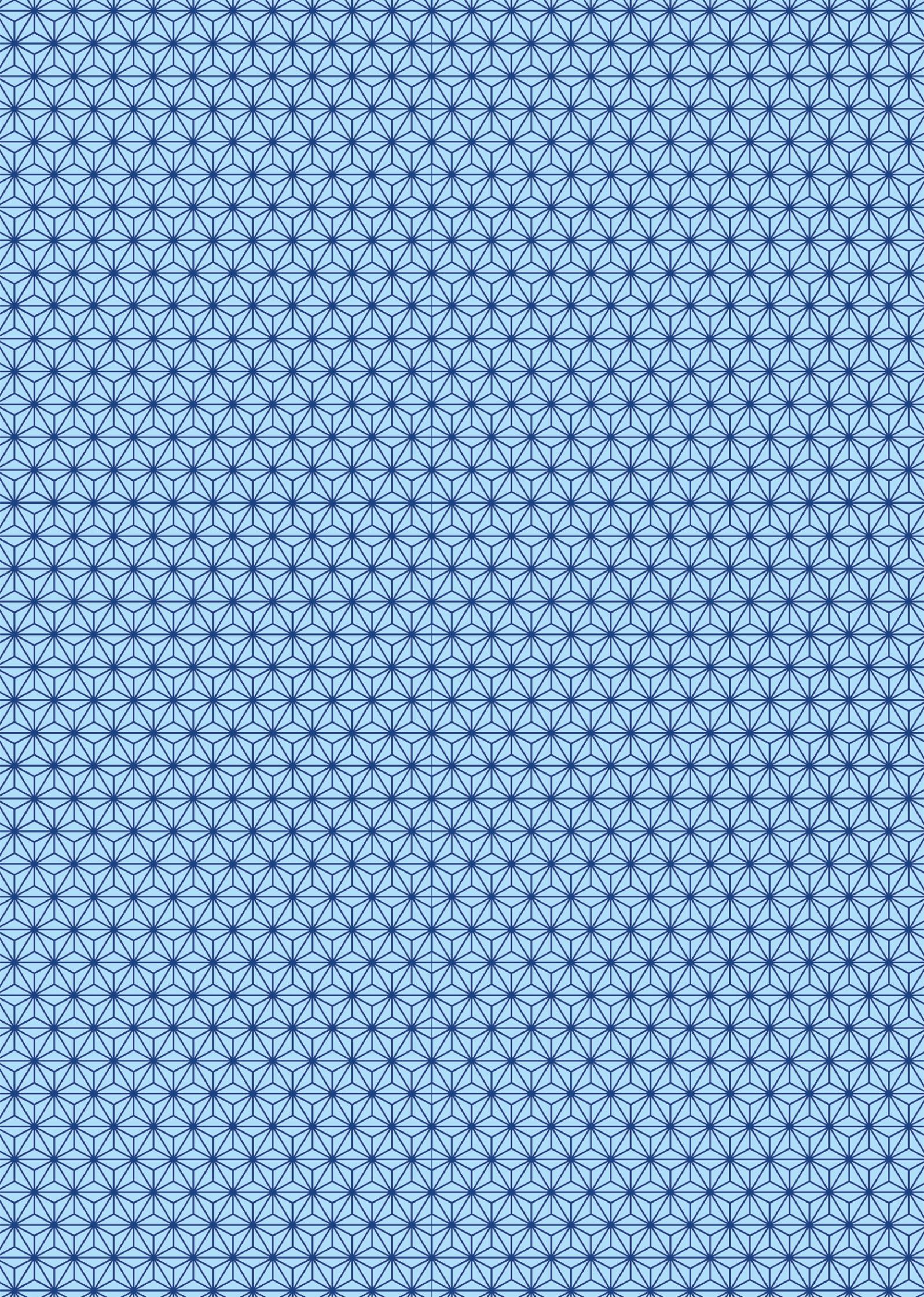




# Acteurs et publics du soin et du lien social en Nouvelle-Aquitaine : quels parcours pour quels besoins ?

Octobre 2022



# **Acteurs et publics du soin et du lien social en Nouvelle-Aquitaine : quels parcours pour quels besoins ?**

**Auto-saisine du Conseil économique, social et environnemental régional de Nouvelle-Aquitaine**

**Rapport présenté par la commission « Éducation, emploi, formation »  
Avec la contribution de la commission « Coopérations interrégionales, transfrontalières et internationales – Europe »**

**Adopté à la majorité  
Lors de la séance plénière du CESER du 11/10/2022**

# Table des matières

<b><u>TABLE DES MATIERES</u></b> .....	<b>2</b>
<b><u>COMPOSITION DE LA COMMISSION 1 « ÉDUCATION, FORMATION ET EMPLOI »</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>REMERCIEMENTS</u></b> .....	<b>7</b>
<b><u>PREAMBULE</u></b> .....	<b>8</b>
<b><u>SYNTHESE DU RAPPORT</u></b> .....	<b>11</b>
<b>SYNTHESE DES CONSTATS : DES DISPOSITIFS A FAIRE EVOLUER POUR S’ADAPTER AU PLUS PRES DES BESOINS DES PUBLICS ET DES ACTEURS</b> .....	<b>11</b>
<b>SYNTHESE DES PRECONISATIONS</b> .....	<b>12</b>
<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>14</b>
<b>UNE AUTO-SAISINE DU CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL REGIONAL DE NOUVELLE-AQUITAINE</b> .....	<b>14</b>
<b>À QUI S’ADRESSE CE RAPPORT ?</b> .....	<b>14</b>
<b>QUESTIONNEMENTS CLES ET LIGNES DIRECTRICES : QUELS PARCOURS POUR QUELLES PRATIQUES ET QUELS PUBLICS ?</b> .....	<b>15</b>
<b>METHODE : DES SOURCES VARIEES POUR UNE PROBLEMATIQUE DENSE</b> .....	<b>16</b>
<b>ESPRIT DES PRECONISATIONS</b> .....	<b>16</b>
<b>STRUCTURE DU RAPPORT</b> .....	<b>16</b>
<b><u>I. UNE CONCEPTION POLITIQUE DU SOIN ET DU LIEN SOCIAL EN FRANCE ET EN NOUVELLE-AQUITAINE A DECLOISONNER</u></b> .....	<b>18</b>
<b>I.A. PERIMETRE DE L’ETUDE, CADRE THEORIQUE ET PRINCIPALES DEFINITIONS</b> .....	<b>18</b>
I.A.1. DES « METIERS DU SANITAIRE ET DU SOCIAL » AUX PARCOURS DANS LES ACTIVITES DU SOIN ET DU LIEN SOCIAL : DEFINITIONS DES PRINCIPAUX TERMES ET CHOIX THEORIQUES .....	18
I.A.2. PERIMETRE DE L’ETUDE : ACTIVITES, STRUCTURES, STRATES HIERARCHIQUES ET PUBLICS CONCERNES .....	20
<b>I.B. UN HERITAGE HISTORIQUE FORT : DES METIERS STRICTEMENT HIERARCHISES</b> .....	<b>22</b>
I.B.1. DES METIERS ET DES ACTIVITES A L’ORIGINE SOUVENT RELIGIEUSE, LIANT « SANITAIRE » ET « SOCIAL » JUSQUE DANS LES ANNEES 1960 .....	22
I.B.2. DES PRATIQUES HIERARCHISANT LES PUBLICS PAR RAPPORT AUX PROFESSIONNELS .....	24
I.B.3. DES HIERARCHIES ENTRE PRATICIENS TANT OFFICIELLES QU’INFORMELLES .....	26
I.B.4. UNE HIERARCHISATION ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES EN LIEN AVEC LA PRECARITE DES CONDITIONS D’EXERCICE	27
<b>I.C. CERTAINS UNIVERS PROFESSIONNELS MARQUES PAR UNE STRUCTURATION « METIERS »</b> .....	<b>29</b>
I.C.1. DES STATUTS, BRANCHES ET FILIERES PROFESSIONNELLES FORTEMENT STRUCTUREES TANT DANS LE SECTEUR « SANITAIRE » QUE « SOCIAL » .....	29

I.C.2.	DES FILIERES DE FORMATION ANCIENNES DONT UNE PARTIE S'INSCRIT DANS LE CHAMP DE COMPETENCES DE LA REGION	30
I.C.3.	DES STRATEGIES POLITIQUES ET ECONOMIQUES BASEES SUR L'HYPOTHESE D'UNE ADEQUATION ENTRE DES BESOINS DES STRUCTURES EMPLOYEUSES ET UN VIVIER DE PERSONNES FORMEES A DES « METIERS »	31
<b>I.D.</b>	<b>LES « METIERS DU GRAND AGE ET DE L'AUTONOMIE », « METIERS DU LIEN », « METIERS DE LA COHESION SOCIALE » : UNE STRUCTURATION FLOUE PROPICE A LA PRECARITE</b>	<b>32</b>
I.D.1.	UNE PREOCCUPATION POLITIQUE RECENTE POUR DES METIERS PEU RECONNUS	32
I.D.2.	UNE NEBULEUSE AUX CONTOURS FLOUS ET A L'ORGANISATION « METIER » MOINS STRUCTUREE	33

## **II. UN SYSTEME DE SOIN ET DE LIEN SOCIAL À PENSER EN FONCTION DES BESOINS DES PUBLICS 36**

<b>II.A.</b>	<b>DES ACTIVITES AU CROISEMENT DES CHAMPS ECONOMIQUE, SOCIAL ET POLITIQUE QUI NE DOIVENT PAS REpondre QU'A UNE LOGIQUE DE BESOIN DES EMPLOYEURS, MAIS S'INSCRIre AUSSI DANS LE BIEN COMMUN</b>	<b>36</b>
II.A.1.	ENJEUX ET ECOSYSTEMES ECONOMIQUES AUTOUR DU SOIN ET DU LIEN SOCIAL : DES LEVIERS D'ACTION POTENTIELS	36
II.A.2.	DES DISPOSITIFS PUBLICS ET ASSOCIATIFS LIANT DE PLUS EN PLUS SOIN ET LIEN SOCIAL, PROFESSIONNELS ET PUBLICS	39
II.A.3.	L'EVALUATION DU CARACTERE « NECESSAIRE », « UTILE », « INDISPENSABLE » DE CES ACTIVITES : DES INDICATEURS A INVENTER ET / OU ENRICHIR	42
<b>II.B.</b>	<b>DES EXPERIENCES ET CONCEPTIONS INTERNATIONALES SOURCES D'INSPIRATION POTENTIELLES</b>	<b>42</b>
II.B.1.	COMMUNAUTE FORALE DE NAVARRE	42
II.B.2.	PAYS-BAS : LE SYSTEME <i>BUURTZORG</i>	43
II.B.3.	LE SYSTEME DE SOINS LONGUE DUREE (SLD) DANOIS	44
<b>II.C.</b>	<b>DES BESOINS DE SOIN ET DE LIEN SOCIAL DE PLUS EN PLUS INTERDEPENDANTS</b>	<b>45</b>
II.C.1.	DES BESOINS EN « SANITAIRE ET SOCIAL » AUX BESOINS EN « SOIN ET LIEN SOCIAL »	45
II.C.2.	DES BESOINS DE COHESION SOCIALE ET TERRITORIALE INVITANT A UNE APPROCHE EN TERMES DE PREVENTION ET D'ANIMATION PLUTOT QUE DE CURATIF	49
<b>II.D.</b>	<b>DES BESOINS QUI PEUVENT ETRE DIFFERENCIES, DES SPECIFICITES A PRENDRE EN COMPTE</b>	<b>55</b>
II.D.1.	LES FEMMES : DES BESOINS LIES AUX INEGALITES TERRITORIALES ACCENTUEES PAR LE CRITERE DE GENRE	55
II.D.2.	FAMILLES ET ENFANTS	56
II.D.3.	LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT	57
II.D.4.	SITUATIONS DE HANDICAP	59
II.D.5.	LES SPECIFICITES DES TERRITOIRES RURAUX, A CONSIDERER	60

## **III. UN SYSTEME D'ÉDUCATION, DE FORMATION, D'ORIENTATION ET D'EMPLOI QUI POURRAIT MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PRATICIENS ET PROFESSIONNELS 62**

<b>III.A.</b>	<b>DES ACTIVITES CONNAISSANT D'IMPORTANTES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT</b>	<b>62</b>
<b>III.B.</b>	<b>FORMATION INITIALE : DES ACTIONS NECESSAIRES POUR AMELIORER LA MOTIVATION ET LES PROFILS DES CANDIDATS</b>	<b>63</b>
III.B.1.	QUELLES FORMATIONS POUR QUELS BESOINS ? LE CAS DES FILIERES STRUCTUREES ET DES ACTIVITES RECONNUES	64
III.B.2.	QUELLES FORMATIONS... QUAND IL N'EXISTE PAS DE FILIERE STRUCTUREE OU QUE CELLE-CI EST PEU RECONNUE ?	66
III.B.3.	LES CONDITIONS DE VIE DES ETUDIANTS, UN ASPECT A NE PAS NEGLIGER	68
III.B.4.	DES COMPARAISONS INTERNATIONALES SOURCES D'INSPIRATION	69

<b>III.C. ENTRER DANS CES METIERS, EVOLUER ENTRE EUX ET EN SORTIR : DE NECESSAIRES ACTIONS SUR LES PASSERELLES ET L'ORIENTATION .....</b>	<b>71</b>
III.C.1. L'EXISTENCE DE PLAFONDS DE VERRE ET DE DIFFICULTES DANS LA GESTION DES COMPETENCES QUI DOIVENT QUESTIONNER LES MOBILITES .....	72
III.C.2. LES ENJEUX CRUCIAUX DE LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE (VAE) ET DE L'ACTION DE FORMATION EN SITUATION DE TRAVAIL (AFEST) : L'EXEMPLE DU DIPLOME D'INFIRMIER OU D'INFIRMIERE DIPLOME.E D'ÉTAT (IDE).....	74
III.C.3. AUTRES MESURES A INVENTER POUR FACILITER LA CONSTRUCTION DE PARCOURS.....	74
III.C.4. LA PLACE DU BENEVOLAT, PEU VISIBLE MAIS INDISPENSABLE .....	76
III.C.5. COMPARAISON INTERNATIONALE : LES CARRIERES DANS LE SOIN A DOMICILE AU DANEMARK .....	77
<b>III.D. LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET D'EXERCICE, UN LEVIER D'ACTION PRIORITAIRE .....</b>	<b>77</b>
III.D.1. TEMPS DE TRAVAIL ET REMUNERATION .....	77
III.D.2. VALORISATION, STATUT ET RECONNAISSANCE .....	78
III.D.3. LA MOBILITE ET LE DEVELOPPEMENT TERRITORIAL, DEUX ENJEUX INTIMEMENT LIES .....	80
III.D.4. DES EXIGENCES PHYSIQUES ET MENTALES DU TRAVAIL LARGEMENT PARTAGEES .....	81
III.D.5. RELATIONS DE TRAVAIL .....	83

**CONCLUSION – REPENSER LE LIEN SOCIAL EN NOUVELLE-AQUITAINE : UNE REFLEXION POLITIQUE AU SENS FORT .....** **86**

<b>LE CONSEIL REGIONAL ET SES PARTENAIRES AU CŒUR DE LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS DE PREVENTION ADAPTES A L'EVOLUTION DES BESOINS DES USAGERS ET DES PRATICIENS.....</b>	<b>86</b>
<b>DU CARE A UNE DEMARCHE PLUS COLLECTIVE .....</b>	<b>87</b>

**RECAPITULATIF DES PRECONISATIONS.....** **89**

**BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE – REFERENCES CITEES DANS LE RAPPORT .....** **95**

<b>NOUVELLE-AQUITAINE .....</b>	<b>95</b>
OUVRAGES, RAPPORTS, ETUDES, ARTICLES, AVIS .....	95
ENQUETES, CARTES, CHIFFRES CLES .....	96
<b>FRANCE .....</b>	<b>96</b>
OUVRAGES, RAPPORTS, ETUDES, ARTICLES, AVIS .....	96
<b>INTERNATIONAL .....</b>	<b>98</b>
OUVRAGES, RAPPORTS, ETUDES, ARTICLES, AVIS .....	98
ENQUETES, CARTES, CHIFFRES CLES .....	98

**BIBLIOGRAPHIE ET SITOGRAPHIE – REFERENCES COMPLEMENTAIRES.....** **100**

<b>NOUVELLE-AQUITAINE .....</b>	<b>100</b>
OUVRAGES, RAPPORTS, ETUDES, ARTICLES, AVIS .....	100
ENQUETES, CARTES, CHIFFRES CLES .....	101
<b>FRANCE .....</b>	<b>101</b>
OUVRAGES, RAPPORTS, ETUDES, ARTICLES, AVIS .....	101
ENQUETES, CARTES, CHIFFRES CLES .....	109
<b>INTERNATIONAL .....</b>	<b>109</b>

ENQUETES, CARTES, CHIFFRES CLES .....	109
---------------------------------------	-----

## **SIGLES ET ABBREVIATIONS .....** 110

## **ANNEXES .....** 113

<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>113</b>
<b>ANNEXE 1 : METHODE .....</b>	<b>114</b>
AUDITIONS ET ENTRETIENS.....	114
VISITES DE TERRAIN .....	114
RETOURS D'INFORMATIONS ET D'EXPERIENCES NATIONAUX ET TERRITORIALISES.....	114
SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	115
<b>ANNEXE 2 : LISTE DES INTERVENANTS EN AUDITIONS ET ENTRETIENS .....</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXE 3 : LISTE DES FORMATIONS CONCERNEES PAR LE SCHEMA REGIONAL DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES</b>	<b>119</b>
FORMATIONS MEDICALES .....	119
FORMATIONS DU SECTEUR SOCIAL.....	119
AUTRES CERTIFICATIONS ET DIPLOMES NE DEPENDANT PAS DE LA REGION.....	120
<b>ANNEXE 4 – LISTE DES CONVENTIONS COLLECTIVES INCLUSES DANS LE PERIMETRE DE CE RAPPORT .....</b>	<b>122</b>
STATUTS ET CONVENTIONS COLLECTIVES DANS LE SECTEUR SANITAIRE .....	122
STATUTS ET CONVENTIONS COLLECTIVES DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL .....	123

## **INTERVENTIONS EN SEANCE PLENIERE .....** 125

<b>INTERVENTION INTRODUCTIVE – EMMANUELLE FOURNEYRON .....</b>	<b>125</b>
<b>ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE – FRANCE HANDICAP (APF) .....</b>	<b>127</b>
<b>FORCE OUVRIERE (FO).....</b>	<b>129</b>
<b>FEDERATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITE (FAS) .....</b>	<b>131</b>
STRUCTURE DU RAPPORT .....	131
CONTENU DU RAPPORT .....	131
<b>SUD SOLIDAIRES .....</b>	<b>133</b>
LA FORMATION .....	133
LES CONDITIONS D'EXERCICE .....	133
<b>CONFEDERATION GENERALE DES TRAVAILLEURS (CGT) .....</b>	<b>134</b>
<b>UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ENFANTS INADAPTES (UNAPEI).....</b>	<b>135</b>
<b>CONFEDERATION FRANÇAISE DEMOCRATIQUE DU TRAVAIL (CFDT) .....</b>	<b>136</b>
<b>COMITE REGIONAL OLYMPIQUE SPORTIF (CROS) .....</b>	<b>137</b>

# Composition de la Commission 1 « Éducation, formation et emploi »

Collège 1 (12 membres)	Mme Christelle ABATUT (79)
	Mme Brigitte ALANORE (23)
	Mme Laura BOURIGAULT (33)
	Mme Geneviève BRANGÉ (16)
	M. Jean DEGOS (33)
	Mme Karine DESROSES (86)
	Mme Christel DE OLIVEIRA (79)
	Mme Nathalie GAUTHIER (79)
	M. Gérard GOMEZ (64)
	Mme Sylvie MACHETEAU (79)
	Mme Pascale MOREL (17)
	Mme Alix PORTET- LASSERE (64)
	M. Pierre ROUSSEL (33)
Collège 2 (11 membres)	Mme Anne-Marie CASTÉRA (47)
	M. Olivier CHABOT (33)
	M. Philippe DESPUJOLS (33)
	Mme Wafaa FORT (86)
	Mme Anne-Lise GAZEAU (16)
	M. Marc HAVARD (17)
	Mme Michelle HEIMROTH (64)
	Mme Géraldine JOUSSEAUME (33)
	Mme Véronique LELIBON (33)
	Mme Véronique MOMENTEAU (19)
Mme Nathalie RENOUX (33)	
Collège 3 (15 membres)	Mme Stéphanie ANFRAY (33)
	Mme Amandine BAESEL (33)
	Mme Agnès COUSSOT (87)
	Mme Alyssa DAOUD (33)
	M. Benoît DURET (33)
	M. Philippe GIRARD (17)
	M. Jean-Louis HAURIE (33)
	M. Yves JEAN (86)
	Mme Marie LAHITETTE (40)
	Mme Béatrice LAVILLE (33)
	M. Anthony MASCLE (33)
	M. Philippe MORETTI (17)
	M. Dominique NIORTHE (86)
M. Nicolas POCHELU (33)	
Collège 4 (1 membre)	Mme Dominique IRIART (33)

**Président** : Olivier CHABOT

**Rapporteure** : Sylvie MACHETEAU

**Secrétaire** : Anne-Marie CASTÉRA

Chargée de mission : Marjolaine PARIS

Assistante de commission : Emilie DECAP

Documentaliste : Claudine PRANEUF

## Remerciements

Le CESER Nouvelle-Aquitaine tient à remercier l'ensemble des personnes ayant apporté leur aide à l'élaboration du présent rapport. Les intervenants auditionnés ont en particulier apporté un précieux éclairage pour aborder finement les problématiques traitées.

Les membres de la commission 1 « éducation, formation et emploi » tiennent par ailleurs à adresser leurs remerciements aux membres du CESER qui ont enrichi ce travail par leurs contributions, éclairages et retours sur les diverses versions de travail du document.

# Préambule

## Une crise sanitaire, sociale et économique propice à la réflexion sur les métiers du soin et du lien social...

Le rapport sur l'orientation tout au long de la vie terminé en décembre 2019, l'idée d'engager une auto-saisine sur les formations et métiers des secteurs sanitaire et social commençait à être partagée.

Cette fin d'année 2019, marquée par un mouvement social d'importance dans le secteur médico-social, entre autres, il est apparu indispensable de s'intéresser à ces professions si malmenées et si peu reconnues.

La crise sanitaire, d'ampleur inédite, avec un premier confinement en mars 2020 a ralenti le projet, tout en renforçant la résolution de traiter en profondeur ce sujet.

Qu'a révélé la crise sanitaire ?

Que des métiers pouvaient être non essentiels ?

Avec des professionnels en première ligne, et d'autres dans l'ombre ?

Ou plutôt que l'ensemble des métiers invisibles sont les plus essentiels ?

Quel message a envoyé le Ségur de la santé ?

La nécessaire reconnaissance de la valeur de ces métiers ?

Toutes les professions, y compris sur un même métier, ne peuvent-elles pas être traitées de façon identique ?

Nombreux sont ceux qui lors du premier confinement se sont mis à leur fenêtre chaque soir pour applaudir les soignants.

Mais quels soignants ?

Tous ?

Tous ceux qui contribuent chaque jour au bien-être de tous ?

Ou seulement ceux vus dans les médias dans les services de réanimation ?

## ... Mais des questionnements qui vont plus loin que l'aspect conjoncturel de la crise et interrogent le système dans sa structure

Toutes ces questions révèlent l'état de crise de notre système de santé et le manque de moyens engagés pour répondre aux besoins de la population.

Une situation que le CESER, comme nombre d'autres acteurs, dans son rapport *COVID 19 En Nouvelle – Aquitaine : L'urgence de transformer demain* (CESER NA, 2020-1), a analysé comme un événement inscrit dans une crise profonde et structurelle que traversent l'ensemble des secteurs du soin et du lien.

Celle-ci affecte l'ensemble des professionnels dans la santé, à l'hôpital public en particulier, mais aussi ceux des secteurs social et médicosocial dans leur diversité : infirmiers et infirmières, aides-soignants et aides-soignantes, assistants sociaux et assistantes sociales, éducateurs et éducatrices, animateurs et animatrices, accompagnants et accompagnantes d'enfants en situation de handicap (AESH), médecins...

Cette crise a pour corollaire une forte crise de recrutement liée à l'absence d'attractivité des métiers autour du soin et du lien social, mais aussi un impact tout aussi grave sur l'offre et la qualité de soins (déserts médicaux, urgences fermées ou en tension....), de prévention et de l'accompagnement des personnes.

L'actualité en 2022 confirme que la situation est critique : départs massifs, y compris des médecins, entraînant la fermeture de services d'urgence, mal-être récurrent des professionnels et

conditions de travail particulièrement difficiles avec leur lot de précarité (CDD, temps partiel subi, bas salaires) entraînant une accélération des projets de reconversion des personnels que ce soit dans le médical ou le social.

Cette crise appelle des réponses fortes et audacieuses :

Revaloriser les salaires et les carrières de l'ensemble de ces métiers en reconnaissant à leur juste valeur les compétences (savoir / savoir-faire / savoir-être) par la qualification et le recrutement.

Faire reculer la précarité.

Donner les moyens, par des organisations de travail refondées, aux professionnels de la santé et du lien de travailler dans des conditions éthiques propices à la qualité du travail et du service à l'utilisateur.

Redonner du sens au travail.

Répondre à l'urgence, à la pénurie et au malaise de ces secteurs en rendant les métiers plus attractifs.

## **Les publics et leur accès aux soins et à la santé au sens large, des enjeux d'actualité éminemment politiques**

L'accès au soin pour toutes et tous est un des piliers du pacte social du pays.

Le système de santé ainsi que le développement de structures pour entretenir le lien social sont héritiers de l'ambition de solidarité et d'égalité, à laquelle la France est attachée.

L'exigence d'une vie avec la prise en compte d'une meilleure santé possible est réaffirmée par la population, surtout depuis la crise COVID. Elle concerne aujourd'hui tous les aspects de la vie : alimentation, aspiration à une santé physique et psychologique permettant de s'épanouir, rejet des pollutions, développement corporel...

Cependant, une partie de la population en situation de pauvreté peut avoir tendance à remettre au lendemain les soins fondamentaux, voire n'y accède pas. Dans le même temps, la qualité et la rapidité de l'accès aux soins d'urgence ou quotidiens sont très diverses suivant les territoires. Les temps pour avoir des rendez-vous dans certains secteurs sont extrêmement longs et il est légitime de s'interroger sur les répercussions sanitaires de ces délais.

Les personnes handicapées sont quant à elles prises dans le paradoxe du discours politique prônant « la vie à domicile pour tous », alors qu'en parallèle les moyens affectés à cet objectif subissent une cruelle diminution. Ceci se traduit non seulement par un manque de professionnels qualifiés, mais plus dramatiquement par une absence de personnes permettant aux personnes handicapées de vivre comme tout le monde. Les conséquences de cette pénurie sont dramatiques car même des actes essentiels (lever, coucher...) commencent à ne plus être assurés.

De fait, les inégalités dans l'accès au soin s'accroissent, le défi doit être relevé par tous les acteurs.

Les crises multiples, apparues dans ces secteurs (démissions en chaîne, difficultés de recrutement, fermeture de services essentiels, inégalités territoriales...), accentuées par l'apparition de la COVID 19, imposent une réflexion et une action fortes globales en fonction des besoins, historiques et émergents, de la population et doivent permettre de répondre aux exigences légitimes des professionnels qui ont fait de cette ambition leurs métiers.

## **Un rapport par qui, pour qui ? Une approche principalement sous l'angle « éducation, formation et emploi » à l'adresse prioritairement du Conseil régional**

Il est nécessaire de traiter en profondeur le mal qui ronge ces secteurs. Il a été décidé de rédiger ce rapport sous l'angle principalement de la formation initiale et professionnelle, et de l'emploi.

La cible prioritaire du rapport est le Conseil régional en tant que financeur de formations.

Ce travail a pour objet de contribuer à la réflexion sur les activités du soin et du lien social au prisme, prioritairement, des compétences du Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine et de leurs limites dans le

domaine de l'éducation, de l'emploi et de la formation. Ce point de départ n'empêche pas un élargissement de la réflexion lorsque jugé nécessaire.

