

Cercle Vulnérabilités et Société



Soutenir et piloter
**l'attractivité
des Métiers du *care***
en fluidifiant les trajectoires
et les organisations

SOMMAIRE



Préface de Myriam EL KHOMRI	3
-----------------------------	---



Introduction	4
--------------	---



L'attractivité des métiers du <i>care</i> oblige à des reconfigurations profondes	6
---	---

- ① La crise des métiers du *care* : des caractéristiques structurelles plus que conjoncturelles ou sectorielles 6
- ② Les leviers d'attractivité résident surtout dans les modalités d'exercice des métiers du *care* 8
- ③ Pour soutenir durablement l'attractivité des métiers du *care*, une refondation est indispensable 11



À court terme : fluidifier les trajectoires et les organisations pour optimiser le recrutement et la fidélisation	12
---	----

- ① Tentative d'équation autour des métiers du *care* 12
- ② Émergence de 4 champs d'actions complémentaires 13
- ③ Analyse des caractéristiques de chaque réservoir et propositions d'actions 14



À moyen terme : piloter les métiers du <i>care</i> comme un écosystème propre, pour faciliter la cohérence, la fluidité et l'impact d'ensemble	22
--	----

- ① S'accorder sur une vision commune des métiers du *care* 22
- ② Densifier et rendre plus lisibles et flexibles les cursus de formation 23
- ③ Repenser, libérer et faciliter l'exercice de ces métiers 24
- ④ Engager les territoires dans une dynamique d'attractivité 24
- ⑤ Capitaliser et diffuser les bonnes pratiques 25



Conclusion	26
------------	----



PRÉFACE



PRENDRE SOIN DE CELLES ET CEUX QUI PRENNENT SOIN DE NOUS

Nous en convenons tous, la crise sanitaire avait ouvert un immense champ des possibles : pendant ces semaines de confinement et ces mois d'incertitude, le meilleur nous semblait à portée de main, entre la solidarité témoignée à l'égard des plus fragiles, l'engagement inouï des professionnels de santé et des acteurs du médico-social, la reconnaissance collectivement exprimée à leur endroit et la promesse, le moment venu, de ne pas les oublier. Pour toutes celles et tous ceux qui s'étaient battus au chevet des malades et des plus vulnérables, si mal reconnus symboliquement et matériellement, viendrait enfin le temps des gratifications, au sein d'une société plaçant désormais la question de l'utilité sociale au sommet de l'échelle des valeurs.

Nous en convenons tous, nous en sommes aujourd'hui bien loin. Peut-être même avons-nous régressé malgré cette expression, aussi sincère que passagère, de bons sentiments. Malgré les moyens considérables, inédits, massifs, portés par le Ségur de la Santé, l'accord dit Laforcade et la conférence des métiers de février 2022. Comme si l'effet de rattrapage, aussi puissant soit-il, ne permettait que de cautériser sans parvenir à soigner. C'est en tout cas ce que suggère le fossé béant entre la somme des besoins, chaque jour plus importants, et les ressources que nous y affectons.

Ces accompagnants, confrontés qu'ils-elles sont à l'affaiblissement des corps et des esprits, subissent une charge physique et mentale que deux qualités professionnelles leur permettent d'assumer au quotidien, en résistant autant qu'ils/elles le peuvent à l'usure et à l'épuisement : l'empathie et la bienveillance. Des qualités qui ne s'enseignent pas toujours à l'école mais qui sont pourtant inestimables alors que nos sociétés sont marquées par des phénomènes d'émiettement et de repli sur soi. A l'heure où il nous faut au contraire tisser du lien et rebâtir du commun, ces fonctions sont donc essentielles à notre cohésion sociale pour aujourd'hui et plus encore pour demain.

Dans une sorte de symétrie des attentions, il est temps que nous manifestations nous-mêmes de l'empathie et de la bienveillance à l'égard de ces personnes dont nous attendons tant en leur donnant si peu. Une attention bien sûr, mais une attention de tous les instants, en repensant leurs conditions d'emploi et de rémunération, en leur donnant des perspectives de vie et de carrière, en leur offrant davantage de bien-être au quotidien, en les formant et en leur permettant d'innover eux-mêmes dans l'organisation de leur travail plutôt que de les enfermer dans une taylorisation infantilisante de leurs tâches. Bonne nouvelle, car il en est une : tous ces métiers sont non automatisables, non délocalisables et ils peuvent représenter jusqu'à 10% des emplois dans certaines zones rurales. Alors même que la vague démographique monte, ce sont en prime des métiers d'avenir. Il est temps d'agir en leur faveur pour que cette vague montante ne se transforme pas en tsunami.

La durabilité ne concerne pas uniquement notre capacité à nous saisir des enjeux climatiques : une politique sociale durable, pensée de façon systémique, est tout aussi urgente.

Après notre rapport sur l'attractivité de ces métiers, remontant déjà à 2019, les présents travaux du Cercle Vulnérabilités et Société consolident le diagnostic, proposent une vision 360 du sujet et ouvrent de nouvelles pistes d'actions, à court et plus long termes. Précieuse vision et salutaire contribution, qui nourrira sans aucun doute le Conseil National de la Refondation.

Myriam EL KHOMRI

Ancienne ministre, auteure du rapport pour une mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge



INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les métiers dits du *care* (voir encart) subissent une inexorable érosion de leurs effectifs jusqu'à atteindre aujourd'hui un état de quasi-rupture : on observe ainsi un déficit croissant de personnels, allant, dans certains cas, jusqu'à la pénurie. Cette situation est devenue très préoccupante pour ces métiers, avec des effets en cascade sur la détérioration actuelle et future de l'offre de soins proposée et de l'état de santé de la population.

L'épidémie de COVID-19 a nécessité de prioriser une politique sanitaire renforcée, faisant primer l'approche somatique, pour en contenir la propagation. Les mesures de confinement ont imposé une restriction significative des accompagnements de nature psychologique et sociale, ce qui a contribué à détériorer de manière parfois alarmante la santé mentale des bénéficiaires¹ et leurs proches, mais également des professionnels. Pour ces derniers, cela a accentué fortement une tendance au désengagement déjà constatée antérieurement.

C'est à cette tension sur les métiers du *care* que le Cercle Vulnérabilités a souhaité répondre en constituant autour de plusieurs de ses membres et de leur expertise, un groupe de travail qui s'est réuni à quatre reprises.

La présente note propose une analyse de la situation. Elle s'emploie à mettre en évidence et à analyser divers critères d'attractivité ou de désengagement, mais également à proposer une méthodologie d'approche de la question, très opératoire, reposant sur une équation exprimée en termes de stock et de flux, afin de permettre d'identifier les sources et filières de recrutement, et de faire face à la pénurie avec des réponses immédiates - s'agissant d'une situation critique - autant que dans l'anticipation - s'agissant de métiers nécessitant une formation acquise sur des parcours exprimés en années d'études.

Le fruit de ce travail et la mise en avant de pistes d'actions visent à éclairer les pouvoirs publics et les travaux du Conseil National de la Refondation, pour tenter d'y faire face à court terme et d'anticiper les besoins à moyen terme.

1. On entend par « bénéficiaires » les destinataires immédiats du *care* (patients, résidents, personnes en situation de handicap, allocataires, etc.), sans nier qu'il existe des bénéficiaires secondaires (famille, proches) faisant partie d'un système complexe.

Le *care* : définition et périmètre

Le *care* est une notion d'origine anglosaxonne, sans équivalent dans la langue française et difficilement transposable telle quelle. A l'origine, il vient théoriquement compléter la notion de *cure* (traitement médical et infirmier à visée curative). Il se caractérise par la place centrale qu'y tient le souci du confort et du soulagement (« *to care for* ») et la qualité du geste et de la relation humaine apportés (« *to take care* »)², à travers des comportements de nature professionnelle, en vue de procurer aux sujets un mieux-être physique et psychique et de préserver la santé globale.

Théoriquement, le *care* n'a pas sa place à côté du *cure*, comme une option ou un accessoire, mais bien au cœur du *cure* (et de tout acte de nature plutôt technique) comme étant la qualité d'attention et d'accompagnement, le « prendre soin » que chaque personne fragilisée est en droit de recevoir, et que chaque acteur du système, a le devoir de lui offrir au cœur de son expertise professionnelle spécifique. Il est à la fois une somme de compétences et un état d'esprit. Cette approche bute encore sur une tentation très culturelle et clivante de survaloriser le *cure*, particulièrement dans les métiers de haute technicité (médecin...), au détriment du *care*, considéré comme plutôt l'apanage de métiers subalternes (auxiliaires de vie...).

En même temps, le *care* déborde le *cure* et le champ médical pour s'appliquer également au champ social. Par sa racine de « prendre soin », il déborde également le champ des métiers dits de l'accompagnement (ex : accompagnement dans l'emploi, coaching professionnel). Il se situe donc à l'intersection entre le *cure* et l'accompagnement, empruntant sa philosophie et ses méthodes à chacun de ces deux champs. Il est donc un champ en soi qui doit être d'autant plus investigué en tant que tel qu'il constitue souvent le premier facteur de motivation d'un grand nombre de professionnels, animés par des élans intérieurs forts de sollicitude.

La présente note cible les métiers en relation directe avec les personnes vulnérables, tout en reconnaissant que le *care* implique aussi les métiers de direction, de l'administration, de la logistique qui participent de l'écosystème global et de la culture spécifique du *care*.

2. Pour Carol Gilligan, chercheuse pionnière sur cette notion, le *care* « se définit par un souci fondamental de bien-être d'autrui et centre le développement moral sur l'attention aux responsabilités et à la nature des rapports humains ». Pour Joan Tronto il y a quatre moments dans le *care* auxquels correspondent quatre qualités morales spécifiques : « l'attention (correspond au *caring about*), la responsabilité (correspond au *taking care of*), la compétence (correspond au *care giving*), la réceptivité (correspond au *care receiver*) ». Citées in Elisabeth Noël-Hureaux, Le *care* : un concept professionnel aux limites humaines ?, Recherche en soins infirmiers 2015/3 (N° 122), pages 7 à 17.

3. Au sens qu'en donne l'OMS dès 1946 : « un état de complet bien-être physique, psychologique et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».



