans une perspective de gestion des âges.

Plusieurs rapports récents traitant de certains volets de la gestion des ressources humaines ont pu identifier la nécessité d'un renforcement et d'une amélioration en ce domaine. On peut citer le rapport sur la politique de formation continue des agents de l'Etat et des hôpitaux¹³⁸, ou le rapport sur la modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale¹³⁹.

Il est vrai que la mobilisation forte qui a été requise au cours des dernières années dans le cadre de la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail, la mise en œuvre des protocoles de mars 2000 ont limité la capacité des directeurs des ressources humaines à se mobiliser sur d'autres chantiers ambitieux simultanément.

Néanmoins, de nombreux acteurs de terrain soulignent la faiblesse de leurs moyens, et tout particulièrement l'Association pour le développement des ressources humaines dans les établissements sanitaires et sociaux (ADRHESS), qui estime que la fonction souffre dans la plupart des établissements de santé d'une insuffisance de moyens quantitatifs et qualitatifs pour s'engager dans une telle voie.

A titre d'exemple, l'ADRHESS établit des comparaisons entre les EPS et les collectivités territoriales, tendant à prouver qu'à effectifs similaires, ces dernières ont des moyens au sein de la DRH supérieurs à ceux des premiers¹⁴⁰, même s'il convient de prendre avec prudence de telles données. Au delà des données numériques, l'association insiste sur la nécessité d'un renforcement de la professionnalisation de cette fonction au sein des équipes de direction : les politiques de gestion des âges, requièrent davantage d'approche individualisée des agents, un développement d'outils de suivi qualitatifs, un travail sur les conditions et l'organisation du travail avec des recrutements de professionnels qualifiés : ergonomes, médecins du travail...

Aucune quantification n'est possible sur le temps homme requis pour le développement de ces actions. En outre, dans des structures de taille parfois importante, notamment dans les centres hospitaliers universitaires, la question de la démultiplication des actions de la DRH au sein

¹³⁸ La politique de formation continue des agents de l'Etat et des hôpitaux, Rapport de l'instance d'évaluation présidée par JF Cuby, Documentation française, octobre 2003. Le rapport pointe notamment le décalage entre les annonces et la réalité opérationnelle s'agissant de la formation continue et de son articulation avec la gestion des ressources humaines : intégration de la formation continue aux démarches stratégiques de l'organisation, corrélation entre formation et évolution de carrière.

¹³⁹ Rapport Mission Hôpital 2007 « Modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale », D DEBROSSE, Dr A. PERRIN, Pr VALLENCIEN, avril 2003. Le rapport met en lumière les insuffisances actuelles dans l'évaluation et la gestion individuelle des agents, à l'exception de la notation annuelle, et souligne la nécessité d'éclaircir l'horizon professionnel des personnels au delà des dispositifs statutaires : évolution des métiers, formation, promotion et intéressement.

¹⁴⁰ Un conseil général avec 2000 agents dispose de 57 agents dont 17 de catégorie A sur la fonction RH, contre moitié moins pour un établissement de santé avec un effectif similaire (exemple cité par l'ADRHESS).

des services est posée, même s'il existe des personnels d'encadrement à ce jour. Un renforcement de leur formation sur le management sera peut être nécessaire. La mission a en effet pu noter la plus grande capacité pour des structures hospitalières de taille moyenne (type CLCC de l'ordre de 1000 agents) à engager des actions lourdes en matière de GRH.

S'il convient d'être attentif à l'effet de taille pour les grosses structures, il conviendra de veiller à l'appui des petits établissements sanitaires ou médico-sociaux, qui sont déjà confrontés au problème de leur pilotage (près de 150 maisons de retraite publiques connaissent aujourd'hui une vacance de postes de directeurs), et dont les équipes de direction sont très réduites. Dans ces cas de figure, les questions de mutualisation de moyens devront être étudiées à l'échelle d'un territoire géographique, avec l'appui d'un centre hospitalier.

Dans le champ des collectivités territoriales (conseils généraux, communes, CCAS,...), les mêmes problématiques de renforcement des ressources humaines vont se poser ou se posent déjà.

S'agissant des structures associatives de plus petite taille, notamment des structures d'aide à domicile, la question de l'encadrement des salariés, et *a fortiori* de l'émergence d'un pôle de gestion des ressources humaines, est rendu difficile par l'extrême atomisation des entités, et le coût de cette fonction, qui se répercute mécaniquement sur les financeurs publics et notamment le conseil général. Certaines associations sont assez favorables à créer des postes d'encadrement intermédiaire qui seraient tenus par des TISF. Il est probable que de telles solutions ne pourront être envisagées là aussi sans un certain niveau de mutualisation ou d'appui conseil.

Globalement, il convient de prendre en compte l'enjeu que constitue la poursuite du développement de la gestion des ressources humaines dans ce secteur, à la fois au travers d'une professionnalisation des acteurs, la mise à disposition d'outils pertinents, et la capitalisation d'expériences de terrain que les administrations centrales seraient amenées à diffuser. La nécessaire mutualisation des moyens et l'appui auprès des plus petites structures sera indispensable, mais ne pourra se faire sans moyens supplémentaires.

A cet égard, la mobilisation des divers financements consacrés à la modernisation des structures sanitaires et sociales pourrait s'avérer pertinente. Notamment, les crédits du fonds de modernisation de l'aide à domicile des personnes âgées (FMAD) sont destinés, aux termes de la circulaire DGAS/SD 4 n° 2002-580 du 28 novembre 2002 relative aux modalités d'intervention du fonds de modernisation de l'aide à domicile des personnes âgées, à « qualifier les personnels de l'aide à domicile ; structurer le secteur d'intervention en améliorant l'organisation des services et leur répartition sur le territoire ; moderniser l'offre de services de l'aide à domicile en développant expérimentations et innovations.

Or ces crédits sont caractérisés par un taux de consommation particulièrement faible, vraisemblablement pour des raisons liées à la lourdeur actuelle de la procédure d'instruction des dossiers. Moyennant une réflexion sur l'assouplissement des règles de gestion du fonds, le FMAD pourrait voir accentuée son utilisation en faveur du renforcement et de la mutualisation des moyens alloués à la GRH et de la restructuration des acteurs du secteur. La mission souligne la possibilité d'étendre le bénéfice du FMAD aux établissements recevant des personnes dépendants ou âgées, comme cela a été fait dans le cadre du plan « Vieillesse et solidarité ». L'injection de financements à ces fins permettrait par ailleurs

d'enrichir l'encadrement des structures concernées, souvent issu du monde du travail social, de l'apport de gestionnaires venus d'horizons différents.

3.6 Resituer la politique de GRH dans une problématique territoriale

3.6.1 Développer les conditions d'une mobilité professionnelle au niveau du territoire

La définition et la mise en œuvre de la gestion des ressources humaines obéit au modèle d'une organisation pyramidale, qui confie au gestionnaire direct l'essentiel des responsabilités de pilotage de la ressource et des relations avec les salariés, la branche pour le secteur privé étant le niveau de négociation collective. Dans la fonction publique, les niveaux de responsabilités suivent une organisation du même type : au premier niveau, la collectivité, le cas échéant le centre de gestion de la fonction publique territoriale, pour la FPT, l'établissement pour la FPH, qui sont les gestionnaires directs, le niveau ministériel ou interministériel étant le lieu des négociations collectives et la source des évolutions réglementaires et statutaires. La dimension territoriale est dans tous les cas totalement absente.

Pourtant il pourrait s'avérer intéressant d'explorer la piste d'échanges d'informations réguliers entre les principaux employeurs du champ sanitaire et social sur un territoire donné. La mission IGAS n'a pas pour intention de définir ce que pourrait être le périmètre le plus adéquat : la ville ou l'agglomération est probablement une unité territoriale permettant d'envisager des échanges d'informations fructueux. En milieu rural, la dimension des circonscriptions territoriales reste à fixer en fonction de l'importance de la population salariée en cause, de la densité des établissements et des services sanitaires, sociaux, médico-sociaux. Ainsi, par exemple, les DRH des principaux établissements de santé, des grandes associations gérant des services et des établissements médico-sociaux, ainsi que ceux de la ville ou de la communauté urbaine et du département, pourraient se retrouver pour envisager les modalités de parcours professionnels diversifiés à offrir à leurs agents. Des systèmes d'information permettant de connaître les emplois vacants ou susceptibles de le devenir dans chacun des organismes, les échéances de recrutement, les profils souhaités, les modalités de promotion professionnelle par exemple pourraient être un premier moyen à disposition de tous pour amorcer ces échanges. De telles informations mises en réseau grâce à Internet ou à un intranet partagé, formeraient alors l'amorce d'un réseau territorialisé de gestion des ressources humaines dans le secteur sanitaire et social.

Les tensions démographiques générales qui vont s'accroître dans les années futures et se traduire par de probables pénuries dans certaines qualifications ou sur certains territoires, risquent en sens inverse de raidir les employeurs, chacun cherchant à recruter et conserver ses agents, éventuellement au détriment des autres. De telles attitudes ne feront que rendre plus difficiles les solutions à trouver pour le bénéfice de la population et celles des salariés.

La mission IGAS a conscience que plaider pour que les comportements des employeurs soient vertueux sans que rien ne les y incite, sera dépourvu d'effet. Cependant plus la ressource est rare, plus sa fluidité est importante. Peut-être faudra-t-il que les pouvoirs publics, les services déconcentrés de l'Etat se préoccupent de mettre autour de la table les employeurs afin d'analyser les besoins tant du point de vue de la population que des salariés, et de mettre en commun les informations de manière transparente et partagée ?

3.6.2 Mutualiser les fonctions support au niveau du territoire

La dimension territoriale peut aussi être invoquée pour mutualiser certains moyens de gestion des ressources humaines. Nous avons vu plus haut que la GRH était globalement insuffisamment développée même dans les grands établissements ou les grandes collectivités. Dès lors qu'on examine les possibilités pour les associations gestionnaires de services ou les établissements médico-sociaux et sociaux de petite taille, de faire face convenablement aux nécessités de développement de la GRH, on mesure qu'à la dimension d'une maison de retraite, d'une association rurale gestionnaire d'un service d'aide à domicile par exemple, il est quasiment impossible d'avoir des moyens de gestion suffisant. L'exemple des associations d'aide à domicile du département de l'Aube est une illustration des effets positifs d'une mutualisation efficace.

Mutualisation dans le secteur associatif : l'exemple de l'Aube

En 1961 a été créée la fédération départementale d'aide aux personnes de l'Aube (FEDAPA)¹⁴¹, qui réunit la plupart des associations d'aide à domicile¹⁴² en milieu urbain et rural et certains CCAS, avec l'appui du conseil général. Cette organisation fédérale a émergé à la suite d'une journée d'étude centrée sur les besoins des personnes âgées à domicile et qui avait fait prendre conscience aux différents responsables de la nécessité de développer des services d'aide à domicile dans le département. Afin que ce travail de promotion des services à domicile trouve sa pleine efficacité, il avait alors été décidé la création d'une structure associative permettant de conduire une action départementale. La FEDAPA assure le conventionnement collectif avec les caisses de retraite, la gestion administrative des services d'aide ménagère et la mutualisation des moyens de financement. Elle joue en outre le rôle d'antenne départementale de l'UNASSAD. Enfin elle est depuis 1994 gestionnaire d'un service de tutelles. Les associations restent pour leur part les employeurs des salariés qui travaillent à domicile.

Le développement, ces dernières années, des modes de prise en charge à domicile (des opérations de reconversion industrielle, comme celle de la bonneterie dans le secteur de Romilly, ont poussé de nouvelles structures à s'intéresser au développement de l'emploi à domicile, comme les associations d'insertion) a amené la fédération à s'investir davantage en matière de coordination des actions des prestataires de services et à revendiquer un rôle d'animateur des CLIC (comités locaux d'information et de coordination) du département ; elle siège d'ailleurs au comité de pilotage des CLIC.

Aujourd'hui, les évolutions juridiques, liées à l'APA et aux effets de la loi 2002-2¹⁴³, ont conduit le collectif des associations à s'interroger sur un nouveau partage des responsabilités entre chacune des associations gestionnaires et la fédération. Il ressortait clairement du tour de table auquel la mission IGAS avait été invitée, que la fédération devra poursuivre son rôle de mutualisation des moyens en développant des outils de gestion, dans le champ des ressources humaines en particulier, afin d'aider les associations gestionnaires : gestion des plannings, aide au recrutement...

Par ailleurs un débat est en cours sur l'accueil au sein de la fédération des associations de services aux personnes soutenues par la DDTEFP dans le cadre des mesures d'insertion professionnelle. Les responsables de la fédération cherchent en effet à regrouper l'ensemble des acteurs de l'aide à domicile et à privilégier les complémentarités plutôt que les concurrences, autour d'un code de bonne conduite.

On voit dans cet exemple qu'une organisation fédérative au niveau territorial peut représenter une aide extrêmement efficace pour des associations relativement isolées et ne disposant pas d'importants moyens. Depuis plus de quarante ans cette organisation vit et se développe dans le département de l'Aube autour du soutien aux services aux personnes âgées à domicile. On

¹⁴¹ La FEDAPA regroupe l'essentiel des organismes de maintien à domicile dans le département, en direction des familles, des personnes âgées et des personnes handicapées, dont notamment en milieu rural, 7 CCAS et l'ADMR qui elle-même représente 37 associations et 6 SSIAD.