## **Un rapport pour quoi, comment ? Une démarche volontairement prospective et tenant compte de la complexité et de la technicité des sujets**

La crise évoquée au début de ce préambule dure depuis plus de 25 ans. L'actualité brûlante vient de rappeler mais ne doit pas occulter une démarche de plus long terme. Ce rapport n'est donc pas une réaction à chaud aux événements les plus récents touchant l'hôpital, le monde du soin et du lien. Il a été fait le choix de ne pas prioriser la temporalité de l'urgence pour aborder la réflexion dans une optique plus approfondie, avec des éléments tant d'histoire que de prospective sur les métiers, les activités et les questions de formation, permettant de replacer ceux-ci dans un contexte plus large.

Qu'il s'agisse de la construction historique, politique et sociale des métiers et activités du soin et du lien social, de la structuration de la formation initiale et continue dans ces domaines ou des questions d'emploi et de conditions de travail, ce sont des sujets complexes et souvent techniques. Dans ce rapport, qui n'est pas un travail universitaire, le parti pris est toutefois de ne pas tomber dans une simplification à outrance des thématiques risquant de faire perdre au lecteur des éléments importants pour la pleine compréhension de celles-ci.

Le choix a été de prendre le caractère complexe et technique des sujets traités afin de ne pas les dénaturer. Divers encadrés, définitions et repères spatio-temporels (cartes, données chiffrées...) tout au long du texte ou en annexes sont autant d'éléments pédagogiques permettant à des lecteurs même non avertis de s'approprier pleinement les problématiques traitées.

Le rapport commence par rappeler le poids de l'histoire dans la construction des métiers et par identifier les différents cloisonnements issus de celle-ci.

Il s'interroge ensuite sur les besoins de la population, en matière de prévention en santé mais aussi en matière de lien social, s'appropriant la définition contenue dans le préambule de la Constitution de l'OMS : **« la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »**

L'accent est enfin mis sur les besoins des praticiens et professionnels : l'idée n'est pas de remettre en cause les métiers actuels ou leur organisation. Les métiers évoluent, mais ils restent essentiels parce qu'ils constituent le socle garantissant les droits, la qualité professionnelle et la qualité d'accueil et d'accompagnement des usagers et des publics...

Au-delà d'une indispensable politique d'ouverture de places en formation, dans une période où de nombreuses personnes cherchent à redonner un sens à leur travail et à leur vie, ce rapport insiste sur la nécessité d'adapter les dispositifs existants pour offrir des parcours et des carrières évolutifs.

Un pas de côté a été fait en allant observer les pratiques à l'étranger, en imaginant des parcours basés sur la reconnaissance de compétences transverses, sans occulter la nécessaire prise en compte de la technicité de ces emplois à valoriser par la qualification. De nombreuses préconisations, dont certaines sont volontairement innovantes, sont proposées afin d'apporter une contribution aux politiques publiques régionales en matière de financement de la formation.

Pour le reste, il appartient à chacune et chacun de continuer les combats qu'elle ou il considère comme justes et nécessaires !

Bonne lecture !

*Olivier Chabot, président de la commission Éducation, formation et emploi*

*Sylvie Macheteau, rapporteure de la commission Éducation, formation et emploi*

# Synthèse du rapport

## Synthèse des constats : des dispositifs à faire évoluer pour s'adapter au plus près des besoins des publics et des acteurs

La crise sanitaire a été l'occasion de porter l'attention du pouvoir politique, des médias et du grand public sur un certain nombre d'activités du soin et du lien social. Pour autant, les enjeux liés à ces activités sont anciens et le CESER Nouvelle-Aquitaine entend les traiter ici au-delà du seul contexte de la crise, dans leur aspect structurant pour la société. Le questionnement directeur proposé est le suivant : **comment accompagner des parcours et des situations de travail** qui répondent à des **besoins de la population** en pleine évolution ?

Ce questionnement induit un double angle d'approche :

- Du point de vue des publics : quels sont les besoins, anciens et plus nouveaux, en matière de soin et d'activités visant à resserrer le lien social et la cohésion en Nouvelle-Aquitaine ?
- Du point de vue des professionnels comme des bénévoles exerçant ces activités du soin et du lien social : comment permettre à ces acteurs aux activités plus ou moins connues d'avoir un parcours professionnel et de vie, ainsi que des conditions d'exercice leur assurant reconnaissance et stabilité, ainsi que la possibilité de répondre au mieux aux besoins de la population ? Quels sont les dispositifs existants dans la région en la matière ? Qu'est-ce qui en leur sein peut être perfectionné ou mis en place ?

Afin de traiter ce sujet complexe, des méthodes variées ont été déployées, amenant à exploiter un ensemble de sources.

Les principaux constats effectués au terme de cette étude sont les suivants, détaillés dans trois parties :

- Les activités du soin et du lien social sont marquées par une forte hiérarchisation ainsi que par un certain nombre de clivages et dichotomies hérités de la construction historique de ces métiers, branches professionnelles et cursus de formation ;  
Ces principes de stratification génèrent des clivages horizontaux comme verticaux dans les univers du soin et du lien social, dont un certain nombre mérite d'être dépassé afin de permettre davantage de co-construction entre publics et praticiens, et davantage de fluidité dans les carrières et parcours de ces derniers ;
- Le système d'activités autour du soin et du lien social mis en place en Nouvelle-Aquitaine ne doit pas être pensé uniquement en fonction des besoins des entreprises et structures employeuses mais également en fonction de ceux des publics pour un équilibre satisfaisant ;
- La possibilité doit être offerte aux praticiennes et praticiens de s'inscrire dans des parcours professionnels et de vie en ménageant des opportunités de se réorienter, tout en permettant l'exercice de ces activités dans les meilleures conditions.

Face à ces constats, ce rapport propose de nombreuses préconisations pour répondre aux questionnements directeurs et améliorer les dispositifs analysés.

## Synthèse des préconisations

Soixante-deux préconisations opérationnelles, insérées au fil du rapport, concernent plus spécifiquement les champs suivants :

Population cible	Thématiques traitées
Publics et usagers	Evolution des besoins, interdépendance des besoins en soin et lien social
	Genre
	Famille et parentalité
	Vieillesse
	Handicap
	Ruralité et mobilités, aménagement du territoire, expérimentations
Acteurs : professionnels, bénévoles, praticiens	Formation initiale
	Formation tout au long de la vie
	Conditions de travail et d'exercice des activités

Parmi cette liste, treize préconisations majeures ont été identifiées par le CESER Nouvelle-Aquitaine.

- **Partie I** : Une conception politique du soin et du lien social en France et en Nouvelle-Aquitaine à décroiser
- ★ Développer une nouvelle forme de groupement d'employeurs à dimension territoriale et multisectorielle, avec une logique de mutualisation, qui permettrait de tisser un lien plus fort entre les différents types d'employeurs des territoires.
- **Partie II** : Un système de soin et de lien social à penser en fonction des besoins des publics
- ★ Créer un lieu d'échanges et d'observation des besoins type « conférence territoriale du soin et du lien social » ou « conseil local de concertation » sur les métiers et enjeux du soin et du lien social.
- ★ Soutenir le développement des pratiques de sport-santé.
- ★ Lancer un plan de recrutement et de formation d'accompagnantes et d'accompagnants de personnes en situation de handicap supplémentaires afin d'augmenter les effectifs actuels.
- ★ Au-delà de la mobilité des usagers, développer la mobilité des praticiens et professionnels pour se rapprocher des besoins des territoires.

- **Partie III** : Un système d'éducation, de formation, d'orientation et d'emploi qui pourrait mieux répondre aux besoins des praticiens et des professionnels

- ★ Renforcer et /ou introduire les notions de care / « prendre soin », et du lien social dans les formations moins structurées et pour les professions moins reconnues, y compris pour des métiers impliquant des contacts avec le public.
- ★ Allouer des financements pour des réorientations vers des formations correspondant à des activités moins classiques et reconnues, mais tout aussi nécessaires au lien social que les métiers traditionnels du sanitaire et du social.
- ★ Organiser les financements de façon à pouvoir couvrir l'ensemble de la durée des formations, qu'elles soient en soins infirmiers ou dans d'autres domaines.
- ★ Lancer une expérimentation sur une VAE inversée qui intègre : ingénierie pédagogique, tutorat renforcé, programmes d'Action de formation en situation de travail, construction de modules théoriques, construction d'un cahier des charges pour la validation finale.
- ★ Permettre aux personnes exerçant des métiers à sujétions fortes, quand leur contexte de vie évolue, d'évoluer vers d'autres opportunités professionnelles, avec des options diversifiées pour le choix des métiers et une reconnaissance des compétences et connaissances acquises.
- ★ Faire connaître et aider au développement de la méthode *Buurtzorg*.
- ★ Créer une formation et / ou des modules de coordinateurs, référents de parcours.
- ★ Outre l'application des dispositifs réglementaires en matière de lutte contre le harcèlement, organiser en collaboration avec les employeurs des ateliers de prévention du harcèlement et des discriminations quels que soient les critères concernés, au sein des structures les moins outillées juridiquement et financièrement pour ce faire (employés à domicile en particulier)

# Introduction

## Une auto-saisine du Conseil économique, social et environnemental régional de Nouvelle-Aquitaine

Dans la continuité des réflexions du CESER sur les conséquences de la crise sanitaire, politique, sociale et économique liée à l'épidémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID 19 ou *Coronavirus 2019 Disease*)<sup>1</sup>, la commission 1 « éducation, formation et emploi » est à l'initiative d'une proposition d'auto-saisine sur les activités du soin et du lien social.

Comment vivre avec ce virus et construire des pratiques résilientes pour refonder une société durement ébranlée par les conséquences de son apparition ?

La Commission « éducation, formation et emploi » propose d'aborder ce questionnement au prisme d'une étude sur les activités du soin et du lien social et des rapports entretenus avec les publics auxquels elles s'adressent.

Ce travail s'inscrit parallèlement dans la poursuite des réflexions de l'assemblée sur les formations dites « sanitaires et sociales » en Nouvelle-Aquitaine, que ce soit à travers l'analyse du schéma des formations sanitaires et sociales néo-Aquitain et des anciennes régions<sup>2</sup>, des contrats régionaux de filières en la matière<sup>3</sup> ou des avis rendus sur des dispositifs plus généraux de soutien à la formation<sup>4</sup>.

## À qui s'adresse ce rapport ?

Le CESER est auprès du Conseil régional (CR) une assemblée consultative représentant la société civile organisée. À ce titre le premier public visé est bien sûr l'ensemble des **élus du Conseil régional**. Les domaines abordés de façon transverse à travers la thématique des activités du soin et du lien social sont nombreux. En plus des élus ayant en charge la **santé** et les questions d'**autonomie**, la **majorité des élus** peuvent être concernés par tout ou partie de ce rapport. Des orientations pour les politiques régionales y sont proposées.

Les investigations de terrain menées dans le cadre de l'élaboration de ce rapport ont montré qu'un **public plus large** est par ailleurs intéressé par la thématique et en recherche de **clés concrètes et problématiques partagées**. Ce rapport s'adresse également aux **praticiens** ainsi qu'aux **employeurs** très diversifiés du champ du soin et du lien social.

Les **institutions et les collectivités locales, en particulier les départements, partenaires de la Région** en matière de **santé, de cohésion sociale, d'éducation, d'emploi, de formation et de conditions de travail** peuvent également y trouver un intérêt.

Enfin, les **usagers des dispositifs publics et privés** de soin et de lien social sur le territoire peuvent aussi être intéressés.

---

<sup>1</sup> CESER NA, 2020 (1).

<sup>2</sup> Conseil économique et social (CES) Poitou-Charentes, 2007 ; Région Poitou-Charentes, 2013 ; Région Limousin, 2014 ; Région Nouvelle-Aquitaine, 2018 ; CESER NA, 2018 (1).

<sup>3</sup> Région NA, 2019.

<sup>4</sup> CESER NA, 2018 (2) ; CESER NA, 2020 (2).

## Questionnements clés et lignes directrices : quels parcours pour quelles pratiques et quels publics ?

Il s'agit ici de se saisir du questionnement ouvert par le récent rapport du CESER *Réaliser l'Égalité 2018-2021* sur les inégalités, les vulnérabilités, voire les fractures renforcées ou générées par cette crise dans différents domaines, et sur les manières de dépasser ces dernières, et de le prolonger.

Comment les liens générés ou renforcés par la dynamique et les acteurs du soin et du lien social participent-ils à ce dépassement en région Nouvelle-Aquitaine ?

Parallèlement et indépendamment de la crise sanitaire, le CESER fait le constat qu'il existe des dispositifs de formation, d'éducation et d'emploi pour les métiers du « sanitaire et du social », dont une partie pilotée par la Région. Ces derniers présentent des aspects intéressants mais aussi certaines limites dans les domaines sur lesquels ils visent à agir :

- Accompagnement des personnes exerçant ces activités (professionnels, mais aussi bénévoles) à différentes étapes : formation initiale et au long de la vie, orientation, changement de métiers, ainsi que dans l'exercice de leur activité professionnelle<sup>5</sup> ;
- Connaissance et reconnaissance d'activités existantes et utiles mais encore peu visibles (nouveaux métiers ou pratiques plus anciennes mais peu valorisées) ;
- Adaptation à des besoins des publics en pleine évolution.

Ce double point de départ amène, concernant plus spécifiquement la politique du *care* et de la cohésion sociale en Nouvelle-Aquitaine au prisme de l'éducation, de la formation et de l'emploi, le questionnement directeur suivant : **comment accompagner des parcours et des situations de travail** qui répondent à des **besoins de la population** en pleine évolution ?

Ce questionnement induit un double angle d'approche :

- Du point de vue des publics : quels sont les besoins en matière de soin et d'activités visant à resserrer le lien social et la cohésion en Nouvelle-Aquitaine ? Ces besoins sont liés aux inégalités, vulnérabilités et fractures générées ou amplifiées par la crise actuelle, mais peuvent aussi être plus structurels et antérieurs à celle-ci. Ils peuvent être partagés par l'ensemble des néo-aquitains et, pour d'autres, spécifiques en fonction des territoires, du genre, du milieu social ou d'autres critères. Les activités et dispositifs, notamment régionaux, existants permettent-ils de répondre à ces besoins, qu'est-ce qui peut être amélioré ou inventé ?
- Du point de vue des professionnels exerçant ces activités du soin et du lien social : comment permettre à ces acteurs aux activités plus ou moins « invisibilisées », mais pour autant essentielles d'avoir un parcours professionnel et de vie, ainsi que des conditions d'exercice leur assurant reconnaissance et stabilité, ainsi que la possibilité de répondre au mieux aux besoins de la population ? Quels sont les dispositifs, notamment régionaux, existants en la matière ? Qu'est-ce qui en leur sein peut être perfectionné ou mis en place ? Ces questionnements concernent également les bénévoles.

Il s'agit pour le CESER de sortir d'une approche exclusive en termes de « métiers », pour privilégier les notions de parcours et de compétence dans l'analyse du fonctionnement de ces activités et les recommandations émises.

---

<sup>5</sup> Sur cet axe, le présent rapport s'inscrit dans la lignée du rapport *L'Orientat* tout au long de la vie en Nouvelle-Aquitaine (CESER NA, 2020).

L'enjeu politique articulant ce double angle d'approche est le renforcement ou la transformation de liens sociaux dans le cadre d'un projet de société éthique et favorable aux personnes comme aux collectifs.

## Méthode : des sources variées pour une problématique dense

Le recueil d'informations s'est appuyé sur quatre principaux types de sources :

- Des auditions et entretiens (27 intervenants entendus) ;
- Des visites de terrain (2 sites à Limoges et La Rochelle);
- Des retours d'information et d'expériences (régionaux et nationaux) ;
- Des sources bibliographiques.

La démarche méthodologique est détaillée en annexe 1.

## Esprit des préconisations

Les dispositifs d'éducation, de formation et d'accompagnement existant actuellement en Nouvelle-Aquitaine comportent des aspects adaptés aux parcours des praticiens et besoins des publics, mais aussi des axes d'amélioration.

Quels sont les éléments qui, au niveau du fonctionnement et des configurations relationnelles au sein desquels s'inscrivent ces activités, sont susceptibles de favoriser cette résilience ? Au contraire, quels sont les éléments dysfonctionnels sur lesquels il est souhaitable d'agir ?

Les soixante-deux préconisations du CESER Nouvelle-Aquitaine s'articulent comme suit :

- Des préconisations transversales, d'ordre stratégique concernant le développement d'un système d'éducation et de formation plus adapté aux besoins des publics comme des praticiens ;
- Des préconisations thématiques, par domaine d'activité, territoire ou catégorie de publics ;
- Des tableaux récapitulant les principales préconisations sont présentés dans la synthèse située au début de ce rapport.

Ces préconisations s'adressent aux différents publics visés par ce rapport : Président et élu du Conseil régional, mais également l'ensemble des acteurs régionaux concernés par les activités du soin et du lien social.

Les treize préconisations considérées comme majeures par le CESER Nouvelle-Aquitaine sont identifiées par le sigle suivant et surlignées en orange : 

## Structure du rapport

Une première partie aborde la structuration du système d'éducation, de formation et d'emploi dans le champ du soin et du lien social ainsi que les différents cloisonnements et principes de hiérarchisation qui le traversent.

La seconde partie s'intéresse à l'adaptation de ce système à des besoins des publics en pleine évolution. La troisième partie aborde, du point de vue des praticiens de ces activités, les évolutions souhaitables du système pour favoriser l'entrée dans ces métiers, proposer des parcours plus fluides et dépasser les cloisonnements existants.

Des **préconisations opérationnelles** sont développées plus particulièrement dans les deuxième et troisième parties, au fil des différentes thématiques traitées.

Chacune de ces trois parties peut ainsi être lue de façon autonome, en fonction des centres d'intérêts du lecteur.

*Note sur la rédaction : des métiers et des femmes*

Dans les actes et les usages administratifs, en vue de participer à la lutte contre les stéréotypes de genre, les dispositions de la circulaire du Premier ministre du 21 novembre 2017 relative aux règles de féminisation et de rédaction des textes publiés au Journal officiel de la République française s'appliquent. Concernant l'intitulé des fonctions tenues par une femme, le choix est fait de systématiquement le féminiser en plus de l'intitulé masculin classiquement utilisé. Cela répond aux règles énoncées par le guide d'aide à la féminisation des noms de métiers, titres, grades et fonctions élaboré par le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et l'Institut national de la langue française (INLF), intitulé *Femme, j'écris ton nom...*

Le seul cas où ce principe n'est pas appliqué ici concerne les noms de métiers ou de diplômes historiques qui, lorsqu'ils ont été créés, n'avaient des intitulés que masculins. Ainsi dans la première partie retraçant l'historique, se trouvent quelques métiers dont les intitulés ne sont pas féminisés.

# I. Une conception politique du soin et du lien social en France et en Nouvelle-Aquitaine à décroiser

Il s'agit de présenter dans un premier temps les choix théoriques, politiques et pratiques constituant le cadre de ce travail (I.A). Puis le cadre historique, social et politique dans lequel se sont construites les professions dites du « secteur sanitaire et social » est posé (II.B), pour aborder ensuite la structuration en métiers de certaines de ces activités (I.C). Le cas des activités moins structurées et organisées est enfin analysé (I.D). Cela permet de comprendre le détail et la complexité des différents mécanismes structurant aujourd'hui ces systèmes d'activités. Des leviers d'action potentiels pour faire évoluer ces systèmes sont identifiés au stade de cette première étape, et développés plus en détail dans les parties suivantes.

## I.A. Périmètre de l'étude, cadre théorique et principales définitions

Cette sous-partie présente les principaux termes employés et les définitions retenues pour ces derniers (I.A.1), puis le périmètre de l'étude en termes d'activités et d'organisations abordées (I.A.2).

### I.A.1. Des « métiers du sanitaire et du social » aux parcours dans les activités du soin et du lien social : définitions des principaux termes et choix théoriques

#### Une préoccupation politique générant de nombreux travaux

De nombreux rapports parlementaires et gouvernementaux ont été publiés récemment sur ces activités ou une partie d'entre elles, avec des vocables différents en fonction des productions.

Le CESER a pris attentivement connaissance de l'ensemble de ces rapports et projets de loi<sup>6</sup>, que la présente analyse a vocation à compléter et enrichir avec un regard régional néo-aquitain. Il s'agit de caractériser les faiblesses et les atouts de l'existant, de comprendre et d'identifier les éléments de nature à favoriser la solidité, la pérennité et la qualité de l'offre de soin et de lien social en Nouvelle-Aquitaine, de la place des métiers qui y participent, en articulation avec les besoins de santé et d'accompagnement social du public et ceux des professionnels, en les traitant ensemble dans leur cohérence. La démarche consiste par ailleurs à faire un pas de côté par rapport aux angles d'analyse proposés : s'écarter de l'approche « métiers » en privilégiant celle de parcours et de compétences, insister sur l'interaction entre les besoins des publics et ceux des professionnels plutôt que de traiter séparément ces deux sous-ensembles. D'où une terminologie en partie distincte qu'il convient de définir.

Le parti pris retenu pour définir le périmètre de l'étude est de partir d'une finalité des activités analysées (définition en intension, ou compréhension) plutôt que d'une liste de métiers ou de branches professionnelles auxquels peut s'appliquer l'étude (définition en extension).

---

<sup>6</sup> Détail en annexe.

L'analyse ne s'arrête par ailleurs pas aux seules activités retenues dans les politiques régionales ou nationales sous le vocable de « sanitaire et social », ni aux personnes exerçant ces dernières dans une logique d' « attractivité des métiers » ou de « métiers en tension ».

## **Le soin et le lien social, des logiques interdépendantes, combinées dans un large spectre d'activités**

Le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité<sup>7</sup> ».

Partant de cette définition, le « soin » s'entend ici en partie dans l'optique qui est celle des recherches sur le « *care* » depuis les années 80. Cette notion de *care* est définie dans les ouvrages fondateurs sur la question comme la « capacité de prendre soin d'autrui<sup>8</sup> », puis plus précisément comme une

*« Activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible<sup>9</sup> ».*

Cette seconde définition amène jusqu'à la notion de lien social, qui est une finalité à part entière de ces activités du *care* sous la forme de deux actions : « **perpétuer et réparer** notre monde. » Dans ce travail, le CESER s'attache donc à deux aspects du lien social<sup>10</sup> générateurs de la dynamique du *care* :

- La prévention des fractures et effondrements individuels et collectifs pouvant « casser notre monde » ;
- La réparation de ces fractures et effondrements par diverses actions.

L'ensemble des activités dédiées à cette prévention et à cette réparation, à tous les stades de la vie des individus, sont incluses dans le champ de l'étude. Il ne s'agit pas de les lister ni de les décrire de manière exhaustive mais plutôt, à travers des exemples concrets et variés d'activités, de répondre aux questionnements directeurs de ce rapport.

Si le *care* offre un point de départ intéressant, le choix est fait de ne pas s'en tenir à cette seule littérature, la notion ayant pu faire l'objet d'une certaine instrumentalisation politique visant à justifier l'individualisation et la précarisation de certains métiers du travail social et de l'aide. L'origine anglo-saxonne de la notion l'ancre en effet au cœur d'une vision libérale de la société, avec un risque de déprofessionnalisation sur certains métiers (remplacement du travail par le *care*), qu'il convient de prendre en considération.

Le corpus pragmatique, en particulier les travaux de Dewey (2011) et de Stiegler (2020), est également exploré en complément de cette approche. Ce dernier permet d'introduire dans la réflexion les notions de valeur et de démocratie en lien avec les activités et métiers concernés par ce rapport.

---

<sup>7</sup> OMS, 1946.

<sup>8</sup> Gilligan, 2008 [1982], p. 37.

<sup>9</sup> Tronto, 2009 [1993], p. 13 et 143.

<sup>10</sup> Il ne s'agit donc pas de considérer le lien social dans l'acception très large retenue par les sciences humaines et sociales, notamment la sociologie, pour lesquelles le lien social définit toutes les « relations d'interdépendance » (Paugam, 2012) entre plusieurs individus ou entre un individu et la société, sources de « protection » mais aussi d' « identité » et d' « existence en tant qu'homme » (Paugam, 2012). Avec une telle définition, la quasi-totalité des métiers et des activités marchandes et non marchandes générant des interactions entre individus pourraient en effet potentiellement entrer dans le champ de ce rapport. L'ambition est ici plus ciblée.

Le choix est fait, pour étayer l'argumentation et les propositions avancées de s'appuyer d'une part sur des exemples d'activités familiers, reconnus, encadrés par des conventions collectives et des dispositifs politiques comme par exemple :

- Les « soignants » : aides-soignantes et aides-soignants, infirmières et infirmiers...
- Les « métiers du social » tels qu'enseignés dans les Instituts régionaux du travail social (IRTS) ou les Instituts régionaux de formation d'éducateurs (IRFE) : techniciennes et techniciens de l'intervention sociale et familiale, éducatrices et éducateurs de jeunes enfants, éducatrices et éducateurs spécialisés...

Et d'autre part sur des activités ne relevant pas de ce qui est regroupé sous le terme de « médico-social », beaucoup moins visibles et formalisées telles que :

- Les nouvelles professions du *care* comme la socio-esthétique ou la socio-coiffure, les soins par et avec les animaux, le sport-santé... ;
- Les professions de l'animation ;
- L'ensemble des activités d'animation et de coordination liées à des dispositifs de cohésion sociale et / ou territoriale mis en place par des collectivités, des structures publiques, à l'exemple de la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou des associations.

Entre ces deux extrémités, se trouvent les métiers dits « du grand âge et de l'autonomie », qui ne sont pas aussi structurés ni reconnus que ceux des soignants, mais dont une petite partie commence à faire l'objet des préoccupations politiques et médiatiques, renforcées entre autres par la crise sanitaire et le vieillissement de la population, comme par exemple :

- Les auxiliaires de vie sociale (AVS) ;
- Les aides à domicile ;
- Les accompagnantes et accompagnants d'enfants en situation de handicap (AESH)...

## I.A.2. Périmètre de l'étude : activités, structures, strates hiérarchiques et publics concernés

### Focus sur les strates hiérarchiques et activités les moins reconnues

Il est fait le choix, dans l'objectif de rendre visibles les situations moins connues et médiatisées, de s'intéresser en priorité, parmi cet ensemble, aux activités les moins reconnues financièrement (salaire et avantages, place dans la hiérarchie...) comme symboliquement (représentations sociales, faible reconnaissance des pairs comme du public...) en regard de ce qu'elles apportent à la société.

Ce choix s'appuie sur des études telles que celle publiée en 2009 par la *New Economics Foundation*<sup>11</sup>, dont les auteurs comparent le salaire versé pour différentes activités, à la valeur de leur contribution à la société sur le plan économique, mais aussi social et environnemental. À partir d'indicateurs utilisés par la méthode du retour social sur investissement (« *Social return on investment* ») l'étude conclut que certains métiers (par exemple les employés de crèche, par l'éducation prodiguée aux enfants et le temps libéré pour les parents) rendent à la société plus de valeur que ce qu'ils perçoivent en salaire, tandis que d'autres, en générant des externalités négatives, par exemple pour la santé des populations, détruisent plus de valeur qu'ils n'en créent.

---

<sup>11</sup> Lawlor, Kersley et Steed, 2009.

Grâce à cet angle d'approche, il sera possible de contribuer au questionnement sur les professions et activités plus ou moins indispensables à la société. Celui-ci a été très vif à l'occasion des différents épisodes de confinement traversés au printemps 2020, à l'automne 2020 et au printemps 2021, qui ont vu l'arrêt de certaines activités considérées comme « non essentielles » par le Gouvernement. Cette distinction « essentiel / non essentiel » suscite en effet nombre de débats et questionnements sur la frontière entre les deux catégories.