L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DU *CARE* OBLIGE À DES RECONFIGURATIONS PROFONDES

1 La crise des métiers du *care* : des caractéristiques structurelles plus que conjoncturelles ou sectorielles

La crise s'inscrit au cœur d'une dégradation lente que la crise sanitaire Covid-19 a contribué à révéler et à amplifier

La perte d'intérêt pour ces métiers couve depuis longtemps. Elle tient essentiellement à une forme de déconsidération «des métiers du soin de l'autre» dans la société, se traduisant par un manque de reconnaissance sociale, institutionnelle et, même parfois, interne aux équipes au sein des établissements. Cela conduit à des signes d'épuisement liés à des conditions de travail de plus en plus dégradées, à des frustrations accumulées (que le périmètre trop restreint de revalorisations salariales du Ségur en 2020 n'a pas suffi à lever), et à des causes profondes que le scandale ORPEA (2022), symbole de la maltraitance institutionnelle, n'a fait qu'amplifier (au-delà même du seul périmètre des métiers du médico-social et du grand-âge).

Dans ce contexte de détérioration lente, le formidable regain d'engagement et de considération pour ces métiers (soignants, travailleurs sociaux) à l'occasion de la crise sanitaire liée au Covid-19, est venu jouer un rôle paradoxal. Il a montré la persistance d'une certaine dimension vocationnelle, d'un sens du service et de l'implication encore présent au sein de ces métiers, mais aussi, par la suite, une accentuation du désabusement et de la perte de motivation, et un décrochage devenu aujourd'hui extrêmement problématique.

Le désintérêt, sinon le rejet, ne porte donc pas seulement sur les métiers, mais également et surtout sur les modalités concrètes de leur exercice. Sur ce point, l'attrait pour l'intérim et la préférence des plus jeunes pour les CDD traduisent le désir de davantage de liberté, l'envie d'une rémunération plus attractive, d'un autre type de relation au bénéficiaire et au collectif ainsi qu'un autre rapport au travail. Ils constituent un moyen de sortir du cadre de l'offre employeur classique, au risque d'une désorganisation de l'offre et d'un désengagement diffus.

Le différentiel entre les besoins et les ressources atteint un niveau de plus en plus critique

Sous l'influence de la transition démographique, notamment, le nombre déjà conséquent de personnes vulnérables en situation de recourir aux métiers du *care*, est appelé à s'accroître de façon très significative au cours des prochaines décennies : vieillissement de la population (projection de +35% de plus de 65 ans d'ici 2050 selon l'INSEE), augmentation des maladies neuro-dégénératives (Alzheimer : +83% en 2050 selon Alzheimer Europe), de l'isolement social (+ 65% entre 2010 et 2020 selon la Fondation de France), des problèmes de santé mentale (+37% au travail entre 2020 et 2022 selon la DARES), etc.

Parallèlement, la décreuse est engagée en termes de ressources humaines en capacité à accompagner, se rapprochant dangereusement d'une situation de pénurie. Ainsi, alors que plusieurs métiers du *care* figurent dans le « top 10 » des métiers qui prévoient de recruter le plus⁴, on observe des difficultés récurrentes de

4. L'enquête Besoins en Main d'œuvre 2022 (BMO 2022, Pôle Emploi) classe les métiers para-médicaux en 6ème position et les métiers de l'aide à domicile en 7ème. Dans l'enquête 2021, les métiers d'aides-soignants et d'aides à domicile arrivaient en 2ème et 3ème position, sans doute un effet COVID (ces données ponctuelles doivent être lissées pour être projetées sur le moyen terme).

recrutement et de conservation en poste sur l'ensemble des secteurs, notamment en métropole (70% en métropole contre 48% en outre-mer), sur certains domaines de la médecine (psychiatrie, pédiatrie, urgences, ophtalmologie, dermatologie...), sur certains types d'établissements (EHPAD notamment), mais également sur certains métiers du travail social (éducateurs spécialisés, assistants sociaux, aides à domicile, animateurs...).

L'emblématique désertification médicale, dénoncée depuis longtemps, qui illustre et synthétise à elle seule beaucoup de dysfonctionnements, se double d'inégalités territoriales croissantes d'accès aux soins et aux services, notamment entre les bassins urbains et ruraux, qui exposent les populations des territoires à des insuffisance des soins et d'accompagnement engendrant des pertes significatives de chances⁵.

La situation est jugée préoccupante par la communauté nationale, et l'ajustement rapide des effectifs semble difficile

Il ressort de l'enquête « Améliorer l'attractivité des métiers du grand-âge »⁶, que les Français considèrent unanimement (à + de 90%) la pénurie de professionnels comme grave, voire très grave, sur une multitude de points. Le haut degré de préoccupation sur l'ensemble des items, allant de la qualité de vie à la qualité des soins, du patient à ses proches, de la satisfaction des professionnels au bon fonctionnement du système de santé, semble démontrer qu'il s'agit d'un sujet global, national, stratégique et urgent, requérant une approche accordée à ces enjeux et sur lequel le gouvernement et les acteurs de ces secteurs sont très attendus.

Déjà en 2019, le « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge » de Myriam EL KHOMRI, faisant suite au rapport LIBAULT sur la concertation Grand Âge et autonomie, évaluait les besoins de recrutement immédiats sur la filière grand-âge à 60 000 postes non pourvus, et les nécessités de formation à plus de 350 000 aides soignants et accompagnants sur 5 ans, soit 72000 par an⁷. Cela signifie, pour la seule filière grand-âge (que les métiers du *care* débordent largement) qu'il faudrait doubler les flux de recrutement actuels !

De son côté, un rapport de France Stratégie évalue le besoin de recrutement sur métiers en tension à plus de 100 000 pour chacun des métiers d'infirmier, de sage-femme, d'aide-soignants et d'aides à domicile à l'horizon 2030⁸.

La tension actuelle semble révélatrice d'un hiatus profond entre des aspirations individuelles tournées vers la relation humaine et des contraintes collectives dominées par une certaine forme de technicisme

Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), dans son dernier avis⁹, s'alarme à juste titre de ce désengagement quand il évoque « un système inadapté aux évolutions et besoins en matière de santé », une « technicité favorisée au détriment de la relation humaine » conduisant à une crise de confiance des professionnels allant jusqu'à générer des « souffrances éthiques ».

Ce n'est donc pas par hasard si les Français semblent préférer les métiers portés sur la relation et identifiés comme autorisant le temps nécessaire. Ils tendent à privilégier les métiers de service autour des fonctions d'accueil, d'hébergement, de restauration (52%), les métiers de l'animation et assimilés (AES, art-thérapeute, biographe... : 50%), ceux d'assistant social (40%)¹⁰.

5. Plus de 30% des Français résidant dans un « désert médical », 11% de nos concitoyens de plus de 17 ans sans médecin traitant, 45% des médecins généralistes en situation de burnout, des délais d'attente de près de 200 jours avant un rendez-vous chez un ophtalmologiste dans certains territoires, etc. Bruno Rojouan, Rapport d'information sur le volet "renforcer l'accès territorial aux soins", Sénat, 29 mars 2022

6. Cercle Vulnérabilités et Société – Appel Médical, « Améliorer l'attractivité des métiers du grand-âge », octobre 2022 (désignée dans cette note comme Enquête CV&S-Appel Médical 2022). Il s'agit d'une enquête qualitative et quantitative, portant sur les métiers du grand-âge incluant les métiers de direction, d'administration et de logistique. <https://www.vulnerabilites-societe.fr/ameliorer-lattractivite-des-metiers-du-grand-age-resultats-enquete-11-10-22/>

7. Cela se traduit par un « Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie » placé sous la coordination de la Direction Générale de la Cohésion Sociale du Ministère de la santé et des solidarités (2021).

8. France Stratégie, Les métiers en 2030 : rapport du groupe Prospective des métiers et qualifications, p5.

9. Comité Consultatif National d'Éthique, « Repenser le système de soins sur un fondement éthique : leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », Avis n°140, octobre 2022.

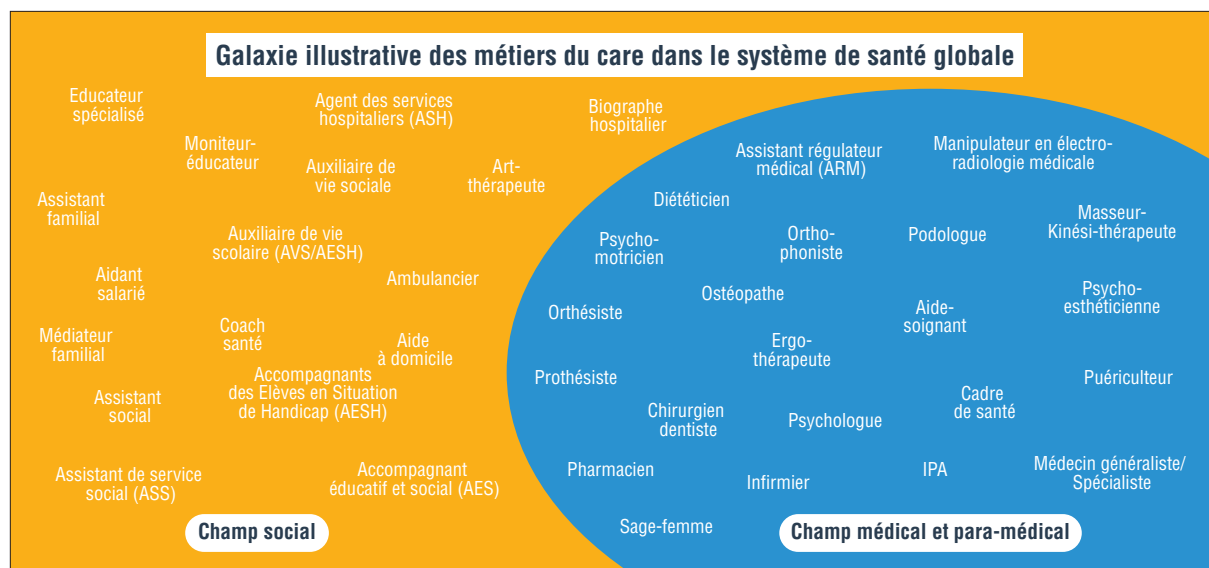
10. Enquête CV&S – Appel Médical 2022.

Les métiers médicaux et paramédicaux, quant à eux, figurent en queue de peloton des préférences : kiné, ergothérapeute, psychomotricien (28%), psychologues (24%), soignants (infirmier, aide-soignant : 23%), mais aussi les métiers du travail à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie... : 21%), et ceux de la médecine (18%). Ces métiers, qui possèdent pourtant par nature une dimension relationnelle forte, sont de plus en plus considérés comme tantôt devenus trop techniques, complexes ou risqués, tantôt (non exclusif) comme devenus pénibles voire ingrats.