¹⁴² Certaines associations participant à la fédération ont d'autres activités que l'aide à domicile : la Croix-rouge gère un centre de formation et un service de TISF, une autre importante association qui travaille sur la ville de Troyes (ASIMAT : association de soins infirmiers et ménagers de l'agglomération troyenne), gère un SSIAD, un service d'aide ménagère et d'auxiliaire de vie, un service mandataire, un service de garde de nuit itinérant, une maison de retraite, une unité pour personnes âgées dépendantes.

¹⁴³ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

peut penser que ce type de solution devrait pouvoir émerger ailleurs, sous des formes diverses, mais avec pour objectif de mettre en commun des moyens de gestion ou d'encadrement direct qu'associations ou établissements ne pourraient pas développer eux-mêmes.

QUATRIÈME CHAPITRE : DES LEVIERS EXTERNES QU'IL FAUDRA MOBILISER

4.1 Développer les outils de la connaissance

La mise en place d'une véritable gestion des âges dans la politique de pilotage des ressources humaines des secteurs sanitaire et social doit s'appuyer sur un système statistique d'observation et une programmation d'études et de recherches qui permettent une réelle connaissance de l'existant ainsi qu'une prévision fiable des grandes tendances de l'évolution des besoins en effectifs et en compétences.

4.1.1 *Poursuivre l'adaptation de l'appareil statistique national aux enjeux des professions sociales*

La mission a conscience que la nomenclature PCS-ESE a une vocation généraliste, et que toute adaptation du contour de ses catégories statistiques ne doit pas être inspiré par une approche particulière. Toutefois, le champ de l'intervention sociale a traversé durant les trente dernières années des évolutions structurelles importantes, notamment l'essor des métiers de la prise en charge du handicap, la professionnalisation des métiers de la petite enfance et de l'aide à domicile.

La nouvelle nomenclature PCS établie en 2003 apporte d'indéniables améliorations en ce sens, en permettant une meilleure identification de l'aide à domicile et des métiers de la petite enfance, ainsi qu'une différenciation entre aides-soignants, AMP et auxiliaires de puériculture.

Une réflexion pourrait être initiée sur cette base pour une adaptation du fichier ROME visant à une meilleure identification des filières actuellement en forte pénurie de main d'œuvre. L'aide à domicile par exemple, qui fait actuellement l'objet d'efforts prioritaires en matière de politique de lutte contre les pénuries de main d'œuvre¹⁴⁴, n'est pas distinguée par la classification de l'ANPE de métiers aux enjeux différents (services commerciaux à la personne, emplois de maison). Cette réflexion pourrait être coordonnée au sein d'un groupe de travail conjoint entre la DGAS, la DREES, la DARES, et l'INSEE, qui travaillerait en lien avec l'ANPE. S'agissant du secteur sanitaire, des travaux conjoints entre la DHOS et l'ANPE devraient permettre d'actualiser le ROME en s'appuyant sur l'outil RAMSES.

Plus largement, il est souhaitable de s'appuyer davantage sur des sources générales, du type Enquête Emploi ou recensement¹⁴⁵, le cas échéant par un élargissement de la taille de l'échantillon de manière à mieux prendre en compte à la fois les populations de faible effectif, et les situations de pluri-activités et de mobilités professionnelles.

¹⁴⁴ Note du ministre chargé des Affaires sociales du 8 décembre 2003 intitulée « Plan national d'action pour diminuer le nombre d'offres d'emplois durablement non pourvus »

¹⁴⁵ Des réflexions sont en cours sur l'utilisation des données URSSAF dans le cadre de la DADS.

4.1.2 Favoriser la mise en place par les employeurs d'un système cohérent de collecte et d'agrégation de données sociales

4.1.2.1 Doter les employeurs de systèmes d'information pertinents.

Les systèmes d'information existants dans les différentes branches peuvent être améliorés pour être en mesure de fournir des données :

- pyramide des âges par catégorie de personnel/capacité de projection de cette pyramide ;
- évolution de l'ancienneté moyenne par catégorie d'âge et de personnel et de l'âge de départ en retraite par catégorie de personnel/évolution de la durée des carrières ;
- niveaux de qualification par catégorie d'âge et de personnel ;
- mobilités externes (avec précision de la catégorie d'employeur d'origine et de destination) et internes (avec précision de la catégorie de service et de poste d'origine et de destination) ;
- absences, longues maladies et invalidités liées à l'usure professionnelle.

4.1.2.2 Mettre en place des procédures d'agrégation et de synthèse de ces données

Les trois fonctions publiques se sont dotées chacune d'un observatoire des métiers établissant un rapport annuel de synthèse des données sociales les concernant et opèrent une amélioration continue de leur système de remontée et d'agrégation des données (cf. 1.2).

En ce qui concerne le secteur privé, les branches doivent aujourd'hui améliorer la pertinence de leurs rapports annuels¹⁴⁶, notamment au regard des besoins nouveaux liés la gestion des âges. La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 relative à la réforme des retraites insère par ailleurs dans cet article une obligation triennale de négocier « sur les conditions de travail et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des salariés âgés et sur la prise en compte de la pénibilité du travail. » La mission estime que les branches du champ sanitaire et social doivent dès à présent mobiliser l'ensemble de leurs employeurs affiliés pour assurer une remontée d'informations. Celle-ci doit permettre l'élaboration de rapports de branche qui, conformément à l'esprit du Code du travail ainsi modifié, fournissent un cadre aux partenaires des branches pour traiter des enjeux liés à la gestion des âges.

Enfin, la conduite d'études de cohorte ou d'enquête à visée qualitative, éventuellement sur une base périodique, apparaît indispensable, dans chaque filière professionnelle, pour permettre une réelle appréhension des phénomènes qualitatifs expliquant l'évolution du comportement des diverses générations composant les effectifs.

La généralisation des observatoires prospectifs des métiers et des qualifications, prévue par l'accord national interprofessionnel du 20 septembre 2003 relatif à « l'accès à la formation tout au long de la vie professionnelle » pourrait permettre à l'ensemble des branches du

¹⁴⁶ Ces rapports sont rendus obligatoires par l'article L 132-12 du Code du travail. Aux termes de l'article L 132-12 du Code du travail, ces rapports sont remis aux organisations de salariés pour fournir de base à l'examen « de l'évolution économique et de la situation de l'emploi dans la branche, de son évolution et des prévisions annuelles ou pluriannuelles établies... ».

secteur sanitaire et social de se doter d'un outil institutionnel propice au développement de ces pratiques.

La mobilisation des employeurs sur ces enjeux pourrait être facilitée par une utilisation pertinente d'instruments incitatifs, par exemple le fonds social européen, au titre de la mesure 5 de l'axe 3¹⁴⁷ figurant dans la programmation nationale de l'objectif 3 pour 2000-2006.

4.1.3 Promouvoir des travaux de recherche sur des thèmes liés à la gestion des âges dans le secteur sanitaire et social

L'appréhension de la problématique de la gestion des âges dans le secteur sanitaire et social nécessite une bonne connaissance des comportements des différentes catégories de personnels, notamment dans la détermination de leurs choix de carrière et leur capacité à effectuer des mobilités entre les diverses filières, la sensibilité aux conditions de travail et à l'usure, l'adaptation aux conditions de travail, l'évolution et l'interaction des cultures de travail des différentes générations.

La mission a certes eu connaissance d'un certain nombre de travaux de recherche scientifique conduits dans ces domaines, mais bien souvent ces travaux concernaient la population des infirmières¹⁴⁸ ou, plus rarement, des aides à domicile¹⁴⁹. Par ailleurs, ces travaux abordaient le plus souvent le sujet des conditions de travail et de l'usure professionnelle.

Un appel d'offres a par ailleurs été lancé par la DREES en 2002 sur « Les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé ». En l'état actuel des travaux, les réponses à cet appel ne recouvrent que très partiellement la thématique propre à la gestion des âges. La mission recommande par conséquent que soient mises en place des actions de recherche complétant les programmes en cours, sur les thèmes précités, essentiels en matière de gestion des âges et sans lesquels de nombreuses questions posées aujourd'hui dans ce domaine resteront sans réponse.

Plus largement, des travaux de nature à préfigurer des approches en termes de prospective des métiers dans le champ sanitaire et social sont indispensables, comme le préconise par ailleurs des travaux en cours du Commissariat général du Plan¹⁵⁰.

4.1.4 Mobiliser les structures d'observation régionales

¹⁴⁷ « Améliorer l'information, l'orientation et l'individualisation des formations, notamment grâce aux nouvelles technologies de l'information, et développer la validation »

¹⁴⁸ Par exemple : Lert, et alii (op cit.) ; L'organisation du temps de travail en milieu hospitalier, ANACT, 2002 ; Vieillesse du personnel hospitalier et prévention de l'usure physique professionnelle. Dr. Philippe Davezies. Laboratoire de médecine industrielle. Faculté Laennec, Université de Lyon. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Hans-Martin Hasselhorn, Peter Tackenberg, Bernd Hans Müller. Université de Wuppertal, 2003. Etc.

¹⁴⁹ Par exemple : La politique envers les personnes âgées dites dépendantes : providence des femmes et assignation à domicile. Simone Pennec. Université de Bretagne occidentale, 2002 ; Freins à l'embauche et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. ANACT, 2002.

¹⁵⁰ Commissariat Général du Plan, Groupe PROMETHEE sur la prospective métiers, note du 12 mars 2004.

Les observatoires régionaux de l'emploi et de la formation professionnelle, qui sont sous la double responsabilité de l'Etat et des conseils régionaux, sont des organismes qui doivent permettre d'améliorer la connaissance et d'engager des études dans le domaine des formations sanitaires et sociales et plus largement de l'évolution des métiers et des qualifications.

Sous l'angle des professions de santé, les observatoires régionaux de la santé, ont ces dernières années entrepris pour certains d'entre eux des travaux démographiques sous l'impulsion des DRASS notamment. Par ailleurs l'observatoire national de la démographie des professions de santé, qui a mis récemment en place des comités régionaux, est en train de développer des réflexions qui éclaireront sur ce sujet les décideurs nationaux et régionaux.

Mobiliser ces observatoires et mettre en cohérence leurs études et leurs travaux devraient permettre aux conseils régionaux comme aux services de l'Etat d'améliorer leur connaissance de l'état des lieux et d'anticiper les évolutions démographiques par métiers au niveau régional et le cas échéant infra-régional.

4.2 Approfondir les travaux interministériels sur les métiers et les diplômes dans le secteur

4.2.1 Aboutir à une définition commune des métiers et des qualifications ainsi que des compétences qu'ils mettent en jeu

L'administration doit pouvoir définir clairement les différents métiers du secteur ainsi que les tâches qu'ils supposent, les qualifications et les compétences qu'ils mettent en jeu et les divers modes d'exercice et catégories d'employeurs qui peuvent en constituer le contexte. A cet effet, il apparaît nécessaire à la mission que les administrations sanitaires et sociales établissent, de manière coordonnée, un répertoire des métiers du sanitaire et du social, cohérent avec le répertoire national de la certification professionnelle¹⁵¹, placé sous l'égide de la Commission nationale de certification professionnelle (CNCP), et en cours de montée en charge.

La DHOS élabore actuellement un répertoire des métiers des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (RAMSES) qui permettra une avancée considérable dans la description des divers métiers, des tâches qui leurs sont associées, et des compétences et qualifications qu'ils nécessitent. Pour l'heure, il reste centré sur le champ des employeurs du secteur sanitaire. L'élaboration d'un répertoire des métiers du secteur sanitaire et social ne supposerait pas une remise en cause du projet RAMSES, pas plus qu'il n'induirait une remise en cause des travaux élaborés par le Conseil supérieur du travail social et par la DGAS, qui a élaboré une présentation des « métiers du travail social » accessible sur le site Internet public du ministère. Il serait la traduction explicite et accessible, sous la forme de fiches métiers standardisées, de la mise en cohérence de ces différents travaux, notamment en ce qui concerne les métiers transverses au secteur sanitaire et au secteur social (aide-soignant, AMP, etc.).

¹⁵¹ Le répertoire national des certifications professionnelles est créé par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, qui prévoit que « les diplômes et les titres à finalité professionnelle y sont classés par domaine d'activité et par niveau. (...) Les titres ou diplômes inscrits sur la liste d'homologation prévue par la réglementation en vigueur à la date de promulgation de la présente loi sont enregistrés de droit dans le répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation pour leur durée restante de validité au titre de ladite réglementation. » Les fiches descriptives des certifications enregistrées de droit au Répertoire national des certifications professionnelles sont en cours de rédaction.

4.2.2 *Faire progresser le décloisonnement des diplômes*

Sans méconnaître les spécificités des divers métiers de la santé et du social ainsi que la variété des modes d'exercice qui leur sont liés, la mission estime qu'une réflexion d'ensemble doit être menée pour favoriser les passerelles entre les diplômes donnant ou facilitant l'accès à ces métiers.