## Typologie des structures et des professionnels

Les structures au sein desquelles sont exercées les activités visées sont également définies en compréhension plutôt qu'en extension, par leur objectif de prévention et / ou de réparation en matière de santé individuelle et collective au sens large de l'OMS. Il peut s'agir principalement :

- De structures de santé (par exemple hôpitaux, Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes –EHPAD-);
- De structures relevant de l'Économie sociale et solidaire (ESS) :
  - o Associations ;
  - o Organismes mutualistes (centres de santé), certains relevant de l'ESS ;
  - o Fonction publique d'État, de coopératives, de Sociétés coopératives et participatives (SCOP) relevant ou non de l'ESS.
- De collectivités territoriales : Départements (par exemple pour l'aide sociale à l'enfance – ASE – ou l'ensemble des politiques dites « sociales » relevant de leurs compétences), communes et intercommunalités via les Centres communaux d'action sociale (CCAS) et Centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) ;
- D'entreprises.

Les personnes exerçant les activités analysées peuvent être des salariés ou des agents de la structure, ou à leur compte *via* des dispositifs d'entrepreneuriat indépendant ou de portage salarial. Au-delà des contrats courts, certains sont par ailleurs concernés par du temps partiel imposé et des horaires décalés et/ou fractionnés. Leur statut est donc plus ou moins précaire en fonction de leur situation. Cette notion de précarité dans les activités du soin et du lien social retient toute l'attention du CESER qui souhaite à travers ce rapport évoquer les différents degrés de précarité pouvant toucher les activités étudiées et proposer des pistes d'actions pour sécuriser davantage un certain nombre de situations et de parcours.

Cette précarité va de pair, pour une majorité des activités considérées, avec un très fort taux de féminisation. On assiste donc souvent à une combinaison entre inégalités économiques et sociales, inégalités de genre, et inégalités liées à l'origine géographique<sup>12</sup> au travail, sur laquelle cette étude souhaite s'attarder.

## Typologie des publics

Les publics concernés par ces activités peuvent être rencontrés dans les locaux de ces structures (au sein d'établissements de santé, de foyers, de points d'accueil des CCAS, de missions locales...) à leur domicile (notamment pour le secteur de l'aide à domicile), ou encore dans d'autres lieux (maisons de quartiers, salles communales réservées à l'occasion d'événements particuliers) selon les activités exercées.

Ces publics sont très larges, les spécialistes du *care* s'accordant pour dire qu'il ne s'agit pas que des personnes généralement classifiées comme « vulnérables » ou « dépendantes » : personnes âgées, malades, porteuses de handicap, en difficulté sociale... Le CESER souligne l'intérêt de questionner la nature

---

<sup>12</sup> Cagnet, 2010.

nécessairement asymétrique de la situation de soin et d'aide, afin de l'investir sans rapport de pouvoir ni de domination.

La qualité de l'acte de soin et d'accompagnement comporte technicité et connaissances mais dépend aussi pour une large part de sa dimension relationnelle. Au-delà d'une sorte de « bienveillance naturelle », cette qualité doit résulter avant tout d'une posture éthique et professionnelle à développer par la formation (Formation initiale, Formation tout au long de la vie), l'encadrement, le tutorat, l'organisation et les conditions de travail.

En cela, l'assemblée s'inscrit dans la conception de Cynthia Fleury qui rappelle que :

*« vivre bien suppose donc de comprendre qu'il n'y a pas les individus indépendants d'un côté et les individus dépendants de l'autre, ou encore les autonomes d'une part et les vulnérables d'autre part, mais que vulnérabilité et autonomie sont entrelacées pour décrire nos vécus d'interdépendance<sup>13</sup>. »*

## **I.B. Un héritage historique fort : des métiers strictement hiérarchisés**

Les activités sanitaires et sociales sont souvent exercées conjointement jusque dans les années 1960 (I.B.1). Des hiérarchies se sont historiquement construites entre publics et professionnels (I.B.2) mais aussi entre praticiens (I.B.3). Des inégalités entre femmes et hommes viennent se superposer à ces stratifications (I.B.4).

### **I.B.1. Des métiers et des activités à l'origine souvent religieuse, liant « sanitaire » et « social » jusque dans les années 1960**

#### **Des champs d'intervention intimement liés jusque dans les années 1960**

L'histoire sanitaire comme celle de l'action sociale ont été marquées par l'influence des valeurs chrétiennes plus particulièrement en direction des plus faibles et des déshérités.

Concernant le milieu hospitalier, il se structure autour de congrégations religieuses, principalement entre la seconde moitié du XVII<sup>ème</sup> siècle et le XVIII<sup>ème</sup> siècle, « grand[s] siècle[s] de la charité » (Diebolt, 2013). En plus des institutions soignantes (Hôtel Dieu à Paris par exemple), un réseau de petits dispensaires se met en place, permettant l'amélioration de la santé de la population. Des soignantes religieuses y cohabitent, mais ce sont bien les valeurs et, dans une certaine mesure, les modes d'organisation de l'Église catholique qui régissent l'organisation des soins et les représentations. Jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, les soins médicaux et les interventions relevant davantage du volet « social » ne sont pas distingués.

Ce qui pourrait être l'ancêtre du « travail social » émerge pour sa part au tournant des XIX<sup>ème</sup> et XX<sup>ème</sup> siècles. La dame patronnesse est la figure centrale de cette nouvelle fonction.

*« Le plus souvent bénévole, sans formation spécifique, bourgeoise ou aristocrate, elle se consacre volontiers aux œuvres de bienfaisance. Il importe alors de cadrer ou de recadrer les classes populaires : de les remettre dans le droit chemin de la vertu, de l'hygiène, de la norme, dès lors qu'il importe de répondre aux dégâts de l'industrialisation capitaliste par des remèdes individualisés. Ces dames sont l'incarnation d'un christianisme social paternaliste et caritatif » (Pinilla, 2003).*

---

<sup>13</sup> Fleury, 2018.

Les mouvements relevant du catholicisme social sont par ailleurs particulièrement actifs dans ces secteurs, tant au tournant entre le XIX<sup>ème</sup> et le XX<sup>ème</sup> siècle que dans l'entre-deux-guerres, marqué par la naissance d'une action catholique spécialisée, s'appuyant entre autres sur des mouvements de jeunesse.

La période de 1914 à 1939 est marquée par un fort développement des actions sanitaires et sociales, le développement et la reconnaissance des premières professions sociales. Les professionnelles salariées, essentiellement au début les infirmières visiteuses et les surintendantes, commencent à être fortement présentes dans l'action sanitaire et sociale. Les premiers diplômes sont créés : infirmières visiteuses en 1922 et assistantes sociales en 1932. Le nombre et les champs d'activités des travailleuses sociales s'élargissent (Pascal, 2014).

De 1939 à 1949, une institutionnalisation de ces domaines, en particulier du travail social, est à l'œuvre, avec l'apparition de la profession d'éducatrice / éducateur et l'intégration du travail social dans les politiques sociales de l'État.

### **Des trente glorieuses à une séparation juridique et institutionnelle des secteurs à partir des années 1960, qui n'empêche pas la collaboration des acteurs de terrain**

Les années 1950 à 1980, les « trente glorieuses » sont marquées par un important développement du travail social, sa reconnaissance par les diplômes, sa diversification, la très forte croissance des effectifs des travailleurs sociaux. Le travail social est inscrit dans la démarche planificatrice de l'État.

Les domaines du « sanitaire » et du « social » se distinguent plus fortement à partir des années 1960. Ils commencent à constituer à partir de cette période deux domaines juridiques distincts. Le *Code de la santé publique* (CSP) date de 1953. Ses dispositions s'adressent plutôt aux personnes ayant des problèmes de santé au sens « sanitaire ». Le *Code de l'action sociale et des familles* (CASF), dont la première version date de 1956, vise plutôt les personnes ayant des difficultés sociales dont peuvent, ou non, faire partie les problèmes de santé.

Les structures d'accueil se spécialisent. La Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et celle du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales viennent conforter cette distinction juridique et administrative entre les deux domaines.

Les premières lois de décentralisation dans les années 1980 amènent une décentralisation au niveau de l'aide sociale, dont la compétence est exercée par les départements. Le secteur sanitaire en revanche, reste centralisé au niveau de l'État, le Préfet représentant l'autorité en la matière aux niveaux départemental et régional. Les Agences régionales de santé (ARS), créées en 2009, avaient initialement pour vocation de coordonner ces multiples acteurs et d'intervenir en transversalité dans les deux secteurs. Leur compétence se limite finalement à la coordination des acteurs et politiques relevant de l'État, donc plutôt du domaine sanitaire. Les deux domaines continuent à fonctionner dans une certaine juxtaposition des acteurs malgré cette tentative de créer davantage de dynamiques horizontales et de coopération.

*« Les travailleurs sociaux, bousculés par la nouvelle gouvernance de l'action sociale et par l'absence de perspective de changement de situation de la masse de leurs 'usagers', se mobilisent sous des formes diverses. Le fossé entre les discours sur ce que doit être le travail social, émanant pour la plupart d'instances gouvernementales, et les pratiques de terrain s'accroît » (Pascal, 2014 : 5-10).*

Au niveau des acteurs de terrain, il est par ailleurs souvent souligné que des dynamiques de coopération sont toujours à l'œuvre, parfois depuis de longues années. Les professionnels interviewés dans le cadre de cette auto-saisine font état de lien avec leurs collègues, que leur profession soit étiquetée plutôt comme

« sanitaire » ou plutôt comme « sociale », à partir du moment où cela peut servir un parcours de prise en charge cohérent pour les publics. Par ailleurs, des expériences de collaboration entre structures sanitaires et structures d'accueil sont régulièrement mises en place, par exemple dans le domaine de l'addictologie.

Avec le développement de la recherche en travail social, des formations supérieures, la création de la chaire en travail social, de masters professionnels dans des universités, la construction du travail social comme discipline des sciences sociales est entamée.

## **I.B.2. Des pratiques hiérarchisant les publics par rapport aux professionnels**

Tout au long de cette construction historique, des représentations et discours sur les activités, missions, acteurs et publics du sanitaire et du social mobilisent un certain nombre de catégories. Ces dernières contribuent à instaurer des dichotomies parfois assez fortes entre professionnels de ces secteurs et publics concernés.

### **Aidant / aidé, une distinction ancienne encore active aujourd'hui**

La première de ces dichotomies oppose « aidants » et « aidés ». La notion d'aide, dès l'émergence des figures religieuses du soin et du lien social au XVII<sup>ème</sup> siècle, est fondamentale dans la conception de ces pratiques. Elle implique une relation dissymétrique entre une partie de la population qui aurait besoin de cette aide, au sens souvent religieux du terme, et les personnes dispensant cette aide.

Dans la conception religieuse du soin et de l'aide sociale, être dans la « nécessité » est généralement conçu comme le fruit de comportements inadaptés en matière d'hygiène générant des maladies, d'une incapacité à gérer ses deniers... Une hiérarchie existerait dès lors entre les populations ne sachant pas se prendre en charge et les personnes plus vertueuses tant dans la gestion financière que dans celle de leur santé. La bonté, le sens moral d'une partie de ces dernières les amèneraient par ailleurs à apporter leur aide (financière, matérielle, morale) aux premières, au risque d'imposer une domination.

Cette hiérarchisation, plus ou moins explicite selon les époques, entre les aidants et les aidés, recoupe au moins partiellement des stratifications sociales en termes de richesse, d'éducation, de lieu de vie. Comme pour l'appartenance de « classe », l'appartenance au groupe des « aidants » ou à celui des « aidés » peut être présenté comme quasiment intrinsèque aux individus. Que l'origine de ces inégalités soit présentée comme divine ou naturelle, le caractère socialement construit de celles-ci est occulté dans certains discours religieux, politiques, institutionnels ou médiatiques parfois repris par les aidants eux-mêmes.

Aujourd'hui, cette distinction est fortement présente dans le langage concernant plus spécifiquement les relations d'entraide familiale. Elle désigne donc moins fréquemment deux groupes de population distincts au sein de la société mais plutôt, au sein des familles, des personnes qui ne sont plus en mesure de gérer leur vie seules pour des raisons de santé physique ou mentale, et d'autres qui les soutiennent dans cette perte d'autonomie.

### **Dépendant / autonome, de la sphère publique à la sphère familiale**

Certaines visions du monde social véhiculées dans des cursus de formation ou dans des discours politiques, passés ou actuels, sont fortement marquées par une dichotomie autonomes / dépendants. Ces deux termes reviennent de façon récurrente dans le vocabulaire politique et institutionnel : cinquième branche

« autonomie » de la sécurité sociale officialisée en août 2020, loi « grand âge et autonomie » dont le vote a été envisagé avant la fin du premier quinquennat d'Emmanuel Macron, puis repoussé.

Comme le couple aidant / aidé, le duo dépendance / autonomie implique une relation hiérarchique, voire de subordination, entre les dépendants et les autonomes. Une partie des seconds jouissent, légalement, de moins de droits que les premiers : mineurs, personnes sous tutelle ou curatelle. Par ailleurs, les conditions de vie de la plupart des personnes dites dépendantes (personnes âgées, personnes en situation de handicap physique ou mental...), que ce soit en institution ou au domicile, leur permettent une liberté de mouvement et d'organisation nettement moindre que pour les « autonomes. » Les développements concernant la situation spécifique des personnes en situation de handicap dans la partie suivante sur les besoins des publics sont particulièrement illustratifs de cet état de fait.

Dans la sphère familiale, les aidants, autonomes, sont amenés à prendre soin des aidés, dépendants, avec une complexité supplémentaire induite par la superposition de liens d'ordre familial sur les liens de dépendance physique et psychologique.

### **Soignant / soigné, une distinction qui occulte le caractère dynamique de l'état de santé et l'importance de la prévention**

Dans le domaine du soin, les notions de « soignant » et de « soigné » structurent historiquement l'univers professionnel et organisationnel ainsi que ses représentations. Comme les duos de notions précédents, elles impliquent une dysmétrie entre une catégorie de population nécessitant des soins et l'autre les dispensant.

Dans les faits, l'état de santé est un phénomène dynamique impliquant qu'une personne « soignée » peut l'être à certains moments de sa vie et pas à d'autres, qu'un « soignant » peut lui aussi être « soigné » à certaines périodes.

Par ailleurs l'état de « soignant » et de « soigné » peut même se combiner simultanément.

Le soin, enfin, ne se réduit pas à une relation avec des personnes malades ou en mauvaise santé. Ce rapport veut, dans le cadre de la définition de l'OMS retenue ici et des tendances désormais structurantes dans les politiques de santé, insister sur la notion de prévention et l'importance de cette dernière dans le cadre des relations de soins.

### **Des approches collectives et plus équilibrées en germe dès le début du XX<sup>ème</sup> siècle**

Dès le début du XX<sup>ème</sup> siècle, des approches alternatives émergent parallèlement à ces conceptions individualistes et fortement hiérarchisées.

Le travail social collectif a pour enjeu un repositionnement de l'intervention sociale dans une approche plus collective et territoriale, qui permet d'une part de sortir le travailleur social d'un sentiment de solitude et d'impuissance, d'autre part de concevoir et mettre en œuvre une réponse collective aux problèmes traités. L'éducation populaire est pour sa part un processus visant à faire évoluer les individus et la société en dehors des cadres d'apprentissage traditionnels dans le but de permettre aux individus de se forger leur propre opinion sur la société et d'agir de manière individuelle et collective sur le monde qui les entoure. Le principe en émerge dès la révolution française puis s'affirme avec le développement du catholicisme social au début du XIX<sup>ème</sup> siècle. Les principes en sont réaffirmés et appropriés par les gouvernements au moment du Front populaire (1936-1938) puis à la Libération.

En psychiatrie, des approches privilégiant l'équilibre soignant-soigné sont développées dès le début du XX<sup>ème</sup> siècle, par exemple par Carl Rogers (approche centrée sur la personne, psychothérapie centrée sur le client...).

Cet ensemble d'approches, qui complètent et répondent aux conceptions individualistes et asymétriques du soin et du lien social, connaît aujourd'hui un regain d'intérêt en ce qu'elles sont davantage adaptées aux enjeux de prévention et d'approche collective, à une posture d'accompagnement à côté des personnes plutôt qu'au-dessus. Elles servent de base aux éléments de diagnostic et aux préconisations développées en deuxième partie de ce rapport.

Elles permettent de dépasser la série de dichotomies exposée ci-dessus qui, si elle est opérante historiquement et encore actuellement dans certains discours, cursus de formation, représentations et organisations, ne permet pas une action efficace dans la mise en place concrète des activités du soin et du lien social.

Au-delà de catégories sémantiques structurant une inégalité entre publics et praticiens, l'univers du soin et du lien social est également hiérarchisé par des stratifications entre praticiens, qu'ils soient professionnels ou bénévoles.

### **I.B.3. Des hiérarchies entre praticiens tant officielles qu'informelles**

#### **Une structuration formelle par des référentiels métiers, des diplômes et des grilles de salaires**

Un certain nombre de métiers concernés par ce rapport sont structurés par des référentiels et des diplômes conditionnant leur exercice et des grilles de salaires. L'objectif n'est pas de les lister ici en exhaustivité. Les principes de leur structuration seront évoqués dans la sous-partie suivante I.C. sur la structuration « métiers. »

Ces critères officiels de structuration induisent une hiérarchie entre activités en fonction du niveau de diplôme requis pour pouvoir les exercer, du niveau des salaires associés tout au long de la carrière, de la position du métier concerné dans le référentiel de la branche ou du secteur d'activité.

Par exemple, en 1946, est créé le diplôme d'État d'Aide-soignant, qui vient instaurer dans le monde hospitalier une strate hiérarchique inférieure aux infirmiers, le brevet de capacité professionnelle ayant été créé pour ces derniers en 1922.

En 1972, est créé le diplôme de moniteur-éducateur, métier qui vient s'inscrire dans les hiérarchies professionnelles comme dans les référentiels de formation sous les éducateurs spécialisés, dont le diplôme a été créé en 1967.

#### **Une structuration symbolique passant par la connaissance et la reconnaissance plus ou moins importante de certains métiers**

Quels que soient les métiers ou activités concernés, il existe ensuite une hiérarchisation symbolique. Certains sont plus prestigieux, plus reconnus que d'autres, souvent en lien avec un niveau de diplôme supérieur requis pour l'exercer ou des niveaux de salaire supérieurs. Cette reconnaissance symbolique est aussi liée à la connaissance, plus ou moins importante, de ces métiers et activités par le public.

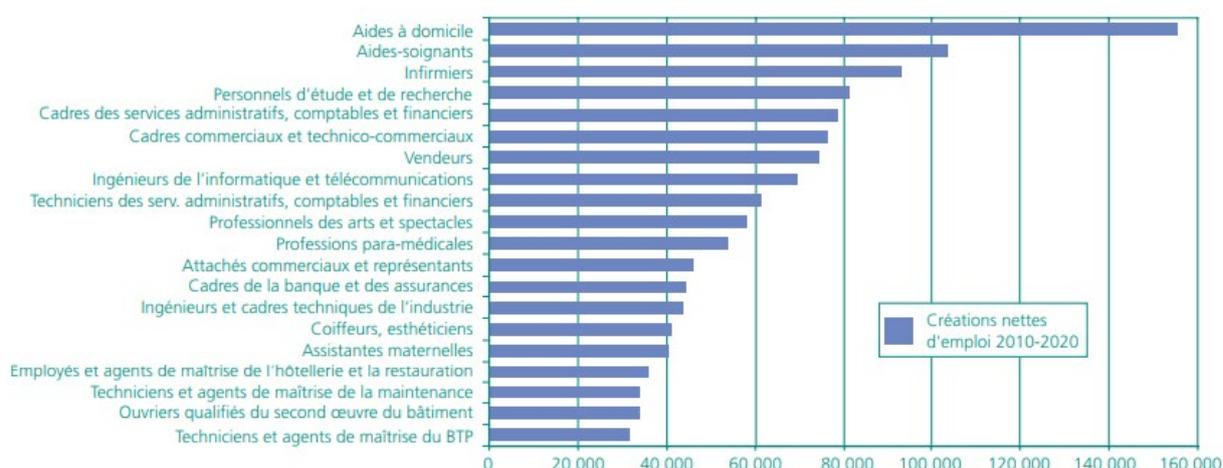
En ce sens, le choix du CESER de s'intéresser en grande partie à des métiers et activités moins clairement identifiés, moins visibles, amène à mettre en lumière des pratiques professionnelles plutôt dévalorisées dans les hiérarchies symboliques entre activités et les représentations de ces dernières.

## I.B.4. Une hiérarchisation entre les femmes et les hommes en lien avec la précarité des conditions d'exercice

### Des secteurs plus féminisés que d'autres

Que ce soient les statistiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ou de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), les tendances démontrées concernant la féminisation des métiers et des emplois sont analogues.

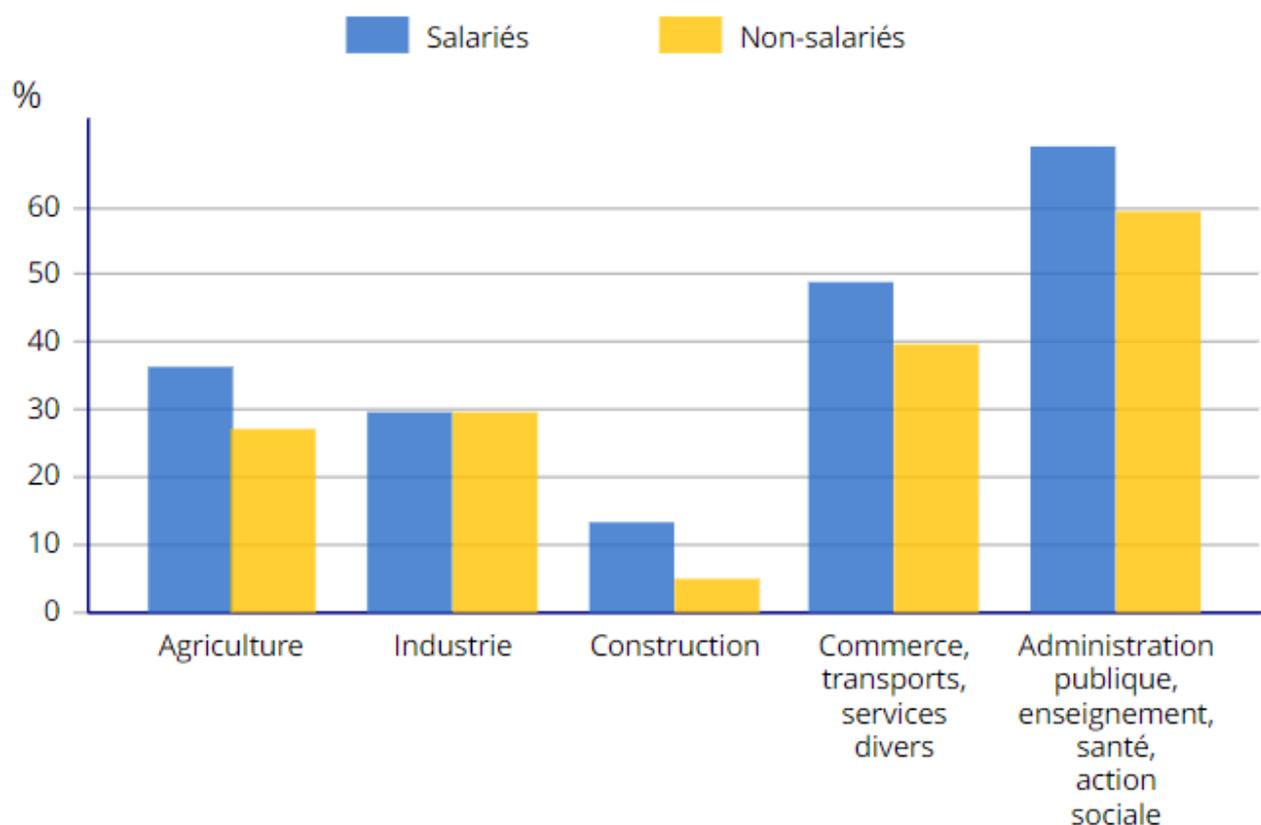
À l'échelle nationale, les métiers bénéficiant des plus importants volumes de création d'emploi entre 2010 et 2020 selon des projections de la DARES sont ceux d'aide à domicile (AD), aides-soignantes et aides-soignants, infirmières et infirmiers. Les professions paramédicales et les assistantes et assistants maternels sont également présents dans le top 20, à une place un peu plus éloignée. Hors du graphique, mais cités toutefois par la DARES, les professionnels de l'action sociale pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap ou de jeunes en difficulté devraient également être particulièrement demandés.



**Graphique** – Métiers bénéficiant des plus importants volumes de créations d'emplois entre 2010 et 2020 – Source : Lainé et Omalek, DARES, 2012

Toujours selon les chiffres de la DARES, les aides à domicile et assistantes et assistants maternels (ainsi que, sur un domaine moins directement concerné par ce rapport, les secrétaires) demeurent, à plus de 95 %, des femmes. Rares sont les professions du domaine tertiaire où les hommes ont gagné du terrain au cours des dix dernières années.

Les chiffres de l'INSEE démontrent pour leur part qu'en Nouvelle-Aquitaine, et cela reflète les tendances nationales, les professions du service, de la santé et de l'action sociale font partie des secteurs les plus féminisés, tant au niveau des salariés que des indépendants.



**Graphique** – Nouvelle-Aquitaine – Taux de féminisation des emplois par statut et secteur d’activité en 2018 – Source : INSEE, 2022. Exemple de lecture : parmi les salariés du secteur commerce, transports, services et divers, 49 % sont des femmes. Parmi les non-salariés de ce même secteur, 40 % sont des femmes.

Les chercheurs spécialistes des activités du soin et du lien social s’accordent sur le fait qu’historiquement, ces professions ont en grande partie été construites sur la base d’activités initialement exercées gratuitement dans le cadre privé, familial, principalement par les femmes. La professionnalisation d’un certain nombre de pratiques a permis de les rémunérer au moins faiblement, mais ces dernières sont toutefois restées au bas des hiérarchies socioprofessionnelles. Toujours exercées majoritairement par des femmes, dans des conditions précaires en termes de rémunération, de temps et de conditions de travail, ces activités souffrent d’un déficit de légitimité et de reconnaissance (Fleury, 2018).

### **Une hiérarchisation entre femmes et hommes au sein d’un même secteur ou d’une même activité**

Au niveau des représentations sociales comme de l’organisation du travail, il existe par ailleurs une hiérarchisation entre femmes et hommes au sein des secteurs et des activités. Les hommes ont davantage que les femmes tendance à occuper les postes plus qualifiés, mieux rémunérés et supposant éventuellement des fonctions d’encadrement. Dans le secteur sanitaire, c’est le cas par exemple avec une profession de médecin beaucoup plus masculine, tandis qu’à partir de l’échelon des Infirmiers et infirmières diplômés d’État (IDE), les femmes dominent en nombre.

**Des rapports genrés se sont ainsi installés culturellement et historiquement, venant se combiner aux principes officiels de hiérarchisation au sein des métiers et des activités évoqués ci-dessus. Des logiques de domination, voire de discrimination, sont ainsi à l’œuvre dans ces secteurs, plus massives que dans**

des milieux professionnels moins féminisés. Une attention particulière est donc nécessaire, concernant ces activités, aux enjeux d'égalité et de non-discrimination, notamment basée sur le genre.

## **I.C. Certains univers professionnels marqués par une structuration « métiers »**

Les secteurs du sanitaire comme du social sont structurés autour de statuts et de branches professionnels (I.C.1) et de filières de formation (I.C.2). La stratégie politique en matière d'éducation, formation et emploi pour ces secteurs est souvent basée sur la gestion d'effectifs, avec la recherche d'une adéquation la plus proche possible entre le nombre de places ouvertes en formation et les besoins quantitatifs des employeurs de ces branches. Plus largement, ce sont des choix politiques qui ont conduit à ne pas suffisamment investir et former des professionnels (I.C.3).

L'analyse proposée dans cette partie est essentiellement basée sur des auditions avec des acteurs politiques aux niveaux de l'État (Michel Laforcade, ancien Directeur Général de l'ARS ) et de la Région (Françoise Jeanson, Vice-Présidente du Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine et Laurence Dutreix, Directrice des formations sanitaires et sociales du Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine), des Directions d'instituts de formation (Christine Loubriat, Directrice générale du Pôle Limousin Action Recherche en Intervention Sociale), ainsi que les textes institutionnels disponibles (conventions collectives...).