② Les leviers d'attractivité résident surtout dans les modalités d'exercice des métiers du *care*

Les métiers du *care*, une galaxie de métiers enracinée dans le « prendre soin »

Les métiers du *care* débordent considérablement les métiers du système de soin pour englober tous ceux qui s'inscrivent dans un système de santé élargi, concourant à la préservation de la santé globale¹¹. Cela se traduit en pratique par une constellation de métiers diversifiés dans des secteurs également divers, qui rend compte de la complexité des interactions, mais illustre également les possibilités de fluidité en termes d'évolution ou de passerelles.



Dans cette perspective, il est insuffisant de s'interroger sur la tension qui pèse sur l'un ou l'autre de ces métiers sans envisager le reste de l'écosystème caractérisé par des déterminants profonds de même nature (valeurs, motivations, pratiques) et recentrés sur l'attention et la relation à l'autre. Cela devrait conduire à prendre en compte ces métiers de façon globale, comme faisant partie d'un écosystème commun, ce qui n'est jamais abordé comme tel.

11. Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) fait la distinction entre le système de soins (établissements, services, administrations et professionnels de santé ainsi que les moyens organisationnels et stratégiques liés à la prestation des soins) et le système de santé qui « englobe le système de soins (offre médicale) dans une perspective large, étendue au champ social et aux facteurs déterminants de la santé » (avis N°140, 2022, p5).

Aujourd'hui, les métiers du *care* bénéficient d'une perception globalement positive, bien qu'ambivalente et qui questionne les croyances collectives

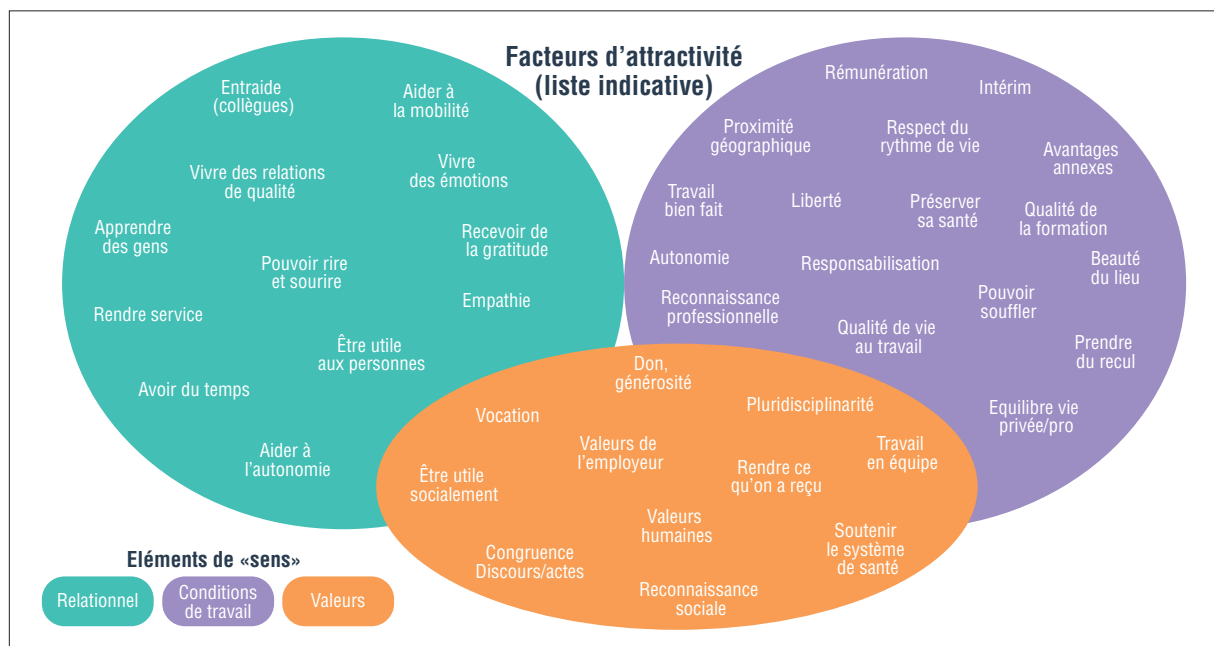
En extrapolant les résultats de l'enquête « Améliorer l'attractivité des métiers du grand-âge » aux métiers du *care* (qui partagent de nombreuses zones d'interaction ou de superposition), on peut observer des positions favorables, mais contrastées :

- ⊗ Les caractéristiques qui sont prioritairement valorisées (Tout à fait d'accord-d'accord) sont principalement le fait que ces métiers demandent des qualités particulières (62%-35%), ont du sens (53%-44%), et demeurent des métiers de vocation (38%-51%).
- ⊗ Pour autant, ces métiers sont considérés comme insuffisamment rémunérés (53%-40%), usants et épuisants (44%-48%), mal reconnus par la société (46%-46%) et dans le système de santé (42%-47%), et sans grande perspective d'évolutions (16%-50%).
- ⊗ Toutefois, un nombre croissant de personnes, surtout parmi les jeunes, considère qu'il s'agit de métiers comme les autres, prenant des distances par rapport à la perception classique d'un métier vocationnel.

Les facteurs d'attractivité mobilisent une dimension et un registre prioritairement construit sur l'humain...

L'enquête « CV&S - Appel Médical 2022 » auprès des Français met ainsi en évidence que les facteurs d'attractivité sont d'abord d'ordre relationnel et social : avoir des relations de qualité avec les personnes accompagnées (51%) ; avoir un métier reconnu pour sa valeur ajoutée humaine et sociale (47%) ; prendre soin et aider des personnes en situation de souffrance, de dépendance, d'isolement (43%). Plus loin, viennent les attentes de nature matérielle : le fait d'avoir une rémunération satisfaisante (42%), avoir des perspectives de carrière (30%). Plus loin encore, viennent le fait d'avoir une garantie de l'emploi dans un secteur à l'abri du chômage (18%) et de participer à relever les défis sociétaux (16%).

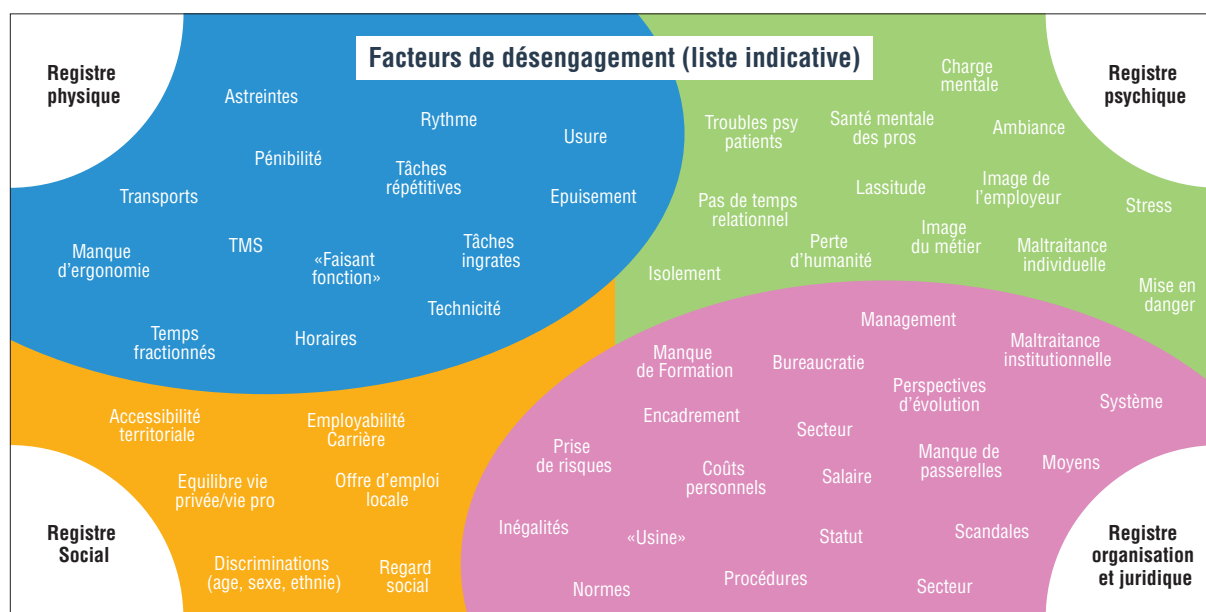
Globalement, les facteurs d'attractivité sont assez ciblés et regroupés autour de quelques attentes fortes qui sont d'ordre relationnel, organisationnel et symboliques (exprimé en valeurs).



...mais lorsqu'ils sont perçus comme entrant en opposition avec les conditions d'exercice du travail, cela provoque alors un retournement propice au désengagement

Le registre humain est celui qui apparaît comme ayant été le moins soutenu, sinon le plus malmené depuis des années du fait de la restriction des moyens, de la réduction du temps consacré à la relation, de la technicisation des tâches, de la bureaucratisation, de la taylorisation... etc., conduisant à un sentiment de dénaturation du métier.

Dans ce contexte, il suffit que quelques conditions de travail viennent durablement dégrader les facteurs d'attractivité pour compromettre sévèrement l'engagement.



Les facteurs de désengagement, plus aisément identifiables que les facteurs d'attractivité, sont aussi plus hétérogènes et diffus. Dans cette perspective, autant l'action sur les facteurs d'attractivité est susceptible de produire des effets globaux, structurels et durables, autant l'action sur les facteurs de désengagement, pour autant nécessaire, semble avoir une portée ciblée, conjoncturelle et plus éphémère.