La mission préconise deux axes d'évolution à privilégier :

- Pour faciliter la mobilité verticale entre les diplômes de la filière soignante, le diplôme d'Etat d'infirmier pourrait voir sa modularité renforcée et l'équivalence entre certains de ses modules et ceux du diplôme professionnel d'aide-soignant, du CAFAMP, et du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture développée. Par ailleurs, la mission propose d'ouvrir une réflexion sur l'acquisition du diplôme d'aide-soignant à partir d'unités de valeur acquises notamment dans le diplôme d'AMP et de DEAVS.
- Pour étendre les possibilités de mobilités horizontales entre les diplômes de niveau de qualification V du champ sanitaire et social, le DEAVS, le BEP « carrières sanitaires et sociales », le CAP « petite enfance », le titre d'ATSEM, le diplôme professionnel d'aide-soignant, le diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture, etc. pourraient se voir dotés d'un tronc commun pédagogique large, et d'équivalences plus nombreuses entre leurs différents modules. La constitution d'un tronc commun pédagogique et d'équivalences inter-modulaires pourrait être particulièrement poussée pour les diplômes et titres destinant à des métiers particulièrement proches, parce que liés à un type de public commun. C'est en premier lieu le cas des métiers de la petite enfance (CAP « petite enfance », diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture, agrément d'assistant maternel) et de la prise en charge de personnes dépendantes (BEP « carrières sanitaires et sociales » mention complémentaire « aide à domicile », DEAVS, CAFAMP). Les travaux en cours sur le CAP petite enfance vont dans ce sens puisque la certification assistante maternelle non permanente sera l'une des 3 unités du CAP petite enfance, une autre unité correspondant à la certification ATSEM.

4.2.3 *S'appuyer sur les commissions professionnelles consultatives*

Ces réflexions nécessitent la constitution d'instances réunissant l'ensemble des ministères concernés (cf. 2.3) ainsi que les partenaires sociaux. Cette fonction de dialogue est naturellement remplie par les commissions professionnelles consultatives, créées par un décret 1972¹⁵². Aux termes de ce texte, ces instances tripartites¹⁵³ formulent « des avis et propositions : 1 Sur la définition, le contenu et l'évolution des formations dans les branches professionnelles relevant de leur compétence ; 2 Sur le développement des moyens de formation en fonction de l'évolution des débouchés professionnels et des besoins de la

¹⁵² Décret 72-607 du 04 Juillet 1972

¹⁵³ Chaque commission comprend : des représentants, en nombre égal, des employeurs et des salariés, des représentants des pouvoirs publics désignés par les ministres intéressés dont, en tout état de cause, un représentant du ministre chargé du travail et de l'emploi et un représentant de chacun des ministres compétents en raison de la nature des formations dont la commission a à connaître ainsi qu'un représentant du CEREQ ; des personnalités qualifiées.

branche d'activité considérée ; 3 Sur les questions d'ordre technique et pédagogique ayant trait à l'élaboration et à l'application des programmes, des méthodes de formation et à leur sanction... »

Jusqu'en 2002, la seule CPC compétente sur le champ sanitaire et social était la 20^{ème} CPC du ministère de l'Education nationale. Cette configuration ne permettait pas une coopération optimale des diverses administrations et des partenaires sociaux concernés (cf. 2.3). La création de la commission professionnelle consultative du travail social et de l'intervention sociale, par un arrêté de 2002¹⁵⁴, a constitué un progrès notable en ce sens, en dynamisant la réflexion commune, notamment, sur la mise en œuvre de la VAE pour certains diplômes et la constitution de référentiels professionnels pour certains métiers. L'arrêté précité donne un caractère particulièrement ouvert à la composition de cette commission, et met notamment en présence les administrations des Affaires sociales, de la Santé et de l'Education nationale ainsi que les représentants des employeurs des diverses branches du secteur.

La mission considère que l'opportunité d'étendre ce fonctionnement au champ sanitaire pourrait utilement être étudiée. En effet, ce secteur bénéficie bien d'une structure consultative – le Conseil supérieur des professions paramédicales – compétente sur les conditions d'exercice des métiers concernés, l'enseignement conduisant aux diplômes ou titres en vue de cet exercice ainsi que sur toute question intéressant les professions concernées. Toutefois, le décret portant création de cette instance¹⁵⁵ ne prévoit pas la présence des représentants des employeurs du secteur dans la composition de la commission, qui comprend essentiellement des représentants des professionnels et de l'administration.

Une telle étude s'appuierait utilement sur un bilan tiré par la DGAS de son expérience et sur une réflexion quant aux possibilités d'améliorer la coordination entre le Conseil supérieur des professions paramédicales et la 20^{ème} CPC de l'Education nationale.

En toute hypothèse, il serait souhaitable que la coordination soit renforcée entre les CPC compétentes sur le champ sanitaire et social, en particulier la 20^{ème} CPC du ministère de l'Education nationale et la CPC du travail social et de l'intervention sociale. A l'heure actuelle, la coordination entre les deux premières de ces commissions est assurée de manière informelle par la présence de membres communs aux deux commissions.

En particulier, la mission estime nécessaire que soient appliquées de manière plus formalisée les dispositions du décret de 1972 précité selon lesquelles : « lorsque plusieurs commissions consultatives professionnelles, concernées par la même branche d'activité, ont été constituées auprès de différents ministères, leur regroupement périodique doit être prévu au sein d'une formation commune (...) Cette formation commune doit être réunie, au moins une fois par an (...) Les questions [relevant de la compétence commune des CPC concernées] sont soumises pour avis et propositions à la formation commune (...) La formation commune se prononcera également sur les questions posées par les ministres qui, tout en n'ayant pas organisé de commissions consultatives professionnelles dans la branche considérée, souhaitent obtenir un avis. »¹⁵⁶

¹⁵⁴ Arrêté du 11 septembre 2002

¹⁵⁵ Décret n° 73-901 du 14 septembre 1973

¹⁵⁶ On peut indiquer par exemple qu'un groupe de travail commun à la CPC du travail social et de l'intervention sociale, et à la CPC sports-animation vient d'être constitué pour réfléchir à la qualification spécifique nécessaire aux animateurs auprès des personnes âgées.

4.3 Accentuer les approches communes entre les directions centrales et entre les services déconcentrés

Au delà des analyses faites dans ce rapport sur les cloisonnements multiples qui fragmentent le champ sanitaire et social (partie 2.1 notamment), le sujet de la gestion des âges, qui a amené la mission à examiner les outils, leviers et procédures propres au secteur emploi/formation professionnelle pour envisager leur application aux établissements et services du secteur sanitaire et social, est apparu comme ne faisant que ponctuellement l'objet d'une approche partagée entre les deux administrations, solidarité/santé d'un côté, travail/emploi de l'autre. Cependant, ressort de l'exploitation du questionnaire que la mission avait adressé aux DRASS qu'au plan régional des démarches communes entre les deux réseaux des services déconcentrés sont entreprises ; bien qu'elles paraissent encore fragmentaires, notamment dans les régions où la mission a conduit des investigations, ce mouvement semble se développer.

4.3.1 *Faire évoluer les pratiques des administrations centrales*

4.3.1.1 *Revoir l'organisation actuelle entre DHOS et DGS*

Le rapport de l'IGAS qui a procédé fin 2003 à l'évaluation de la réforme de l'administration centrale¹⁵⁷ a préconisé que des transferts complémentaires à ceux qui avaient été faits lors de la réforme de 2000, soient opérés pour « rendre l'organisation plus efficace ». Les auteurs du rapport estiment que les attributions relatives à la démographie médicale et paramédicale, à la gestion à long terme des effectifs des professionnels de santé et leur répartition sur le territoire, à la définition des flux d'entrée dans les écoles, devaient être transférées à la DHOS. Ils considèrent que la formation des professionnels de santé est un levier essentiel d'une politique d'organisation des soins. Sous les réserves introduites désormais par le projet de loi de décentralisation des formations paramédicales, la mission de l'IGAS partage ce point de vue.

4.3.1.2 *Formaliser une gestion de projet entre DHOS, DGAS et DGEFP ou créer une mission inter-direction...*

Des contacts que la mission a eus avec la DGEFP ont permis de prendre la mesure des difficultés rencontrées à l'occasion de la préparation des CEP avec les différents représentants du secteur sanitaire et social. Certaines d'entre elles tiennent au cloisonnement propre du secteur, cependant la connaissance approfondie du champ sanitaire et social public et associatif parmi les responsables de la DGEFP reste faible malgré l'intérêt qu'ils y portent. La mission a pu constater à quel point les différences de cultures entre les deux pôles du ministère pouvaient compliquer la prise de conscience des difficultés du secteur sanitaire et social en matière d'emploi et de gestion des ressources humaines. Des travaux communs récents ont certes été conduits : une circulaire est parue en 2002 sous le double timbre

¹⁵⁷ Evaluation de la réforme de l'administration centrale secteur santé solidarité. Nov. 2003. Gagneux, Barberye, Gausseron, Hautchamp.

DGAS/DGEFP sur les besoins en emplois liés notamment à la création de l'APA¹⁵⁸, un accord-cadre est actuellement en discussion entre d'une part la DGAS et la DGEFP et d'autre part la FEPEM et le SESP, pour mettre en œuvre le plan « Objectif 100.000 emplois » dans le secteur des emplois familiaux et des services à la personne. Cependant ces collaborations sont essentiellement le fruit d'une implication personnelle de quelques hauts-fonctionnaires, elles gagneraient à être institutionnalisées pour perdurer et être approfondies.

Un partage des informations, des objectifs et des outils et procédures propres aux politiques de l'emploi et aux politiques sanitaires et sociales, autour du thème de la gestion des âges, sera de nature à être plus efficace pour l'action des trois principales directions concernées (DHOS, DGAS, DGEFP), notamment pour pousser le secteur privé à se restructurer et pour permettre le développement de la GRH et de la GPEC. Les trois directions ont déjà été amenées à travailler de concert autour de la mise en place de l'ARTT dans le secteur privé sanitaire et social. La gestion des âges est une thématique qui doit leur permettre de renouveler et amplifier ce qui a été acquis en matière de collaboration transversale dans le pilotage du dossier RTT.

La mission propose donc la création d'une mission inter-directionnelle sur le sujet de la gestion des âges, formalisée entre ces trois principales directions qui devront associer en tant que de besoin, DREES, DARES, DGS, et les autres ministères, autour de quelques thèmes, par exemple :

- développement de l'information et des études, en lien avec la DREES et la DARES ; les outils de la connaissance sont plus développés dans le secteur sanitaire et notamment public, que dans le champ social (voir 1.2 et 1.3), mais la capitalisation faite à la DHOS sur ces sujets pourrait profiter à la DGAS,
- meilleure planification nationale des besoins et anticipation des évolutions démographiques en lien avec les conseils régionaux,
- décloisonnement des diplômes, notamment au niveau 5, en lien avec le ministère de l'éducation nationale,
- élaboration de référentiels de contrôle des écoles et instituts de formation que la loi de décentralisation réserve aux services de l'Etat,
- mise en commun des objectifs de négociations collectives destinés à faire évoluer les conventions collectives qui couvrent à la fois le secteur sanitaire et le secteur social...

Cette mission doit formaliser ses relations avec le ministère de l'éducation nationale et être l'occasion d'un rapprochement inter-administration. La mission a en effet constaté à l'occasion de ses entretiens à quel point les deux administrations sont frileuses l'une par rapport à l'autre, et se sentent parfois concurrentes. L'approche anticipée des évolutions démographiques, de la transformations des métiers, du développement des besoins de prise en charge de la population en matière de soins et d'accompagnement, devrait être partagé avec le ministère de l'éducation nationale. Les échanges qui se nouent dans le cadre des CPC¹⁵⁹,

¹⁵⁸ Circulaire DGAS/DGEFP n°2002-99 du 19 février 2002 relative au développement de l'emploi dans le secteur à domicile.

¹⁵⁹ La création récente de la CPC du travail social (voir 4.2) semble en effet avoir permis de renforcer les collaborations entre le ministère de l'éducation nationale et la DGAS.

pourraient être l'occasion de développer des collaborations plus sereines et plus fructueuses. Il semble à la mission que ce rapprochement pourtant nécessaire, est souvent grippé par des réflexes corporatistes de défense des appareils de formation dont chacune des administrations est responsable. Identifier clairement les réticences dont chacun est porteur permettrait vraisemblablement de part et d'autre de se mettre d'accord sur les objectifs de qualité attendus de la part des différents appareils de formation (celui de l'éducation nationale, les centres de formation sanitaires et sociaux et l'AFPA) et sur les objectifs d'équité dans l'accès à la formation pour la population.

4.3.2 Amplifier le rôle des services déconcentrés

La mission n'a pas fait une enquête qui lui permettrait de porter un jugement sur la manière dont les DDASS et les DRASS ont pris en charge ces dernières années le secteur de la formation des professionnels de santé et du travail social, dont elles avaient la responsabilité.

Il est souhaitable que les DRASS poursuivent des travaux d'anticipation¹⁶⁰ prenant en compte les données des ORS et s'appuyent désormais sur les comités régionaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé ainsi que sur les plates-formes d'observation sociale que bon nombre de DRASS ont commencé à développer. Des projections en termes de besoins de professionnels dans le champ sanitaire, médico-social et social devraient être élaborées systématiquement et établies suivant des cadres fixés conjointement entre les directions d'administration centrale en charge des politiques et la DREES, afin de pouvoir être exploitées de manière synthétique au niveau central. Cela permettrait par exemple de nourrir et d'actualiser des travaux comme le schéma national des professions sociales construit par la DGAS.