### **I.C.1. Des statuts, branches et filières professionnelles fortement structurées tant dans le secteur « sanitaire » que « social »**

#### **Statuts et conventions collectives dans le secteur sanitaire**

Le CESER Nouvelle-Aquitaine a identifié plusieurs statuts et branches professionnelles comme pouvant entrer dans le secteur de la santé tel que considéré par ce rapport. Ceux-ci sont listés en détail dans l'annexe 5.

#### **Statuts et conventions collectives dans le secteur social et médico-social**

Le CESER Nouvelle-Aquitaine a identifié plusieurs statuts et branches professionnelles comme pouvant entrer dans le secteur sanitaire et social, mais aussi plus largement dans les activités du lien social telles que considérées par ce rapport. Ceux-ci sont listés en détail dans l'annexe 5.

#### **Deux autres éléments de structuration, les référentiels métiers et accords d'entreprises**

En complément des conventions collectives et / ou accords de branche, il existe des référentiels métiers qui peuvent correspondre au niveau de la branche ou des structures employeuses. Concernant les secteurs traités dans ce rapport, il s'agit plutôt de référentiels propres aux branches ou au secteur d'activité. Ces référentiels sont des répertoires listant l'ensemble des métiers, précisant le niveau de diplôme requis pour accéder aux différents métiers, le grade correspondant, les compétences associées, éventuellement des

fourchettes de rémunération afférentes... Ils viennent donc formaliser un certain nombre d'éléments permettant d'homogénéiser et de partager des éléments de vocabulaire, des références et des pratiques. Ces référentiels peuvent être complétés par des fiches métiers plus ou moins détaillées<sup>14</sup>.

Les métiers concernés sont par ailleurs pour partie référencés au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP<sup>15</sup>), qui recense tous les diplômes reconnus en France, et / ou au répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME) tenu par Pôle emploi, pour lequel un travail de refonte est actuellement en cours.

Des accords d'entreprise, ou conclus au sein des employeurs publics, peuvent venir compléter ces référentiels par un certain nombre de dispositions concernant les rémunérations, les conditions de travail et le déroulement de carrière à travers la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

## **I.C.2. Des filières de formation anciennes dont une partie s'inscrit dans le champ de compétences de la Région**

Les branches et fonctions publiques citées ci-dessus délivrent différents diplômes et certifications. La liste complète des formations des secteurs sanitaire, social et médico-social est placée en annexe 3 de ce rapport.

Une partie de ces filières de formation font partie du champ de compétences de la Région, à savoir celles listées dans le Code de la santé publique (CSP) (partie législative, quatrième partie, livre III) et le Code de l'action sociale et des familles (CASF) (partie législative, livre IV, titre V). On peut citer, parmi les principales formations concernées en termes d'effectifs de personnes formées :

- Pour la santé, les IDE, aides-soignantes et aides-soignants (AS) ;
- Pour le travail social, les éducateurs (moniteurs-éducateurs, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants...) et les accompagnants éducatifs et sociaux.

Il est à noter que les métiers du travail social traités par la Région dans le cadre du schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS) ne recouvrent pas les 15 métiers définis par l'Organisation des nations-unies (ONU), qui s'inscrivent dans cinq domaines, attachés aux départements, aux CCAS, aux caisses d'allocations familiales et de MSA, aux hôpitaux, aux grandes administrations d'État, aux associations, aux entreprises :

- Petite enfance ;
- Mesures éducatives de justice ;
- Prévention spécialisée ;
- Protection de l'enfance ;
- L'aide et l'action sociale.

Le SRFSS définit, pour ces filières les axes d'action de la Région en matière de :

- Fonctionnement des organismes de formation sanitaire ;
- Autorisation et agrément des instituts de formation et écoles ;

---

<sup>14</sup> À titre d'exemple, quelques fiches correspondant à des métiers plus ou moins connus ayant été consultées pour ce travail : infirmière et infirmier diplômé d'État (IDE), aide-Soignant et aide-soignant (AS) pour les métiers du soin, éducateur/trice, éducateur/trice spécialisé.e pour le travail social, enseignant en activité physique adaptée (APA)...

<sup>15</sup> Géré par France Compétences depuis la loi du 5 septembre 2018 « Pour la liberté de choisir son avenir professionnel », ainsi qu'un sous-répertoire dit « répertoire spécifique. »

- Définition et mise en œuvre des politiques de formation pour les secteurs sanitaire, médico-social et social.

L'ambition affichée par le SRFSS est de :

*« Préparer à 36 métiers dans les secteurs d'activité sanitaire, social et médico-social, former plus de 10% des salariés de notre Région, pourvoir des emplois non délocalisables dans toutes les communes de Nouvelle-Aquitaine, ou encore financer 29 formations dans 94 sites répartis sur l'ensemble de notre territoire. »* (SRFSS, édito, p. 2).

Les défis identifiés sont nombreux et s'articulent principalement autour du maillage territorial fin, de l'adaptation aux besoins de demain, de l'adaptation à l'innovation pédagogique et à l'innovation numérique.

Les structures de formation sont diverses. On peut principalement citer :

- Les Instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) ;
- Les Instituts régionaux de formation au travail social (IRTS).

Au niveau du travail social, des structures infra-régionales existent également. C'est le cas par exemple de l'institut de formation Polaris, basé à Limoges, qui a fait l'objet d'une visite de terrain dédiée et dont la directrice a été auditionnée. Cet institut, comme divers autres, témoigne d'une tendance au regroupement des structures de formation dans la mesure où il est le fruit de la fusion, en 2015, de l'institut d'économie sociale et familiale (IESF) et de l'institut régional de formation aux fonctions éducatives (IRFE). Il propose, comme ceux cités ci-dessus un très large panel de formations s'étendant du niveau 3 (CAP) à 7 (master 2).

Il existe également des structures régies par l'Éducation nationale ou le Ministère de l'agriculture qui forment à ces métiers.

L'enjeu de l'articulation de ces structures de formation avec les employeurs existants ou potentiels, qu'il s'agisse de structures médico-sociales, sociales, de particuliers ou encore de groupements d'employeurs, est un aspect important qui sera approfondi dans la partie III. On peut toutefois d'ores et déjà souligner qu'une insuffisance majeure sous-tend le SRFSS comme une partie des politiques de formation mises en place par la Conseil régional. Il s'agit du parti pris consistant à essayer de combler des besoins en effectifs exprimés par des structures employeuses par un vivier de personnes formées à différents métiers. S'il s'agit d'une démarche nécessaire, cette dernière est insuffisante pour répondre aux défis lancés par la complexité et le caractère évolutif dans le temps de cette articulation entre demande et offre de travail, entre demande et offre de formation.

### **I.C.3. Des stratégies politiques et économiques basées sur l'hypothèse d'une adéquation entre des besoins des structures employeuses et un vivier de personnes formées à des « métiers »**

L'hypothèse qu'il existerait une correspondance « naturelle » entre la formation suivie et les emplois occupés / disponibles est ancienne et a servi de guide aux politiques publiques éducatives depuis les années 1960 (Giret, 2015).

Concernant plus spécifiquement les activités du soin et du lien social, à l'échelle nationale, cette idée sous-tend un certain nombre de préconisations présentes dans les rapports ministériels sur « l'attractivité des métiers » visant à répondre à des besoins des structures employeuses. C'est le cas du rapport Laforcade précédemment cité et de ses préconisations, présentées au CESER par son auteur à l'occasion d'une audition.

C'est également cette hypothèse qui a servi de base à l'élaboration de dispositifs tels que « Transitions collectives » (Transco) permettant des reconversions vers certains secteurs d'activités, ou encore de notions telles que « métiers en tension » ou « métiers en difficulté », vers lesquels sont prioritairement dirigés les bénéficiaires de Transco.

Au niveau des stratégies régionales, une telle hypothèse amène des mesures comme l'augmentation du nombre de places en formations, principalement dans les cursus d'AS et d'IDE, pour répondre à un manque de personnel remonté par les structures employeuses. Pour autant, la stratégie s'avère peu fructueuse puisque ces places supplémentaires ne sont pas toutes pourvues. Ce décalage témoigne que l'« attractivité » de ces métiers réside dans des facteurs autres que l'ouverture de places en formation, et doit être traitée simultanément à ces autres facteurs, sans quoi l'ouverture de places supplémentaires risque de s'avérer inefficace. Une partie des crédits consacrée à l'ouverture de places en formation pourraient ainsi être dépensée de façon plus optimale. Les préconisations formulées dans les parties II et III de ce rapport proposent quelques pistes d'allocation alternative des fonds aujourd'hui dédié à l'ouverture de nouvelles places qui pourraient être explorées.

## **I.D. Les « métiers du grand âge et de l'autonomie », « métiers du lien », « métiers de la cohésion sociale » : une structuration floue propice à la précarité**

Ces métiers font l'objet d'une préoccupation politique et médiatique croissante (I.D.1). Leur organisation est moins structurée que celle des métiers historiques étudiés dans les sous-parties précédentes (I.D.2).

### **I.D.1. Une préoccupation politique récente pour des métiers peu reconnus**

Ces métiers ne sont pas aussi structurés ni reconnus que ceux des soignants, mais une partie d'entre eux commence à faire l'objet d'un intérêt politique et médiatique, renforcé par la crise sociale et sanitaire liée à la COVID 19 et le vieillissement de la population, comme par exemple :

- Les Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS) ;
- Les aides à domicile ;
- Les Accompagnants d'Enfants en Situation de Handicap (AESH)...

De nombreux rapports parlementaires ou ministériels cités au début de cette partie traitent en totalité ou partiellement de ces métiers, qui deviennent par ailleurs également des enjeux de préoccupation majeurs dans les politiques locales. Les départements, qui organisent une partie du travail social, sont les premiers concernés. Les Régions s'y intéressent également au titre de la formation dans les secteurs sanitaire et

social et de leurs compétences en matière de santé sur les territoires ; c'est le cas de la région Nouvelle-Aquitaine.

Cet intérêt porté par la puissance publique, ainsi qu'une médiatisation de certains de ces métiers, ont amené une prise de conscience du public quant à l'existence de ces derniers, à leur caractère essentiel pour la société, mais aussi aux conditions très difficiles dans lesquelles exercent leurs professionnels.

Il s'agit d'activités très peu visibles et valorisées dans les hiérarchies salariales et de diplômes, lorsque ces derniers existent, mais pourtant essentielles à la société. Cela a été illustré à l'occasion du Ségur de la santé, à l'issue duquel les primes distribuées ont été inégales selon que les personnes exerçaient dans un établissement rattaché à l'Agence régionale de santé (ARS) ou au Conseil départemental. Certains métiers, bien qu'exercés « en première ligne » tout au long des différents confinements, se sont ainsi trouvés exclus du système de prime, par exemple dans le champ de l'accompagnement du handicap. Par ailleurs, les AS et les auxiliaires de puériculture de la fonction publique ont rejoint la catégorie B. En conséquence, lorsqu'elles et ils choisissent d'intégrer la formation d'IDE, elles et ils voient la prise en charge de leurs salaires réduite à 80%, ce qu'aggrave encore la perte des primes. Cette importante perte de ressources financières, pendant trois années, est responsable de beaucoup de renoncements et d'abandons.

Il existe des points de vue divergents quant à l'intérêt d'instaurer des diplômes permettant l'accès à certains métiers, par exemple celui d'AESH. La création d'un diplôme officiel permettrait une certaine reconnaissance de l'activité. Par contre, elle exclurait de l'exercice de ce métier les personnes ne disposant pas des ressources scolaires nécessaires pour l'obtention de ce diplôme, à savoir appartenant aux catégories moins favorisées socialement. Un système de reconnaissance par valorisation des compétences acquises est en ce sens davantage prôné par certains observateurs.

Concernant plus spécifiquement les auxiliaires de vie, un arrêté institue en 1988 un Certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile (CAFAD). En 2002, est créé le Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). En 2016, le Diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social (DEAES) permet d'accompagner familles, personnes en situation de handicap, personnes âgées et élèves en situation de handicap en cours de scolarité.

Ces métiers (très féminisés) pâtissent d'une sous-évaluation et d'une sous-reconnaissance de leur technicité et des critères professionnels engagés : la dimension relationnelle, le degré d'autonomie et de responsabilité auprès des publics divers (malades et/ou souvent fragilisés, d'enfants), la pénibilité et les charges physiques et / ou mentales.

De nombreux travaux concernant ces métiers soulignent leur manque d'attractivité : niveaux de diplôme, de salaire, conditions de travail. Au-delà de ces enjeux essentiels, d'autres rapports abordent parfois l'angle de la reconnaissance des personnes exerçant ces activités (Bonnell et Ruffin, 2019), ou encore celui de la relation entre les professionnels et les publics (Piveteau, 2022). Dans le présent rapport d'auto-saisine, le choix est fait d'approfondir particulièrement ce dernier angle ainsi que, concernant la reconnaissance au sens large, la question des carrières et parcours.

## **I.D.2. Une nébuleuse aux contours flous et à l'organisation « métier » moins structurée**

Une partie de ces métiers sont couverts par des conventions collectives, mais restent minoritaires. Le CESER a identifié les conventions suivantes comme pouvant couvrir une partie de ces professionnels.

- Convention collective de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile qui regroupe depuis le 1er janvier 2022 deux conventions :
  - o Convention collective des salariés du particulier employeur : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635792](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635792)
  - o Convention collective des assistants maternels du particulier employeur : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635807](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635807)
- Convention collective des entreprises de services à la personne : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000027084096](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000027084096)

Les entreprises concernées par ces conventions relèvent de l'OPCO Entreprises de proximité (EP).

De multiples professionnels et praticiens ont également été identifiés dans ce périmètre mais sans convention collective ni statut. Il s'agit principalement d'indépendants travaillant *via* des agences d'intérim ou des organismes de type « Brigad » qui fournit à ses clients des aides à domicile autoentrepreneurs<sup>16</sup>. L'ensemble des salariés dont l'employeur n'est pas rattaché à une convention collective ou un statut de la fonction publique sont également concernés.

Souvent, l'absence de convention collective se double d'une absence de diplôme et de cursus de formation reconnus. Un exemple frappant est celui des AESH et des AVS qui ont toujours le plus grand mal à voir reconnue leur place au sein des équipes éducatives, leurs compétences, leur métier. Des évolutions sont en cours, en particulier depuis la loi du 26 juillet 2019 « pour une École de la confiance. » De récents rapports et travaux cinématographiques leur ont donné une certaine visibilité et permettent de poursuivre ce processus, mais ces professions sont toujours pour l'heure marginalisées, notamment au sein des équipes enseignantes.

La situation des salariés de particuliers employeurs mérite une attention toute particulière du fait de la méconnaissance fréquente du droit du travail par ces derniers, limitant les possibilités de reconnaissance et d'évolution pour les professionnels concernés. En 2019, le réseau « particulier emploi » a développé des actions qu'il conviendrait de faire connaître et dynamiser.

1.

***Sensibiliser et informer les employeurs, avec une attention spécifique pour les particuliers employeurs et les petites structures sur l'enjeu de la formation tout au long de la vie.***

À l'issue de cette première partie, il apparaît nécessaire de dépasser le cadre et les hiérarchies historiquement constitués, afin de proposer pour ces activités du soin et du lien social des passerelles et actions de décroisement concernant plus spécifiquement la formation initiale et continue, ainsi que l'emploi.

Cette mise en place de passerelles et ce décroisement dans les représentations et l'exercice concret de ces activités sont en effet nécessaires pour repenser ces dernières dans une logique dynamique permettant de mieux répondre :

- Aux besoins et attentes de publics de plus en plus complexes et diversifiés, en pleine évolution ;
- Aux parcours et histoires de vie des professionnels et praticiens exerçant ces activités.

---

<sup>16</sup> Le site <https://brigad.co/fr-FR/> vante « les meilleurs *freelance* en restauration, soins et santé ». Un procès est en cours contre staffmatch, acteur majeur de l'intérim dans ces domaines.

La seconde partie de ce rapport s'attache à analyser l'évolution des besoins des publics néo-aquitains en matière de soin et de lien social et à proposer des actions permettant de faire évoluer le système existant pour y répondre à différents niveaux.

## **II. UN SYSTÈME DE SOIN ET DE LIEN SOCIAL À PENSER EN FONCTION DES BESOINS DES PUBLICS**

Dans cette partie, l'idée directrice est de démontrer que le système d'activités autour du soin et du lien social mis en place en Nouvelle-Aquitaine ne doit pas être pensé uniquement en fonction des besoins des entreprises et structures employeuses mais également en fonction de ceux des publics pour un équilibre satisfaisant en articulation avec les modes de prises en charge actuels.

Les besoins fondamentaux en termes d'alimentation, de santé physique et psychologique ont été évoqués dans le préambule. Cette partie, sans mettre de côté ces besoins primordiaux, va se focaliser davantage sur de nouveaux besoins émergents.

En effet, ces besoins des publics évoluent, tant sous l'effet de la crise sanitaire, sociale, environnementale et politique, que de façon plus structurelle, en lien avec une variété de situations touchant les personnes : vieillissement de la population, évolution des réalités des personnes en situation de handicap, paupérisation... La politique régionale et l'offre de services aux usagers doivent s'adapter en conséquence et prendre des formes souples dans la mesure où elles peuvent être amenées à évoluer rapidement dans les années à venir.

Les préconisations proposées au fil de cette partie visent donc, d'une part à aller à l'encontre d'un certain nombre de représentations sur les besoins supposés des différents publics en matière de soin et de lien social et de l'exercice des métiers afférents, d'autre part à proposer des dispositifs d'animation et de lien à différentes échelles territoriales de la région.

Une première sous-partie s'intéresse à l'intégration des activités du soin et du lien social dans les champs à la fois économique, social et politique (II.A). La question de l'interdépendance de plus en plus étroite entre les besoins en soin et ceux en lien social est ensuite analysée (II. B). Enfin, la différenciation des besoins, et donc des dispositifs à mettre en place en fonction d'un certain nombre de critères est abordée (II.C.).

### **II.A. Des activités au croisement des champs économique, social et politique qui ne doivent pas répondre qu'à une logique de besoin des employeurs, mais s'inscrire aussi dans le bien commun**

Cette sous-partie s'intéresse dans un premier temps aux enjeux économiques liés aux activités du soin et du lien social (II.A.1). Sont ensuite évoqués les acteurs publics et associatifs impliqués dans ces activités (I.A.2). En découle une complexité des indicateurs nécessaires pour évaluer l'utilité de ces activités, qui ne peut être mesurée qu'à l'aune économique (I.A.3). Quelques expériences internationales mobilisant une approche qui croise enjeux économiques, sociaux et politiques autour de ces activités sont enfin présentées, en tant que sources d'inspiration potentielles pour le Conseil régional (I.A.4).

#### **II.A.1. Enjeux et écosystèmes économiques autour du soin et du lien social : des leviers d'action potentiels**

Le soin au sens large (activités médicales et paramédicales), comme la dispensation de services relevant du lien social (travail social, animation, médiation...) ou encore de prestations articulant ces deux domaines (sport-santé, activités bien-être...) ont un coût : personnel qualifié, locaux, matériel...

Une partie des activités du soin et du lien social est caractérisée par une recherche de rentabilité, c'est-à-dire de revenus excédant à long terme ces coûts. Il s'agit en particulier de celles exercées par des structures relevant du secteur lucratif (EHPAD, cliniques, praticiens en libéral). Les structures publiques sont, de plus en plus, également soumises à des objectifs d'ordre économique tels que l'optimisation des « lits » (en hôpital ou dans les institutions d'accueil spécialisées par exemple), la maîtrise de la masse salariale et des coûts de fonctionnement en général...

Ces indicateurs de déficit, d'équilibre ou de rentabilité peuvent se mesurer sur les court, moyen ou long termes : taux d'occupation des « lits » à un moment T, rapport coût / bénéfices d'un ou plusieurs projets planifiés sur quelques mois, ou encore d'investissements lourds en matériels ou bâtiments sur plusieurs années.

Le choix que les services rendus soient, pour les publics, gratuits, payants ou partiellement payants, ainsi que le dimensionnement de ces services, relève de décisions politiques assorties de niveaux plus ou moins élevés de financements publics. Ces dernières sont à l'origine de modèles économiques pouvant varier en fonction des pays mais aussi, au national, des niveaux de collectivités territoriales. C'est le cas, concernant les prestations sociales, de disparités existantes à l'échelle des départements, par exemple en termes de moyens alloués à l'ASE ou au maintien à domicile des personnes âgées.

Certaines de ces activités s'exercent au sein de systèmes socio-économiques réunissant plusieurs typologies de praticiens et de publics autour de flux de personnes et financiers, relevant des secteurs à la fois public et privé. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) et leurs écosystèmes en sont des exemples. En Nouvelle-Aquitaine, ceux-ci sont situés à Bordeaux, Limoges et Poitiers. Au-delà des activités médicales et paramédicales exercées en interne, de nombreux professionnels et prestataires gravitent au sein de ces écosystèmes. Ils délivrent des prestations telles que :

- Des activités directement liées au soin : kinésithérapeutes, infirmiers... ;
- Des activités d'animation : associations proposant des spectacles ou événements culturels dans les hôpitaux... ;
- Des activités d'aide à la poursuite des soins à domicile : intervenants en sport-santé, aide à domicile (AD)... ;
- Des activités « satellites » souvent classées comme secondaires, mais néanmoins indispensables : restauration, ménage, livraison...

Ces activités peuvent être exercées en libéral ou dans une logique de prestation par des sous-traitants, qu'il s'agisse de grands groupes, de petites et moyennes entreprises (PME), de très petites entreprises (TPE) ou encore d'autoentrepreneurs ou assimilés. Si la logique de prestation et de privatisation qui régit de plus en plus ces activités permet une certaine souplesse et une adaptabilité de l'offre à la demande elle génère également des impacts sur les parcours et carrières des personnes et la précarité des emplois.

Ainsi, la rentabilité financière imposée aux structures sous-tend une optimisation qui peut amener à ne plus répondre aux besoins de la population et peut aller jusqu'à la négation du principe même du respect des personnes (scandale Orpea). Elle peut amener aussi à des iniquités sociales dans l'accès aux soins de qualité. Elle pose enfin la question essentielle du financement de l'accès aux soins. Le Conseil régional doit donc être attentif à assurer une veille sur ces systèmes afin de prévenir les dérives et avoir une action positive sur ceux-ci. Au-delà des actions régionales citées dans la suite du rapport, la responsabilité régionale doit être assumée.

**2.**

***Établir des critères d'éco-socio conditionnalités spécifiques dans les aides apportées aux structures privées lucratives et non lucratives du secteur, et exercer une veille active sur le fonctionnement et les aides apportées au secteur public.***

Les groupements d'employeurs sont un acteur spécifique mais relativement présents sur le territoire néo-aquitain. Ils permettent la mutualisation d'emplois dans l'objectif de créer des emplois à temps plein à partir de plusieurs besoins en temps partiel. Il en existe plusieurs spécialisés dans le médico-social en Nouvelle-Aquitaine comme GEMS 23 (Groupement employeurs médico-social) à Guéret dans la Creuse, DMS en Dordogne (Développement médico-social), Groupement d'employeurs santé Atlantique ou GESA à Anglet dans les Pyrénées-Atlantiques. Il en existe également beaucoup dans les secteurs du sport et de l'animation.

Il existe par ailleurs en Nouvelle-Aquitaine dans ces domaines du médico-social, sport, animation ou encore aide à domicile des GE spécifiquement dédiés à la formation et au recrutement des futurs collaborateurs des entreprises adhérentes : les GEIQ – Groupements d'Employeurs pour l'Insertion et la Qualification.

Ces associations organisent des parcours d'insertion et qualification en alternance (Contrat de professionnalisation, ou apprentissage), au profit de publics éloignés de l'emploi et dans le respect d'un cahier des charges et d'une labellisation à renouveler annuellement.

La sécurisation des parcours des salariés GEIQ repose principalement dans leur accompagnement tant professionnel que social, permettant la levée d'éventuels freins périphériques, préalable à l'obtention d'une qualification et insertion durable.

Ainsi et tandis que 94% des salariés embauchés en 2021 par les GEIQ Silver Nouvelle-Aquitaine (Médico-social/ basé en Gironde) et GEIQ SAGe (Aide à domicile / basé en Gironde et Haute-Vienne) étaient considérés comme des publics prioritaires (jeunes sans qualification, bénéficiaires du RSA, demandeurs d'emploi de longue durée, de plus de 45 ans, habitants de QPV, ...), les résultats en sortie de parcours valorisent plus de 79% de sortie en emploi.

En 2022, un nouveau GEIQ Sport et Animation a aussi vu le jour, en intervenant tout d'abord en Charente-Maritime, avec un objectif de prochain développement sur l'ensemble du territoire néo-aquitain.

Il s'agit là de GE relevant de l'Insertion par l'activité économique (IAE) qui mutualisent de l'emploi dans le cadre de contrats en alternance et éventuellement de contrats aidés. Les GEIQ de par leur statut IAE bénéficient d'aides de la part de l'État.

Les GE se créent souvent par secteurs d'activités. Le développement de GE à dominante territoriale et / ou de type coopératif pourrait permettre la mise en relation entre les particuliers employeurs, les entreprises et les collectivités territoriales, qui seraient susceptibles de mutualiser du temps de travail pour faciliter l'accès au temps plein et répondre à des besoins très minimes ; par exemple quelques heures par semaine pour un particulier employeur.

**3.**

***Développer une nouvelle forme de groupement d'employeurs à dimension territoriale et multisectorielle, avec une logique de mutualisation, qui permettrait de tisser un lien plus fort entre les différents types d'employeurs des territoires.***



En termes de statuts professionnels, des fonctionnaires hospitaliers, d'État ou territoriaux, côtoient des salariés du secteur privé, des indépendants ou encore des bénévoles.

Des enjeux de formation existent pour tous ces acteurs. Certains employeurs, de taille suffisamment importante, disposent de leurs propres organismes de formation, à l'exemple de certains groupes privés proposant une offre dans l'hébergement de personnes âgées dépendantes. Le groupe Korian a par exemple développé son propre centre de formation des apprentis (CFA).

## II.A.2. Des dispositifs publics et associatifs liant de plus en plus soin et lien social, professionnels et publics

Les dichotomies présentées en première partie, qui ont partiellement marqué la construction historique des métiers du « sanitaire » et du « social » sont, au moins partiellement, dépassées dans les représentations de ces activités portées par un certain nombre d'acteurs. Ces derniers mettent en place ou participent à un certain nombre de dispositifs liés à l'action politique en la matière.

Au sein de ces dispositifs, l'interdépendance étroite entre soin et lien social est souvent un présupposé fondateur, de même que dans ce rapport d'auto-saisine. Par ailleurs, certains de ces dispositifs et acteurs s'inscrivent dans une intention de renforcer, créer ou faire évoluer les liens entre publics et praticiens. L'idée n'est pas de livrer ici une description exhaustive de ces dispositifs mais de donner quelques exemples pertinents de certains d'entre eux ainsi que d'approches liant différents acteurs, en particulier publics et associatifs.

### **L'approche « One Health » : questionner la santé sous l'angle de ses répercussions sur l'environnement au sens large**

Le concept « One Health » ou « une seule santé » en français, est mis en avant depuis le début des années 2000, avec la prise de conscience des liens étroits entre la santé humaine, celle des animaux et l'état écologique global. Il vise à promouvoir une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires. Cette approche systémique insiste sur les conséquences que les décisions en matière de santé humaine peuvent avoir sur la santé animale et celle de l'écosystème. En conséquence, elle préconise d'envisager dès la prise de décision l'ensemble de ces trois sphères. Il s'agit de privilégier des décisions susceptibles d'avoir des externalités positives, ou les externalités les moins négatives, sur l'ensemble de ces trois sphères et non uniquement sur la sphère de la santé humaine. Le Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine, depuis le début de la mandature en cours, s'est saisi de cette approche globale et a pour ambition d'encourager les fertilisations croisées, les échanges créatifs entre public et privé, recherche et entreprise, étudiants et professionnels.

Un aspect essentiel d'une démarche *One Health* pertinente, pourrait être la promotion de régimes moins riches en protéines animales, et issues d'élevages conduits dans le respect du renouvellement des écosystèmes naturels. C'est probablement le domaine où la synergie positive entre alimentation, environnement et santé, serait la plus efficace.