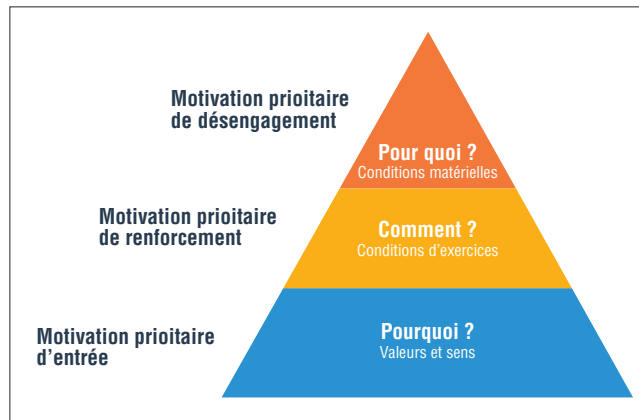
À travers les aménagements et recompositions de l'exercice du métier, il faut désormais répondre à une pyramide d'attentes évolutives

À l'aune de travaux qualitatifs¹², on peut établir une sorte de hiérarchie des attentes, chacune jouant un rôle de renforcement ou de dégradation des autres :

- ⊗ L'attente première porterait sur la dimension relationnelle et le sens du métier. Elle déterminerait l'essentiel de la motivation et serait la principale réponse à la question « pourquoi voulez-vous exercer ces métiers ? ».
- ⊗ En second lieu vient la possibilité de bénéficier de conditions de travail de qualité de nature à soutenir la motivation. Faute de possibilités relationnelles ou de sens jugés satisfaisants, les conditions de travail semblent devenir une revendication forte. Elle est la réponse au « comment voulez-vous exercer ces métiers ? ».
- ⊗ Troisième facteur d'attractivité par ordre d'occurrence, la rémunération et les avantages en nature¹³. Il est cependant établi que le salaire doit demeurer « attractif » et « décent », et que la poursuite du rattrapage, vu leur faible niveau persistant (s'agissant également de métiers qui n'ont pas tous été inclus dans le Ségur), continue de se justifier.

12. Focus group réalisés en préambule de l'enquête CV&S – Appel Médical 2022.

13. Au moment de l'enquête, les 3,5% d'augmentation de la fonction publique (et équivalent à 3% dans l'ESS) n'avaient pas encore été déployés en sus du SEGUR et des mesures « Laforcade ».



Ainsi, faute de relations et de sens, faute de conditions de travail satisfaisantes, la rémunération qui n'est pas une attente première, devient un critère déterminant. Comme par défaut, comme pour compenser le manque de sens et la pénibilité ressentis. Cela constitue le principal élément de réponse à la question « qu'est-ce qui vous rattache encore à ce métier ? ».

La relation humaine apparait ainsi comme le pilier du *care*, l'élément structurel abimé - sinon écarté - sur lequel est édifié tout le système de santé dans son ensemble, et pas seulement le système de soins qui en est une partie. Une approche véritablement systémique de cette question semble reposer par nature sur une « clinique de la relation » qui est à réhabiliter et dont le défaut pénalise désormais sévèrement non seulement la santé globale des sujets, mais aussi l'attractivité des métiers du *care*¹⁴.

3 Pour soutenir durablement l'attractivité des métiers du *care*, une refondation est indispensable

L'attractivité des métiers du *care* s'inscrit dans un contexte temporel tendu où se heurtent l'urgence et l'anticipation, le court et le moyen terme, les mesures à effet immédiat et les modifications structurelles requérant la définition d'une politique et des investissements.

Mais ce qu'il est impératif d'entreprendre pour assurer la soutenabilité du système ne doit pas être dissous dans l'immédiateté de remèdes sans impact structurel.

Dès lors, il est nécessaire d'inscrire les actions à mettre en œuvre dans une perspective qui contribue à soutenir durablement l'équilibre du système de prise en soin et d'accompagnement.

À court terme, cela suppose la mise en place d'actions-minutes et adaptatives, notamment en travaillant autour des flux sous-jacents dans le système. Détaillées dans le chapitre II ci-dessous, ces actions visent à tirer parti des gisements identifiés et à effet rapide pour optimiser le recrutement et la fidélisation.

À moyen terme, cela implique une évolution du système, lui permettant de se reconfigurer de façon plus profonde, globale et concertée. Détaillées dans le chapitre III ci-dessous, ces propositions d'actions visent à construire une vision collective et touchent à l'action publique autant qu'à des réorganisations au sein des territoires.

14. Voir la tribune cosignée d'un collectif de cliniciens, incluant le neurologue Boris Cyrulnik, « Le systémicien est un véritable clinicien de la relation. Il réduit la complexité des situations sans la dénaturer », Le Monde, 26 novembre 2022, et invitant les pouvoirs publics à mettre une approche méthodique de « la relation » au cœur de la santé mentale et de la société.



À COURT TERME : FLUIDIFIER LES TRAJECTOIRES ET LES ORGANISATIONS POUR OPTIMISER LE RECRUTEMENT ET LA FIDÉLISATION

1 Tentative d'équation autour des métiers du *care*

La situation actuelle des besoins en termes d'accompagnement, et des ressources qu'ils mobilisent, peut être résumée selon l'équation suivante.

$$\text{A} = \frac{\text{B} + \text{C}}{\text{C}}$$

Detailed description of the equation diagram: The equation is presented within a rectangular box. On the left side, a yellow rounded rectangle contains the text 'Volume de besoins d'accompagnement' with a circled letter 'A' below it. This is followed by an equals sign. On the right side, the numerator consists of two yellow rounded rectangles: 'Ressources humaines professionnelles' and 'Ressources humaines non professionnelles', separated by a plus sign. A circled letter 'B' is positioned above the plus sign. The denominator is a single yellow rounded rectangle containing 'Efficience (efficacité organisationnelle + niveau de qualité du service rendu)', with a circled letter 'C' below it.

→ Soit A, qui définit l'intangible du besoin, et qui est à considérer comme le principal déterminant du reste de l'équation. Ainsi :

- ⊗ Plus A croît vite, ou plus on tarde à agir, et plus la pression qui s'exerce sur les autres termes de l'équation (B et C) est forte, rendant impératives des actions principalement volumétriques à court terme, mettant l'accent sur les leviers d'attractivité à effet immédiat (dans l'ordre, rémunération et conditions de travail).
- ⊗ Moins A croît vite, ou plus on anticipe, et plus on bénéficie de libertés d'action pour travailler l'attractivité durable sur les facteurs de fond (relation et sens, formation, perspectives de carrière) et pour agir de manière structurelle¹⁵.

→ Soit B, qui rassemble l'ensemble des ressources humaines de nature à accompagner et prendre soin des personnes, avec des niveaux d'interventions diversifiés :

- ⊗ Un niveau professionnel, qui représente l'immense majorité des situations et fait intervenir une myriade de métiers, dont certains demeurent parfois méconnus.
- ⊗ Un niveau « non-professionnel », au sein duquel interviennent les bénévoles (souvent dans un rôle d'adjuvant de qualité des professionnels) ainsi que les familles (s'agissant notamment des proches aidants), les personnes concernées et les pairs-aidants riches de leur savoir expérientiel.

De fait, plus A est élevé et plus la volumétrie nécessaire des ressources est importante. Et lorsque l'un des deux niveaux (professionnel en premier lieu, non-professionnel de manière secondaire) connaît des turbulences, cela peut conduire à un réajustement significatif des pondérations en termes d'activité (qui fait quoi) et de complémentarité (selon quel périmètre).

¹⁵. On ne peut que regretter l'absence d'anticipation, qui a conduit à différer les actions nécessaires et à durcir le système, a lourdement contribué à accroître le volume des besoins (A), créant la situation d'insoutenabilité actuelle.

➔ **Soit C caractérisant les gains obtenus en termes de ressources pour réaliser une unité de tâche, qui joue au sein de l'équation un rôle de régulateur.**

Deux moyens permettent de se mettre en capacité d'encaisser la contraction des ressources B :

- ⊗ Soit améliorer l'efficacité du système à travers une modification des méthodes de travail ou de l'organisation vers des modalités plus agiles¹⁶ (effets à moyen terme nécessitant des investissements), occasionnant des effets de ciseau (départs avant remplacements) et des transitions possiblement délicates ;
- ⊗ Soit (non exclusif) réduire les standards de qualité du service rendu en abaissant la norme attendue (effets à court terme, économies).

Nota Bene :

Il n'est pas dans le périmètre de cette note de traiter des moyens de réduire le volume de besoins d'accompagnement (A), mais d'y répondre. La question des métiers de la prévention, concourant à la préservation par anticipation de la santé globale, qui sont un instrument-clé dans la réduction du volume de besoins total¹⁷, se pose évidemment de manière essentielle. Pour autant, elle a été délibérément écartée du périmètre de la présente note, tant pour des raisons de pertinence (la temporalité nécessaire n'étant pas à l'échelle de l'urgence du problème actuel) que pour des raisons de complexité systémique (la prévention étant d'abord un sujet de politique de santé globale avant d'être un sujet de métiers et de leur attractivité)¹⁸.

Dans une moindre mesure, la variable C est restée également plutôt en dehors du périmètre de la note. D'une part, le Cercle V&S ne saurait préconiser des solutions fondées sur un abaissement de la norme (les ratios d'accompagnement par exemple) ni des mesures aux effets seulement courttermistes qui pourraient altérer en profondeur le bon fonctionnement d'un système s'inscrivant dans une temporalité longue. D'autre part, les évolutions des méthodes de travail ou d'organisation relèvent des politiques d'établissement, apparaissant comme très spécifiques et donc difficilement généralisables dans leur principe.

Il en résulte que les analyses et préconisations contenues dans cette note portent essentiellement sur la variable B et ses composants.

② Émergence de 4 champ d'actions complémentaires

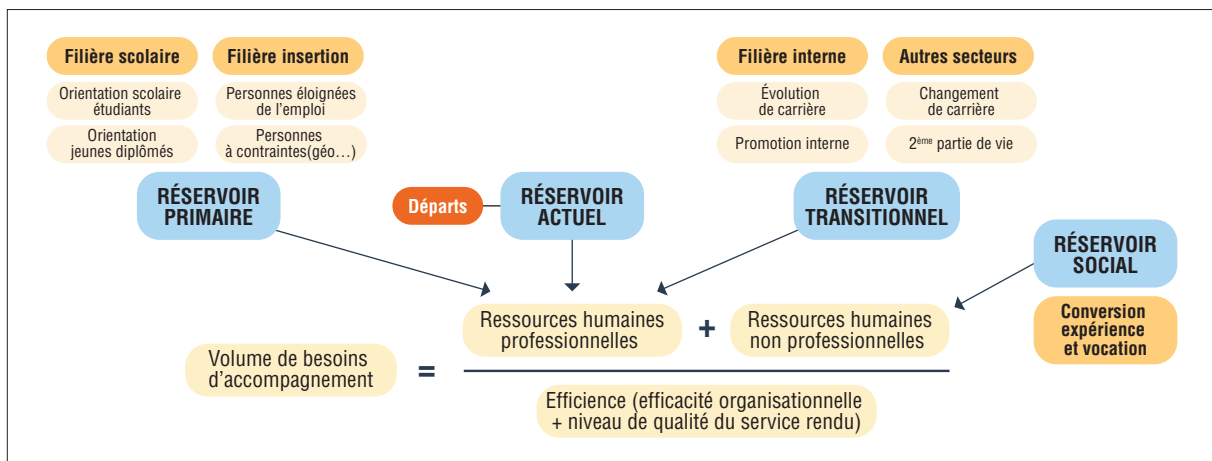
De cette équation ramenée à l'élément B (stock et flux de professionnels), on peut déduire 4 grands champs d'actions qui constituent autant de « réservoirs » de ressources, disposant de caractéristiques et de contraintes propres, mais dont l'ensemble forme un écosystème interconnecté :

- ⊗ Un **réservoir primaire**, constitué des filières d'éducation et d'insertion professionnelle,
- ⊗ Un **réservoir actuel**, composé des personnels en activité (associant dans une moindre mesure les jeunes retraités), affecté par un volume de pertes lié aux départs,
- ⊗ Un **réservoir transitionnel**, rassemblant les filières internes (promotion et évolution au sein des métiers) et les autres secteurs d'activités,
- ⊗ Un **réservoir social**, intégrant les ressources non-professionnelles et dédié à la conversion de l'expérience de bénévoles ou de proches aidants.