Dans le cadre des transferts de compétence prévus par la loi de décentralisation, la responsabilité des services de l'Etat sur le contrôle des centres de formation du secteur sanitaire et social est réaffirmée. La mission estime que sur ce point un effort sera à produire de la part des DDASS et des DRASS pour inscrire ce sujet dans le plan de contrôle annuel (le PRIICE) et dans les travaux d'appui des MRIICE¹⁶¹.

Les ARH de leur côté ont été conduites à effectuer au cours des dernières années des suivis des protocoles de mars 2000 ou des accords nationaux en matière de RTT, ou encore de consolider les données relatives au FMES (Fonds de modernisation des établissements de santé). A ce titre, certaines ARH ont complété ces travaux par des analyses plus ciblées sur certains sujets, tels que l'absentéisme dans les établissements de santé (comme en Rhône-Alpes, ou en PACA). De même, à l'occasion de l'examen des projets d'établissement qui comportent un volet social, les ARH ont été amenées à se préoccuper de ces questions, mais plutôt sous l'angle de leur incidence sur les budgets des hôpitaux. Il serait sans doute intéressant que, dans le prolongement de ces travaux, les ARH déploient davantage leur activité sur le volet de la politique de l'emploi dans le secteur sanitaire en liaison avec les autres services de l'Etat.

¹⁶⁰ Les DRASS ont ces dernières années élaboré des schémas régionaux des formations paramédicales et sociales

¹⁶¹ Les DRASS ont été renforcées ces dernières années par la création d'un poste de conseillère technique régionale en soins infirmiers dont la fonction est pour partie de fournir une expertise sur le contrôle pédagogique des écoles.

L'actuelle césure entre les compétences des DRASS et celles des ARH, notamment en matière de suivi des questions de démographie et de formation des professionnels de santé, est un handicap supplémentaire dans la prise en compte optimale de ces sujets. Il faut souhaiter que soit unifié ce champ de compétence entre DRASS et ARH, après le vote de la loi de décentralisation

D'autre part les coopérations entre les DDTEFP et DRTEFP et les DDASS et DRASS, sont encore fragmentaires. Pourtant déjà avec la création de l'APA et le développement des emplois d'aide à domicile qui a mobilisé les deux réseaux, des collaborations se sont nouées. L'irruption de la VAE dans le champ des emplois sanitaires et sociaux devraient les accroître. Les travaux menés par certaines DRASS en partenariat avec les DRTEFP en témoignent¹⁶².

Au delà de la VAE, la mission considère que mettre à l'ordre du jour du SPER, au moins une fois par an, une analyse de l'évolution quantitative et qualitative des emplois sanitaires et sociaux, et plus finement, en fonction des tensions sur le marché de l'emploi, sur telle ou telle filière, devrait être une opportunité à saisir pour les deux réseaux.

4.4 Prendre en compte les nouveaux transferts de compétences prévus dans la future loi de décentralisation

4.4.1 Favoriser l'émergence des Conseils régionaux sur les problématiques de l'emploi dans le secteur sanitaire et social

Le projet de loi de décentralisation tel qu'il ressort à l'issue de la première lecture à l'Assemblée nationale, prévoit le transfert aux conseils régionaux d'une bonne part des compétences actuelles de l'Etat sur ce champ. Ces transferts sont intégrés dans le chapitre consacré à la formation professionnelle, qui élargit les compétences confiées aux régions dès 1983. Désormais les régions sont compétentes sur l'ensemble du champ de la formation professionnelle des adultes, elles doivent assurer les formations qualifiantes pour les demandeurs d'emploi et contribuer à assister les candidats à la validation des acquis de l'expérience.

Le plan régional de développement des formations professionnelles (PRDF) qui a été institué par la loi quinquennale de 1993 pour organiser l'offre de formation professionnelle des jeunes, a été étendu aux formations des adultes par la loi relative à la démocratie de proximité du 27 février 2002. Il intégrera dorénavant les formations sanitaires et sociales.

- Pour les formations sociales, le partage des responsabilités entre l'Etat et les régions touchent un secteur important : 15 certifications dont 7 en formation initiale, 40.000 étudiants (chiffre 2002) et 25 000 à la rentrée scolaire 2002, dans 313 centres de formation agréés par l'Etat, dont 80% sont associatifs. Le projet de texte prévoit le transfert aux régions de la responsabilité politique de la formation des travailleurs sociaux et de l'ensemble des professionnels du champ social et médico-social. Les régions seront en

¹⁶² Le questionnaire que la mission de l'IGAS avait adressé aux DRASS permet de recenser quelques expériences ou quelques collaborations particulièrement actives entre DRASS, DRTEFP, rectorat et conseils régionaux, ou avec certains OPCA, notamment dans le cadre des travaux de mise en place de la VAE dans le champ de l'aide à domicile.

charge de l'évaluation des besoins de formation en liaison avec les conseils généraux désormais très largement pilotes de l'action sociale et médico-sociale¹⁶³. Elles financeront les aides aux étudiants et les centres de formation qu'elles agréeront. L'Etat conservera la délivrance des diplômes et des titres ainsi que le contrôle de qualité des centres de formation. L'enregistrement des établissements de formation par l'Etat permettra de garantir la qualité des formations et la sécurité des usagers.

- Pour les formations sanitaires¹⁶⁴, qui mobilisent notamment 260 IFSI publics et 63 IFSI privés à but non lucratif et accueillent en 2003 30.000 étudiants en filière infirmière en première année et 17.000 en filière aide-soignante, il est envisagé de décentraliser les autorisations et agréments des établissements de formation ainsi que leur financement. L'Etat conservera sa compétence dans la fixation des quotas et des programmes, ainsi que dans la délivrance des diplômes et le contrôle de qualité des formations. Cependant l'Etat devra consulter les régions avant d'arrêter les quotas au plan national, les régions quant à elles répartiront le quota régional entre les différentes écoles au sein de la région. Les régions financeront les aides aux étudiants et le fonctionnement des centres de formation.

Les deux conseils régionaux, de Rhône-Alpes et de PACA rencontrés par la mission aux mois de mars et d'avril 2004, avaient encore fort peu anticipé les effets de ces transferts de compétence, mais étaient dans la perspective de procéder à un diagnostic approfondi du secteur, avant d'envisager de s'engager éventuellement dans des procédures comme celles des CEP ou des contrats d'objectifs que les conseils régionaux passent avec certaines branches professionnelles.

Une fois que les régions auront assimilé la connaissance d'un secteur nouveau pour elles, elles seront facilement en mesure d'appliquer aux opérateurs des formations sanitaires et sociales les outils dont elles ont un maniement habituel dans le cadre de leurs responsabilités en matière de formation professionnelle. Le regard neuf qu'elles porteront sur ce champ, la capacité d'intervention que leur confèrera la loi, leur donnera la possibilité de mettre autour de la table les services de l'Etat directement intéressés : DRASS, DRTEFP, rectorat, et peut-être de réussir une intégration que l'Etat n'a pas toujours pu ou su faire.

4.4.2 Amorcer une réflexion sur l'utilisation des leviers des conseils généraux dans le pilotage des opérateurs du champ social et médico-social

Les départements ont vu, dans la période récente, certains de leurs leviers d'action se renforcer dans le champ social. Ainsi en matière de financement, la réforme de la tarification des EHPAD a introduit une meilleure articulation entre les crédits attribués aux établissements par les conseils généraux et la quantité et la qualité des prestations effectuées par ces derniers, notamment à travers l'engagement des établissements dans une démarche qualité accompagnée par les conseils généraux dans le cadre d'une convention, le conditionnement du financement par le respect d'un cahier des charges réglementaire national, et la création d'un référentiel d'amélioration de la qualité des prestations. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale étend ce type de démarche à l'ensemble du secteur social et médico-social. Au total, les conseils généraux ont aujourd'hui, via le levier financier, une importante mission d'accompagnement des opérateurs du secteur

¹⁶³ les conseils généraux sont dotés par le projet de texte d'une compétence générale de pilotage de l'action gériatrique ; en matière de politique en direction des personnes handicapées, à ce jour, les compétences restent partagées entre l'Etat et les départements.

¹⁶⁴ Paramédicales, sages-femmes, préparateurs en pharmacie hospitalière.

social et médico-social dans une démarche d'amélioration de la qualité de leurs prestations, laquelle repose à l'évidence notamment sur la qualification des personnels concernés, ou sur les modalités de gestion et d'organisation de ces opérateurs.

Par ailleurs, les départements disposent de certains leviers de régulation sur les opérateurs du champ social et médico-social relevant de leur compétence. Par exemple, l'agrément donné des services d'aide à domicile et des assistantes maternelles peut donner lieu à une politique d'incitation à la qualification ou à la modernisation de l'organisation. Le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, actuellement en discussion au Parlement, prévoit que soit incéré dans le code de l'action sociale une disposition prévoyant que les aides à domicile exerçant en gré à gré fassent enregistrer leur diplôme ou titre professionnel au conseil général.

La mission estime qu'une réflexion d'ensemble pourrait être initiée par la DGAS et l'ADF, pour explorer la manière dont les conseils généraux pourraient tirer parti de ces leviers d'action pour conduire les opérateurs du champ sanitaire et social à adapter la qualification des effectifs, renforcer leur gestion des ressources humaines et mutualiser leurs moyens et leurs expériences sur les territoires et les sujets pertinents.

4.5 Favoriser l'implication des partenaires sociaux sur le thème de la gestion des âges

4.5.1 Tirer parti de l'actuelle réforme du dialogue social

La mission estime qu'il ne relève ni de son mandat ni de sa compétence de porter un jugement sur les évolutions qui seraient souhaitables pour la structuration des partenaires sociaux dans le champ sanitaire et social. Compte tenu de son appréciation de la situation actuelle, elle ne peut qu'encourager toute réflexion visant à un moindre éclatement des acteurs du dialogue social et une plus grande mutualisation des moyens dévolus à la formation professionnelle.

A tout le moins, la mission recommande que le dialogue soit enrichi et systématisé entre les représentants du secteur sanitaire et ceux du secteur social – une réflexion sur ce thème est actuellement confiée à un groupe de travail du Conseil supérieur du travail social – et plus encore entre ceux des diverses branches de chacun de ces secteurs.

A ce dernier titre, la mission estime que le renforcement du rôle des commissions paritaires nationales pour l'emploi (CPNE) prévu par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 20 septembre 2003, qui fait actuellement l'objet d'une transposition dans le projet de loi relatif à la formation professionnelle et au dialogue social, peut constituer un levier pertinent de dynamisation du dialogue social au niveau des branches.

En effet, les CPNE, structures paritaires de concertation, ont pour chaque branche un rôle général d'information et d'étude sur l'évolution de l'emploi et les problématiques de l'insertion professionnelle et de la formation professionnelle. Notamment, elles produisent un rapport annuel sur la situation de l'emploi, proposent des études (par exemple la conclusion de CEP), fixent des orientations et suivent l'application des accords en matière de formation professionnelle. Elles sont consultées en amont de la signature des contrats d'objectifs entre la

branche et les pouvoirs publics, Etat ou collectivités. L'ANI précité prévoit un renforcement du rôle de ces instances : elles évalueront désormais périodiquement l'évolution qualitative et quantitative des emplois et des qualifications dans leur champ professionnel et verront leurs moyens renforcés. Chacune pourra notamment s'appuyer sur un observatoire prospectif des métiers propre à la branche.

Actuellement, le secteur sanitaire et social dispose d'un nombre limité de CPNE : branche sanitaire, médico-sociale et sociale privée à but non lucratif, branche associative sanitaire et sociale, et aide à domicile.

La mission estime par conséquent que ces structures, à la fois fédératrices de sous-secteurs et engagées de manière croissante dans une problématique de prospective démographique, de qualifications et des métiers, pourraient jouer un rôle important pour renforcer l'implication des partenaires sociaux et la collaboration des différentes composantes du secteur sanitaire et social en matière de gestion des âges.

Au delà, les CPNE peuvent fournir une enceinte de concertation pertinente pour des réflexions en vue d'accords de branche sur des thèmes liés à la gestion des âges. Ces thèmes, qui telles la construction de passerelles professionnelles ou la mutualisation de moyens d'observation, sont relativement peu conflictuels, ont en effet paru à la mission pouvoir faire l'objet d'accords transversaux.

D'ores et déjà, la mission estime souhaitable la tenue d'une table ronde avec l'ensemble des partenaires sociaux pour aboutir à des principes communs à toutes les conventions collectives, de prise en compte de l'expérience professionnelle, et l'ouverture d'une réflexion sur un dispositif harmonisé de reprise de l'ancienneté. A ce type de réflexion pourraient être associés les partenaires sociaux de la FPH.

4.5.2 Dans le champ de la FPH, introduire l'employeur dans la négociation

Dans le champ de la fonction publique hospitalière, le niveau de négociation est aujourd'hui fortement structuré par l'échelon national, dans le cadre des négociations statutaires notamment, même si au cours des dernières années des déclinaisons d'accords nationaux se sont opérées au niveau local des établissements, comme cela a été le cas pour la mise en œuvre de la RTT. De même, certaines des dispositions des protocoles de mars 2001 ont donné lieu à des négociations locales, notamment sur les conditions de travail. Le volet social des projets d'établissement donne également lieu à négociation locale.