### **Le volet « santé » du Contrat de plan État-Région**

Le Contrat de plan État-région (CPER) 2022-2027, adopté par les élus du Conseil régional en mars 2022, comporte un volet consacré à la santé, visant à « lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé par des actions de proximité. » (CPER, p. 83). Trois objectifs opérationnels concernent :

- L'exercice coordonné des professionnels de santé ;
- Le déploiement du numérique en santé ;
- L'intensification de la lutte contre les inégalités d'exposition aux crises sanitaires.

On y retrouve donc la notion d'outils et de projets adaptés aux publics des différents territoires dans le but de lutter contre les inégalités, qu'elles soient d'accès à la santé ou d'exposition aux risques sanitaires, présente dans les Contrats locaux de santé (CLS). La nécessaire coordination d'acteurs variés, qu'il s'agisse

des professions de santé au sens large ou de professions liées à la cohésion sociale, témoigne d'une vision du soin et du lien social comme interdépendants.

Sur la méthode, le CESER a attiré l'attention dans un avis rendu en juin 2022<sup>17</sup> sur la nécessité que le CPER soit élaboré de façon plus participative, et soit le reflet d'une stratégie territoriale plus claire. La cohérence de cette stratégie pourrait être davantage lisible entre autres dans le volet « santé. »

## **Les contrats locaux de santé, vecteurs de cohérence entre les projets portés à différentes échelles**

Les CLS sont un outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale. Ils ont pour objectif de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, et de proposer une offre de santé de proximité adaptée aux spécificités des territoires. Ils s'adressent en priorité aux zones rurales isolées et aux quartiers urbains en difficulté.

Les CLS portent en particulier sur la promotion de la santé au sens large et la prévention, ainsi que l'accompagnement médico-social.

Ils peuvent permettre de mutualiser des moyens existants et de formaliser des initiatives et partenariats locaux sous forme de contrat. Ils peuvent également associer les Préfets, les services de l'État, les acteurs de santé et les associations, notamment d'usagers.

Les zonages des CLS n'étant pas toujours pertinents pour être opérationnels à l'échelle des aires de vie des publics et d'exercice des praticiens, il est proposé d'adapter le dispositif.

4.



***Créer un lieu d'échanges et d'observation des besoins type « conférence territoriale du soin et du lien social » ou « conseil local de concertation » sur les métiers et enjeux du soin et du lien social. Permettre aux acteurs de cette structure d'émettre des préconisations.***

Les acteurs réunis au sein de ce dispositif seraient à la fois les structures du territoire (EHPAD, cliniques, hôpitaux), les professionnels identifiés comme pouvant contribuer à la bonne santé ou au lien social (animateurs sportifs, médiateurs, art-thérapeutes, etc.), une représentation des usagers, des élus locaux. L'échelle retenue pourrait être la communauté de communes, qui est un périmètre pertinent pour différents acteurs clés : patients, praticiens, élus...

Les missions de cette instance seraient :

- D'apporter des conseils pour l'aménagement de structures type maisons médicales qui auraient un intérêt en termes d'aménagement du territoire ;
- D'engager la discussion autour des besoins en emploi de la part des structures, d'une meilleure connaissance transversale des compétences existant sur le territoire, des parcours / passerelles, de la Validation des acquis de l'expérience (VAE)... ;
- De contractualiser dans ces domaines sous forme de conventions pluriannuelles.

Pour la composition comme pour le fonctionnement de ce dispositif, il est possible de s'inspirer d'expériences existantes telles que les comités territoriaux des professionnels de santé, les ateliers santé-ville sur les territoires « politiques de la ville », les contrats néo-aquitains de développement de l'emploi sur le territoire (CADET).

---

<sup>17</sup> CESER NA, 2022.

## Acteurs mutualistes et paritaires

Le mutualisme désigne un modèle socioéconomique fondé sur la mutualité, action de prévoyance collective par laquelle des personnes se regroupent pour s'assurer mutuellement contre des risques sociaux. Le secteur de la mutualité est particulièrement présent dans le domaine de la santé, qu'il s'agisse de la prévention ou de l'assurance des accidents. Il est régi par le Code de la mutualité. Ce modèle met en œuvre une étroite collaboration entre usagers / publics, praticiens de santé et pouvoirs publics. Basé sur la solidarité entre les adhérents des structures mutualistes, il s'appuie sur une association étroite entre soin et lien social, tout autant qu'il contribue à nourrir et renforcer ce dernier.

La Nouvelle-Aquitaine compte 312 services de soins et d'accompagnement mutualistes incluant des centres de soins (médicaux, dentaires, optique...) mais aussi des services pour la petite enfance ou pour les personnes âgées. Le mouvement mutualiste emploie 20 257 personnes et couvre 3 millions de bénéficiaires en Nouvelle-Aquitaine. L'approche revendiquée par ce réseau consiste en une promotion du bien-être au sens large plutôt que de la seule santé (La Mutualité française Nouvelle-Aquitaine, 2019).

## Le pôle « culture et santé »

Il existe en région Nouvelle-Aquitaine des structures issues de la volonté de coopération de plusieurs Ministères relevant du secteur de la santé et d'autres secteurs, avec le Conseil régional et les acteurs locaux. C'est le cas par exemple de la SCIC culture et santé, dont la directrice a été auditionnée dans le cadre de ce rapport.

Le Conseil régional, la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC) et l'ARS, dans le cadre du déploiement d'une politique conjointe « culture et santé », ont souhaité se doter d'un outil d'appui pour accompagner les professionnels de santé et les professionnels de la culture à structurer leurs partenariats. Les professionnels de santé, des arts et de la culture avaient également la volonté de partager leurs expériences, de valoriser leurs savoir-faire et de co-construire des outils d'auto-évaluation de leurs projets. Cette double dynamique impliquant la société civile et les pouvoirs publics a pris la forme juridique *ad hoc* de la SCIC « culture et santé » qui compte aujourd'hui 119 sociétaires sur le territoire de Nouvelle-Aquitaine :

- Sociétaires utilisateurs de la SCIC du secteur artistique et culturel (opéra, scène nationale, compagnies de théâtre / danse, auteurs en leur nom propre...);
- Utilisateurs du côté sanitaire et social : CHU de Bordeaux, infirmiers libéraux, associations de personnes en situation de handicap...;
- Pouvoirs publics : État à travers la DRAC et l'ARS, Conseil régional, Département des Landes, certaines villes, Université Bordeaux Montaigne via son institut universitaire technologique (IUT) des carrières sociales ;
- Salariés (obligatoire de par la loi du 10 décembre 1047 sur les coopératives) ;
- Toute personne physique ou morale ne relevant d'aucun des autres champs.

Les missions de cette SCIC s'articulent autour de trois grands axes :

- Être un pôle de ressources au service des acteurs du territoire : service gratuit assuré grâce à une subvention ;
- Organisme de formation avec une offre de formation sur catalogue, principalement sur la méthodologie de projet adaptée à spécificité des projets intersectoriels ;
- Recherche et expérimentation en qualité de tête de réseau, sur de nouvelles manières d'utiliser l'alliance entre culture et santé pour répondre à des enjeux de société. Par exemple, une recherche dans le cadre de l'Appel à manifestation d'intérêt (AMI) innovation sociale a permis, en 2014, d'étudier la manière d'amener une offre culturelle au domicile.

Ce type d'outil est emblématique à la fois d'une vision conciliant le domaine de la santé et d'autres champs relatifs au lien social, en l'occurrence celui de la culture, et d'une alliance d'acteurs très divers autour de projets liant ces deux thèmes.

### **II.A.3. L'évaluation du caractère « nécessaire », « utile », « indispensable » de ces activités : des indicateurs à inventer et / ou enrichir**

En tant qu'activités structurées au moins partiellement autour de modèles économiques, le soin et le lien social sont évalués selon certains critères de rentabilité, d'efficacité économique.

Il existe par ailleurs des indicateurs d'utilité sociale parfois utilisés tels que le renforcement du pouvoir d'agir, le développement économique local, la transformation sociétale, l'insertion par le logement, la santé, la participation à la vie politique locale... Certaines structures utilisent le SROI (*Social Return on Investment*), une méthode offrant un cadre d'analyse des impacts sociaux, économiques et environnementaux. Cette méthode permet aux organismes à vocation sociale d'attribuer une valeur monétaire à leur action.

L'exemple de l'évaluation en matière de sport santé et sport sur ordonnance a été développé lors de l'audition de Laurent Bosquet, enseignant chercheur à l'université de Poitiers. Les grandes entreprises ayant mis en place des actions de prévention par le sport pour leurs employés ont calculé, en moyenne, qu'un euro investi générerait neuf euros de bénéfices (c'est-à-dire non utilisés pour traiter des problèmes de santé, tels que les troubles musculo-squelettiques – TMS –, ou non perdus en raison d'arrêts maladie) en France, et cinq euros de bénéfice au Canada.

Ces calculs n'ont pas été réalisés pour les TPE et PME qui n'ont pas les moyens de mener ce type d'études. Ces calculs peuvent par ailleurs manquer de précision dans la mesure où certaines politiques ont par ailleurs des impacts indirects qui ne sont pas toujours pris en compte : développement du tourisme sur les territoires côtiers, création d'emploi associatif...

Les organisations syndicales et les acteurs de santé déplorent souvent que de telles évaluations prennent insuffisamment en compte des critères d'utilité sociale, estimant que l'objectif de telles politiques n'a pas à être guidé par la rentabilité.

Des critères comme le mieux-être des individus, la réduction des inégalités pourraient être considérés. Il est souligné qu'une politique identique donnera des résultats différents en fonction du type de territoire sur lequel elle est déployée et que les comparaisons sont donc difficiles. Des valeurs moyennes sont souvent présentées, mais ne permettent pas de rendre compte de l'hétérogénéité des effets de ces politiques.

## **II.B. Des expériences et conceptions internationales sources d'inspiration potentielles**

### **II.B.1. Communauté Forale de Navarre**

**Stratégie de vieillissement actif et en santé (*Activo y Saludable*) 2017-2022**

Le vieillissement actif et en bonne santé fait référence au processus, à la fois individuel et collectif, d'optimisation des opportunités d'amélioration de la santé, de participation et de sécurité afin d'améliorer la qualité de vie des personnes à mesure qu'elles vieillissent (OMS).

Soixante lignes d'actions pour promouvoir un vieillissement avec qualité de vie (santé, autonomie, indépendance) sont articulées autour de trois axes :

- Des services de proximité (communautaires, digitaux, domotiques, etc.) et en lien avec la santé tout autant que le lien social (services sociaux, de santé et communautaires, soins et autosoins, sécurité économique, sociale et du travail) ;
- Un environnement convivial pour les personnes âgées et des opportunités de développement territorial (réseau des villes, villages et quartiers conviviaux pour les personnes âgées, prise en compte de la perspective du vieillissement dans l'élaboration des plans urbanistiques et le secteur du bâtiment) ; recherche et innovation pour identifier les opportunités liées au vieillissement et formation ;
- Des projets de vie active et saine (modes de vie, apprentissage et loisirs, sport, image sociale positive, changement de culture et participation sociale).

La perspective de l'égalité des genres et de l'équité socio-économique et territoriale est prise en compte de façon transversale.

### **Le conseil navarrais des personnes âgées**

Il s'agit d'un organe représentatif qui participe à la planification, à l'exécution et au suivi des politiques publiques concernant ce secteur de la population.

Il est composé principalement d'un Conseiller des Droits sociaux, de représentants de la Direction de l'Agence Navarraise d'autonomie et développement des personnes, de représentants des associations de défense des droits des personnes âgées, de représentants des municipalités, de représentants des syndicats.

Ses fonctions sont ainsi définies :

- Veiller sur les projets législatifs concernant les personnes âgées et les plans sectoriels ;
- Suivre et évaluer l'application et le niveau d'exécution du portefeuille de services sociaux dans le domaine des personnes âgées ;
- Promouvoir des mesures, des campagnes, des études ou des recherches qui favorisent les relations intergénérationnelles, la vie associative, la participation, la solidarité et, en général, la qualité de vie des personnes âgées ;
- Préparer des propositions d'action pour les personnes âgées et les envoyer, le cas échéant, aux administrations publiques de Navarre et aux organismes, institutions et entités publiques et privées liés à ce domaine d'action sociale.

## **II.B.2. Pays-Bas : le système *Buurtzorg***

« *Buurtzorg* » peut se traduire par « soins de quartier » ou « soins de proximité. »

Il s'agit d'un modèle pour les soins infirmiers à domicile mis en place au Pays-Bas en 2006 face au constat que l'humain n'était pas au centre des systèmes de soins. Le premier *Buurtzorg* est lancé par Jos de Blok avec 4 infirmières et 1 développeur informatique. Aujourd'hui 10 000 infirmiers et infirmières répartis en 850 équipes représentent 70% du marché du soin à domicile. En pratique le modèle consiste à former des équipes de 6 à 10 infirmiers et infirmières qui gèrent en totale autonomie le fonctionnement de leur équipe,

sans responsable hiérarchique. Il s'agit d'une approche originale à la fois du système de soin et de *management*.

Les *Buurtzorgs* présentent divers avantages pour les personnes accompagnées : le travail en équipe des praticiens permet de faire émerger les meilleures solutions pour les patients qui recherchent indépendance et qualité de vie. L'infirmière ou l'infirmier *Buurtzorg* est un référent ou une référente pour la personne accompagnée et sa famille, les aidant à trouver les solutions les plus adaptées à leur situation.

*Buurtzorg* est classé n°1 dans les études de satisfaction parmi plus de 300 organisations de soins. En 2010, une étude montre que l'organisation *Buurtzorg* permettait de réduire de 40% la dépense d'aide et de soins par personne accompagnée. En 2015, une autre étude montre que ce modèle permet d'économiser en moyenne 3000 euros pour chaque patient en hospitalisation à domicile aux Pays-Bas.

Le système *Buurtzorg* a inspiré divers modèles en France : Alenvi, Vivat, Atelier 48, Soignons humain et Adhap Services (principalement dans le Nord).

Cependant, pour être pleinement efficient, ce système suppose que l'effectif de chaque équipe ne soit pas confronté à un absentéisme important. En effet, dans ce cas, la gestion repose sur trois ou quatre personnes qui ne sont plus en mesure de respecter les besoins des usagers aidés puisqu'elles doivent assurer toutes leurs prestations.

### **II.B.3. Le système de soins longue durée (SLD) danois**

De nombreux pays, comme la Belgique, la France, l'Italie, le Portugal, l'Espagne et le Royaume-Uni, ont un modèle organisationnel dans lequel les soins à domicile en matière de santé font partie du système de soins de santé et les services ne relevant pas du soin à strictement parler (aide au ménage et à la vie quotidienne...) font partie du système social.

Dans d'autres pays, en particulier le Danemark, la Finlande et la Suède, les décideurs ont reconnu les avantages de fournir des soins à domicile au sein d'une seule organisation sous la responsabilité d'une seule institution ancrée dans le territoire (les municipalités).

Les soins de longue durée (SLD) danois visent à améliorer la qualité de vie des personnes nécessitant des soins et à augmenter leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes. Le système est organisé par 98 municipalités, les soins sont dispensés par des prestataires publics et privés, sur base de la gratuité, et financés par la fiscalité générale. Il existe un système de redistribution entre les municipalités ayant moins de besoins vers celles avec davantage de besoins (*Kommunale udlningsordning*).

Le système est l'un des plus universels et des plus complets au monde : il couvre toute personne ayant besoin de soins, quels que soient son âge, ses revenus, ses actifs et sa situation familiale.

Si le cadre légal est composé de deux lois séparées (Loi relative à la santé et loi relative au domaine social), les municipalités centralisent les deux types de responsabilités et disposent pour ce faire d'un degré d'autonomie assez élevé.

L'évaluation des besoins des personnes âgées tient compte des aspects physiques, psychologiques et sociaux. Les SLD incluent des mesures de prévention, de réparation et de réadaptation et des soins à domicile.

Exemples de mesures préventives : visites à domicile, activités de soutien à la bonne santé.

Exemples de mesures de réadaptation réparation : accompagnement à l'entraînement physique, suivi de la médication, suivi nutritionnel, formation aux activités de la vie quotidienne), mesures contre la solitude, etc.

Les soins à domicile couvrent les soins personnels (hygiène personnelle, s'habiller, sortir du lit et manger), l'aide et le soutien pratiques et les services alimentaires couvrent le nettoyage, la lessive et les courses.

Le système de SLD au Danemark offre des soins formels fournis par des professionnels, c'est-à-dire du personnel possédant une qualification pertinente. Le groupe le plus important est constitué par les assistants sociaux et assistantes sociales et de santé, mais il y a aussi beaucoup d'infirmiers, d'infirmières, de formateurs et de formatrices.

Les soins informels sont fournis davantage par des femmes : en 2016, 15,2 % de la population fournissait des soins informels dont 17,4 % des femmes et 12,9 % d'hommes. Les femmes comptaient pour 9% des aidants informels assurant plus de 20 heures de soins par semaine (contre 6,9 % pour les hommes).

## **II.C. Des besoins de soin et de lien social de plus en plus interdépendants**

Cette sous-partie vise à reprendre les orientations théoriques proposées en introduction en s'interrogeant sur la façon concrète de mettre en place, dans les dispositifs régionaux ou à d'autres échelles, les différents principes sous-tendant ce rapport. Ces principes sont évoqués tour à tour. Il s'agit tout d'abord de l'articulation entre soin et lien social (II.C.1), de l'approche préventive (II.C.2), puis de la coordination des acteurs en jeu dans ces agencements (II.C.3.).

### **II.C.1. Des besoins en « sanitaire et social » aux besoins en « soin et lien social »**

#### **Vers des approches de plus en plus transdisciplinaires**

La notion de *care* présentée en introduction permet de dépasser la distinction entre « sanitaire » et « social ». Elle met en lien la pratique du soin et la réparation ou le renforcement du lien social. Une politique du *care* opérationnelle et accordée aux besoins des publics passe par une prise en compte de besoins ne se réduisant pas à des actes techniques, que ce soit à l'hôpital ou dans d'autres contextes.

L'approche pragmatiste permet en complément de dépasser un certain nombre de dichotomies entre ce qui serait des « sachants » et des « exécutants » en matière d'activité du soin et du lien, et d'apporter une conception très opérationnelle des savoirs développés tant par les praticiens que par les publics.

Les représentants de la Fédération Nationale des étudiants en sciences infirmières (FNESI) rencontrés en audition mettent pour leur part l'accent sur l'introduction de la notion de lien social dans les cursus infirmiers. Cela se traduit concrètement, en milieu hospitalier, par un travail plus étroit avec les AS. Dans un contexte où l'ambulatoire prend de plus en plus d'ampleur, la notion de *care* permet également de penser la continuité des prestations apportées aux patients, en termes de soins mais également de lien au sens large, entre l'hôpital et le domicile.

Cette vision du soin comme intimement corrélé au lien social implique un travail en transversalité entre de nombreuses professions, désormais intégré dès le stade des cursus de formation : les AS mais également les professionnels issus des filières d'odontologie, de kinésithérapie, de maïeutique, de pharmacie...

Les réflexions en cours sur le système de prise en charge en psychiatrie s'inscrivent dans cette logique de transversalité des pratiques pour une meilleure prise en compte des besoins globaux des bénéficiaires. Ces réflexions font suite à des recommandations de la Cour des comptes préconisant une meilleure

coordination et graduation des soins dans une logique de « soins inclusifs » visant une « logique de qualité de l'accompagnement et de dignité » des personnes (Duhamel, 2021). Il est envisagé la prise en charge de psychothérapies par les psychologues libéraux et non uniquement par les psychiatres. Des « chèques psy » ont également été mis en place à destination des étudiants, en lien avec la crise sanitaire, sociale et économique.

### **Une nécessaire co-construction**

Un certain nombre d'approches concernant ces activités, depuis des enseignements dispensés en instituts de formation jusqu'au récent rapport Piveteau (2021), mettent par ailleurs l'accent sur la nécessaire co-construction du soin et de l'aide, entre praticiens, professionnels de terrain et publics visés. Cela implique un besoin de transformation des métiers actuellement fléchés « soin » vers une conception plus globale alliant soin et interaction, soin et lien social. C'est le sens de la modification des cursus de formation infirmiers évoqués avec la FNEI.

Réciproquement, il existe un besoin de transformation des métiers fléchés « social », avec une nécessité de dépasser l'approche judéo-chrétienne de l'« aide » pour aborder ce rapport à l'autre en termes de co-construction. Cela passe en particulier par l'introduction dans les cursus de formation initiale et continue de notions relatives à l'éducation populaire, aux enjeux philosophiques d'une réflexion sur le lien social induit et voulu par ces activités spécifiques. Il est nécessaire également de considérer que ces besoins concernent la société dans son ensemble et pas une part « nécessaire » uniquement.

En psychiatrie et psychothérapie, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) répondent par exemple à cette approche. Il s'agit d'associations portées par et pour des usagers en santé mentale ; ils reposent sur le principe de pair-aidance. Souvent implantés au cœur de la ville, ils permettent de se retrouver, de s'entraider, d'organiser des activités visant au développement personnel, de passer des moments conviviaux et de créer des liens. L'innovation des GEM tient à ce que pour la première fois des personnes présentant un handicap psychique et / ou cognitif ont été invitées par les pouvoirs publics à se responsabiliser en prenant une part active à la définition et à l'organisation d'un projet les concernant : le projet d'entraide du GEM dont ils peuvent librement fixer les modalités.

De façon plus générale, quel que soit le domaine, les associations d'usagers et/ou des représentants de ces derniers quels qu'ils soient sont une valeur ajoutée à la conception des actions mises en œuvre.

#### *Un acteur mis en lumière depuis 2002 : le patient expert*

Ces patients sont le fruit de la volonté exprimée dans les lois Kouchner de 2002 et la loi Hôpital, patients, santé territoires de 2009. En France, il n'existe pas de définition officielle du patient expert ; elle varie selon les domaines d'expertise considérés, les fonctions et les circonstances. Le CHU de Poitiers le définit comme un patient porteur d'une maladie chronique, qui a vécu de nombreuses années avec la maladie. Il a réussi à prendre un peu de recul sur sa maladie et il souhaite partager son vécu, son expérience, ses difficultés. La notion s'étend aux parents des patients trop jeunes pour remplir ce rôle. Chaque patient expert suit la même formation que les professionnels de l'hôpital souhaitant dispenser l'éducation thérapeutique (ETP). Intégrer des patients experts dans l'éducation thérapeutique est bénéfique pour les usagers comme pour l'établissement lui-même. Ils ne participent pas seulement au programme, ils sont inclus dans sa construction et son évaluation. Ils jouent un rôle important dans l'éducation du patient qui vise à rendre autonomes les patients atteints de pathologies chroniques.

### La démocratie en santé, une approche pertinente

Alors que s'impose le concept global « *One Health* » (qui donne à comprendre la santé du point de vue des interrelations entre l'homme, la nature et son environnement), dans un contexte international exposé au cumul de tensions, de dérégulations et de crise des légitimités, la démocratie en santé pourrait proposer un nouveau modèle de gouvernance. Au-delà de considérations de santé publique cette démarche démocratique responsable et participative se réfère en effet aux valeurs de dignité, de respect, de loyauté, de justice, de bienveillance et de solidarité.

Dans le préambule de la Constitution du 17 octobre 1946, la nation garantit « la protection de la santé ». La loi dite de « démocratie sanitaire » du 4 mars 2002 affirme que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne. » De la protection à la reconnaissance de droits fondamentaux, l'évolution est significative d'une politisation des enjeux de santé.

Barbara Stiegler rappelle que c'est dans le contexte des « années SIDA<sup>18</sup> » qu'a émergé le concept de démocratie sanitaire institué et formalisé dans le cadre de la loi du 4 mars 2002. L'irruption sur la scène publique de la parole des personnes malades a politisé le champ de la santé publique y compris en termes de revendications démocratiques. Les États généraux du sida (1990) suivis par les États généraux de la santé (1998) permettront aux personnes malades de témoigner publiquement de l'indignité et de l'irrespect de leur condition, et de revendiquer la reconnaissance de droits. Ainsi, dans son article 3, la loi affirmera : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »

La loi « démocratie sanitaire » de 2002 propose une nouvelle philosophie du soin dans le cadre d'un partenariat attentif à la personne malade reconnue dans son expérience, son expertise et sa capacité de discernement dans l'arbitrage des décisions qui la concernent. Le « paternalisme médical » souvent assimilé au pouvoir discrétionnaire de celui qui sait, est confronté à la contre-culture de « l'autonomie » de la personne malade. Car il s'agit bien d'intégrer aux pratiques des principes inconditionnels comme le respect du consentement, la loyauté dans l'information, la protection de la personne contre tout risque indu, la limitation des souffrances dans le cadre d'une intervention compétente et justifiée.

Aujourd'hui, ce « nouvel enjeu de santé publique » transforme la capacité participative comme une ressource essentielle en matière d'action locale de santé.

C'est pourquoi, la Fédération Diversité Proximité Mutualiste a lancé une initiative

*« Favorisant la rencontre des acteurs de la santé au niveau national afin de faire de la question de la transversalité en santé et de la rencontre des savoirs une solution au service de l'épanouissement de la démocratie en santé durant tout le cycle de vie de la personne<sup>19</sup>. »*

5.

***Dans les cursus de formation, développer des projets pédagogiques à 4 ou 5 étudiants sur un continuum afin d'apprendre à comprendre et anticiper les nouvelles attentes des publics et de développer un discours et des pratiques adaptés.***

<sup>18</sup> Syndrome d'immunodéficience acquise, qui s'est développé dans les années 1980.

<sup>19</sup> Fédération Diversité Proximité Mutualiste, 2022.

*Faire intervenir dans ces projets les associations d'usagers, des patients experts, les maisons d'accueil des familles présentes dans l'environnement des CHU, et autres représentants pertinents des publics en fonction des cursus, pour bien aider à comprendre les nouvelles attentes des publics.*

Un autre secteur, l'Aide sociale à l'enfance (ASE), connaît actuellement des difficultés en raison d'un manque de moyens, mais également d'un certain nombre de principes de fonctionnement qui mettent en difficulté les travailleurs du secteur comme les enfants bénéficiaires : séparation des fratries dans les familles d'accueil, manque de communication entre les familles d'accueil et les départements dans le cadre du suivi des enfants accueillis... Une réflexion en cours sur l'évolution de ces principes, ainsi que les activités de certaines associations, contribuent à faire évoluer les dispositifs d'accueil pour des pratiques plus adaptées aux bénéficiaires et aux acteurs en jeu, et seraient à poursuivre. C'est le cas entre autres du placement de fratries dans des foyers dédiés par des associations pour éviter la séparation qu'induirait le système de placement traditionnel en familles d'accueil.

### **L'émergence de nouvelles activités et de nouveaux métiers liant soin et lien social, à accompagner**

Au niveau des activités et métiers, les différentes auditions menées et les sources bibliographiques convergent pour faire état d'un besoin d'activités nouvelles, ou du renouvellement d'activités existantes en liant explicitement dans leur conception mission de soin et mission de lien social.

Pour y répondre, de nombreux métiers moins traditionnels et codifiés que ceux des filières « sanitaire » et « sociale » ont émergé, illustrant que le soin et le lien social se jouent :

- Souvent conjointement ;
- Pas uniquement dans les métiers les plus anciens des domaines sanitaire et social.

Le CESER a identifié les activités suivantes qui, sans exhaustivité, sont représentatives du lien de plus en plus étroit entre soin et lien social dans les besoins des publics :

- La socio-esthétique et la socio-coiffure ;
- La médiation animale<sup>20</sup> ;
- La musicothérapie ;
- L'animation sociale ;
- Les accompagnements individuels dits de « développement personnel » : nouvelles techniques de soins basés sur l'énergétique, sophrologie, hypnose, accompagnements type *coaching*, *qi qong*, yoga, bains de forêt... ;
- Les exploitations agricoles pour recevoir les personnes souffrant d'addictions, ainsi que des jeunes en difficulté et / ou placés pour leur permettre de recréer du lien grâce aux animaux ou en faisant des travaux de maraîchage. Ce peut être aussi une opportunité de construire ou reconstruire une relation plus équilibrée avec la nourriture.