16. Ex : méthode Buurtzorg : modèle d'organisation qui répond aussi bien aux besoins des patients et des soignants, en auto-gestion ce qui permet la liberté et la responsabilité aux soignants d'adapter leurs soins aux besoins réels. Développé aux Pays -Bas, Buurtzorg vient de : Buurt « le quartier », Zorg « soins », le modèle de « Soins de proximité », une organisation dite « organique » (contraire d'une organisation « mécanique »).

17. Voir sur ce point le récent rapport sur la décarbonation de la santé du Shift Project (<https://theshiftproject.org/article/decarboner-sante-rapport-2021/>).

18. On peut toutefois noter qu'en EHPAD, par exemple, les professionnels qui sont également mobilisés sur un centre de ressources de prévention disent en tirer une très grande satisfaction professionnelle.



Dans cette optique, les recommandations ou pistes d'actions proposées au titre de l'un ou l'autre de ces réservoirs exercent possiblement une influence sur les autres.

C'est ce qui motivera d'ailleurs l'expression d'un cinquième champ d'actions transverses (cf. chapitre IV - Piloter l'évolution de l'écosystème des métiers du *care*).

3 Analyse des caractéristiques de chaque réservoir et propositions d'actions

A Au titre du réservoir primaire (actions sur les filières d'éducation et d'insertion professionnelle)

L'attractivité initiale des métiers du soin reste très forte : parmi les presque 11,5 millions de vœux confirmés dans Parcoursup par les candidats en 2021, près de 10% concernent les deux formations qui arrivent largement en tête des formations les plus demandées : diplôme d'État infirmier d'abord et parcours accès santé spécifique (PASS) ensuite.

Pourtant, par la suite, on observe d'une part une orientation de moins en moins évidente des jeunes diplômés vers les métiers qui font pourtant l'objet de leurs études¹⁹ et, d'autre part, une forme de désaffection des étudiants vers ces métiers dès leur orientation. Certains de ces métiers, abusivement dévalorisés (notamment les métiers très en tension d'aide-soignant), sont souvent proposés à des élèves en impasse scolaire, ce qui du point de vue de certains professionnels ne concourt pas à susciter des vocations auprès du reste de la population²⁰.

Dans la filière insertion, ces métiers semblent pour l'heure relativement mal connus, mais surtout peuvent être extrêmement sensibles aux contraintes géographiques (éloignement du lieu d'activité et coûts inhérents, bassins d'emploi) et techniques (maîtrise d'une technicité souvent perçue comme rédhitoire).

19. Ainsi d'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, entre 20 et 25 % des étudiants qui ont réussi le concours de première année n'exercent pas la médecine dix ans après (données 2016) ; de même, près de 30% des jeunes diplômés abandonneraient la profession d'infirmier dans les 5 ans qui suivent le diplôme selon le Syndicat National des Professionnels Infirmiers SNPI

20. Source : phase qualitative de l'étude CV&S 2022.

En tout état de cause, ce réservoir d'effectifs bute encore sur plusieurs phénomènes :

- ⊗ L'absence de lisibilité des métiers concernés : ce qu'ils recouvrent et comment ils peuvent conduire à de possibles évolutions de carrières au sein d'un maquis d'activités parfois peu identifiables.
- ⊗ La faiblesse de compréhension par les prescripteurs comme Pôle Emploi, de ce que sont ces métiers et ce qu'ils signifient comme tâches et actions au quotidien, et comme compétences psycho-sociales et techniques à mobiliser. Il en résulte une orientation peu qualitative, parfois par défaut, vers les métiers du *care*.
- ⊗ La faiblesse d'image concernant l'exercice effectif de ces métiers comme des établissements où ils opèrent, le monde socio-sanitaire n'étant pas toujours en capacité à en faire valoir la modernité (attributs anciens, absence de technologie ou de design attractif des lieux). Plus encore, au sein des bassins d'emplois, l'absence de communication spécifique, positive et portée le cas échéant par les professionnels eux-mêmes semblent faire défaut. Il est ainsi constaté que des activités telles que des plateformes logistiques (type Amazon, dont les conditions de travail sont pourtant décriées) parviennent à se rendre plus désirables via une promotion adaptée et ciblée sur l'environnement immédiat (journées porte-ouvertes par exemple).
- ⊗ Les conditions d'exercice réelles sont rarement en phase avec les attentes des personnes ou avec les promesses, tant au plan de la qualité de vie (conditions économiques, maîtrise du temps personnel) que de la qualité d'être (sens, relation aux personnes...)

Dans une perspective de développement durable, il est essentiel de veiller à une cohérence très forte entre la promesse et sa réalisation.

Ce qui peut être fait pour faire évoluer les voies d'accès initial aux métiers

De manière prioritaire

- Sensibiliser au collège et lycée, dans le cadre des « humanités » sur ces métiers et leurs valeurs humanistes - et plus largement sur la question de la vulnérabilité - pour susciter des vocations précoces. Prévoir notamment pour cela des journées découvertes ou des semaines d'observation (niveau 3^{ème} ou lycée) dans des établissements de proximité (Ehpad, MAS, ESAT, etc.) autour des métiers et des publics du *care*.
- Recourir à des formes de pédagogie par l'action, tels que des projets solidaires ou au contact d'aînés, de personnes handicapées ou précaires par exemple, permettant d'acquérir les compétences psycho-sociales se situant au cœur du *care*.
 - ⊗ Illustration : les « Options Croix-Rouge » proposées un peu partout en France, sont un programme pédagogique sur l'année invitant des élèves volontaires à s'engager avec la Croix-Rouge française, avec un mix d'enseignements théoriques (les valeurs humanitaires, le droit international humanitaire, les gestes qui sauvent...), d'actions concrètes bénévoles (préparation de maraude, aide alimentaire...) et de projets solidaires.
- S'engager dans le développement du service civique volontaire, dans le secteur médico-social notamment (la mobilisation est déjà forte auprès des établissements pour personnes âgées, mais assez faible dans le handicap), puisqu'on sait que 1 volontaire sur 3, à la fin de son expérience d'engagement, souhaite (re)commencer des études dans le secteur ou y chercher directement un emploi (chiffre FEHAP, 2021).

De manière complémentaire

- Dresser un inventaire de la diversité des tâches métier par métier pour promouvoir l'étendue relationnelle et servicielle du métier (accompagnement, animation, réadaptation, autonomie...) et pour ne pas les réduire aux seules tâches présentées comme ingrates (toilette, nettoyage, gestion...). Les faire reconnaître comme tâches structurelles du *care* par les pouvoirs publics et leurs délégataires et les inclure dans le calcul des dotations.
- Afficher des parcours types de carrière réalistes (avec indication des conditions concrètes : rémunération, évolutions, passerelles).
- S'appuyer sur les plateformes de l'inclusion et capitaliser sur les expérimentations en cours dans une vingtaine de départements.
 - ⊗ Ex : Invie CD 78, Vocations avec Croix Rouge Insertion...
- Créer un système de contrat d'inclusion entre les recruteurs et les écoles pour favoriser l'entrée (et le maintien) dans le métier : système de parrainage/tutorat à l'obtention du 1^{er} poste, suivi de l'école avec personne ressource sur la première année, clause de bilan à 3 ans, stages préalables de découverte sur plusieurs services, etc.
- Promouvoir la dimension moderne et tournée vers l'avenir des métiers, par exemple via l'intégration et la formation aux ressources que les nouvelles technologies peuvent apporter (matériels technologiques et de simulation, outils digitaux et de réalité virtuelle, organisation digitale). Également élargir l'obligation de formation à la E-santé à un périmètre plus large des métiers du *care* (aide-soignants, etc.).

B Au titre du réservoir actuel (ou champ d'actions dédié aux personnels en activité au sein des structures)

La situation actuelle est dominée par un nombre de départ inédit dans la profession, qui ressemble parfois à une véritable saignée en termes d'effectifs. Marginalement, cette évasion peut être liée à de profondes disparités entre les conventions collectives, mais également à de fortes concurrences entre établissements ou nature d'établissement (Public vs privé, Hôpital vs Ehpad...) que la pénurie exacerbe. Pour autant, la raréfaction des ressources humaines se traduit par un déficit global.

Car plus profondément, cette crise s'inscrit au cœur d'une forme de démotivation structurelle que chaque départ contribue un peu plus à amplifier.

Ainsi, le système actuel ne semble plus en capacité – en l'état – de retenir des professionnels en offrant de quoi répondre à leurs attentes, du moins telles qu'elles ressortent par exemple de la phase qualitative de l'enquête « CV&S - Appel Médical 2022 » :

- ⊗ La contraction sur les plannings, mais aussi les plages horaires incompressibles, sont autant d'éléments qui pèsent lourd lorsque de plus en plus de personnes estiment important de pouvoir concilier leur vie professionnelle et leur vie privée,
- ⊗ Le mode de fonctionnement en flux tendus amène de plus en plus de situations de responsabilités déportées : elles peuvent conduire à ce que des tâches soient réalisées en dehors de son champ de compétences, voire à ce que chacun se sente en situation de jouer le rôle de son supérieur... (faisant fonction, manque de formation et de reconnaissance, prise de risques...),
- ⊗ La technicité requise de certains métiers semble boucher l'avenir et les évolutions de carrières (réduction des passerelles en emploi),
- ⊗ La rémunération, si elle n'est pas un critère majeur d'attractivité, semble toutefois (quand elle est jugée insuffisante) constituer un critère répulsif fort pour les personnes en activité (réservoir actuel).