Au croisement des problématiques de l'organisation du travail, de l'hygiène et de la sécurité, la prise en compte de la gestion des âges peut ouvrir un large champ de développement du contractuel à l'hôpital. Force est de constater que, malgré des améliorations notables liées en particulier aux différents protocoles d'accord visant à l'amélioration des conditions de travail, le dialogue social ne produit pas encore tous les effets attendus. Cette situation renvoie sans doute à l'histoire et aux pratiques sociales dans les hôpitaux, ainsi qu'à la faiblesse stratégique des différents acteurs concernés. La mission considère que les réflexions en cours sur la déconcentration du dialogue social devraient s'attacher d'une part à créer un système de négociation sociale dans lequel les acteurs locaux trouvent un intérêt, d'autre part à définir des règles stables de régulation sociale renforçant les acteurs acceptant de s'engager positivement et enfin, à faire émerger des acteurs légitimes, responsables et faisant preuve d'une capacité

d'engagement et de mise en œuvre des accords conclus. Si la représentation syndicale des agents hospitaliers est marquée par un certain émiettement et a évolué récemment vers une relative radicalité, la question de la représentation des employeurs n'est pas, non plus, résolue. En effet, les exigences formulées plus haut mettent en porte à faux la FHF, celle-ci n'étant pas en l'état actuel des choses en mesure d'y répondre.

La mission souhaiterait que cette piste soit explorée sérieusement par l'ensemble des acteurs, d'autant que des initiatives récentes ont été prises de manière pragmatique dans ce sens¹⁶⁵.

Cette proposition se borne au seul champ de la fonction publique hospitalière, la mission n'ayant pas la légitimité ni les compétences pour statuer sur le champ de la fonction publique territoriale, dont les modes d'organisation et de fonctionnement obéissent à d'autres logiques.

4.5.3 Aménager les conditions du dialogue social au niveau territorial

La mission a déjà indiqué qu'elle préconisait des rencontres d'information et d'échanges au niveau territorial qui apparaîtraient comme le plus efficace pour nouer un dialogue entre employeurs sanitaires et sociaux dans l'objectif de favoriser les mobilités professionnelles transversales des salariés, également pour mettre en commun des outils ou des ressources humaines en matière de GRH (voir 3.6).

Une circulaire de mars 2004¹⁶⁶ traduit en termes opérationnels pour les branches professionnelles sanitaires et sociales du secteur privé, des possibilités de développement de la GPEC, pour les entreprises et à l'échelle interentreprises, au sein d'un territoire donné.

Cependant le niveau territorial n'est pas véritablement encore celui où se développe le dialogue social, ni celui où se nouent les négociations collectives. La territorialisation du dialogue social est un sujet qui dépasse très largement le champ de la mission. Malgré tout, il paraît indispensable aux auteurs du présent rapport de préconiser que des échanges entre partenaires sociaux, voire des négociations, puissent avoir lieu, en particulier au niveau régional. Les commissions paritaires interprofessionnelles régionales de l'emploi (COPIRE)¹⁶⁷ qui sont des lieux d'études et de propositions, pourraient servir de base à ce dialogue, en élargissant leur rôle à des sujets traitant de formation professionnelle, de développement de la GRH et de la GPEC, des conditions de travail, de mobilité professionnelle etc...

Des comités *ad hoc* constitués à l'initiative des conseils régionaux avec les partenaires sociaux ou des représentants des personnels et des employeurs issus des établissements et services sanitaires et sociaux, dans chaque région, pourraient être créés. Tout d'abord centrés sur les évolutions introduites par le transfert aux conseils régionaux des formations sanitaires

¹⁶⁵ La FHF a été désignée pour représenter les employeurs de établissements de santé à la fois à l'Observatoire de l'emploi public et du Conseil d'administration de l'établissement gérant le régime additionnel des retraites des fonctionnaires.

¹⁶⁶ Circulaire 2004-010 du 29 mars 2004

¹⁶⁷ Créées par l'accord interprofessionnel du 10 février 1969 sur la sécurité de l'emploi, complété par le protocole d'accord du 6 juillet 1984, les COPIRE sont pour les partenaires sociaux des lieux d'études et d'information sur l'évolution de l'emploi dans les branches et les régions. Leurs compétences ont été élargies par l'accord national interprofessionnel du 3 juillet 1991 et son avenant du 5 juillet 1994, qui en font des instances de propositions, impliquées notamment dans les dispositifs de formation des jeunes.

et sociales, ils pourraient conduire ensuite des réflexions plus larges et susciter des négociations par branche et par bassin d'emploi en fonction des contraintes de recrutement, de vieillissement de la population, et d'adaptation de l'emploi local. Le dialogue social local peut éventuellement prendre la forme de commissions paritaires professionnelles telles que prévues par le projet de loi relative à la formation professionnelle et à la négociation collective actuellement en discussion au Parlement¹⁶⁸.

Les CEP et les contrats d'objectifs passés par les conseils régionaux avec les branches, destinés en général à renforcer l'attractivité d'une filière professionnelle, à y fidéliser les salariés et à développer les dispositifs de formation professionnelle, sont d'excellents moyens pour alimenter de telles négociations. Cette évolution, si elle se dessinait, pousserait vraisemblablement les acteurs du champ sanitaire et social à réfléchir aux modalités de leur représentation au niveau régional et peut-être à remédier à leur fragmentation.

4.5.4 Développer l'aide au conseil des entreprises pour l'élaboration de plans de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La DGEFP vient de renouveler ses dispositifs d'aide au conseil instaurés en 1993¹⁶⁹ par un texte de 2003 dont la circulaire d'application¹⁷⁰ vient de sortir. Une aide à l'élaboration des plans de GPEC dans les entreprises, notamment les PME, est prévue : « *la GPEC au sein des entreprises trouve une actualité nouvelle dans un contexte fortement marqué par la nécessité de mieux anticiper les effets sur l'emploi des mutations économiques et du vieillissement de notre population active.*

Pour faire face à ces évolutions, l'Etat a créé un dispositif général d'ingénierie destiné à accompagner les entreprises dans la gestion à moyen terme, de leurs problématiques d'emploi : gestion des pyramides des âges, adaptation et évolution des compétences, organisation du travail, maintien et développement des emplois. »

Le dispositif propose deux types de conventions, destinés soit à aider directement les entreprises pour l'élaboration d'un plan de GPEC, soit à les intéresser aux enjeux de la GPEC par l'intermédiaire d'une mission de sensibilisation confiée à un organisme professionnel.

La conception de l'aide est globale et prend en charge de multiples aspects : organisation du travail, amélioration des conditions de travail, évolution quantitative et qualitative des emplois, adaptation et transformation des compétences des salariés, méthode de gestion des ressources humaines...

Enfin le texte retient un objectif de territorialisation de ces actions : « *la GPEC...dépasse le seul champ des relations du travail et du dialogue social dans l'entreprise pour prendre également en compte les intérêts collectifs du territoire...en associant partenaires sociaux et collectivités territoriales, elle est un outil au service du SPE...cette dimension territoriale*

¹⁶⁸ Ce projet prévoit, en son article 48, la possibilité pour les partenaires sociaux d'instituer de telles commissions « au plan local, départemental ou régional, par accord » ces instances peuvent notamment conclure des « accords d'intérêt local, notamment en matière d'emploi et de formation continue » et examiner « toute autre question relative aux conditions d'emploi et de travail ».

¹⁶⁹ Circulaire DE 93-5 du 9 février 1993 sur l'aide au conseil aux entreprises

¹⁷⁰ Décret 2003-681 du 24 juillet 2003 relatif au dispositif d'aide au conseil aux entreprises pour l'élaboration des plans de GPEC et circulaire 2004-010 du 29 mars 2004.

forte s'exprime d'une part, à travers la priorité affichée pour les projets de bassin d'emploi ou de filière d'activité...d'autre part, dans le souci d'organiser...un dialogue social adapté au territoire. »

Les conventions d'appui à l'élaboration d'un plan de GPEC prévoient une aide financière à la prise en charge par les entreprises des coûts externes de conception et d'élaboration du plan qu'elles engagent¹⁷¹. Ces conventions peuvent être individuelles mais également appuyer un projet interentreprises, visant alors « à fédérer autour d'un projet collectif cohérent répondant aux caractéristiques d'un bassin d'emploi, d'un secteur d'activité ou d'une filière économique, des entreprises... elle doit aboutir à des préconisations de coopérations ou d'actions mutualisées...à titre d'exemple ...en matière de formation ou de lutte contre les difficultés de recrutement ou de la mise en œuvre du volet GRH d'un groupement local d'employeurs... »

Au niveau régional et local, les conventions de sensibilisation peuvent être signées par les organisations professionnelles ou interprofessionnelles de branche ainsi que par toutes les structures d'animation territoriale des réseaux d'entreprises. Elles doivent associer les partenaires sociaux et peuvent impliquer les OPCA.

L'ensemble de ces dispositions pourrait se révéler un outillage particulièrement bien adapté aux problématiques détectées par la mission dans le champ des emplois sanitaires et sociaux. La mission souhaite donc vivement que des actions d'information soient menées d'abord en direction des DDASS, DRASS et ARH par les DDTEFP et DRTEFP afin qu'elles puissent faire connaître rapidement ces dispositifs aux partenaires sociaux des branches sanitaires et sociales et de les inciter à y recourir.

Cependant ces aides s'adressent uniquement aux entreprises, donc au secteur privé, la mission aimerait que soit explorée la possibilité d'offrir des solutions équivalentes dans le secteur public, notamment hospitalier. Ceci permettrait de dépasser ainsi les cloisonnements entre emplois publics et privés. Puisque l'objectif affiché par les textes est celui de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de l'anticipation du vieillissement de la population active, ces objectifs concernent au premier chef les établissements et services relevant soit de la FPH soit de la FPT.

C'est pourquoi la mission préconise que le FMESPP et le FMAD financent des aides au développement de la GPEC, respectivement, dans les établissements de santé et auprès des acteurs de l'aide à domicile, voire des établissements d'hébergement de personnes âgées et de personnes dépendantes (voir point 3.5), suivant des modalités qui peuvent s'inspirer de celles prévues par la circulaire de mars 2004 précitée.

¹⁷¹ Ces aides financières peuvent être complétées par la mobilisation du Fonds social européen (FSE) au titre de la mesure 6 de l'objectif 3 « moderniser les organisations du travail et développer les compétences ».

CINQUIÈME CHAPITRE : DES ENJEUX FINANCIERS QUI RISQUENT DE PESER LOURDEMENT SUR DES ÉVOLUTIONS POURTANT INDISPENSABLES

Les précédents développements ont mis l'accent sur la nécessité d'engager un ensemble d'actions coordonnées pour mieux anticiper les tendances lourdes qui se dessinent.

La particularité du secteur déjà décrite plus haut, et notamment son mode de financement, peut avoir un impact non négligeable sur la capacité de conduire ce processus. Il s'agit là d'identifier la nature des dépenses ou charges qui vont peser à court ou moyen terme, et de voir si des retours sur investissement sont possibles.

5.1. A court terme, faire face au coût des départs précoces

De nombreux interlocuteurs de la mission ont fait part de leurs inquiétudes quant à une tendance récemment observée d'augmentation des incapacités au travail chez certains salariés âgés. Cette évolution pourrait même s'accroître au cours des prochaines années compte tenu de l'allongement supposé de la durée d'activité liée à l'application de la réforme des retraites de 2003, qui s'applique également aux catégories dites « actives » des fonctionnaires¹⁷².

Le vocable d'incapacité au travail désigne en premier lieu les arrêts pour maladie, pour longue maladie (congé de longue durée pour la fonction publique) et les invalidités, ainsi que les inaptitudes reconnues par le médecin du travail.

Quelques observations de terrain dans divers domaines attestent de cette tendance, même si elle gagnerait à être mieux documentée, et suivie, notamment pour apprécier d'éventuels retournements de tendance. Les prismes d'analyse de la mission restent donc partiels et ne peuvent de ce fait prétendre à une représentativité statistique. La première illustration est celle du Comité de gestion des œuvres sociales (CGOS), qui a déjà été évoqué plus haut, et qui permet sur un périmètre assez large (quasiment tout le champ de la FPH, à quelques exceptions près) de repérer les phénomènes d'incapacité durable au travail¹⁷³.

Une étude particulière sur les prestations maladie versées par le CGOS¹⁷⁴ met en lumière les points suivants :

- La concentration des prestations maladie chez les salariés de 50 à 54 ans est forte, avec une part de cette tranche d'âge dans les prestations maladie de 19% (la plus élevée au sein des tranches d'âge), alors que la part des 50-54 ans n'est que de 9,7% au sein des agents relevant du CGOS.

¹⁷² Pour la FPH, l'allongement de la durée d'assurance prévu pour l'ensemble de la fonction publique s'applique également à la catégorie active : en 2006, pour disposer d'une retraite sans décote, l'âge de départ sera de 56 ans, et de 57,5 ans en 2015. Toutefois, pour la FPH, une bonification d'une année gratuite pour 10 ans de service en catégorie active est prévue.

¹⁷³ Les prestations maladie du CGOS interviennent pour des arrêts maladie supérieurs à trois mois, pour restaurer un traitement à taux plein, quand celui-ci bascule à mi-traitement.

¹⁷⁴ Etude sur les prestations maladie du CGOS, rapport de stage de Mlle Ndèye Astou SARR, Université Paris 2, 2002.