Toutes ces « nouvelles » activités sont traversées par un enjeu de connaissance et de reconnaissance plus large. Elles peuvent par exemple être vectrices d'une réflexion sur la manière d'aborder les questions alimentaires, qui partent du vécu, de l'histoire, des habitudes... Les problèmes liés à l'alimentation (obésité,

<sup>20</sup> Sur ce métier émergent, un ouvrage à destination des professionnels, très opérationnel, existe (Zimmer-Baué, Auffret et Kohler, 2019).

diabète, et affections subséquentes ...) prenant les proportions d'une catastrophe sanitaire globale. Ces pratiques illustrent par ailleurs que la hiérarchisation des besoins humains telle que traditionnellement envisagée, notamment à travers la pyramide de Maslow, mérite d'être reconsidérée. Il conviendrait de donner davantage d'importance à des besoins considérés dans ce modèle comme secondaires : image de soi, contact avec autrui, qu'il soit humain ou animal. En effet ces besoins « secondaires », dans les pratiques concrètes et le vécu des individus, apparaissent comme tout aussi importants à satisfaire que des besoins considérés comme essentiels tels que l'hygiène ou le soin au sens strict, dans le but que les processus de guérison soient plus durables et plus rapides.

Cette idée a été développée entre autres dans le cadre de l'audition avec la Directrice de la SCIC *Culture et santé*. Une expérimentation a été menée en Nouvelle-Aquitaine, en partenariat avec le centre Emile Durkheim et divers artistes, concernant l'impact de l'accès à la culture à domicile sur la qualité du vieillissement. Les résultats ont été encourageants mais l'expérimentation n'a pour l'heure pas donné lieu à des études plus approfondies faute de financements appropriés.

7.

***Pérenniser et valoriser les expérimentations réussies.***

***Dans le but de renforcer l'ambition de la politique d'innovation sociale menée par le Conseil régional, envisager, en partenariat par exemple avec des organismes mutualistes, des financements complémentaires pour pérenniser des dispositifs expérimentaux (principalement dans le cadre d'Appels à manifestation d'intérêt – AMI –) ayant des résultats intéressants.***

## **II.C.2. Des besoins de cohésion sociale et territoriale invitant à une approche en termes de prévention et d'animation plutôt que de curatif**

### **Des besoins préexistants amplifiés par la crise sanitaire, sociale et économique**

Un entretien avec des représentants de l'agence Pays et quartiers de Nouvelle-Aquitaine (PQNA) ainsi que l'audition de la Directrice de la CAF de Gironde ont permis d'évoquer les besoins des publics qui auraient émergé plus spécifiquement à l'occasion de la crise liée à la COVID 19. Il est souligné que la crise n'a pas fait émerger de nouveaux besoins à proprement parler, mais plutôt exacerbé des besoins déjà existants au préalable. En termes de lien social, ces besoins concernent principalement les communs au sens de lieux, d'espaces hybrides pour permettre la rencontre. Un retrait accéléré du service public a par ailleurs eu lieu. Enfin, le monde associatif a fonctionné de façon dégradée pour les activités de groupe, en raison des normes sanitaires. L'animation en a pâti, particulièrement auprès des personnes qui risquent de se retrouver facilement déconnectées.

L'enjeu est dès lors de trouver comment répondre de manière nouvelle, avec de nouveaux acteurs, de nouveaux réseaux, ou encore en s'appuyant sur des structures préexistantes, aux besoins laissés insatisfaits par ces difficultés accentuées par la crise.

La journée consacrée au travail social que la Commission « éducation, formation et emploi » a passé à La Rochelle a permis de mettre en lumière des besoins très forts en activités préventives de terrain : médiation de rue, éducateurs et éducatrices de rue, associations travaillant avec les jeunes dans une logique de mixité (lycéens, décrocheurs, en recherche de l'emploi...) sur des projets d'insertion par l'activité culturelle, sportive ou professionnelle... Il a été souligné par les intervenants que ces besoins existent structurellement, de longue date. Pour autant, ils ne sont considérés comme prioritaires qu'inégalement en fonction des territoires, et souvent depuis une période plutôt récente. La crise sanitaire, surtout le

premier confinement (mars – mai 2020), a constitué un puissant révélateur de l'indispensabilité de ces activités, au même titre que les métiers plus classiques du soin et du travail social. La médiation de rue dans les quartiers prioritaires de la Rochelle par exemple, bien que non rattachée au service public puisqu'il s'agit d'emplois précaires associatifs, a été remise en place dès avant la fin du premier confinement, à la demande de la Préfecture.

Envisager le lien social et la cohésion dans une optique de prévention amène à avoir, idéalement, moins besoin des activités du soin, du curatif. Au niveau du lien social, les éducateurs ou médiateurs de rue peuvent par ailleurs contribuer à désengorger la justice, en intervenant dans certains conflits « mineurs » qui se solderaient potentiellement par des plaintes sans leur action. Ils ont également un rôle pour désamorcer certaines tensions pouvant exister au sein des institutions scolaires, entre élèves et enseignants par exemple.

8.

***Renforcer les dispositifs de prévention et d'éducation à la santé auprès de tous types de publics, prioritairement ceux plus particulièrement isolés et précaires. Cette stratégie permet par ailleurs de développer du lien social.***

La santé scolaire est un des outils essentiels de la prévention et de l'éducation au soin des plus jeunes ainsi qu'à l'accès direct et facilité aux soins. Elle joue un rôle important dans la médiation sociale à l'intérieur des établissements. Le soutien, y compris financier, au développement de l'éducation à l'alimentation, et aux pratiques culinaires de base, dans le cadre scolaire, apparaît par ailleurs capital.

En complément, un certain nombre d'associations interviennent dans les établissements scolaires pour participer à cette prévention. Celles-ci sont parfois soumises à des subventions ou des appels à projet alors que des partenariats plus pérennes permettraient la construction de projet plus ambitieux.

Par sa compétence sur les lycées, le Conseil régional a une responsabilité particulière dans l'accomplissement de ces missions en assurant une dotation suffisante et en en tenant compte dans ses investissements.

9.

***Par ses représentations dans les conseils d'administration et par son implication budgétaire, la Région pourrait rappeler l'importance de la santé scolaire dans les établissements.***

## **Des réseaux, dispositifs et expérimentations permettant l'innovation et la mise en relation d'acteurs multiples, à encourager pour approfondir la prévention**

Il existe différents dispositifs territoriaux dédiés au soin et / ou au lien social, dont certains sont relativement implantés et d'autres plus expérimentaux. Il convient de renforcer et consolider ces derniers afin de systématiser sur les territoires, avec un maillage fin, la logique de prévention dont ils sont porteurs.

La CAF, par divers financements, répond à des besoins en termes de :

- Numérique ;
- Formation à des métiers d'utilité sociale immédiate, accompagnement de la transformation de ces derniers.

Les Relais d'assistantes maternelles (RAM), créés en 1989 à l'initiative de la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) sont un exemple concret de dispositif mettant en lien des acteurs de différents horizons dans une logique de prévention, sur des territoires bien définis puisqu'ils sont gérés à l'échelle des

communes. Il s'agit d'accompagner les assistantes et assistants maternels, qui représentent le premier mode d'accueil en France. Il a fallu attendre 2005 pour que les RAM et leurs missions soient reconnus dans la législation<sup>21</sup>. Ils ont pour gestionnaires des collectivités territoriales, principalement des communes mais aussi des associations et sont accessibles gratuitement. En général, à leur tête se trouvent une éducatrice ou un éducateur de jeunes enfants (EJE), un animateur ou animatrice socioculturel, un infirmier ou infirmière-puériculteur/trice. Au départ, les RAM avaient deux grands objectifs : le soutien et l'accompagnement des assistantes et assistants maternels, avec en arrière-plan une volonté de sortir du travail dissimulé. En 2011, la CNAF élargit les missions des RAM. Désormais, ils sont ouverts aux gardes d'enfants à domicile (les auxiliaires parentales et parentaux) pour qu'ils et elles bénéficient du même effort de professionnalisation et de mise en valeur de leur métier.

Il est souligné que la collaboration des CAF avec le Conseil régional pourrait être plus étroite.

10.

***Associer les CAF aux contrats territoriaux de filières et plus largement aux réflexions sur la formation professionnelle qui les concernent.***

Il est urgent de renforcer et développer le maillage médico-social de proximité, assuré par les services publics et les maisons et les acteurs de santé : Maison départementale de la solidarité et de l'insertion (MDSI), accueil Caisse d'allocations familiales (CAF), Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Caisse de retraite et de santé Au travail (CARSAT), assistants sociaux et assistantes sociales...

Les tiers-lieux jouent également un rôle dans la mise en contact d'acteurs qui ne se côtoieraient peut-être pas, sinon, à différentes échelles<sup>22</sup>. Ceux-ci, ainsi que les dispositifs de *co-learning* peuvent représenter une réponse puissante à certaines situations d'isolement, et donc générer du lien social.

11.

***Travailler avec les tiers-lieux dans le but de valoriser leur rôle en matière de lien social.***

***Adapter les tiers-lieux et certains postes de travail à des situations de santé spécifiques, voire de handicap.***

***Adapter les horaires d'ouverture des tiers-lieux pour permettre l'exercice de certaines professions : psychologues, assistantes sociales et assistants sociaux.***

L'agriculture urbaine se joue, elle aussi, dans des lieux permettant la rencontre et donc l'approfondissement, en qualité comme en densité, du lien social. Cette pratique permet en outre de produire une petite partie de son alimentation et d'aborder concrètement une réflexion sur ce thème.

Ces nœuds de réseaux, lieux et configurations déjà existants permettent, outre le renforcement et la transformation du lien social sur différents types de territoires, de faire preuve de résilience face aux crises actuellement traversées.

Il existe par ailleurs des expérimentations apportant un certain nombre d'innovations combinant soin et lien social ainsi que des acteurs variés.

C'est le cas par exemple d'expériences mises en place entre des écoles et des EHPAD visant à mettre régulièrement en contact des enfants et des personnes âgées afin de renforcer le lien trans-générationnel et de favoriser le bien-être psychologique et même physique des résidents. Récemment, ce sont même des micro-crèches qui ont ouvert au sein de résidences seniors, par exemple à Montussan dans les environs de

<sup>21</sup> Article L. 214-2-1 du Code de l'action sociale et des familles.

<sup>22</sup> Voir sur les potentialités de ces lieux le rapport du CESER *Quel télétravail pour quelle société ?* (CESER NA, 2020-5).

Bordeaux en 2021. Outre la mutualisation des infrastructures (jardin, service de restauration), cela permet de mettre en place des animations mélangeant enfants et personnes âgées, bénéfiques tant sur le court terme (apprentissage du vivre-ensemble pour les enfants, limitation des risques de dépression pour les résidents) que sur le long terme (sensibilisation dès le plus jeune âge à l'intergénérationnel).

Des dispositifs d'habitat partagé et de colocations dédiés aux personnes âgées existent également, permettant de nouer des liens différents de ceux qui existeraient en structure médicalisée. L'habitat partagé pour seniors est un hébergement où des personnes âgées en perte d'autonomie vivent au sein d'une même maison. Chacun possède sa chambre et partage les espaces de vie avec les autres colocataires. Ce type de logement se différencie des structures collectives par sa petite taille (huit colocataires en moyenne par habitat partagé), son prix modéré et par l'accompagnement d'un ou plusieurs professionnels au quotidien.

Un autre exemple d'innovation concerne les « villages Alzheimer » dont l'un a ouvert ses portes en juin 2020 à Dax dans les Landes. Ce type de structure propose une prise en charge unique de la maladie pour 120 résidents concernés, dans le cas du village des Landes. L'idée est de proposer aux patients une vie « normale » autour de commerces et de lieux de sociabilité, d'espaces naturels, d'animaux, le tout encadré par 120 bénévoles et autant de professionnels de santé. Un groupement d'intérêt public a été monté pour porter ce projet. Dans le cas des Landes, un accent particulier est mis sur l'usage des langues, que ce soit le basque ou le gascon, des langues utilisées par la plupart de ces résidents durant leur enfance. Pouvoir dialoguer dans ces idiomes avec des professionnels ou des bénévoles qui les maîtrisent permet aux malades, non seulement de cultiver des liens qui leur seraient difficiles en français, langue dans laquelle ils ont souvent de plus en plus de mal à s'exprimer, mais également de voir leurs capacités cérébrales décliner moins rapidement voire d'en recouvrer une partie<sup>23</sup>.

12.

*Développer les formations en langues régionales pour les professionnels du soin et du lien social, comme proposé dans le rapport du CESER NA sur les mobilités transfrontalières (2020-6).*

L'introduction de pratiques de médiation animale au sein des EHPAD ou les établissements d'accueil pour personnes en situation de handicap, ou même parfois en crèches, en prison... peut également être citée parmi ces expérimentations.

Enfin, le choix de cadres basés sur des critères non uniquement pratiques mais prenant également en compte la qualité de l'environnement, la présence de verdure, pour l'implantation d'établissements d'accueil pour personnes âgées ou en situation de handicap, est à signaler. Une importance particulière est accordée à ces aspects dans les pays nordiques par exemple, ce qui a des bénéfices sur la santé physique et psychique des personnes accueillies.

## **Des métiers et activités moins visibles et valorisés à soutenir**

La prévention, l'animation, les approches de groupe privilégiant la capacitation, la co-construction et un accompagnement « avec » plutôt que « à la place de » sont donc bien présents dans un certain nombre de dispositifs existant à différentes échelles en Nouvelle-Aquitaine.

Le maintien, le renforcement et le développement de ce type de dispositifs impliquent de mettre en lumière, valoriser et soutenir un certain nombre de métiers aujourd'hui peu visibles et considérés. Le CESER

---

<sup>23</sup> Les personnes atteintes d'Alzheimer ou personnes âgées retrouvent parfois l'usage d'une langue maternelle oubliée pendant l'âge adulte. Considérant ce phénomène, l'Office public de langue basque (OPLB) effectue un important travail de formation des professionnels de santé autour de cette langue.

fait le choix de mettre l'accent sur deux d'entre eux en particulier, ayant en commun d'être relativement anciens mais pourtant marginalisés : l'animation et le sport-santé.

Les animateurs peuvent exercer au sein de multiples structures et dispositifs. On les trouve au sein des EHPAD, des hôpitaux, dans le secteur socio-culturel...

L'ex région Poitou-Charentes comptait par ailleurs un certain nombre d'animateurs socio-culturels en lycée, ayant pour mission de coordonner, accompagner, initier et participer à la construction de projets d'action artistique et culturelle, de santé et de citoyenneté. Ces postes ont été supprimés progressivement au moment de la fusion des trois régions, au détriment des élèves comme des personnels des lycées, entre qui ces animateurs favorisaient le lien.

13.

### *Rétablir les postes d'animateurs culturels en lycées.*

Cette fonction d'animation, quelle que soit la structure où elle s'exerce, peut être le support de projets très novateurs, comme la mise en place de concierges de rue dans certains villages ou petites villes, de projets culturels dans les EHPAD et hôpitaux (spectacles de clowns à destination des enfants, expositions, projets autour de la danse...).

Deux auditions ont par ailleurs été réalisées concernant plus particulièrement le domaine du sport-santé, l'une avec un éducateur sportif, l'autre avec un enseignant-chercheur spécialiste de ce domaine, à la fois en France et au Québec.

Le sport-santé est défini en 2012 par le Ministère en charge des sports, cette définition est validée par le Ministère de la santé, dans le but de pouvoir faire des prescriptions de sport. Il s'agit de la pratique d'activités physiques et / ou sportives qui contribuent à la santé telle que définie par l'OMS.

Suite à un débat commencé en 2012, une modification du Code de la santé en 2016 permet aux médecins de prescrire des activités sportives à certaines conditions restrictives :

- Que cela soit dans le cadre d'une maladie reconnue par la sécurité sociale comme Affection longue durée (ALD) ;
- Concernant la prévention tertiaire, les interventions possibles sont limitées aux praticiens en activité physique adaptée santé (licence ou diplôme de niveau supérieur), ainsi qu'aux kinésithérapeutes, ergonomes et ergothérapeutes.

Les besoins sont importants, que ce soit en termes de sport sur ordonnance ou d'activités physiques pour tous auprès de publics comme les seniors, la petite enfance... L'Éducation physique et sportive (EPS) dans les collèges et lycées permet de poser les bases éducatives de l'intérêt du sport pour sa santé. Il est donc important d'investir pour valoriser cette discipline. Les périodes de confinement ont particulièrement mis en exergue le rôle du sport au-delà de la seule santé physique, qu'il contribue à maintenir voire à améliorer, en particulier chez les personnes âgées. En effet, la pratique du sport en groupe en particulier, apporte aux personnes une qualité de lien, un appui en termes d'image de soi, et de nombreux bénéfices en plus du maintien physique proprement dit. Le fait de ne plus pouvoir pratiquer lors des confinements de printemps et d'automne 2020 a été source de souffrance pour de nombreuses personnes. Les animateurs en club ont essayé, dans la mesure du possible, de maintenir un lien à distance et de proposer des activités adaptées au contexte, mais ce fonctionnement était extrêmement dégradé. De nombreux adhérents ou *coachs* à titre individuels ont ainsi « décroché » durant ces périodes.

14.



#### ***Soutenir le développement des pratiques de sport-santé.***

***Travailler en partenariat avec les départements, les communes les CCAS et les associations : pour 1) mettre en place des séances de sport-santé, 2) aménager des créneaux dans les salles 3) mettre en place si besoin un service de transport adapté, 4) participer au financement et à la formation de plus d'encadrants.***

Il apparaît par ailleurs urgent d'organiser la coordination et la concertation entre les acteurs s'occupant de sport-santé sur les territoires. Il serait important de travailler entre autres avec l'Association santé et prévention sur les territoires (ASEPT), les associations sportives et les autres acteurs concernés. Le but est de procurer un soutien en matière d'ingénierie : communication, locaux...

Pour permettre un exercice plus harmonieux de ces métiers, il est par ailleurs souligné un fort besoin de coordination entre praticiens, et davantage de cohérence au niveau des diplômes et des institutions en charge de leur délivrance, en particulier en matière de sport sur ordonnance.

En effet, pour l'heure, les filières sont plutôt cloisonnées, entre :

- Le Certificat de qualification professionnelle (CQP) de niveau inférieur au bac et délivré par les fédérations sportives ;
- Le brevet professionnel (BP), de niveau Bac, délivré par le Ministère en charge des sports ;
- Les diplômes délivrés par le Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (ESRI) dans le cadre des unités de formation et de recherche (UFR) Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) : licence en activité physique adaptée santé, pouvant se poursuivre par un master voire un doctorat.

Des associations organisées en réseau ont pour objectif de pérenniser et faire vivre le sport santé, en particulier le sport sur ordonnance, dans le cadre du dispositif régional PrescriMouv. Elles regroupent des médecins, des acteurs académiques, des usagers... Elles fonctionnent en partenariat avec les divers niveaux de collectivités territoriales : Région mais aussi départements, par exemple en Dordogne, Pyrénées-Atlantiques, Vienne... En s'appuyant sur ce réseau, il serait souhaitable de soutenir le renforcement du maillage associatif mettant en relation prescripteurs, professionnels et patients dans le domaine du sport sur ordonnance.

### **La communication et l'implication des associations d'usagers, nécessaires pour le succès de ces dispositifs préventifs**

Différents aménagements et améliorations dans le contenu afin de renforcer l'efficacité des dispositifs existants ou d'en créer de nouveaux, ont été proposés au fil des sous-parties qui ont précédé.

Au-delà des dispositifs eux-mêmes, c'est la communication et l'information à leur sujet qu'il convient d'améliorer.

En effet, les auditions d'acteurs présentant ces différents dispositifs ont permis de se rendre compte que ces derniers étaient souvent peu connus, d'une part du grand public, d'autre part de bénéficiaires potentiels. C'est le cas par exemple des Comités locaux d'information et de coordination des personnes âgées (CLIC), qui maillent le territoire à l'échelle de chaque département, ou encore des actions de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) en faveur des personnes âgées.

Les actions de communication potentielles sont identifiées par les acteurs locaux auditionnés comme passant surtout par des vecteurs numériques, et une aide aux populations les moins à l'aise avec les outils pour être en mesure de se les approprier.

15.

*Continuer à développer des formations aux outils numériques, en particulier dans le domaine de la santé, particulièrement à destination des publics ayant le plus de difficulté à les utiliser.*

16.

*Former les professionnels à la méthode « Facile à lire et à comprendre » (FALC) pour s'adapter aux publics en situation d'illettrisme ou d'illectronisme.*

17.

*Communiquer autour des dispositifs anciens et nouveaux existant en matière de prévention et de maintien / renforcement du lien social également à l'aide d'autres supports que le numérique afin de toucher un large public.*

## **II.D. Des besoins qui peuvent être différenciés, des spécificités à prendre en compte**

Il existe une grande variété de situations générant des besoins en soin et en lien social. Dans cette sous-partie, l'accent est mis sur cinq critères pouvant générer des besoins spécifiques : le genre (II.D.1), la situation familiale (II.D.2), l'âge (II.D.3), la situation de handicap (II.D.4) et le territoire (II.D.5).

### **II.D.1. Les femmes : des besoins liés aux inégalités territoriales accentués par le critère de genre**

Un rapport d'auto-saisine de la Coordination régionale des conseils de développement (CRCD) de Nouvelle-Aquitaine, réalisé à partir d'une enquête par questionnaire, met en évidence la combinaison des inégalités de genre avec les inégalités territoriales, et donc des besoins liés à ces inégalités plus marqués chez les femmes que chez les hommes.

*« Les femmes se trouvent en première ligne face aux discriminations, à la pauvreté, à la violence et à un sexisme presque institutionnalisé. » (CRCD, 2020, p. 8).*

Une audition avec la Présidente de la fédération régionale des Centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) de Nouvelle-Aquitaine, qui préside également le CIDFF Limousin ainsi que de multiples remontées d'information et sources bibliographiques ont par ailleurs permis d'examiner différents besoins spécifiques aux femmes, les dispositifs existant pour y répondre et les possibles axes d'amélioration.

Le problème des violences intrafamiliales mobilise un grand nombre d'acteurs sur les territoires, qu'ils soient urbains ou ruraux. Cela passe par une gestion des dangers immédiats : numéro de téléphone grave danger, centre d'hébergement, gestion d'appartements... Des actions de prévention plus en amont sont également mises en place, par exemple des formations à la détection discrète des preuves de violence auprès d'élus, d'enseignants...

Des points d'écoute psychologiques spécifiquement dédiés aux femmes sont également une nécessité, au-delà des questions de violences : perte d'un parent, femmes seules...

De l'information juridique peut également être demandée, ainsi que du conseil en évolution professionnelle.

Dans le domaine de la formation et de l'emploi, les besoins peuvent porter sur l'insertion dans l'emploi *via* les Plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi (PLIE), notamment pour des personnes en difficulté avec la langue française. La sensibilisation des femmes sur les métiers du numérique, qui sont aujourd'hui essentiellement un univers masculin, est un autre dossier important traité actuellement par le CIDFF en Nouvelle-Aquitaine et plus spécifiquement dans les départements de l'ancienne région Limousin.

Dans le champ culturel et sportif, des projets existent concernant l'appropriation de l'histoire des quartiers populaires par les femmes (Odyssees à Limoges) ou encore du domaine sportif par ces dernières, souvent perçues comme moins légitimes et investies à ce niveau (Pau). Plus généralement, l'enjeu est d'amener les femmes visées par ces différents projets à être actrices de ces derniers dès le départ, par exemple en participant à l'aménagement et à la peinture des locaux qui seront utilisés, et surtout en poursuivant les actions une fois le projet proprement dit terminé. Certaines montent ainsi des associations qui perdurent dans le temps au-delà de la conclusion des projets.

En termes de maillage, les CIDFF sont au nombre de 9 en Nouvelle-Aquitaine, sur 11 des 12 départements (seul le Lot-et-Garonne ne dispose pas d'antenne, mais est couvert par un service téléphonique). Les permanences ont lieu en mairie, dans les centres sociaux, dans certains centres commerciaux, en particulier durant les phases de confinement. L'objectif est d'aller au-devant des personnes qui ne sont pas toujours informées de l'existence d'un tel dispositif.

Durant les périodes de confinement, il a été demandé à l'association par les pouvoirs publics de poursuivre les actions de terrain en matière de prévention et de traitement des violences. Par ailleurs, la plateforme téléphonique à numéro unique a également été utilisée par divers acteurs publics et fortement sollicitée durant ces périodes.

Des institutions telles que le *planning* familial, ou la maison des femmes à Bordeaux, les CCAS et CIAS ou encore certains dispositifs départementaux viennent compléter ce maillage dans les territoires de Nouvelle-Aquitaine.

**18.** *Concernant le financement des actions, ne pas proportionner les sommes prévues à la densité de la zone concernée, sous peine de sous-doter les zones rurales qui ont pourtant un besoin très important d'actions en la matière.*

## II.D.2. Familles et enfants

De nombreuses actions en faveur des familles et des enfants ont été mises en place sur l'ensemble du territoire.

Néanmoins des besoins importants subsistent en matière d'accueil des enfants de moins de trois ans, besoins amplifiés par les évolutions des modes d'exercice des activités professionnelles : horaires atypiques (23 % des salariés travaillent le soir), travail de nuit (il est passé entre 2002 et 2020 de 9,2 à 16,3 % des emplois), développement du télétravail, précarisation de l'activité professionnelle...

Si au plan national les établissements d'accueil du jeune enfant offrent près de 470 000 places, ils ne couvrent que le quart des besoins et la demande est toujours très importante malgré l'offre d'accueil des assistantes maternelles (en diminution) ou l'accueil à domicile.

De nombreux rapports récents pointent la nécessité de renforcer rapidement cette offre :

- CESE, *Vers un service public d'accueil de la petite enfance*, 22 mars 2022 ;

- Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge<sup>24</sup> (HCFEA), *L'accueil des enfants de moins de trois ans*, 10 avril 2018.

Des tensions fortes existent donc dans ce secteur, non seulement pour l'offre d'accueil mais aussi pour le recrutement de personnels formés (inadéquation des formations à l'évolution des postes créés, concurrence d'autres secteurs...).

Il conviendrait pour répondre à la pénurie constatée dans les métiers de l'accueil de la petite enfance, d'établir, sur la base d'un diagnostic territorial un plan d'urgence de renforcement des formations de ces personnels sur cinq ans. Cela pourrait également prendre la forme d'un parcours de « VAE inversée » tel que détaillé dans la préconisation 44<sup>25</sup>.

Les évolutions de la sociologie de la famille (forte augmentation de la divortialité et des ruptures, de la monoparentalité...) amènent des besoins de plus en plus importants (accompagnement des séparations, médiation familiale, soutien à la parentalité...) faisant émerger des métiers nouveaux.

Enfin, si les inégalités avaient diminué de 1990 à 2000, elles sont revenues au niveau de 1990. Dans ce contexte, les familles et en particulier les familles monoparentales sont de plus en plus impactées par les risques de précarité et de pauvreté nécessitant un besoin d'accompagnement renouvelé (assistance sociale, conseil en économie sociale et familiale (ESF), conseil budgétaire, métiers de la protection des familles et des personnes vulnérables...).

Sur la base de la préconisation du CESE dans son avis du 12 juillet 2022, il est nécessaire de lancer chaque année au niveau régional une campagne de recrutement au niveau baccalauréat et infra baccalauréat pour préparer les diplômes d'État de ces métiers y compris par des formations en alternance.

Ce domaine est propice aux initiatives et expérimentations. Ainsi, nombre de dispositifs et expérimentations cités au début de cette partie (micro-crèches en EHPAD...) concernant la petite enfance peuvent également répondre à des besoins spécifiques des enfants.

On peut par ailleurs mentionner l'existence de points d'écoute psychologiques dédiés aux enfants en Charente, à l'initiative du CIDFF ou les garderies solidaires en émergence.