Ce qui peut être fait pour faire évoluer les modalités de recrutement et pour fidéliser

De manière prioritaire

- Sur une période nécessairement ramassée pour parer au plus pressé, avoir une politique plus active et pilotée d'intégration de l'emploi intérimaire ou de CDD dans les collectifs de travail pour optimiser les coopérations (en sollicitant les apports du travail temporaire : notamment regard critique d'éléments étrangers au service, apports d'expériences glanées ailleurs...) et pour éviter les effets de bords actuels de la pénurie dans les organisations.
- Assouplir et moderniser les modalités actuelles de recrutement pour répondre à des besoins fluctuants : permettre le recrutement des collaborateurs directement par les équipes elles-mêmes (cooptation), promouvoir le cadre contractuel de gré à gré (contrats d'heures à la carte, autoentrepreneuriat, CESU...), fluidifier le recrutement par le digital (applications numériques : tiktok...), encourager les possibilités de faire des missions ponctuelles variées, sous forme de détachement par exemple.
- Décentraliser le pilotage des tâches : « déverticaliser » les fonctions, faciliter la gestion et les plannings par les équipes elles-mêmes responsabilisées et gratifiées collectivement, favoriser le décroisement (autonomie vs. division des tâches), la subsidiarité, et in fine renforcer le « pouvoir d'agir » (cf. Rapport Piveteau). À ce titre, développer des méthodes de management responsabilisantes (incluant une évolution de la formation des managers) permettant une effectivité de l'autonomie des professionnels et des équipes.
- Encourager le droit à l'initiative pour développer des projets différenciants/innovants et des expérimentations, avec l'appui des hiérarchies et autorités de tutelle, pour sortir des répétitions et des routines enfermantes et sclérosantes : dans cette optique, envisager les moyens d'encourager l'esprit d'initiative (à travers par exemple des primes et promotions à l'innovation, en mettant en place des budgets participatifs internes à l'établissement...) par les acteurs les plus proches et les mieux connaissant les besoins des personnes (ASH, AES, animateurs, etc.). Partir d'une connaissance des acteurs de terrain.
 - ▷ Promouvoir la démarche intrapreneuriale comme vecteur de valorisation des talents et porteuse d'attractivité (ex : accélérateur 21 de la Croix-Rouge française)
- Régénérer la formation des managers et cadres en y intégrant dans les modules de sciences humaines et sociale davantage d'éléments humains (psychologie, sociologie, anthropologie, éthique...) ainsi que des éléments relatifs à l'innovation (design social, innovation sociale, transformation de l'offre...) par-delà le cadre actuel très orienté sur les sciences de gestion.

De manière complémentaire

- Organiser des actions de support de nature à améliorer la qualité de vie professionnelle et limiter les risques d'épuisement : médiation, formation à la gestion du stress, participation à des groupes de réflexion éthique, innovation, création de rituels, groupes de parole obligatoires (inter et/ou intra) sur le temps de travail, la supervision...
- Soutenir la création de réseaux d'Alumni (anciens élèves) sur l'ensemble des filières, qui constituent des viviers de recrutement privilégié de jeunes (ou moins jeunes) diplômés et des mécanismes de transmission.
- Repenser l'exercice du métier en appliquant une approche « design » intégrée, spécifique aux métiers du *care*. L'enjeu est de moderniser l'exercice de ces métiers en faisant évoluer ce qui en constitue l'expérience et l'écosystème : les visuels, le vécu sensoriel, les espaces, les circulations, les relations et interactions, les procédures, les systèmes de ressource, etc., intégrant l'expérience vue du patient.
 - ▷ Illustration : en 2022, la Caisse des Dépôts a conclu un partenariat avec l'école de Design de Nantes (master media, motion design, scénographie, graphisme...) pour renouveler la réflexion sur l'attractivité des métiers du grand âge à travers des séances de travail de type « sprint ».

- Mettre le sujet des problèmes de recrutement et d'attractivité de certains métiers à l'ordre du jour du Conseil de vie sociale et de la Commission des usagers, pour co-construire des réponses avec les représentants des usagers, des familles et des professionnels. Au-delà des instances prévues à cet effet, capitaliser sur le savoir expérientiel des personnes soignées et accompagnées pour revisiter les organisations et les pratiques professionnelles, et enrichir le quotidien d'un salarié en cohérence avec sa mission (qui elle-même, mobilise des compétences traduites dans une fiche de poste).
- Stimuler la distinction entre établissements, en renforçant la marque employeur, la réputation locale. Dans cette optique, positionner davantage les métiers du *care* comme gisement d'emploi au niveau local.
 - ⊗ Développer des avantages ciblés (à partir des facteurs de désengagement) permettant, par exemple, une meilleure prise en charge des frais de transport restant à charge pour les professionnels du domicile ou des réseaux (reste à charge pour les agents, coûts d'entretien des véhicules personnels...), ou l'attribution de conditions d'hébergement pour les personnes géographiquement éloignées des établissements (logement in situ...).
 - ⊗ Développer des systèmes de « *welcome packs* » sous forme de primes ou d'avantages (primes, financement de mutuelle...) auprès des nouveaux « entrants », assortis éventuellement d'un contrat fidélité (3 ans). Sur le même principe, imaginer des « *welcome back* pour les revenants ».
- Construire, sur la base des profils/attentes, des *Tools Kits* mis à disposition des acteurs de terrain, en vue de les aider dans leur démarche de recrutement : annonces type de recrutement, conseils...

C Au titre du réservoir transitionnel (ou champ d'actions dédié aux filières internes et d'autres secteurs)

La complexité administrative freine sévèrement les possibilités d'évoluer au sein de ces métiers :

- ⊗ Soit lorsque l'on est en poste et que l'on veut changer de métier et/ou de fonction, du fait notamment d'une structuration verticale et statique se traduisant par des freins à la promotion. La pénurie au niveau des métiers « subalternes » conduit de plus à geler la situation en maintenant les personnes dans leur poste, ce qui freine de fait leurs possibilités de promotion et d'évolution de carrière et fige la dynamique du système.
- ⊗ Soit lorsque, travaillant dans un domaine externe aux métiers du soins, on souhaite rejoindre la filière des métiers du *care*, et que l'on en est entravé du fait de certains verrous administratifs (diplômes et possibilité d'équivalence notamment) ou de lectures sectorielles persistantes (silos, cloisonnements).

Les surcoûts non compensés lors du passage d'un métier à un autre (ex. aide-soignant vers celui d'infirmier) constituent également un frein important aux possibilités d'évolution que peuvent offrir les établissements. De même, l'absence de lisibilité des parcours avec des conventions trop diverses, des intitulés de postes et de leurs applications disparates, etc., handicape la fluidité des évolutions.

Ce manque de dynamique, de perspectives, de fluidité dans le système, conduit inexorablement à gripper les possibilités de flux internes ou externes, limitant ainsi les possibilités d'évolution, trop assujetties à des diplômes conditionnés à une expertise technique plutôt qu'ouvertes à d'autres compétences essentielles (telles que les compétences relationnelles).

Sur ce point, il apparaît important de faire évoluer le contenu des formations, de façon à les rendre plus accessible tout au long de la vie du soignant, mais aussi de façon plus ponctuelle pour de nouveaux arrivants dans ces métiers.

Ce qui peut être fait pour faciliter les conversions professionnelles vers les métiers du *care*

De manière prioritaire

- Assurer la durabilité des compétences et des emplois en rendant lisible les perspectives d'évolution professionnelle pour l'ensemble des métiers du *care* : passeports de compétences, grilles de progression, plans de carrière, plans de formation continue...
- Généraliser et déployer davantage les dispositifs de transition collective d'une autre activité vers les métiers du *care* (Rapport El Khomri).
- Renforcer les investissements publics en matière de formation qualifiante pour encourager et faciliter les transitions professionnelles : intégrer la formation des métiers à partir d'une expérience professionnelle significative (comme c'est déjà le cas à partir du métier d'aide-soignant vers le métier d'infirmier).
- Créer à destination des organismes d'accès à l'emploi (Pôle Emploi, associations, recruteurs) des matrices de conversion entre les référentiels de compétences de différents métiers vers les métiers du *care* pour faciliter l'accès à ces métiers à des demandeurs d'emploi en identifiant des compétences originales, notamment celles issues de l'expérience (soft-skills).
- Créer des jurys rapides VAE pour accélérer le traitement et résorber l'encombrement des milliers de dossiers en attente.
- Créer également les passerelles de sortie des métiers du *care* pour ne pas donner aux professionnels le sentiment d'un enfermement durable dans ces métiers et leur offrir d'autres perspectives d'évolution externes, et ainsi fluidifier les trajectoires entrantes et sortantes dans une dynamique globale.

De manière complémentaire

- Créer des réseaux entre écoles formant à différents métiers pour faciliter les passerelles en cours de carrière (ex IFSI avec écoles de travailleurs sociaux).

D Au titre du réservoir social (ou champ d'actions dédié à la valorisation et la conversion de l'expérience non-professionnelle)

Il apparaît de plus en plus établi que les métiers de l'accompagnement sont de plus en plus dépendants de la présence d'une « ressource » d'origine non-professionnelle, quantitative et qualitative, qui demeure insuffisamment identifiée et valorisée, et sans laquelle la situation serait assurément plus chaotique. Le système pourrait donc s'enrichir :

- ⊗ De proche aidants, dont le rôle de vigie et d'interface avec les équipes, voire de soignant et d'accompagnant de premier niveau, permet de développer sur le tas des aptitudes quasi-professionnelles ;
- ⊗ De personnes vivant ou ayant vécu des situations de vulnérabilité (maladie, handicap...) qui disposent d'une expertise spécifique liée à leur expérience, laquelle peut être bénéfique pour d'autres patients à travers des actions d'expertise-patient ou de pair-aidance ;
- ⊗ De bénévoles qui, au quotidien, soulagent déjà l'activité des professionnels, amenant du temps et de l'énergie, et ont une compétence pouvant permettre d'humaniser et d'optimiser la prise en charge des personnes. De même, le cas échéant, des bénévoles engagés dans d'autres domaines (service civique par exemple), à condition qu'ils puissent disposer d'une formation préalable.