- La part des 55-60 ans est plus faible avec 11%. Une analyse plus détaillée en tendance montre que la croissance du nombre de bénéficiaires de la prestation maladie entre 1997 et 2001 s'explique principalement par la hausse des bénéficiaires dans les tranches d'âge supérieures à 50 ans.
- Un travail plus fin sur les congés de longue maladie ou de longue durée montre une corrélation positive entre l'évolution de ces congés et l'âge des bénéficiaires. En outre, la croissance des bénéficiaires de congés de longue maladie ou longue durée est régulière depuis quelques années (croissance forte entre 1997 et 1998, puis à un rythme moyen annuel entre 1999 et 2001 de 10%) ; cette augmentation est principalement causée par les actifs les plus âgés.

En revanche cette étude ne permet pas d'effectuer d'analyse par famille de métiers, notamment sur les métiers observés par la mission.

Le CGOS est attentif par ailleurs à la croissance des prestations maladie, qui se poursuit en 2002 à un rythme de 5,8%.

De nombreux interlocuteurs ont évoqué, sans pouvoir l'étayer par des données précises et consolidées, le fait que les mises à la retraite pour invalidité avaient tendance à augmenter, ceci accréditant l'idée d'une inaptitude au travail ou d'une difficulté de reclassement professionnel. Les chiffres du CGOS ne montrent pas, entre 2001 et 2002 de déformation particulière sur les départs en retraite pour invalidité, avec une progression de +1,18% des bénéficiaires.

Les données de la CNRACL sur ce point restent assez globales, et ne permettent pas pleinement de valider cette hypothèse. En effet, pour l'ensemble de la fonction publique hospitalière, les nouveaux pensionnés pour invalidité ont tendance à augmenter, mais moins fortement que le rythme de croissance des pensionnés de droit direct en 2002 : le flux des pensions invalidité de droit direct augmente de 7,1% contre 13,9% pour celui des pensions de droit direct ; les données de l'exercice 2001 ne présentaient pas les mêmes tendances avec respectivement 9,4% et 8% de croissance par rapport à 2000. Il faudrait disposer de données de plus longue période pour cerner des éventuelles ruptures de tendance.

Les centres de lutte contre le cancer rencontrés ont clairement insisté sur l'alourdissement constaté dès à présent des charges de prévoyance, avec une révision et parfois une dénonciation du contrat par l'institution de prévoyance, au regard de la croissance des prestations servies. Ceci a également été indiqué à la mission par la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) qui fait procéder actuellement à un audit du coût de la prévoyance. Dans ces deux cas, la stratégie des employeurs consiste à mettre en place des mesures préventives pour freiner la croissance des prestations servies, et partant de limiter la hausse des cotisations.

Au delà de ces exemples, l'interrogation porte fondamentalement sur le fait de savoir s'il est encore possible de mettre en place des actions préventives ou correctrices à effet immédiat en faveur des salariés aujourd'hui âgés de plus de 50 ans, pour limiter l'éventualité d'un basculement en incapacité de travail au delà de 55 ans. S'il est vrai que l'ensemble des actions envisagées ci-dessus peuvent avoir un impact sur les jeunes générations d'actifs, en revanche, l'inertie de tels dispositifs a peu de prise sur les actifs âgés de plus de 50 ans, sauf à la marge. D'ailleurs, les comparaisons internationales montrent que les inflexions apportées dans certains pays pour rehausser le taux d'emploi des actifs âgés se sont souvent inscrites dans la durée, et ne peuvent produire des résultats de court terme.

Si cette hypothèse devait se vérifier, ce qui suppose préalablement d'amplifier les études sur le sujet, ceci entraînerait mécaniquement un alourdissement des charges des organismes de protection sociale, assurance maladie au titre des arrêts maladie et des invalidités, organismes de prévoyance pour la couverture complémentaire. Il est bien évident qu'un tel surcoût conduirait *de facto* à le répercuter, notamment s'agissant de la prévoyance complémentaire, sur les cotisations des employeurs et/ ou des salariés, et donc à peser *in fine* sur la masse salariale.

Cette question renvoie indirectement au débat sur la pénibilité de certains métiers, et à sa reconnaissance dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des retraites. Sans préjuger de la négociation qui doit s'ouvrir sur ce point, il est probable qu'une partie des salariés les plus âgés auront des difficultés à prolonger leur activité et recourront à des formes d'incapacité au travail, qui devront être supportées par notre système de protection sociale.

Les stratégies d'externalisation de ce coût risquent de se développer, dans la mesure où les contraintes de financement des structures, et notamment des établissements de santé, poussent à une recherche de productivité, et donc à la relative raréfaction de postes aménagés, voire en surnombre destinés à accueillir des agents ou salariés « fatigués ».

Faute d'outils appropriés, il n'est pas possible de procéder à une simulation financière de ce surcoût. Les données relatives aux congés maladie, aux congés de longue durée ou d'invalidité restent trop globales et mériteraient sans doute d'être affinées sur un plan qualitatif.

Il est indispensable en tout état de cause de mieux connaître l'ampleur et la nature des évolutions éventuellement en cours sur ces questions à la fois à l'échelle microéconomique et plus globalement sur un plan national.

5.2. A moyen terme, prendre en charge les efforts de développement de la GRH

La mission a identifié plus haut la nécessité de poursuivre le développement de la gestion des ressources humaines dans le secteur, avec une professionnalisation accrue des acteurs, et la mise à disposition d'outils *ad hoc*.

Il est difficile d'imaginer qu'un tel développement puisse être envisagé sans charge supplémentaire pour les structures concernées.

En effet, outre les investissements en systèmes d'information appropriés, l'essentiel de la charge proviendra du temps homme supplémentaire nécessaire, au sein de la fonction ressources humaines directement, mais aussi au niveau de l'encadrement intermédiaire.

Plusieurs éléments pèsent en effet sur l'accroissement du temps des acteurs concernés au regard du sujet étudié :

- l'évaluation individuelle des personnels, au delà de la simple notation, afin de mieux détecter les temps forts d'une trajectoire professionnelle d'un salarié ;
- l'analyse et les actions en matière de conditions et d'organisation du travail ;
- le repérage et l'anticipation des difficultés des salariés dans leur exercice professionnel au travers de faisceau d'indices (absentéisme, maladies professionnelles, ...)
- l'identification des formations adaptées aux salariés ;

Toute inflexion de grande ampleur dans l'approche de l'environnement au travail, telle que préconisée par S Volkoff, supposera de pouvoir dégager du temps au sein des communautés de travail pour réfléchir et dialoguer sur celui-ci.

L'ensemble de cet investissement supposera des créations d'emploi de nature à alourdir les charges des structures correspondantes.

5.3. Investir sur la prévention de l'usure au travail et l'adaptation de l'organisation du travail

Les conditions de travail constituent un des domaines où certaines actions sont susceptibles d'un retour sur investissement sans doute plus rapide, au moins pour certaines d'entre elles.

Néanmoins il ne faut pas minimiser l'ampleur des coûts générés par une véritable politique des conditions de travail visant un environnement de travail prévenant l'usure professionnelle et garantissant aux salariés âgés des conditions adaptées.

Il faut en outre distinguer le champ du travail en établissement de celui du travail à domicile, pour lequel le mode d'action est assez différent.

S'agissant des conditions de travail en établissement, la plupart des interlocuteurs rencontrés ont évoqué la prévention des pathologies liées au portage des patients ou des personnes âgées, et à la possibilité d'en limiter les effets à la fois par des formations *ad hoc*, et par des investissements techniques de nature à limiter les efforts physiques des personnels, du type des appareils de levage et de manutention des malades. L'expérience des Hospices Civils de Lyon sur des services de gériatrie semble très concluante : dans les services où cette mécanisation a été effectuée, la perception des conditions de travail par les agents s'est largement améliorée. Les HCL estiment que le coût de l'investissement, d'environ 350 K.€ pour une unité de soins, peut être rapidement rentabilisé s'il permet de réduire l'absentéisme pour cause médicale du personnel ; en effet le montant correspond à peu près au coût annuel d'un agent.

Toutefois, l'engagement sur les conditions de travail ne se résume pas aux seules dépenses en investissement destinées à améliorer les conditions matérielles de travail. En effet, une réflexion à tous les niveaux sur la prévention et la prise en compte de la pénibilité de certaines fonctions est nécessaire. Elle doit intégrer dans la gestion des ressources humaines les préoccupations relatives à la santé physique, morale et psychologique des personnels. Elle doit prendre en compte la promotion de la conception de l'organisation du travail reposant sur des techniques ergonomiques, et les démarches participatives visant à adapter au niveau de chaque communauté de travail ou service les plans de prévention, enfin la formation de l'ensemble des salariés.

Il faut en effet rappeler les enseignements d'études de médecins du travail qui pointent clairement la question de l'enjeu de l'organisation du travail comme variable de prévention des phénomènes d'usure¹⁷⁵.

¹⁷⁵ Rapport des Docteurs P.DAVEZIES et VOLCKMANN des Hospices Civils de Lyon : Vieillissement du personnel hospitalier et prévention de l'usure au travail (1998) et Etude sur l'épuisement professionnel des soignants à l'hôpital de la Croix-Rousse (2000).

Certes, dans le champ des établissements de santé la préoccupation des conditions de travail n'a jamais été totalement absente, et les protocoles récents de mars 2000 avaient dévolu des moyens financiers à ces actions considérées comme prioritaires. Il est cependant probable que l'amplification de ces actions pour mieux prévenir l'usure professionnelle et mieux répondre aux besoins des salariés âgés, nécessitera des moyens financiers bien supérieurs à ceux déployés aujourd'hui.

La mission n'est pas en mesure d'effectuer de chiffrage sur les coûts possibles d'une amplification des actions en matière de conditions de travail. A l'inverse, il est possible, sur la base des quelques expériences indiquées à la mission, que les effets d'un tel investissement puissent être indirectement mesurés, à l'aune notamment de l'absentéisme et des maladies professionnelles.

5.4. Financer la professionnalisation des salariés et la requalification des emplois

Dans le secteur de l'aide à domicile et de la petite enfance plus particulièrement touchés aujourd'hui par la sous-qualification des personnels, mais aussi dans l'ensemble du secteur dans une proportion moindre, l'élévation des niveaux moyens de qualification des salariés pèsera sur la masse salariale.

On peut certes supposer que la sortie massive des salariés âgés au cours des 10 prochaines années produira un effet favorable sur le GVT (glissement vieillesse technicité), mais uniquement à la condition que les nouvelles embauches s'effectuent au profit de salariés jeunes ; dans l'hypothèse appelée de ses vœux par la mission de recrutements croissants de salariés à tous les âges de la vie, cet effet GVT serait amoindri d'autant.

La mission ne dispose pas d'outils appropriés pour effectuer de telles projections, mais recommande que des travaux d'analyse soient engagés en ce sens.

La mission souhaite attirer l'attention sur l'impact inévitable de toute politique active en matière de gestion des ressources humaines sur les charges des structures correspondantes, et compte tenu de ce qui a été dit plus haut, de l'impact sur les financements publics. Toute politique ambitieuse en matière de gestion des âges devra être accompagnée de moyens financiers.

La mission souligne le risque d'une conjonction temporelle de charges dans les 5 à 10 prochaines années, avec à la fois le coût des personnels âgés pour lesquels des politiques de prévention ne pourraient être engagées avec succès et conduiraient à des formes variées d'inaptitude au travail, et le coût des politiques nouvelles dont le retour sur investissement ne pourrait immédiatement être mesuré.

En tout état de cause, il est indispensable que l'ensemble des acteurs concernés engagent des travaux pour mieux anticiper et chiffrer ces charges et les retours sur investissement escomptés.

SIXIEME CHAPITRE : CONCLUSION ET RAPPEL DES RECOMMANDATIONS.

6.1 Rappel des principales recommandations.

La mission a été conduite à formuler un certain nombre de propositions au fil du rapport, qui appellent une hiérarchisation en fonction de leur faisabilité, appréciée à la fois du point de vue temporel, mais aussi culturel et sociologique. Il s'agit également d'identifier les actions à engager sans tarder sous l'impulsion des pouvoirs publics, même si leur impact peut être plus ou moins rapide.

La mission souhaite souligner que les recommandations rappelées ci-dessous supposent une volonté forte des pouvoirs publics et des administrations d'Etat pour créer une dynamique nécessaire en ce domaine, mais qui ne pourra se déployer sans une adhésion et un relais de la part de l'ensemble des acteurs de la sphère sanitaire et sociale, et notamment des fédérations d'établissements et d'employeurs, et des syndicats de salariés.

6.1.1 *Des actions à initier rapidement et faisables à relativement court terme*

Plusieurs champs de travail sont à investir rapidement.

- Engager des actions en matière de connaissance statistique, d'études et de recherche et assurer le chiffrage de l'impact financier des mesures préconisées.

Il s'agit d'un domaine essentiel, préalable à tous les autres, pour être en mesure de mieux connaître l'existant, avant d'engager des actions. Il suppose, en liaison avec les directions statistiques des ministères chargés de la santé et de l'emploi, mais aussi avec le ministère chargé de la fonction publique, d'une part d'identifier un programme de travail pluri-annuel d'études, et d'autre part de recenser les évolutions ou adaptations des outils statistiques existants pour mieux cerner les questions liées à la problématique de la gestion des âges.

Un vaste programme de recherche devra par ailleurs être initié sur ces questions.