Une réflexion vis à vis de la relation à la nourriture pourrait par ailleurs être engagée. Au-delà des simples notions diététiques, c'est toute la signification du bien manger, pour bien vivre et bien se porter, jusqu'à la manière de produire les aliments en respectant les écosystèmes, qui doit structurer une conception globale de la santé. Un plan de prévention des affections liées aux déséquilibres alimentaires peut par ailleurs être envisagé à l'échelle régionale.

### II.D.3. Les enjeux du vieillissement

Le vieillissement de la population est évoqué généralement en premier lieu lorsqu'il est question de dépendance. Ce n'en est pas l'unique forme, comme expliqué en première partie, et comme le démontrent les profils et critères très variés analysés dans cette partie. La cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie prend en compte, outre le vieillissement, les situations de handicap.

Le vieillissement constitue toutefois, par le nombre de personnes concernées, une thématique majeure, particulièrement pour la Nouvelle-Aquitaine.

---

<sup>24</sup> Dont la vice-Présidente avait été reçue en audition à l'occasion de l'élaboration du rapport du CESER sur le télétravail (CESER NA, 2020-5), au sein duquel des éléments de diagnostic et de préconisations sur le domaine de l'enfance et de la famille sont largement développés.

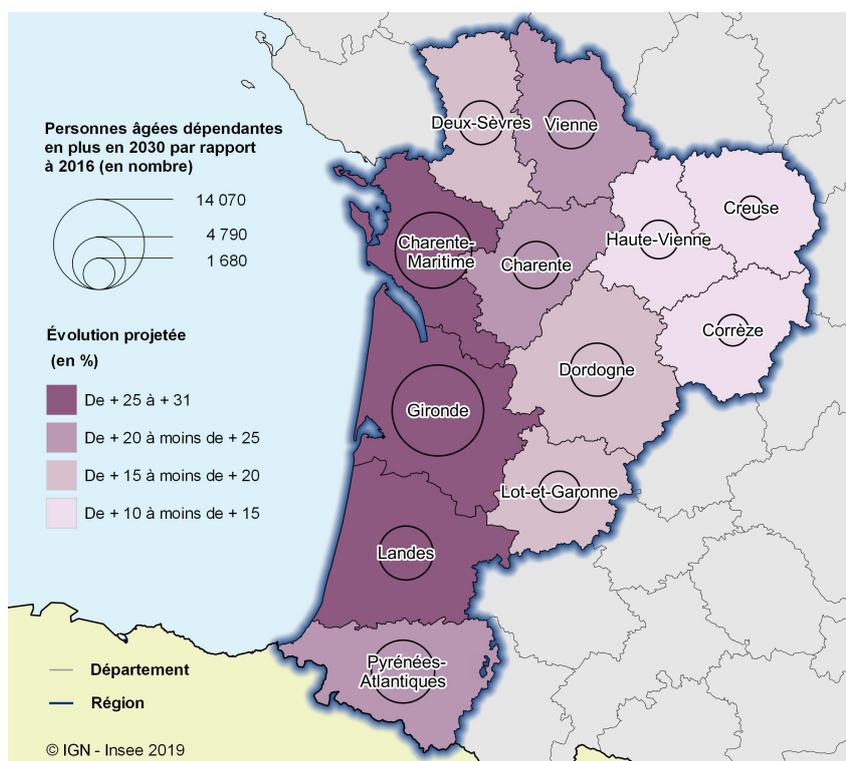
<sup>25</sup> Page 75.

Selon une étude de l'INSEE :

« La Nouvelle-Aquitaine est la région la plus âgée de France en 2016. D'ici 2030, plus d'un tiers de ses habitants atteindrait 60 ans ou plus. » (Dumartin et Labarthe, 2020).

Par ailleurs :

« Sous l'effet de ce vieillissement, la région aurait 59 400 personnes âgées dépendantes supplémentaires. Toutefois, l'arrivée des générations des baby-boomers rajeunirait la population des seniors, ce qui entraînerait la quasi-stabilité de la proportion de dépendants et la baisse de celle des plus dépendants. Les femmes, vivant plus longtemps, seraient toujours davantage touchées mais l'écart femmes-hommes se réduirait. Dans ce contexte, les besoins en accompagnement progresseraient, à domicile comme en institution. Les territoires seraient inégalement touchés, les plus fortes hausses concernant les départements littoraux. » (Dumartin et Labarthe, 2020).



Sources : Insee, projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014

Carte : répartition des personnes âgées dépendantes en Nouvelle-Aquitaine. Source : Dumartin et Labarthe, 2020

L'objectif de cette sous-partie n'est pas d'analyser en détail l'ensemble des besoins propres aux publics âgés, et des dispositifs visant à y répondre, mais de mettre l'accent sur une thématique et un dispositif identifiés comme majeurs par le CESER.

Grâce aux auditions et aux sources bibliographiques, l'isolement a été identifié comme une difficulté importante pouvant être rencontrée par les publics âgés, que ce soit en milieu rural ou urbain. Cet isolement peut être lié à une mobilité qui décroît pour des raisons de santé, mais aussi à une situation financière délicate qui ne permet plus de se déplacer autant qu'on le souhaiterait, ou encore à un sentiment de solitude provoqué par l'isolement social et géographique : proches résidant loin et / ou avec lesquels peu de liens existent, occasions de sociabilité de plus en plus limitées... Ces trois facteurs d'isolement

peuvent se retrouver ensemble ou séparément. Chez les personnes âgées, ils se combinent très souvent, ce qui fait la spécificité de l'isolement parmi ce public.

Au niveau des dispositifs, le CESER s'est intéressé plus spécifiquement au Gérontopôle, structure qui a récemment remplacé Autonom'lab, dont les objectifs s'articulent autour de deux axes :

- Le développement de la recherche ;
- La gestion de projets et la coordination des acteurs.

Il s'agit d'une part de développer la recherche et l'innovation dans l'aide au mieux vieillir : prévention, promotion d'un vieillissement dynamique, formation des personnels, accompagnement de la personne âgée dans tous ses choix, quels que soient ses besoins en matière de santé, d'autonomie, de mobilité, d'habitat ou plus largement sa place dans la société de demain.

Au niveau de la gestion de projet, le Gérontopôle NA se positionne comme un centre de ressources et d'expertises croisées pour accompagner les projets innovants, en faveur du bien vieillir. C'est un lieu de convergence de toutes les initiatives d'intérêt général en lien avec le soutien à l'autonomie, portées par tous les acteurs régionaux de la recherche, du soin, de l'aide à domicile, des pouvoirs publics, des entreprises, des associations d'utilisateurs, des *living labs*, etc.

Concernant la coordination des acteurs, la vocation du Gérontopôle NA est de rapprocher et renforcer la dynamique autour du vieillissement entre les acteurs de la recherche, du soin, de la formation, de l'innovation et de l'entreprise et les collectivités territoriales. Le Gérontopôle NA se positionne comme un acteur majeur de valorisation du territoire et de ses acteurs, et de création de valeur pour mieux répondre au défi du vieillissement.

Les attentes exprimées par les acteurs rencontrés en auditions vis-à-vis de cette structure concernent surtout la coordination et la mise en relation ainsi que l'harmonisation des initiatives, expérimentations et différentes politiques orientées vers les publics vieillissants.

19.

*En matière de coordination des activités du soin et du lien social autour des publics âgés, s'appuyer sur le gérontopôle pour permettre aux acteurs d'interagir et de se rencontrer à deux niveaux : 1) dans la recherche 2) mais aussi et surtout au niveau de la création de liens avec les usagers et le tissu socio-économique.*

#### II.D.4. Situations de handicap

Le handicap constitue une forme de dépendance souvent oubliée au profit du vieillissement.

Une audition avec une représentante de l'Association des paralysés de France (APF) France handicap et le Président du conseil national des usagers de l'APF a permis d'analyser en détail les besoins spécifiques à ce type de public.

Il est souligné tout d'abord une importante évolution des publics en situation de handicap au fil des années. Au départ il s'agit principalement d'étudiants en situation de handicap moteur vivant à domicile. Au fil des ans, ce public s'élargit et augmente :

- Les lois de 1975 et 2005 facilitent la sortie de l'institution pour vivre chez soi ;
- Apparition d'une plus grande diversité de handicaps : traumatismes crâniens, difficultés cognitives majeures associées à un léger handicap moteur, personnes sous tutelle... ;
- Plus récemment incapacités motrices dues à des conduites à risques (suicides échoués, conduites addictives... ;

- À ce jour, vieillissement d'une partie des personnes en situation de handicap augmentant de fait leurs handicaps, leurs besoins, leurs exigences...

Cette mutation des publics entraîne d'importantes modifications dans les métiers de l'accompagnement du handicap. L'accompagnement évolue en lien avec la réalité de terrain. Devant les besoins de ce public, cet accompagnement se professionnalise progressivement pour aboutir à la création d'un nouveau métier : auxiliaire de vie.

En 1976, est créé le 1<sup>er</sup> service auxiliaire de vie (SAV) par APF France Handicap à Bordeaux. Il s'agit d'une réponse à un manque car les personnes en situation de handicap ne trouvaient pas de professionnels pour les aider : leurs besoins ne correspondaient ni à la mission des Infirmiers ou infirmières diplômés.ées d'État (IDE), ni à celles des AS. Ce métier permet aux personnes en situation de handicap d'accéder à une vie sociale normale. Grâce à cet accompagnement, elles peuvent suivre des études, travailler, assurer leurs rendez-vous médicaux à l'extérieur, effectuer leurs courses, participer aux activités sportives et culturelles, fonder une famille...

La Gironde est particulièrement en pointe sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap, générant des mobilités d'un certain nombre d'entre elles depuis d'autres régions de France vers Bordeaux afin de bénéficier des services d'accompagnement mis en place par le Département.

La relation entre personnes en situation de handicap et accompagnants, qui se jouait à l'émergence du métier entre personnes de même génération avec un fort investissement des professionnels et une forme de collaboration, voire de complicité, a évolué selon les personnes auditionnées vers davantage de complexité avec une « moindre motivation » des accompagnants et davantage d'exigences de la part des publics accompagnés.

La question des conditions de travail des auxiliaires de vie sera abordée en troisième partie de ce rapport.

Certaines personnes se trouvent actuellement en situation de danger en raison de manque de personnel, par exemple parce qu'elles sont obligées de dormir dans leur fauteuil la nuit faute d'assistance pour assurer le coucher.

20.

*Prévoir une sensibilisation dans les lycées avec des animations ludiques qui dédramatisent et évitent la création de frontières étanches entre valides et non valides.*

21.

*Fournir des masques inclusifs aux professionnelles, professionnels, praticiennes et praticiens en lien avec des publics malentendants.*

22.

*Lancer un vaste plan de recrutement et de formation d'accompagnantes et d'accompagnants de personnes en situation d'handicap afin d'augmenter les effectifs actuels.*



## II.D.5. Les spécificités des territoires ruraux, à considérer

Les entretiens avec la Présidente du CIDFF, la Présidente du Conseil départemental de la Creuse, le chargé de mission « modernisation aide à domicile » à la Direction des Personnes en Perte d'Autonomie au Conseil départemental de la Creuse et l'agence PQNA ont permis de creuser les spécificités propres aux territoires ruraux.

Deux thématiques majeures sont ressorties.

La première concerne l'accès aux informations sur les dispositifs visant à favoriser le soin ou le lien social parmi les publics ruraux. En effet, les outils numériques permettent théoriquement un accès plus égalitaire à des informations sur les dispositifs existants. Cependant, en territoire rural, les connexions internet sont souvent moins fiables qu'en milieu urbain, le débit est par ailleurs moins puissant. On trouve davantage de publics peu à l'aise avec les outils numériques, à commencer par les populations vieillissantes.

Quant aux informations physiques disponibles par voie d'affichage, ou celles qui peuvent être obtenues grâce à des interlocuteurs au sein de réseaux tels que les RAM, les missions locales, les représentations de collectivités territoriales, elles sont généralement moins denses et plus éloignées dans les zones rurales.

L'accès aux services en eux-mêmes connaît la même logique : qu'il s'agisse des déserts médicaux ou du manque de proximité de services visant à renforcer le lien social, les territoires ruraux sont davantage exposés au manque de densité de professionnels et praticiens que les zones urbaines.

L'enjeu est parallèlement celui de la mobilité des usagers afin d'accéder plus facilement à ces services éloignés, qu'il s'agisse des automobiles individuelles ou des transports en commun. Pour permettre les contacts entre les professionnels ou bénévoles et la population qui en a besoin, il faut les amener les uns vers les autres, avec des dispositifs de transports permettant par exemple aux médiateurs de se déplacer de commune en commune, ou aux habitants des lieux isolés de se rendre aux séances du *coach* sportif. Des initiatives telles que les garages solidaires, généralement créés à l'initiative d'associations au sein de certaines communes et subventionnés par différentes collectivités territoriales, permettent par ailleurs de faire réparer sa voiture à moindre frais, d'en acquérir une à des prix compétitifs.

**23. *Au-delà de la mobilité des usagers, développer la mobilité des praticiens et professionnels pour se rapprocher des besoins des territoires.***



***Renforcer les possibilités de transports permettant la mise en contact des usagers et des professionnels et praticiens proposant des activités liées au soin et / ou au lien social.***

***Utiliser les tiers-lieux pour proposer de telles activités.***

***Encourager, y compris financièrement, les initiatives type garages solidaires.***

**24. *Financer des permis de conduire pour les publics précaires, y compris s'ils sont seniors.***

Après avoir traité l'angle d'approche des publics concernés par les activités du soin et du lien social, la partie suivante aborde la population des professionnels et praticiens de ces activités.

### **III. UN SYSTÈME D'ÉDUCATION, DE FORMATION, D'ORIENTATION ET D'EMPLOI QUI POURRAIT MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PRATICIENS ET PROFESSIONNELS**

Face à la crise structurelle du recrutement, l'urgence est de redonner de l'attractivité à l'ensemble des métiers du soin et du lien en revalorisant leurs rémunérations et leurs carrières. Le choix est fait ici d'adopter aussi une vision plus dynamique et plus large que celle induite par la notion de « métiers ». Afin de permettre l'exercice de ces activités dans les meilleures conditions, il s'agit à la fois de mieux les valoriser et de donner la possibilité aux praticiennes et praticiens de s'inscrire dans des parcours professionnels et de vie en ménageant des opportunités de bifurquer.

Un système peut être défini comme un ensemble d'éléments interagissant entre eux. Une action sur l'un des éléments est susceptible d'avoir des répercussions sur les autres éléments, voire sur le fonctionnement du système dans son ensemble. Un système peut être composé de divers sous-systèmes. L'utilisation de la notion de système permet ici de mettre l'accent sur l'interdépendance forte existant entre les différentes étapes d'un parcours, depuis la formation jusqu'à l'exercice d'une activité, et sur la non linéarité de ces parcours.

Les préconisations proposées dans cette partie sont orientées sur les liens à renforcer ou inventer entre les différentes étapes : passerelles, lieux et espaces de rencontres pour permettre les évolutions et constructions de parcours. Elles portent aussi sur les évolutions possibles du système de formation initiale et continue et des conditions de travail et d'exercice des activités du soin et du lien social.

La question des difficultés de recrutement est abordée dans un premier temps (III.A). Le champ de la formation initiale est ensuite traité (III.B), puis celui de la formation continue (III.C.). Une quatrième sous-partie aborde les conditions de travail dans les activités du soin et du lien social et d'exercice de ces dernières (III.D).

#### **III.A. Des activités connaissant d'importantes difficultés de recrutement**

Un exemple dans le secteur du soin est fourni par l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Selon cette étude, les EHPAD emploient, toutes professions confondues, 62,8 personnes en équivalent temps plein pour 100 places au 31 décembre 2015. Lorsqu'il se limite au personnel soignant (AS et IDE principalement), ce taux d'encadrement varie de 22,8 postes par tranche de 100 places pour les structures privées à but lucratif à 36,7 pour les structures publiques hospitalières. Le taux de rotation du personnel est fort dans les EHPAD, 15 % du personnel ayant moins d'un an d'ancienneté. Il s'avère difficile à gérer pour une partie de ces établissements puisque 44 % déclarent rencontrer des difficultés de recrutement, entraînant dans 63 % d'entre eux, la présence de postes non pourvus depuis plus de six mois. C'est particulièrement le cas dans les EHPAD du secteur privé, dont la moitié se heurte à des difficultés de

recrutement. Celles-ci concernent surtout les AS, pour lesquels 16 % de ces EHPAD ont des postes non pourvus. La situation géographique de l'établissement contribue également à la survenue de difficultés de recrutement. Près de la moitié des EHPAD implantés dans des communes isolées rencontrent ainsi des difficultés de recrutement, et 15 % ont des postes de médecins coordonnateurs non pourvus (Bazin et Muller, 2018).

Un cas récent et emblématique ayant fait l'objet d'une forte médiatisation est celui du groupe Orpea. Comme l'ensemble du secteur médico-social, Orpea souffre d'importantes difficultés en termes de recrutement. Pourtant, le groupe n'a pas cherché de solutions à la hauteur du problème selon le rapport remis en mars 2022 par l'Inspection des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances publiques (IGF) à la Ministre déléguée chargée de l'autonomie Brigitte Bourguignon (6 juillet 2020 – 20 mai 2022) :

*« La réponse en termes de développement des ressources humaines (RH) formulée par le groupe n'apparaît pas à la mesure des difficultés de recrutement rencontrées sur le terrain et des enjeux liés à la fidélisation du personnel et à la qualité de ses conditions de travail » (De Saint Martin, Espeillac et al., 2022, p. 48).*

La réponse à de telles difficultés passe par des actions tant en termes de formation initiale et continue qu'au niveau des conditions de travail dans ces différentes activités.

### III.B. Formation initiale : des actions nécessaires pour améliorer la motivation et les profils des candidats

Il a été identifié différents types de métiers ou d'activités en fonction, d'une part de la structuration de la filière de formation, d'autre part de la reconnaissance attachée aux métiers et activités (généralement corrélée à une structuration plus ou moins forte en métiers, branches...). Les exemples cités dans les cases du tableau suivant ne sont pas exhaustifs mais donnent un aperçu des activités concernées.

	<b>Activité reconnue</b>	<b>Activité peu reconnue</b>
<b>Filière de formation structurée</b>	IDE, AS Éducateurs / trices spécialisé.e.s, moniteurs éducateurs et monitrices éducatrices	Socio-coiffure, socio esthétique, médiation animale Auxiliaires de vies Accompagnantes et Accompagnants éducatif et social Éducateurs sportifs et éducatrices sportives Animateurs sociaux et animatrices sociales
<b>Filière de formation peu structurée</b>	Néant	Auxiliaire de vie scolaire Accompagnant d'enfant en situation de handicap Assistants maternelles et assistants maternels

Le cas des filières les plus reconnues et structurées est d'abord analysé (I.A.1), puis celui des activités moins reconnues et / ou moins structurées (1.A.2). La question des conditions de vie des étudiants est ensuite abordée (I.A.3), puis quelques comparaisons internationales sont proposées, sources d'inspiration potentielle (I.A.4).

### III.B.1. Quelles formations pour quels besoins ? Le cas des filières structurées et des activités reconnues

Il peut s'agir de filières de niveau inférieur au baccalauréat (Certificat d'aptitude professionnelle – CAP –...), baccalauréat (bac professionnel services à la personne...) ou post baccalauréat (diplômes d'État du soin, du travail social...). Nombre de ces filières de formations relèvent de la compétence du Conseil régional.

#### **Le contenu des cursus, quelques perfectionnements possibles concernant le lien entre pratique et théorie**

Les personnes auditionnées évoquent globalement la qualité des cursus, l'intérêt de l'alternance stages / cours, tout en pointant certaines inadéquations entre le contenu de ceux-ci et les besoins des étudiants sur le terrain, ressentis en particulier lors de leurs stages ou dans les débuts de leur activité professionnelle.

Il est souligné la nécessité de pouvoir acquérir, lors de ces études, des savoirs et compétences permettant une intégration professionnelle rapide et progressive. Or, il peut exister des décalages importants entre les modules de formation théoriques et la pratique des métiers.

La première année en cursus de soins infirmiers peut ainsi s'avérer déroutante. Entre trois semaines et un mois de cours ont lieu, suivies immédiatement d'une période de stage. Cinq semaines de stage obligatoire au premier semestre peuvent paraître extrêmement imposantes. En fonction de la manière dont l'accueil est fait dans le service, ces cinq semaines peuvent être plus ou moins bien vécues, ce qui est déterminant pour la poursuite du cursus. En théorie, des personnels sont formés pour être tuteurs sur les lieux de stage. Mais les personnes qui accueillent les étudiants ne sont pas forcément celles qui vont les suivre sur la durée du stage. Il peut par ailleurs exister une dichotomie entre l'encadrement fort existant dans le cadre des études et l'autonomie qui est demandée dans les phases pratiques.

25.

*Former davantage de tuteurs de manière plus approfondie, avec des modules dédiés et des actualisations régulières au cours de la carrière, pour accueillir au mieux les étudiants.*

#### **Les échanges interdisciplinaires, indispensables**

L'arrivée d'internet a totalement bouleversé la hiérarchie qui préexistait entre le sachant et le bénéficiaire des soins. De fait, un grand nombre de soignants ont aujourd'hui des pratiques qui ne sont plus en adéquation avec les aspirations de la population. Il est donc nécessaire de préparer les professionnels de demain à adapter leur façon d'aborder les relations entre un patient et son soignant. Pour ce faire, il est indispensable de renforcer la place qu'occupent les sciences humaines et sociales au sein des formations médico-sociales : l'anthropologie de la santé, la sociologie, et le rôle du patient expert doivent y prendre une place bien plus importante qu'aujourd'hui. Parallèlement, l'hyper-cloisonnement de notre système de santé est régulièrement dénoncé comme source d'inefficience.

L'ajout d'un module de formation ambitieux en sciences humaines et sociales (SHS) doit être l'occasion d'une mutualisation visant à favoriser les rencontres entre étudiants de différentes filières d'étude au

travers de temps formels et informels. Cela est rendu possible par des cours en commun (physiquement) mais aussi par des projets pédagogiques interdisciplinaires qui les conduisent à échanger et apprendre à se connaître mutuellement.

À cet égard, le service sanitaire mis en place ces dernières années est un exemple à poursuivre. Certaines conditions sont toutefois à respecter : accompagner et de dédommager correctement les stagiaires, favoriser la rencontre, le lien, et la connaissance mutuelle autour d'une deuxième compétence facilement mutualisable : celle de la prévention. Un fort soutien de la Région à son développement est néanmoins nécessaire pour qu'il prenne pleinement son essor en permettant de relier les instituts de formations éloignés des métropoles aux étudiants qui y sont concentrés. C'est une occasion importante de mener une politique ambitieuse en faveur des territoires et de la ruralité.

**26. Développer une politique régionale volontariste de soutien (logistique et financier) à la mise en œuvre du service sanitaire dans les territoires ruraux de la Nouvelle-Aquitaine pour en faire un outil en faveur de l'interdisciplinarité et de l'attractivité des zones rurales.**

Des interactions plus poussées grâce à l'aménagement des locaux entre étudiants de différentes disciplines y compris dans les moments informels (pauses...) favoriseraient par ailleurs les collaborations futures sur le lieu de travail.

**27. Poursuivre l'universitarisation des filières sanitaires et sociales en incitant au développement de temps de formation et de projets pédagogiques communs entre les filières de santé et les filières du social. Ces temps pourraient s'articuler autour des compétences en sciences humaines et en prévention nécessaires à l'ensemble de ces formations.**

## La question du harcèlement, à traiter en urgence

À l'heure où les difficultés de recrutement des soignants sont un sujet d'actualité majeur, le taux d'abandon des étudiants de ces formations interroge et inquiète légitimement, en particulier pour les études de soins infirmiers. De nombreux professionnels voient dans la suppression du concours un bouc-émissaire idéal faisant porter la responsabilité sur les étudiants qui ne seraient pas suffisamment « motivés ». La question de la faiblesse de l'information en amont sur les métiers peut également être abordée. Ces analyses ne permettent malheureusement pas de traiter un autre élément d'explication : **les situations inacceptables vécues par les étudiants au cours de leur formation.**

La FNEI dans une enquête de 2017 sur le mal-être des étudiants en soins infirmiers (14 000 réponses)<sup>26</sup> dévoilait ainsi que plus d'un étudiant sur trois déclarait avoir été harcelé par un ou une soignante au cours de sa formation. La même année, Valérie Auslender<sup>27</sup> publiait un recueil de plus d'une centaine de témoignages d'étudiants en profession de santé toutes filières confondues. Cet ouvrage rapporte les comportements de pressions psychologiques, propos sexistes, racistes, des violences physiques et de harcèlement sexuel dont ils ont été victimes en formation, souvent en toute impunité. Si dans la grande majorité, les stages se passent dans de bonnes conditions, un seul stage suffit à bouleverser un parcours. Malgré la mise en place par le ministère en 2019 d'un Centre National d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé, le hashtag « #Balance ton stage » relayé par les étudiants en santé sur twitter en 2020 rappelle que la situation est loin d'être réglée.

<sup>26</sup> FNEI, 2017.

<sup>27</sup> Auslender, 2017.

Doit-on y voir un lien avec les abandons des étudiants ? En 2017 avant même la suppression du concours, l'enquête de la FNESE pointait qu'en troisième année, 81,5 % des étudiants avaient envisagé d'interrompre leur formation (22 % y pensaient même souvent ou tout le temps). Parmi les 2 371 répondants qui avaient déjà interrompu leur formation, 54,9 % estimaient que cela faisait suite à des problématiques de stage. La situation n'est donc pas nouvelle, et on peut légitimement s'interroger sur le rôle de simple révélateur qu'aurait pu jouer Parcoursup. L'engagement humain et financier que représentait la charge de préparation d'un concours (souvent 1 à 2 années de préparation, des frais pour le concours de chaque IFSI présenté, des frais pour l'inscription dans un institut privé de préparation au concours...) une fois évacué, il est désormais plus facile d'envisager une réorientation. Libérer les étudiants de cette contrainte est une avancée notable. D'un côté, il est normal qu'un néo-bachelier de 20 ans réinterroge ses choix d'orientation : les études de santé doivent sortir de cette philosophie du tunnel où tous ceux qui entrent dans le système en ressortent à la fin. Ce faisant, la situation des IFSI ne fait que se normaliser par rapport au reste de l'enseignement supérieur où on observe également un fort taux de réorientation sur le cycle licence. De l'autre, on ne pouvait se satisfaire d'une situation où des étudiants dégoûtés de leur formation s'y maintenaient simplement du fait d'un investissement initial conséquent. Peut-être que ces nouvelles pratiques conduiront à réinterroger la culture très hiérarchique et l'ambiance nauséabonde régnant dans certains services hospitaliers. Si l'on veut pallier le fort *turn over* de ces professions, cette problématique ne peut pas rester un angle mort des politiques publiques.

### Travail social et formations spécifiques

Il existe par ailleurs des formations très spécifiques sur lesquelles une communication serait souhaitable dans la mesure où elles ne sont pas forcément connues des personnes qu'elles pourraient intéresser. C'est le cas par exemple des écoles de kinésithérapie pour étudiants non ou mal voyants.

Concernant le travail social, il est fait état, malgré des fiches de poste et référentiels métiers existants, d'un décalage pouvant exister entre les missions attendues théoriquement des travailleurs sociaux et les réalités de terrain.

28.

*Préciser et partager, en partenariat avec les départements et les services de l'État compétents, quelles sont les missions attendues des travailleurs sociaux.*

*À partir des éléments définis ou re-définis, adapter certains contenus proposés dans le cadre des formations.*

L'extension du « service sanitaire », présenté ci-dessus, aux professions du social serait par ailleurs souhaitable pour démultiplier les effets positifs explicités ci-dessus par rapport aux professions sanitaires.

29.

*Étendre le dispositif du service sanitaire au secteur social en tenant compte de l'accompagnement et de la rémunération des stagiaires.*

### III.B.2. Quelles formations... Quand il n'existe pas de filière structurée ou que celle-ci est peu reconnue ?

## Recrutement des candidats

Au niveau des profils et motivations de ceux qui intègrent ces formations ou métiers, il est constaté une majorité d'entrées « par défaut », dont témoignent les acteurs politiques comme de terrain auditionnés dans le cadre de ce rapport. Une minorité de personnes réellement motivées par le contenu des activités et / ou la relation avec des publics spécifiques (enfants, personnes en situation de handicap) ou encore le lien, intègrent également les cursus. La moindre exigence en termes de diplômes et de formations facilite ce phénomène, qui permet d'attirer un vivier de candidats qui sinon feraient encore davantage défaut, mais a des effets négatifs en termes de qualité des prestations et de relations nouées avec les bénéficiaires. La question de la motivation des candidats recrutés est donc capitale sur ce type de formations initiales.