Dans une perspective de gestion et d'accroissement des flux vers les métiers de l'accompagnement, ces trois populations non-professionnelles constituent un vivier possiblement exploitable, d'autant qu'elles développent de véritables savoirs expérientiels pouvant être opportunément convertis²¹. Dans cette optique notamment, le récent vote touchant à l'ouverture de la VAE aux proches aidants²² constitue une première étape qui peut et doit être renforcée.

Ce qui peut être fait pour valoriser les savoirs expérientiels des non-professionnels du *care* (patients, proches aidants, bénévoles) et leur permettre de s'orienter vers ces métiers

De manière prioritaire

- Reconnaître l'expertise du « pair-aidant » dans la perspective d'une coopération optimisée avec les professionnels : développer à ce titre des pratiques innovantes et plus économes en ressources, et développer les outils de formation et de valorisation des acquis d'expérience des pairs-aidants (jusqu'à créer de nouveaux métiers du *care* ?).
- Intégrer les aidants et leurs compétences spécifiques telles qu'elles sont aujourd'hui mises en évidence²³ dans une organisation des soins là où les ressources manquent le plus (et vraisemblablement au-delà de la seule fonction d'aide à domicile).
- Permettre le recours au bénévolat, dans un cadre très encadré et limité dans les tâches et le temps, comme ressource ponctuelle et voie d'accès possible (préprofessionnalisation) aux métiers.
- Développer des incitations fiscales pour les familles s'impliquant dans l'hébergement et l'accompagnement des proches, de façon à réduire les besoins en effectifs de professionnels.

De manière complémentaire

- Encourager les stages d'études, ainsi que le service civique vers les métiers de l'aide à la personne.
- Encourager les entreprises à développer le mécénat de compétences pour faire connaître et déstigmatiser ces métiers, les activités de bénévolat orienté *care* sur le temps de travail et les journées solidaires des entreprises (actions ciblées) pour élargir l'accès aux métiers du *care* en provenance du champ social.
- Identifier et adresser des prestations réalisables par des non-professionnels, par exemple autour d'une extension du relayage (inspiré du « balluchonnage ») à d'autres domaines que le vieillissement (pathologies chroniques, handicap...).
- Permettre un maintien temporaire du salaire pour les aidants qui mettent en suspension leur activité professionnelle (au-delà de l'indemnité journalière de congé de proche aidant) afin de mieux faire face, de manière transitoire, à la pénurie de professionnels.

21. Voir sur ce point l'étude « Aidance et Compétences » du Cercle V&S en partenariat avec AG2R La Mondiale, l'AFA, le CDIFF et le Ministère du Travail (<https://presse.ag2rlamondiale.fr/actualites/reconnaitre-et-valoriser-les-competences-issues-de-l'experience-d'aidance-dans-le-monde-professionnel-de98-3a203.html>).

22. Novembre 2022.

23. Etude « Aidance et Compétences ». Ibid.

Bénéfices attendus sur l'ensemble des réservoirs

➔ Stabiliser les organisations pour limiter la « saignée », voire inverser la courbe à court terme :

- ⊗ Contribuer à renouveler l'intérêt de ces métiers et à en améliorer la désirabilité,
- ⊗ Améliorer les conditions d'exercice,
- ⊗ Réduire la versatilité actuelle de certains parcours en emploi (arrêt en cours d'étude ou après une fraîche embauche),
- ⊗ Actualiser ces métiers selon les attentes professionnelles, relationnelles et éthiques des nouvelles générations,
- ⊗ Faciliter l'accès aux métiers du *care* à des profils non stéréotypés.

➔ Gagner en fluidité en termes de parcours professionnels :

- ⊗ Répondre aux attentes de seconde (ou troisième) parties de carrières,
- ⊗ Modéliser des formes prévisibles d'intégration de nouvelles populations,
- ⊗ Stimuler l'inventivité et l'engagement.

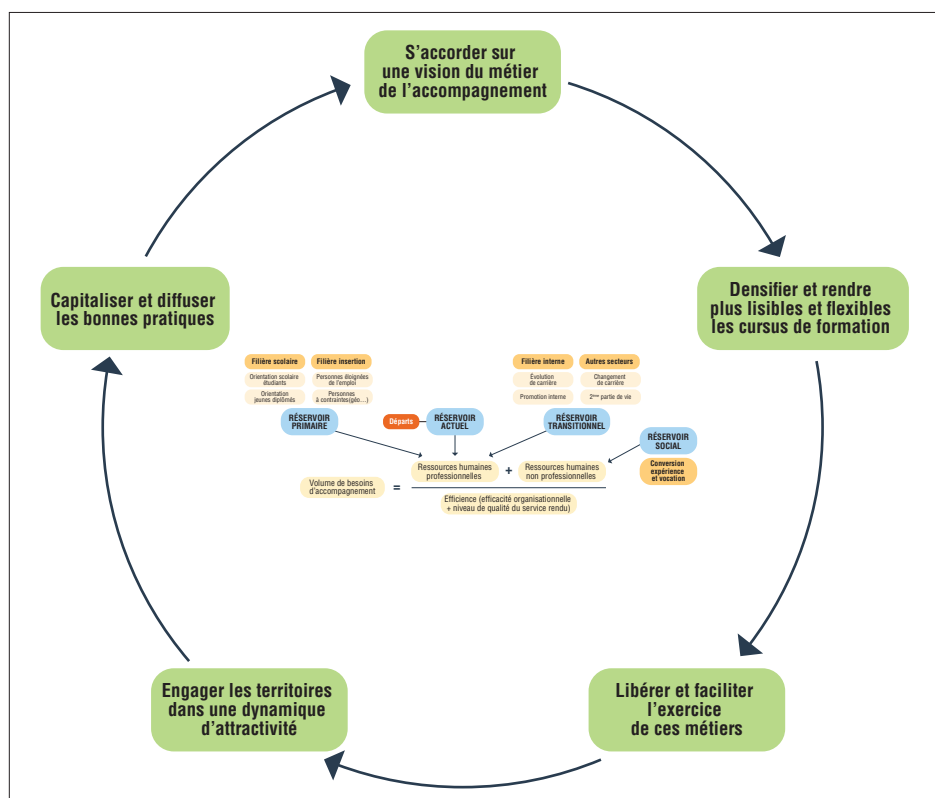
➔ Renforcer les liens entre les bassins de vie et les métiers qui s'y exercent :

- ⊗ Piloter des gisements de ressources encore peu exploités aujourd'hui,
- ⊗ Impliquer l'ensemble des acteurs territoriaux : professionnels de santé, paramédicaux, travailleurs sociaux, familles et bénévoles engagés,
- ⊗ Concourir à un meilleur partage collectif des enjeux de l'accompagnement.



À MOYEN TERME : PILOTER LES MÉTIERS DU *CARE* COMME UN ÉCOSYSTÈME PROPRE, POUR FACILITER LA COHÉRENCE, LA FLUIDITÉ ET L'IMPACT D'ENSEMBLE

L'ensemble des premières actions identifiées ne sauraient être conduites de façon isolée, sauf à courir le risque de perdre en puissance et en impact. Dans cette optique, il semble qu'il y ait sur cette question la nécessité d'une mobilisation massive, concertée et transversale à la fois des pouvoirs publics, des territoires, mais aussi des corps constitués au sein de la filière du *care*.



À ce titre notamment, il semble plus que jamais nécessaire de :

1 S'accorder sur une vision commune des métiers du *care*

De manière prioritaire

- Organiser une conférence de consensus sur les métiers du *care* pour les penser dans un écosystème de métiers et de fonctions pouvant aboutir à une meilleure lisibilité et identification des parcours professionnels et des possibilités d'évolution :
 - ⊗ En redéfinissant le soin autour d'un écosystème étendu à des composantes complémentaires : technique, humain, souffrance globale, coopération avec les familles...
 - ⊗ En engageant une réflexion sur la dimension humaine du métier comme une véritable expertise de la relation, que tout le monde n'est pas capable d'exercer (non-interchangeabilité),
 - ⊗ En pilotant l'évolution et le développement de ces métiers à travers une dynamique interministérielle (délégation),

- ⊗ En faisant participer des recruteurs tels que Pôle emploi ainsi que des représentants des ARS et Conseils Départementaux à la définition de cette expertise et, par effet rebond, à ce qu'elle peut apporter aussi dans d'autres secteurs (effet vertueux de l'emploi d'anciens « soignants » dans les organisations),
- ⊗ En dépassant la seule « vocation sacrificielle », pour valoriser les bénéfices induits pour les personnes exerçant ces métiers plutôt que les besoins auxquels ils sont confrontés,
- ⊗ En créant une journée nationale des métiers du *care*, avec relais et speed dating.
- Créer une visibilité culturelle homogène et une filière professionnelle du *care* prenant en compte la galaxie des métiers pour quitter la logique des « tuyaux », des « silos » et des secteurs (qui obéissent à une logique plus bureaucratique que fonctionnelle) et faciliter les passerelles, les pauses et les trajectoires de carrière non rectilignes.
- Redéfinir les référentiels (référentiels métiers, de compétences et de formation) de certains des métiers du *care* afin qu'ils soient mieux adaptés à l'évolution des besoins des bénéficiaires et s'appuyer sur la réingénierie de ces métiers pour en réviser le périmètre.
- Faire évoluer les fonctions de gestionnaire de structures (direction, cadre, gestionnaire du personnel) vers celles d'un véritable pilotage RH des métiers du *care*, prenant en compte les spécificités humaines de ces métiers pour dépasser la seule gestion par fiches de postes. Une telle approche est nécessaire pour renforcer la congruence entre le cœur du métier, son pilotage et les conditions effectives de travail, et contribuer à renforcer l'envie et le pouvoir d'agir.

2 Densifier et rendre plus lisibles et flexibles les cursus de formation

De manière prioritaire

- Recentrer les filières sur une poignée de métiers-cadre, englobant un éventail de spécificités (plutôt que des spécialités qui renforcent et tendent à figer des « silos »), pour réduire un catalogue hétéroclite de métiers devenu illisible et cloisonnant : moins de diplômes différents et plus de certificats ou d'aptitudes au sein de ces diplômes.
- Promouvoir des voies d'accès privilégiant une première expérience du terrain pour contrebalancer la prééminence des savoirs académiques : développer davantage l'alternance et l'apprentissage, les stages d'immersion, le mentorat, la VAE...
- Renforcer l'apprentissage de l'interdisciplinarité en initial et en continu (couvrant l'ensemble des métiers du *care* et incluant les métiers de la direction, du management, de l'administration...) : temps de formation en commun au sein des différents métiers, multiplication de temps et d'espace d'échanges au sein des cursus pour apprendre à travailler et à résoudre ensemble, y compris à travers des échanges inter-écoles. Se former ensemble pour mieux travailler ensemble...
- Généraliser sur le champ du *care*, y compris sur les métiers et les parcours peu diplômants, le système des ECTS²⁴.