L'objectif global de ces travaux s'inscrit dans une démarche de construction de prospective sur les métiers et les emplois dans ce secteur d'activité, complémentaire de la GPEC nécessaire à un niveau microéconomique.

- Développer une politique en matière de qualification/formation dans les métiers du secteur.

Les principaux axes de ces actions, qui visent également à renforcer l'attractivité et la capacité de recrutement du secteur sont les suivants :

- Accélérer le développement de la VAE, notamment dans les métiers du sanitaire ;
- Décloisonner les diplômes (organisation de la modularité, développement des formations en alternance) ;

- Multiplier les aides financières à la formation (bourses, financement de la promotion professionnelle, gratuité de la scolarité, notamment pour les aides-soignants) ;
- Ouvrir largement l'accès à l'appareil de formation (réflexion sur les quotas et les diverses formes de contingentement, recours à l'appareil de formation de l'Education Nationale et de l'AFPA) ;
- S'appuyer davantage sur les CPC.
 - Organiser les parcours professionnels en facilitant les passerelles entre types d'employeurs.
- Réguler la concurrence entre les employeurs ;
- Organiser des bourses aux emplois au niveau territorial entre différents secteurs d'activité ;
- Développer les entretiens de carrière ;
- Harmoniser les reprises d'ancienneté dans le secteur ;
- Identifier et lever les obstacles statutaires inter et intra fonctions publiques ;
- Supprimer la barrière de l'âge au concours dans le champ de la fonction publique;
 - Prendre des mesures en faveur des salariés vieillissants.
- Proposer des cursus pour la deuxième partie de carrière aux salariés, en particulier promouvoir des activités de tutorat et d'expertise ;
- Développer la formation professionnelle des salariés âgés afin de maintenir leurs compétences professionnelles.
- Identifier une panoplie d'outils souples pour gérer au mieux le temps de travail des fins de carrière, en utilisant le cas échéant des mécanismes tels que ceux qui avaient été instaurés dans les PRP/ CPA ;
- Aménager les postes de travail pour mieux prendre en compte l'usure professionnelle, notamment physique ;
- Mettre en oeuvre une politique de reconversion en liaison avec les services de médecine du travail.
 - Poursuivre le développement de la GRH.
- Développer la fonction support GRH, dans les établissements et services, en mettant en particulier l'accent sur la médecine du travail ;
- Développer la mutualisation des moyens de GRH et d'encadrement intermédiaire pour les plus petites entités ;
- Recourir à l'appui conseil pour développer la GPEC ;
- Utiliser le FMESPP et le FMAD pour financer l'appui conseil à la GPEC dans le secteur public
 - Donner une priorité majeure à la question des conditions de travail.

- Utiliser les outils financiers existants, tels que le FMESPP pour cibler des actions accrues dans le champ des conditions de travail ;
 - Promouvoir les actions dans le champ de l'ergonomie technique avec l'appui de la médecine du travail ;
 - Développer les réflexions collectives et participatives sur l'organisation du travail ;
 - Mettre en place dans les services d'aide à domicile des actions permettant de mieux prendre en compte les difficultés propres du métier (groupes de paroles, encadrement intermédiaire...)
- Décloisonner les approches entre les directions et au plan interministériel.
- Organiser un bloc homogène et cohérent de gestion des professions sanitaires entre DHOS et DGS ;
 - Mettre en place une conduite de projet entre DHOS et DGAS sur la problématique de la gestion des professions sanitaires et sociales et tirer les enseignements de la décentralisation ;
 - Développer le dialogue entre les directions du secteur travail- emploi et du secteur santé-solidarité, ainsi qu'avec le ministère de l'éducation nationale.
- Tirer parti de la réforme du dialogue social pour favoriser la négociation sur la gestion des âges.
- Utiliser le levier des CPNE dans les différentes branches pour amorcer une négociation sur la gestion des âges ;
 - Organiser une table ronde avec l'ensemble des acteurs du champ pour aboutir à des principes communs à toutes les conventions collectives, de prise en compte de l'expérience professionnelle, et amorcer une réflexion sur un dispositif harmonisé de reprise de l'ancienneté
- Profiter de l'élan de la décentralisation et jeter les bases d'un dialogue social territorialisé.
- Utiliser des outils tels que les contrats d'objectifs pour décliner avec les conseils régionaux et les branches professionnelles du champ sanitaire et social, des engagements de moyen terme ;
 - Organiser le dialogue social, à travers les COPIRE ou même de façon plus informelle entre partenaires sociaux, conseils régionaux et Etat sur les actions à engager ;
 - Mobiliser les acteurs autour d'un territoire pour partager les informations et permettre des mobilités professionnelles.

6.1.2 Des sujets nécessitant des évolutions culturelles et envisageables à moyen terme.

Plusieurs propositions s'inscrivent dans un horizon temporel plus lointain, notamment parce qu'elles supposent des évolutions profondes des mentalités et des stéréotypes sociaux.

- Organiser avec volontarisme des actions permettant le développement de la parité professionnelle sur les métiers de l'aide à la personne (ce qui implique de faire le choix de chercher à recruter des hommes).
- Recruter à tous âges pour tous les métiers (ce qui implique de recruter aussi des jeunes pour s'occuper de personnes âgées, notamment).
- Faciliter les mobilités des professionnels entre les métiers (ce qui implique de favoriser pour les salariés la possibilité de travailler alternativement au cours d'une vie professionnelle auprès de populations différentes, petite enfance, personnes âgées, personnes handicapées, personnes malades,...)

6.2 Conclusion

En conclusion, la mission souligne la faiblesse, sinon de la prise de conscience, du moins des actions concrètes engagées pour anticiper la problématique du vieillissement démographique des salariés du secteur sanitaire et social.

L'éclatement et la fragmentation du secteur constitue à l'évidence un handicap pour conduire des actions fortes et structurées sur un domaine tel que la gestion des âges, qui doit faire appel à l'ensemble des outils de la gestion des ressources humaines.

Quelles que soient les préconisations techniques envisagées pour s'engager dans cette voie, la mobilisation de l'ensemble des acteurs sera indispensable. Au delà de l'impulsion vigoureuse que les pouvoirs publics devront donner au niveau central et déconcentré, l'ensemble des fédérations d'établissements et d'employeurs, ainsi que les syndicats de salariés devront être partie prenante de cette dynamique.

Les mesures préconisées ne pourront néanmoins être engagées sans un accompagnement financier, qui pèsera pour une part certaine sur les financeurs publics. Elles n'en représentent pas moins un investissement indispensable si l'on veut garantir une adéquation entre les besoins croissants dans ce secteur d'activité et les ressources humaines destinées à en assurer sa pérennité et son développement.

Valérie DELAHAYE-GUILLOCHEAU

Pascale FLAMANT

Emmanuèle JEANDET-MENGUAL

Thomas AUDIGE

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : Données statistiques issues de la CNRACL.

**ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES
RENCONTREES OU CONTACTEES**

Annexe I : Liste des personnes rencontrées ou contactées.

Administrations d'Etat

Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DHOS

Edouard Couty, Directeur
Danièle Toupillier, Chargée de mission auprès du directeur
Bernard Verrier, sous-directeur de la sous-direction "Professions paramédicales et personnels hospitaliers"
Claudine Mesclon, Chef du bureau Professions paramédicales statuts et personnels hospitaliers
Guy Boudé, Adjoint au chef du bureau Professions paramédicales statuts et personnels hospitaliers
Carole Merle, Adjoint au chef du bureau Professions paramédicales statuts et personnels hospitaliers
Richard Barthet, Chargé de mission
Marie-Ange Couderay, Conseillère pédagogique
Laurent Gravelaine, chargé de mission à la sous-direction "Professions paramédicales et personnels hospitaliers"
Séverine Busine, Statisticienne
Odile Romain, Statisticienne

Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DGS

Jean-Marc Braichet, Chef du bureau "Formation des professionnels de santé"

Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DGAS

Jean-Yves Hocquet, Chef de service
Sylvie Moreau, Sous-directeur de la sous direction "Animation territoriale et travail social"
Jean-François Dutheil, Adjoint au sous-directeur de la sous-direction " Animation territoriale et travail social "

Ministère de la Santé et de la Protection sociale, DREES

Philippe Cuneo, Chef de service
Nicole Roth, Sous-directrice de la sous-direction "Observation de la solidarité"
Annie Mesrine, Chef du bureau des "Etablissements sociaux"
Pascale Breuil, Chef du bureau des "Professions de santé"

Ministère de l'Emploi et du Travail, Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle

Stéphan Clément, Chef de service, directeur-adjoint
Sylvianne Séchaud, Chef du bureau "Politiques de formation"
Valérie Defauquet, Chargée de mission

Ministère de l'Emploi et du Travail, Direction des relations au travail

Marc Boisnel, Sous-directeur de la sous-direction "conditions de travail et prévention des risques du travail"

Ministère de l'Emploi et du Travail, DARES

Francis Vennat, Sous-directeur de la sous-direction "Emploi et marché du travail"
Francis Viney, Ingénieur de recherche à la sous-direction "Emploi et marché du travail"
Monique Meron, Chef du département des métiers et des qualifications

Observatoire de l'emploi public

Catherine Zaidman, Directrice

Ministère Education nationale, Direction de l'enseignement scolaire

Marie-Françoise Catoni, Chef de bureau
Brigitte Trocme, Adjointe au chef du bureau du partenariat avec le monde professionnel et des commissions professionnelles consultatives

DRASS PACA

Jean Chappellet, Directeur
Serge Davin, Directeur adjoint DRASS
Eveline Jean, MIR adjoint
Annie Stagliano, Responsable service formations et politiques sociales
Jean Avril, Responsable service action de santé et offre de soins
Brigitte Dujon, Inspectrice formations sanitaires
Bernadette L'Huillier, Inspectrice formations sanitaires
Françoise Massaro, Conseillère technique en travail social
Monique Thomas, responsable service protection sociale

DRTEFP PACA

Daniel Tissot, Directeur-adjoint

DDASS Bouches du Rhône

Mme Riffard-Voilqué, directrice

DDASS Var

Gilbert Lemarie, Directeur,
Danièle Gaspari, MISP
Paul Botella, Infirmier

DDASS Vaucluse

Mireille Vedeau-Ulysse, Directrice

DRASS Rhône-Alpes

Seuret-Faugier Christine, conseillère technique régionale en soins infirmiers
Malval Lucette, Responsable du service offre de soins
Maison Christine, Responsable du service formations
Lappérouse Philippe, Statisticien régional
Butlem Monique, Responsable de la mission cohésion sociale

Agence régionale d'hospitalisation de Provence Alpes Côte d'Azur
Dutreil Christian, Directeur

Collectivités territoriales

Ville de Lyon

Catinchi Antoine, Directeur général adjoint de la Délégation générale aux affaires scolaires, sanitaires et sociales
Heppe Jean-Philippe, Directeur de la direction du personnel et des ressources humaines
Viscardi Patricia, Service emploi et compétences

Ville de Marseille

Susini-Monges Christine, Directrice générale de l'éducation et de la petite enfance
Sogliuzzo Henri, Directeur général des ressources humaines
Gondard Jean-Claude, Directeur général des services

Vallette Maryvonne, Service recrutement
Messina Raphaëlle, Responsable du service « Prévention santé enfant »
Cotta André, Directeur de la direction de l'enfance

CCAS de Marseille

Guelfi Jean-Pierre, Directeur général
Guillaumaux Béatrice, Directrice de l'administration générale et des études

Ville de Paris

Joseph-Jeanneney Brigitte, Directrice de la direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES)
Cotel Christiane, Conseillère technique à la DASES

CCASS de la Ville de Paris

Coulon-Kiang Bernadette, Directrice générale
Torcheux Jean-Michel, Direction des ressources humaines
Pouyol Florence, Direction des ressources humaines

CCAS de Romilly-sur-Seine

Commenil Marie-Annick, Maire adjointe et vice présidente du CCAS
Gottran-Brunat Michèle, Directrice

Conseil régional Provence Alpes Côte d'Azur

Acar Bruno, Directeur général adjoint

Merle Véronique, Chargée de mission

Conseil régional Rhône-Alpes

Vernedoub Marie, Directrice générale adjointe des services

Conseil général de l'Aube

Malnoury Didier, Directeur du service des personnes âgées et handicapées

Conseil général du Rhône

Santini Marie-Claude, Directrice générale adjointe - Vie sociale

Conseil général des Bouches-du-Rhône

Marchand Jean-Luc, Directeur de l'enfance

Bertrand Eric, Directeur des personnes âgées et personnes handicapées

Centre de gestion de la fonction publique territoriale du Rhône

Mme Comtet, Directrice

Rocheffort Christine, Médecin du travail

ReynesChristine, Médecin du travail

Catel Nicolas, Conseiller en prévention et conditions de travail

Blachon Emilie, Conseillère en prévention et conditions de travail

Bernard Annie-Claude, Responsable du service Emploi

Fédérations d'employeurs

ADMR

Lemerour Anne, Responsable de la formation

Jacquon Laurence, Directeur des ressources humaines

Cotton Anne-Marie, Directrice pédagogique du Centre de formation Rhône-Alpes

Croix-Rouge

Barthuel Stéphane, Directeur des ressources humaines

Siméon Muriel, Responsable du Département Développement des ressources humaines

Kachouch Frédéric, Responsable de secteur Département Juridique et social

Lehman Erick, Responsable d'une structure

Fédération de l'hospitalisation privée

Geffroy Loïc, Délégué général

Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés

M. Truffier, Directeur des ressources humaines

Mme Desgouttes, Responsable du secteur Personnes âgées

Fédération hospitalière de France

Vincent Gérard, Délégué général

Quillet Emmanuelle, Adjointe au Délégué général

Jamot Muriel, Responsable du secteur médico-social

Causse David, Adjoint au Délégué général

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
Maigne Dominique, Secrétaire général
Annandale-Massa, Directrice des ressources humaines

FEPEM

Levaux Marie-Béatrice, Présidente

SNASEA

Didier TRONCHE, Directeur

SYNERPA

Luc Broussy, Délégué général
Amoratibis Théodore, Délégué général
Benoît Cruffe, Conseiller technique et juridique
Leroy-Maynal, Directrice de maison de retraite

UNASSAD

Decherf Frédérique, Directrice des ressources humaines

UNIOPSS

Dolgorouky Hélène, Directeur des ressources humaines

URIOPSS Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Delanglade Bernard, Directeur
Poyet Anne-Marie, Chargée de mission
Meyer Géraldine, Conseillère technique

Syndicats de salariés

CFDT Santé Sociaux

Briand Yolande, Secrétaire générale
Nicolle Maryvonne, Secrétaire nationale pour le secteur "aides à domicile"

CGT-santé

Prigent Nadine, Responsable de secteur

CGT-services sociaux

Spicque Sylviane, Responsable de secteur

FO-fédération de l'action sociale

Foucard Gilles, Responsable du secteur « Aide à domicile »

OPCA, organismes et autres acteurs de la formation

Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)

Burnier Marie-Christine, Directrice
Dardel Anne, Responsable de la formation

IFSI du CHITS de Toulon et Hyères
Chambon Josy, Directrice

IMF de Marseille (Institut de formation et de recherche en travail social)
Lapena François, Directeur

IRTS Ile-de-France
Jaeger Marcel, Directeur général

Université de Provence, institut de gérontologie sociale
Pitaud, Philippe, Professeur

PROMOFAF
Labarthe (de) Olivier, Directeur des études, de la recherche et du développement
Edel Valérie, Chargée des études

Etablissements de santé et groupements d'établissements de santé

Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Jaccart Ghislaine, Directrice du développement des ressources humaines
Noire Dominique, Directeur du personnel et des relations sociales
Mady Karima, Chargée de mission à la DPRS

Assistance publique de Marseille
Foglietta Robert, Directeur des ressources humaines

Centre régional Léon Bérard (CLCC, Lyon)
Valerian-Bessac Hervé, Directeur des ressources humaines
Mme Lombal, Médecin du travail
Mme Desmaris, Assistante sociale

Institut Paoli Calmettes (CLCC, Marseille)
Nardias Hervé, Directeur des ressources humaines

Hospices Civils de Lyon
M. Bernadet, Directeur de la direction du personnel et des affaires sociales (DPAS)
Josephine Corinne, Directrice adjointe de la DPAS
Teoli Jean-Claude, DPAS, service de la formation, des concours et du recrutement
Systchenko Bernadette, Médecin responsable du service de médecine statutaire
Payard Ghislaine, DPAS, Conseillère Conditions de travail
Davezies Philippe, Responsable de la consultation pathologie professionnelle

Hôpital de Martigues
Faggianelli Félice, Directrice des ressources humaines

Associations

SMAT et ASIMAT (Troyes)
Denizet Alain, Responsable

Maison de la famille (Brienne le Château)
Robert Patricia, Responsable
Jobard Monique, Responsable

La Maison des champs
Leboucher René, Directeur
Bossard Isabelle, Assistante
Perrigault Pascale, Responsable administratif et financier
Lucas, Jérôme, Responsable du service d'aide à domicile
Villaggi Florence, Responsable du SIAD

FEDAM (Aube)
Champion Claire, Responsable

ADAD (Aube)
Louis Michel, Responsable

Associations professionnelles

Association pour le développement des ressources humaines dans les ESS (ADRHESS)
Joncourt Daniel, Président
Lucas Benoît, Vice-président
Benoît Jeanne, Trésorier
Cayol Michèle, Secrétaire adjoint

Instances consultatives

Conseil supérieur du travail social
Roche François, Président de sous-groupe

Conseil d'orientation des retraites
Brocas Anne-Marie, Secrétaire générale

Observatoire nationale des professions de santé
Berland Yvon, Président
Burdillat Martine, Secrétaire général

Structures d'étude et d'observation

ARACT Provence-Alpes Côte d'Azur
Nalbandian Yves-Michel, Directeur

Centre d'études des mouvements sociaux – EHES
Guillemard Anne-Marie, Chercheuse

CREDES
Polton Dominique, Directrice

INSERM
Lert France, Chercheuse

LERFAS
Bigot François, Directeur

Mission évaluation des compétences professionnelles des professionnels de santé
Matillon Yves, Responsable
Leboeuf Dominique, Adjointe au responsable

Observatoire régional des métiers Provence Alpes Côte d'Azur
Liaroutzos Olivier, Directeur

Institutions de prévoyance et de retraite

IRCEM
Grollemund Jean-Charles, Directeur

Centre gestion des œuvres sociales (CGOS)
Marin Philippe, Président
Guiovanna Yvonne, Directrice générale

Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)

Lafon Pascal, responsable du domaine Statistique, études et documentation de la CDC
Bordeaux
Gautier Loïc, Service études et actuariat

**ANNEXE 2 : DONNÉES STATISTIQUES
ISSUES DE LA CNRA CL**

Annexe II : Données statistiques issues de la CNRACL.

La mission n'a pas souhaité reprendre en annexe au rapport tout ou partie des données statistiques nombreuses qu'elle a pu rassembler lors de ses investigations, dans la mesure où une partie d'entre elles ont donné lieu à publication officielle.

Dans le rapport, les principales sources statistiques sont mentionnées en notes de bas de page au fil du texte, et permettent de s'y reporter en tant que de besoin.

En revanche, la mission a été amenée à demander des extractions de données chiffrées auprès de certains interlocuteurs, et notamment la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), directement ou par l'intermédiaire de la DHOS. Ces retraitements à partir des données de base des agents de la fonction publique hospitalière ou territoriale ne sont pas accessibles aisément ; c'est pourquoi la mission a jugé pertinent de rassembler certaines de ces données dans la présente annexe, en complément des indications figurant dans le corps du texte.

Ces données issues de la CNRACL concernent pour l'essentiel les bases relatives aux agents, soit de la FPH ou de la FPT, ayant fait valoir leurs droits à la retraite au cours des dernières années. A partir des retraitements obtenus, celles-ci permettent d'avoir des informations plus détaillées sur l'âge de liquidation des droits à la retraite, les durées de carrière en tant qu'agent public, avec des tris par filière professionnelle. Elles portent soit sur des évolutions en tendance sur plusieurs années, soit sur des photographies instantanées, en 2001 ou 2002 le plus souvent.

1.1 Dans le champ de la fonction publique hospitalière.

Le tableau ci-après donne quelques informations intéressantes sur les pensionnés de la CNRACL appartenant à la FPH.

Ces données n'isolent pas spécifiquement les personnels des filières examinées par la mission, même si s'agissant de la catégorie active, celle-ci recouvre très largement le périmètre des infirmiers et des aides-soignants.

Données 2001 CNRACL		Fonction publique hospitalière	
durée validée tous avantages confondus		29,9	ans
âge moyen d'entrée dans la FPH		20	ans
durée de cotisations en cat. Sédentaire		28,2	ans
durée de cotisations en cat. Active		30,5	ans
durée de cotisations pour les départs anticipés		21,6	ans
durée de cotisations pour les départs d'office		27,7	ans

durée moyenne de cotisations		27,8	ans
nombre d'annuités		28,5	ans
âge moyen de liquidation de la pension		56,0	ans
% d'agents en catégorie active		78,2	%
% d'agents féminins		81,4	%
% départs après 15 ans de services		23,5	%
% départs à l'âge de 55 ans		48,5	%
% départs à l'âge de 60 ans		26,6	%
% d'agents percevant la majoration de pension		27,3	%
% de pensionnés pour invalidité en 2001		11,2	%

Des données plus précises au sein des catégories de métiers étudiés sont disponibles, notamment sur la durée validée au moment de la liquidation des droits à retraite.

	Durée moyenne des services
Infirmier	29,2 ans
Aide-soignant	27,4 ans

Source : CNRACL. Données 2001.

1.2 Dans le champ de la fonction publique territoriale.

Les données rapportées ci-après portent sur les catégories d'emploi suivantes : ATSEM, Auxiliaires de puériculture, infirmiers au sein de la FPT. Le premier tableau porte sur les agents ayant fait valoir leurs droits à retraite, le second se rapporte à la base des cotisants actifs.

Données de liquidation pour certains grades de la FPT (flux 2000, 2001, 2002 et 2003)

			2000	2001	2002	2003	
ATSEM	Agent Spécialisé de 2°classe des Ecoles Maternelles	Effectif	434	387	427	639	
		Age moyen de départ à la retraite	56,8	56,7	56,5	53,9	
		Durée cotisée moyenne	20,0	20,1	20,5	19,9	
		Durée validée moyenne	22,7	22,8	23,1	22,7	
	Agent Spécialisé de 1°classe des Ecoles Maternelles	Effectif	949	858	1 000	1 429	
		Age moyen de départ à la retraite	59,3	59,3	59,2	58,6	
		Durée cotisée moyenne	24,6	25,0	25,2	25,3	
		Durée validée moyenne	26,5	26,9	27,1	27,3	
	Effectif total			1 383	1 245	1 427	2 068
	Age moyen de départ à la retraite			58,5	58,5	58,4	57,2
Durée cotisée moyenne			23,1	23,5	23,8	23,6	
Durée validée moyenne			25,3	25,6	25,9	25,9	
AUX PUER	Auxiliaire de Puériculture	Effectif	54	55	62	90	
		Age moyen de départ à la retraite	49,7	50,0	49,4	49,0	
		Durée cotisée moyenne	19,8	19,7	20,7	21,2	
		Durée validée moyenne	21,5	21,3	22,3	22,9	
	Auxiliaire de Puériculture Principal	Effectif	98	71	87	141	
		Age moyen de départ à la retraite	54,9	54,1	53,0	52,4	
		Durée cotisée moyenne	27,6	27,0	25,7	25,0	
		Durée validée moyenne	28,8	28,7	26,7	26,2	
	Effectif total			152	126	149	231
	Age moyen de départ à la retraite			53,0	52,3	51,5	51,1
Durée cotisée moyenne			24,8	23,9	23,6	23,5	
Durée validée moyenne			26,2	25,5	24,9	24,9	

INFIRMIER	Infirmier hors classe	Effectif	43	44	63	108
		Age moyen de départ à la retraite	59,1	59,6	58,0	58,3
		Durée cotisée moyenne	32,2	33,3	31,2	32,4
		Durée validée moyenne	33,5	33,5	32,2	32,9
	Infirmier de classe Normale	Effectif	27	36	28	50
		Age moyen de départ à la retraite	57,6	56,7	57,3	55,0
		Durée cotisée moyenne	23,3	25,3	25,4	24,0
		Durée validée moyenne	24,3	26,8	27,1	25,4
	Infirmier de classe Supérieure	Effectif	19	27	24	37
		Age moyen de départ à la retraite	59,3	60,5	57,1	57,9
		Durée cotisée moyenne	29,3	30,0	29,3	25,6
		Durée validée moyenne	30,2	30,9	30,1	26,0
	Infirmier cadre de santé	Effectif	0	0	0	6
		Age moyen de départ à la retraite				55,5
		Durée cotisée moyenne				34,2
		Durée validée moyenne				33,2
Effectif total		89	107	115	201	
Age moyen de départ à la retraite		58,7	58,8	57,7	57,3	
Durée cotisée moyenne		28,9	29,8	29,4	29,1	
Durée validée moyenne		30,0	30,6	30,5	29,8	
TOTAL	Effectif	1 624	1 478	1 691	2 500	
	Age moyen de départ à la retraite	58,0	58,0	57,7	56,6	
	Durée cotisée moyenne	23,6	23,9	24,2	24,0	
	Durée validée moyenne	25,6	25,9	26,1	26,1	

Source : CNRACL

Le tableau ci-après apporte des éléments à partir de la base des actifs de la FPT.

**Données statistiques sur les actifs de 3 corps de la Fonction Publique Territoriale
(chiffres du début 2000)**

	Effectif	% d'agents féminins	âge moyen	part des 50 ans et +	% cumulé de fonctionnaires atteignant 60 ans au moins en			
					2003	2006	2009	2012
Agent Spécialisé des Ecoles Maternelles - ASEM 1 ^o classe - ASEM 2 ^o classe	52 000 26% 74%	99%	44 a 9 m	34%	12,2%	21,8%	34,2%	45,8%
Auxiliaires de puériculture - Auxiliaires de puériculture principal - Auxiliaires de puériculture	15 900 27,5% 72,5%	99%	39 a 2 m	13%	3,0%	6,6%	12,9%	21,1%
Infirmiers - Infirmiers hors classe - Infirmiers classe supérieure - Infirmiers classe normale	5 600 18,4% 10,5% 71,1%	97%	44 a 6 m	29%	8,3%	15,8%	28,7%	41,0%

Source : enquête CNFPT/CNRACL