De manière complémentaire

- Assurer l'accès à des connaissances transverses (fresque des métiers du *care*), à travers par exemple des modules de formation en ligne partagés permettant de découvrir et de se former à d'autres métiers (MOOC...).

24. Le Système européen de transfert et d'accumulation de crédits ou ECTS pour European Credit Transfer and Accumulation System, est un système de points développé par l'Union européenne dans le cadre du processus de Bologne et de l'espace européen de l'enseignement supérieur.

3 Repenser, libérer et faciliter l'exercice de ces métiers

De manière prioritaire

- Faciliter les passerelles entre les secteurs (sanitaire, médico-social, social) et entre les établissements (hôpital, EHPAD, MAS, structures d'aide à domicile...) en levant notamment les verrous administratifs et en valorisant la formation dans la polyvalence des postes.
- Mieux réglementer la technique du « faisant fonction » en en limitant la durée et en y adjoignant une obligation pour l'employeur de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et de promotion professionnelle autour d'un plan de carrière et d'un contrat de compétences obligatoire construit en début d'embauche.
- Reconnaître les formations à la dimension relationnelle ou intellectuelle (éthique) du métier comme des éléments essentiels, impératifs et de premier plan de la formation continue, à la dimension motivationnelle forte, et non comme des aspects optionnels et secondaires par rapport aux aspects techniques ou sécuritaires.
- Inclure dans l'évolution de la T2A et des cotations pour les GMPS²⁵, la valorisation du temps relationnel (avec les patients, entre professionnels, groupes de parole, supervision...) prenant en compte les exigences et risques spécifiques à la relation.
- Réduire les tâches bureaucratiques pour rendre du temps aux tâches de *care* : simplifier les procédures administratives et de contrôle sur le terrain, donner davantage de marges de manœuvre et de droit à l'expérimentation, créer des centres de ressources administratives partagées.
- Opérer une revalorisation salariale équitable homogène et en harmonisant les normes sanitaires ou médico-sociales avec l'ensemble des secteurs.

De manière complémentaire

- Élargir les critères de pénibilité spécifique physique et psychique, inspirés des métiers du *cure*, aux métiers du *care* et mettre en regard des avantages spécifiques : retraite, flexibilité dans l'emploi (variation des tâches, missions temporaires), dans les rythmes professionnels (pauses, temps relationnels...).
- Encourager le rééquilibrage des genres au sein des métiers du *care*, le fort taux de féminisation actuel pouvant contribuer à créer des freins, tant chez les femmes que chez les hommes.

4 Engager les territoires dans une dynamique d'attractivité

De manière prioritaire

- Construire une politique coordonnée de l'emploi des métiers du *care* au niveau régional : impliquer les ARS dans le pilotage des stocks et flux des professionnels avec la création d'une fonction pilote (bureau des métiers du *care*) articulée avec Pole Emploi. Cela pouvant aller jusqu'à un système de gestion et de planification de type GPEC au niveau régional ou à la mise à disposition d'une banque de professionnels intermittents ou indépendants mobilisables...
- Ajuster le pilotage de l'emploi au niveau des bassins de vie, et dans cette perspective notamment, renforcer les actuelles plateformes des métiers de l'autonomie, en étendant leur champ d'activité au-delà du handicap et du vieillissement (effet sur réservoirs actuels et transitionnels également).

25. T2A : tarification à l'activité. GMPS : groupe iso-ressources moyen pondéré soins.

De manière complémentaire

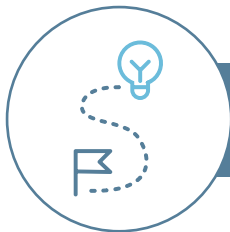
- Développer une stratégie régionale d'accompagnement des établissements à travers la création de centres de ressources et d'expertises, en capacité à conseiller les établissements en termes d'optimisation de leur organisation et à orienter leurs politiques de recrutement et de fidélisation.
- Assurer une meilleure reconnaissance des formations ou des expériences étrangères (équivalence de diplômes ou VAE) pour attirer une main d'œuvre rapidement disponible.
- Faciliter l'octroi de titres de séjour sur les emplois en tension (appliqué à l'écosystème global des métiers du *care*) avec en contrepartie des contrats d'engagement mutuel et des conditions strictes²⁶.

5 Capitaliser et diffuser les bonnes pratiques

De manière prioritaire

- Définir une culture du *care* forte et spécifique dans chaque organisation pour développer des pratiques propres et de nature à accroître le sentiment d'appartenance.
 - Ex : l'Arche en France a ainsi reformulé sa culture interne autour des « gestes de l'Arche » consistant en une co-construction avec les professionnels et bénévoles des bonnes pratiques et bons états d'esprits, déclinés en 7 propositions qualitatives conjuguées au « Je » (« A l'arche : J'écoute... ; J'établis... ; J'agis... »), et constituant une véritable charte interne des valeurs et de l'engagement.
- Créer, sous l'égide des fédérations du secteur de l'accompagnement, un observatoire des expériences inspirantes, permettant à tous les établissements d'avoir accès à des démarches d'upgrade (méthode de recrutement...) éprouvées.
- Valoriser les apports positifs de l'expérience vécue, donnée et reçue à travers le témoignages des professionnels.

26. Cela soulève cependant des questions d'ordre éthique par rapport à l'impact sur les systèmes de santé de ces pays en voie de développement dont on chercherait à attirer les talents.



CONCLUSION

La tension extrême qui pèse aujourd'hui sur les métiers du *care* oblige à des modifications structurelles plus qu'à des ajustements fonctionnels et sectoriels.

Cela implique une remise à plat des représentations et des dispositifs traditionnels, devenus statiques, dominés par des réflexes sécuritaires et fonctionnels, articulés autour de cloisonnements (silos) et de la primauté de la technicité (lecture mécanique).

Il s'agit d'oser à présent une approche en écosystème dynamique marqué par la fluidité des ressources, la mobilité, la décentralisation, la coopération et l'inventivité...

Cela requiert de remettre au centre la dimension structurante et motivationnelle du *care* qui constitue le moteur de l'attractivité ou du désengagement : l'attention à l'autre, considéré dans sa dynamique de santé globale, et la primauté de la relation humaine.

Quatre réservoirs ont été identifiés (primaire, actuel, transitionnel et social) qui peuvent chacun faire l'objet de mesures ciblées pour doper l'emploi.

Pour autant, un pilotage global (national et local) est impératif pour initier l'évolution du secteur et des métiers (dans une dimension transverse du sanitaire, du médico-social et du social) afin de libérer le « pouvoir d'agir » et de réveiller l'envie de s'engager.

Cela passe par une approche du *care* autour d'un écosystème cohérent, partageant les mêmes déterminants.

L'urgence de la situation oblige à poser des mesures aux effets immédiats (stopper l'hémorragie), mais aussi à oser entreprendre sans délai une restructuration profonde du système global de l'offre (par-delà les sous-systèmes/secteurs existants) pour répondre, en responsabilité, aux évolutions démographiques et à leurs incidences sanitaires et sociales, qui étaient et demeurent totalement anticipables.



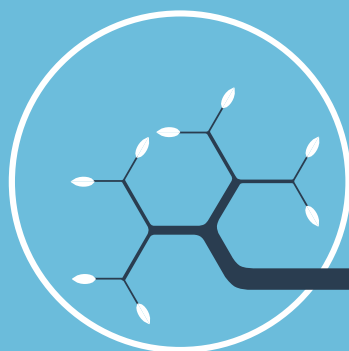
MERCI AUX PARTICIPANT·E·S (GROUPE DE TRAVAIL ET RELECTURE DE LA NOTE)

Par ordre alphabétique.

- ⊗ **Bernard BRESSON** (Arche en France)
- ⊗ **Pierre CATALAN** (FEHAP)
- ⊗ **Jérémy DOUTRELIGNE** (Œuvre Falret)
- ⊗ **Lorène GILLY** (France Alzheimer)
- ⊗ **Johan GIRARD** (Croix-Rouge française)
- ⊗ **Yenny GORCE** (Vivre et Travailler Autrement)
- ⊗ **Céline GRELIER** (HandiEM)
- ⊗ **Pascal GUERINET** (Domitys)
- ⊗ **Guéno­lé JAN** (Maison de Santé de Bordeaux Bagatelle)
- ⊗ **Murielle JAMOT** (Croix-Rouge française)
- ⊗ **Pr Claude JEANDEL** (Médecin gériatre, Président du CNP de Gériatrie)
- ⊗ **Stéphane JEUGNET** (Appel Médical)
- ⊗ **Dr Éric KARIGER** (Maisons de Famille)
- ⊗ **Valérie MOULINS** (Hôpital Foch)
- ⊗ **Anne PAREDES** (AG2R La Mondiale)
- ⊗ **Véronique de PRACOMTAL** (Arche en France)
- ⊗ **Loïc ROLLAND** (Caisse des dépôts)
- ⊗ **Thibault de SAINT BLANCARD** (Alenvi)
- ⊗ **Catherine SCHWARTZ** (Fondation Partage et Vie)
- ⊗ **Marie TAVERNE** (Vivre et Devenir)
- ⊗ **Sylvain TRUFFIER-BLANC** (Adef Résidences)

CO-RAPPORTEURS

- ⊗ **Thierry CALVAT, Tanguy CHÂTEL et Édouard de HENNEZEL**
co-fondateurs du Cercle Vulnérabilités et Société



Cercle Vulnérabilités et Société

www.vulnerabilites-societe.fr

@Cercle VS

Contact : team@vulnerabilites-societe.fr

Les structures membres du Cercle Vulnérabilités et Société,
engagées dans la réflexion et l'action pour *faire de la vulnérabilité une force !*



LA PRÉSENTE NOTE DE POSITION N'ENGAGE PAS INDIVIDUELLEMENT CHAQUE MEMBRE DU CERCLE V&S