Cela se joue dès l'identification d'un vivier de candidats potentiels. Des profils ne connaissant pas forcément ces métiers mais ayant les compétences, notamment humaines, peuvent être identifiés en lien avec les acteurs locaux des territoires concernés, dans l'optique d'être au plus près des besoins des publics. L'agence PQNA souligne que des initiatives existent en la matière, qui peuvent être dupliquées parfois plus largement : identification parmi les jeunes en service civique, formation de mères de familles et personnes au chômage à la médiation de quartier...

30.

*Nouer des partenariats avec les territoires pour participer à l'identification et à la formation de personnes au niveau local, avec des profils pouvant être différents de ceux recrutés habituellement (services civiques, personnes disposant de « soft skills » (compétences de base) de par des activités personnelles...).*

## Enjeux de précarité

Les métiers concernés par ces filières de formation peu structurées sont souvent caractérisés par des conditions d'exercice précaires comme le temps partiel subi, les faibles rémunérations, les horaires en coupé, etc.

Cela ne favorise pas la motivation des candidats, certaines actions seraient possibles dès la phase de formation pour minimiser ces phénomènes, par exemple grâce à une meilleure professionnalisation des fédérations professionnelles. Un questionnement sur les acteurs légitimes de la formation dans ces domaines pourrait également être posé.

## Contenu des formations

Quelle que soit la formation concernée, la façon d'aborder des publics spécifiques pourrait être approfondie dès le stade théorique, sans attendre l'immersion professionnelle auprès de ces publics.

31.

*Développer la relation humaine avec des publics spécifiques dès le stade de la formation : intervention par exemple de personnes en situation de handicap, âgées, d'enfants... Pendant la formation.*

De façon générale, les enjeux de « prendre soin » au sens large et de lien social, relatifs y compris aux professions du soin sont à intégrer dès le stade de la formation initiale. Comme vu dans la sous-partie précédente, cela est de plus en plus le cas dans les cursus formalisés comme les soins infirmiers. Les filières moins structurées ou correspondant à des activités moins reconnues sont à prendre en compte également. L'objectif de ces actions de formation serait de sensibiliser l'ensemble des étudiants à l'enjeu des rapports

humains et du lien social, que ce soit dans la relation de soin ou dans des métiers à but social. Cela valoriserait cette compétence qui en est une à part entière, et répondrait à un besoin des publics.

32.



**Renforcer et /ou introduire les notions de care / « prendre soin », et du lien social dans les formations moins structurées et pour les professions moins reconnues, y compris pour des métiers impliquant des contacts avec le public : chauffeurs de taxis ou de véhicules sanitaires légers (VSL), restauration collective.**

Un aspect souvent oublié est le rapport à une alimentation de qualité pour la personne aidée. Que l'on soit à l'hôpital, en EHPAD ou maison de retraite, chez soi, chacun a droit à des repas de qualité, en quantité adaptée à son état pour éviter le gaspillage. Il apparaît donc important que les notions de lien social et de rapport humain fassent partie prenante de la formation de cuisinier.

33.

**Cela pourrait aller jusqu'à mettre l'accent sur l'importance des aspects culinaires dans ces actions de « prendre soin » pour la mise en place d'un lien de qualité avec les publics.**

Au-delà d'un nécessaire module « lien social », le constat est fait qu'il manque de certains socles de compétences parmi les enseignements de ces formations, par exemple le management pour des personnes amenées à diriger des équipes, la gestion pour celles se destinant à exercer à leur compte, etc.

34.

**Développer un socle commun de compétences larges et pas uniquement techniques pour l'ensemble de ces formations : management, gestion / économie...**

Si l'objectif est de raisonner globalement (« One Health »), ce qui est éminemment souhaitable, la formation des soignants ne peut par ailleurs s'exonérer d'un volet traitant des questions écologiques, climatiques, énergétiques, ainsi que de leurs interrelations positives et négatives et de l'analyse systémique des dispositifs et les démarches menées dans ces différents secteurs.

### Passerelles entre formations

La mise en place de communications plus faciles vers des formations et professions plus qualifiées (qu'elles soient ou non du domaine du soin et du lien social) constitue un autre moyen de générer davantage de motivation pour les candidats potentiels à entrer dans ces professions moins reconnues.

Ces passerelles sont une option intéressante mais il convient parallèlement de veiller à un potentiel effet pervers qu'elles peuvent avoir, celui d'amener au développement de qualifications inférieures aux diplômes les plus reconnus (moniteur-éducateur, AS, auxiliaire de vie...), tout en assumant les mêmes tâches que celles des métiers qualifiés.

### III.B.3. Les conditions de vie des étudiants, un aspect à ne pas négliger

Dans la continuité de ses différents avis sur des sujets liés à l'éducation et à la formation<sup>28</sup>, le CESER insiste sur l'importance de considérer, outre le contenu des formations, les conditions de vie des étudiants. Il est souligné dans les auditions menées, spécifiquement avec les représentants de la FNESI, que cette question pourrait faire l'objet de davantage d'attention à divers niveaux.

<sup>28</sup> CESER NA, 2018 (2), 2020 (3), 2021 (1) et 2021 (2).

Le statut des étudiants en soins infirmiers, qui n'est ni tout à fait celui des étudiants en université ni tout à fait celui des apprentis, bloque l'accès à certaines aides et à certains droits, situation à laquelle il conviendrait de remédier.

Par ailleurs, il existe différentes aides sociales, ou la possibilité d'avoir accès aux logements du Centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS). Ces aides et possibilités sont toutefois rarement connues, par les étudiants eux-mêmes ou par les assistantes sociales et assistants sociaux en charge de les accompagner au sein des établissements.

**35.**

***Développer la communication et l'information concernant les dispositifs et aides accessibles aux étudiants du secteur médico-social :***

***1) auprès des étudiants concernés 2) auprès des professionnels en charge de les informer et de les accompagner tels que les assistantes sociales et assistants sociaux, les agents d'accueil des établissements d'enseignement, les enseignants, etc.***

Il peut par ailleurs exister des difficultés liées au transport, à la conciliation des études avec la vie de famille... En fonction des IFSI, ces thématiques sont plus ou moins prises en compte. Les indemnités de déplacement sont très inégales et parfois inférieures à la dépense effective de l'étudiant (forfaits), parfois versées très tardivement, générant des problèmes de trésorerie. Il est très difficile pour certains IFSI de trouver des lieux de stage pour les étudiants...

**36.**

***Mettre en place un plan d'hébergement des stagiaires du médico-social en coordonnant sur les territoires les structures d'hébergement déjà existantes.***

Ces difficultés peuvent s'avérer rédhibitoires pour rester dans la formation. Elles sont particulièrement prégnantes au niveau des IFSI délocalisés.

Ces derniers répondent à des besoins d'aménagement des territoires, pour redynamiser certaines zones.

Leur emplacement peut générer un certain nombre de questions :

- En termes d'accès aux services, plus limités sur ces sites ;
- Au niveau de la sociabilité avec d'autres étudiants ;
- En termes de proximité des stages ensuite.

Certains IFSI délocalisés ne sont rattachés qu'à des EHPAD, ce qui limite l'accès aux différents aspects de la typologie des stages, les étudiants n'y voient que peu de diversité. La question se pose dès lors de l'employabilité une fois les études terminées.

**37.**

***Développer les services et infrastructures autour des IFSI délocalisés et faciliter les conditions d'études : possibilité de lieux de stage sur le territoire et / ou meilleur remboursement des frais pour les stages lointains, travailler sur l'attractivité et l'emploi dans les zones concernées.***

### **III.B.4. Des comparaisons internationales sources d'inspiration**

## L'espace LABOA et le projet QAVAD

L'espace de recherche et d'expérimentation pour l'innovation sociale (LABOA) a pris la suite du projet Kompar<sup>29</sup>, visant à promouvoir l'employabilité transfrontalière dans l'action sociale et la santé sur le territoire de l'Eurorégion Nouvelle-Aquitaine Euskadi Navarre.

Il s'agit d'un espace collaboratif de mise en question, de recherches et d'expérimentations visant à promouvoir de nouvelles approches des besoins sociaux existants ou émergents, et à participer activement aux transformations des dynamiques territoriales.

Le projet QAVAD (Qualité de vie des personnes âgées à domicile) (septembre 2019 - juillet 2022) semble particulièrement intéressant à analyser. Il s'insère au sein du dispositif ERASMUS+ (France, Espagne – Pays basque, Finlande et Italie) et vise à :

- Travailler sur l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées à domicile pour maintenir leur autonomie et sur le développement ou le maintien des compétences cognitives, motrices et sociales, essentielles à la qualité de vie (socialisation, activités récréatives, sports en dehors du domicile, bénévolat, ateliers cognitifs, etc.) ;
- Améliorer et diversifier l'offre de formations pour les travailleurs sociaux et médico sociaux dans le domaine du soin et de l'aide à domicile ;
- Apporter un soutien aux aidants et aux professionnels travaillant à domicile ;
- Promouvoir la coordination des acteurs du territoire qui travaillent autour de la personne à domicile.

Le projet réunit des instituts de formation, des universités, des centres socio-sanitaires, etc.

Les premières réalisations en matière de formation sont les suivantes :

- Inventaire des besoins en soin à domicile dans plusieurs pays en Europe ;
- *Design* de modules de formation répondant aux besoins spécifiques en formation ;
- Rédaction d'un guide pour les aidants à domicile ;
- Identification et mise en réseau autour de bonnes pratiques dans les pays européens. Ces dernières seront partagées et transférées pour la création d'une formation et d'une méthodologie technique commune, au niveau européen, pour mettre à jour et renouveler la formation professionnelle : cinquante-neuf bonnes pratiques sont identifiées et quinze étudiées en détail.

## Le projet *Digital and Innovation Skills Helix in Health (DISH)*

De nombreuses solutions e-Santé innovantes ont déjà été développées et de nombreux prestataires de santé ont investi dans l'innovation. Cependant, il s'avère souvent que les solutions ne sont pas mises en œuvre ou ne sont que partiellement utilisées. Beaucoup de ces solutions n'atteignent pas le stade de mise en œuvre complète pour différentes raisons :

- Les solutions n'ont pas été développées en étroite collaboration avec les personnels médico-sociaux ;
- Il y a un manque de compétences numériques globales et de connaissances spécifiques en e-santé au sein du personnel.

DISH vise à répondre au déficit de compétences numériques du personnel de santé en établissant un partenariat composé des fournisseurs en soins de santé, établissements d'enseignement et entreprises

---

<sup>29</sup> Analysé dans le rapport du CESER NA sur les mobilités transfrontalières (CESER NA, 2020-6).

privées (Espagne, Royaume-Uni, Allemagne, Danemark, Pologne et Norvège). Le projet DISH se concentre sur trois domaines : préparation à l'innovation, *leadership* numérique et alphabétisation.

Tous les concepts DISH seront testés dans les six pays participants. À la fin, une évaluation générale est réalisée, les bonnes pratiques sont identifiées dans l'objectif d'élaborer des recommandations qui pourraient être transférées aux systèmes de soins de santé d'autres pays.

### **Le projet *Sector Alliance ENhANce***

Il s'agit ici de former des infirmières et infirmiers familiaux et communautaires dans le cadre d'un cursus de formation européen à mettre en place. Ce programme s'inscrit dans le dispositif ERASMUS+.

La tendance au vieillissement de la population de l'Union européenne (UE) amène de nombreux défis tant à l'échelle de l'UE qu'au niveau national. Les recommandations de l'UE soulignent l'importance de la famille et de la communauté dans l'accompagnement du processus de vieillissement, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires (SSP) : prévention, détection et diagnostic précoces.

L'OMS affirme que l'infirmière ou l'infirmier familial et communautaire (IFC) est un acteur clé du nouveau modèle SSP. Or, actuellement, aucun profil professionnel standardisé pour l'IFC n'a été défini au niveau de l'UE conformément aux recommandations de l'OMS et de l'UE.

L'objectif du programme est donc de définir un profil professionnel basé sur les compétences des IFC qui servira de référence pour la définition d'une formation professionnelle modulaire européenne, innovante et axée sur les résultats d'apprentissage. Elle ciblera à la fois l'apprentissage formel et informel.

Grâce à sa flexibilité et sa modularité, le programme général de l'UE sera transposé dans les *Curriculums* nationaux prenant en compte les contraintes locales et contextuelles.

## **III.C. Entrer dans ces métiers, évoluer entre eux et en sortir : de nécessaires actions sur les passerelles et l'orientation**

La difficulté des conditions de travail, l'exposition au risque d'épuisement professionnel, la fatigue (qui seront évoquées dans la prochaine sous-partie) génèrent régulièrement des souhaits de reconversion vers d'autres métiers ou activités qu'il conviendrait d'accompagner.

La thématique globale traitée ici concerne un nécessaire travail sur les compétences transverses peu réalisées à l'heure actuelle, l'objectif étant de trouver un équilibre satisfaisant entre spécialisation et polyvalence extrême et mal reconnue.

Cette sous-partie est structurée en cinq étapes. Tout d'abord le constat de l'existence de « plafonds de verre » qui rendent difficiles certaines mobilités (III.C.1). Les enjeux de la VAE et de l'action de formation en situation de travail (AFEST) pour dépasser ces blocages (III.C.2), mais aussi d'autres dispositifs qu'il serait possible d'envisager (III.C.3). Un point est ensuite fait sur la question spécifique du bénévolat (III.C.4) avant de proposer quelques comparaisons internationales (III.C.5).

### III.C.1. L'existence de plafonds de verre et de difficultés dans la gestion des compétences qui doivent questionner les mobilités

Que ce soit sur le plan vertical avec l'évolution de carrière ou sur le plan horizontal avec le changement de domaine d'activité, les règles en vigueur pour la prise en charge des formations pour les salariés ou les demandeurs d'emploi ne cessent, pour des questions financières, de se restreindre, permettant de moins en moins d'accéder à des parcours longs – la règle est en effet souvent d'un an maximum avec des aménagements possibles pour deux années consécutives.

Des dispositifs ont bel et bien existé ces dernières années comme par exemple le co-financement par le Conseil régional d'Aquitaine des parcours de formation d'infirmiers et d'infirmières financées par le FONGECIF (Fonds de gestion du Congé individuel de formation devenu association TransitionsPro), ou encore comme la R2F ou RFF (Rémunération de fin de formation). Néanmoins, au fil des années, sous prétexte d'un pragmatisme économique, ces derniers se sont fortement réduits, avec une préférence accordée aux formations courtes d'une année maximum.

Ainsi un demandeur d'emploi qui souhaite se réorienter vers le métier d'IDE se verra plutôt proposer une formation d'AS moins longue et donc moins chère. Un demandeur d'emploi qualifié AS qui souhaite mettre à profit sa période de chômage pour évoluer vers le métier d'IDE risque bien s'entendre dire que la formation est trop longue. Il en est de même pour un salarié du privé qui souhaite se reconvertir vers le métier d'IDE dans le cadre d'un projet de transition professionnelle.

Il est à noter que sur ce dernier point, l'association TransitionsPro travaille à des solutions passant par de la co-construction de parcours impliquant par exemple l'employeur, Pôle emploi ou encore l'OPCO Santé.

38.

*impliquer les pouvoirs publics, Etat et/ou Conseil Régional dans la construction d'un parcours de formation sécurisé dès le démarrage, en partenariat avec TransitionsPro.*

39.

*En fonction de l'évolution de la réglementation de la Rémunération de fin de formation (RFF ou R2F), créer régionalement un dispositif qui permette les évolutions professionnelles dans les domaines du soin et du lien social en assurant une rémunération tout au long du parcours pour les formations longues.*

#### La rémunération des demandeurs d'emploi : des règles qui ne facilitent pas l'accès à la formation

Un demandeur d'emploi indemnisé par Pôle Emploi perçoit une allocation durant une période déterminée par ses mois d'activité précédant sa perte d'emploi et limitée dans le temps en fonction de son âge ; en général n'excédant pas 730 jours (2 ans) pour les moins de 53 ans pour atteindre jusqu'à 1 095 jours (3 ans) pour les 55 ans et plus. Dans le cadre d'une inscription à une formation, le maintien des allocations est possible si le projet est validé par le conseiller emploi et une allocation R2F est attribuée après l'épuisement des droits initiaux si la formation correspond à un métier en tension.

La R2F est venue remplacer l'AFF, l'allocation de fin de formation, financée par l'État, qui consistait depuis 2002 à maintenir l'allocation chômage du demandeur d'emploi pour un même montant lorsqu'il s'engageait dans une formation longue validée par son conseiller.

Après un arrêt brutal suite à la Loi de Finances de 2009, l'État ne souhaitant plus la financer et les partenaires sociaux refusant de suppléer l'État, un accord est finalement trouvé débouchant sur la création de l'AFDEF, l'allocation en faveur des demandeurs d'emploi en formation. Cette allocation, versée uniquement dans le cas de formations pour des métiers en tension, sera remplacée en 2011 après que l'État, par la voie de son Ministre du travail et des affaires sociales, Xavier Bertrand, ait d'abord annoncé sa suppression, par la R2F, plafonnée à 652 euros par mois dans le cadre de formations préparant à des métiers dont une liste serait établie régionalement par les préfets après avis des partenaires sociaux régionaux.

Co-financée par l'État et les partenaires sociaux (par le biais du FPSPP – Fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels), ce dispositif est régulièrement remis en cause, d'autant que la loi « avenir » de 2018 a supprimé le FPSPP, intégré dorénavant à l'Établissement public France Compétences.

Par une délibération du 14 décembre 2021, et à compter du 8 avril 2022, une liste nationale fixée par le directeur général de Pôle Emploi vient se substituer aux listes régionales établies par les préfets. C'est donc Pôle Emploi qui détermine maintenant seul les métiers concernés.

Par ailleurs, les financements sont souvent dirigés prioritairement vers les formations correspondant à des professions classiques du secteur sanitaire et social, limitant l'ouverture vers d'autres professions qui intéresseraient pourtant les praticiens et leur permettrait de dérouler un parcours riche.

Il est essentiel d'améliorer les dispositifs et de renforcer les financements pour permettre l'accès du plus grand nombre à des parcours de formations qualifiantes. Il s'agit aussi de permettre de couvrir l'ensemble de la durée des formations (que ce soit pour les soins infirmiers ou pour d'autres domaines) ainsi que la prise en compte des frais de mobilité et d'hébergement. Cela permettra de casser le plafond de verre.

40.



***Allouer des financements supplémentaires pour des réorientations vers des formations correspondant à des activités moins classiques et reconnues mais tout aussi nécessaires au lien social que les métiers traditionnels du sanitaire et du social : sport-santé, socio-esthétique et socio-coiffure, médiation animale, animation sociale et culturelle...***

41.



***Organiser les financements de façon à pouvoir couvrir l'ensemble de la durée des formations, qu'elles soient en soins infirmiers ou dans d'autres domaines.***

Le manque d'information sur les passerelles entre différentes formations, sur les possibilités d'évolution à partir d'une formation ou d'un métier donné, ou encore sur les dispositifs de financements, constitue un autre frein non négligeable à ces mobilités.

Les frontières psychologiques jouent également un rôle important : personnes qui ne se sentent pas légitimes ou compétentes pour aspirer à changer d'activité, à intégrer une formation de niveau supérieur ou dans un autre domaine... Dès la phase du projet de reconversion, de formation ou d'évolution, il serait souhaitable de renforcer l'accompagnement des salariés ou indépendants afin de les encourager dans leur projet et d'éviter les difficultés, notamment administratives, pour initier ce dernier.

42.

***Renforcer et faire connaître le conseil en évolution professionnelle pour s'assurer d'un accompagnement durable et de qualité des personnes en projet de reconversion ou de formation.***

### III.C.2. Les enjeux cruciaux de la Validation des acquis de l'expérience (VAE) et de l'Action de formation en situation de travail (AFEST) : l'exemple du diplôme d'Infirmier ou d'Infirmière Diplômé.e d'État (IDE)

Si la VAE est certainement la possibilité pour de nombreux professionnels en activité d'accéder à une qualification, un certain nombre d'écueils empêchent l'accès au diplôme d'IDE par ce biais.

D'abord, le principe de la VAE est d'avoir une expérience dans le métier visé, ce qui s'agissant d'une profession réglementée obère de fait cette possibilité. En effet, comment justifier que l'on a exercé un métier que l'on n'avait pas le droit d'exercer sans diplôme ?

Ensuite, la VAE n'est pas tant la validation d'une expérience que la validation de tout ou partie d'un référentiel puisque cela se résume souvent à constituer un dossier tentant à prouver que l'on possède les compétences enseignées durant la formation.

Par ailleurs, l'AFEST, action de formation en situation de travail, est une autre possibilité d'accéder à la qualification

Initiée en 2015 par la DGEFP (Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle) et pilotée par les partenaires sociaux (COPANEF – Comité paritaire interprofessionnel national pour l'emploi et la formation, FPSPP – Fonds paritaire pour la sécurisation des parcours professionnel), avec l'appui du CNEFOP (Conseil national de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle), une expérimentation d'AFEST a mobilisé 13 OPCA volontaires, 50 entreprises (TPE-PME) et a permis la formation de 70 salariés. Inscrite dans la loi du 5 septembre 2018 dite « pour la liberté de choisir son avenir professionnel », l'AFEST consiste en une ingénierie de formation basée sur le développement de compétences par la réalisation de gestes professionnels en situation de travail.

### III.C.3. Autres mesures à inventer pour faciliter la construction de parcours

#### **La VAE inversée : un dispositif innovant à inventer**

Le couplage des deux modalités à travers une « VAE inversée » pourrait permettre de faciliter les évolutions professionnelles en répondant à la fois aux difficultés de recrutements et en limitant l'investissement des pouvoirs publics en matière de financement de formation.

Il s'agirait d'un parcours de cinq années proposé à des AS nouvellement diplômés. Durant un parcours accompagné qui allierait de l'AFEST coordonnée par un ou une IDE tuteur ou tutrice, et ponctué de modules théoriques à raison de deux ou trois jours tous les deux mois, le candidat serait amené à réaliser un certain nombre de gestes techniques lui permettant de valider un diplôme d'IDE à l'issue de ce parcours par le biais d'un dossier comparable à celui d'une VAE.

Ce dispositif permettrait de faciliter l'accès au métier d'aide-soignant en donnant l'assurance de la possibilité d'évoluer professionnellement tout en limitant les coûts en matière de rémunération puisque le salarié percevrait son salaire d'aide-soignant durant le parcours. Par ailleurs, les apports théoriques limités à deux ou trois jours par bimestre limiteraient l'impact des absences liées à la formation tout en facilitant l'accès à cette dernière pour des salariés en activité.

Le fait de valider le parcours par un dossier de type VAE permettrait d'aborder celui-ci dans une véritable logique de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), tant pour l'entreprise employeuse que pour le salarié.

44.

**Lancer une expérimentation sur une VAE inversée qui intègre : ingénierie pédagogique, tutorat renforcé, programmes d'AFEST, construction de modules théoriques, construction d'un cahier des charges pour la validation finale.**



### Favoriser les expérimentations originales

Au-delà des dispositifs existants, de multiples expérimentations sont possibles dans l'objectif de dépasser les limites horizontales comme verticales à un déroulement de parcours fluide.

Dans son rapport *L'orientation tout au long de la vie en Nouvelle-Aquitaine* (CESER, 2020-3), le CESER a mis l'accent sur l'importance des rencontres informelles pour permettre les bifurcations et évolutions de parcours.

Tout autant que les mécanismes formels visant à faciliter le passage d'une étape à l'autre (financements, circuits administratifs...) évoqués ci-dessus, il convient donc de favoriser toutes les configurations permettant des rencontres et mises en relations entre des personnes qui n'auraient peut-être pas de contacts dans leur vie professionnelle.

Les tiers-lieux sont susceptibles de jouer un rôle puissant comme espace d'intermédiation pour construire son parcours.

### Faire connaître des formations et / ou modules innovants existants

Il existe un enjeu de faire connaître des formations touchant à des activités peu connues et / ou reconnues, y compris transversales, qui peuvent être autant de possibilités d'orientation au cours du parcours de praticiennes et praticiens. Un certain nombre d'exemples de ces activités ont été développées au long des parties précédentes. Le choix est fait ici de présenter le domaine des formations en lien avec le numérique pour les activités du soin et du lien social. La transition numérique touche tous les domaines, et particulièrement celui de la santé et de l'autonomie. Télémédecine, télé-soin, digitalisation du secteur sanitaire et médico-social, données massives, intelligence artificielle, robotique, domotique, réalité virtuelle, « jumeaux numériques », applications de santé... se développent. Ces nouveaux outils sont à la fois :

- Au service des professionnels pour le diagnostic, le choix et le suivi des thérapeutiques, pour le recueil et le partage de données, pour diminuer la pénibilité de certaines tâches ;
- Au service des usagers et de leurs proches pour le suivi des maladies chroniques, la sécurisation des personnes fragiles à domicile, la compensation de certaines incapacités...

Ils visent aussi à améliorer la coordination des professionnels, l'organisation du système de santé, l'accès aux soins et la qualité des prises en charge.

Ces technologies bouleversent d'ores et déjà les pratiques du soin et du lien social, les usages et les organisations. Or, les réflexions relevant de l'éthique sont encore relativement rares sur ces sujets.

Il semble donc important, par la formation, de permettre à l'ensemble des acteurs de cette transition numérique en santé (personnels soignants et non soignants des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, mais aussi ingénieurs, informaticiens, développeurs, industriels, chercheurs en santé et en sciences humaines, et usagers) :

- De comprendre l'impact des technologies numériques sur le vécu de la santé et de la maladie, sur les pratiques médicales et les pratiques soignantes, et sur l'organisation du système de santé ;
- D'identifier les questions éthiques et juridiques soulevées par le numérique en santé ;
- D'acquérir les bases d'une culture éthique du numérique, afin d'être en mesure de mener par eux-mêmes une réflexion éthique en situation sur l'ensemble de ces questions.

Certains cursus universitaires ou dispensés par d'autres organismes intègrent pour partie ces questions, qu'il conviendrait de diffuser le plus largement possible, d'autant plus qu'elles peuvent motiver un certain nombre de personnes à intégrer des formations afin d'enrichir leurs pratiques et leur parcours.

### Vers une autre vision des parcours professionnels

Les conditions de travail, en particulier la pénibilité, comme cela sera développé dans la sous-partie suivante, restent une des raisons majeures de l'abandon des métiers du soin et du lien social. Sans avoir, bien souvent, de possibilités de changement ou d'évolution dans leurs métiers, ce sont des personnes usées, quelquefois « cassées » qui arrivent à l'âge de la retraite.

Une proposition évoquée en audition pourrait retenir l'attention. Il pourrait être envisagé d'imaginer un parcours de vie professionnelle qui irait de métiers plus contraignants, qui évoluerait par paliers jusqu'à des métiers de fin de carrière moins contraignants. Cette évolution entre métiers différents au sein d'un parcours sécurisé permettrait de protéger l'intégrité physique des personnels tout en faisant en sorte qu'ils restent dans le milieu professionnel du soin et du lien social.

Il s'agit d'une autre vision d'une carrière professionnelle, capitalisant sur les compétences et connaissances acquises (connaissance des publics, des outils de travail, de l'environnement, culture professionnelle...).

45.

*Permettre aux personnes exerçant des métiers à sujétions fortes, quand leur contexte de vie change, d'évoluer vers d'autres opportunités professionnelles, avec des options diversifiées pour le choix des métiers et une reconnaissance des compétences et connaissances acquises.*



### III.C.4. La place du bénévolat, peu visible mais indispensable

Dans les domaines du soin et du lien social, la place des bénévoles est particulièrement importante, par exemple sur des activités comme le logement, l'appui aux populations immigrées (apprentissage de la langue, soutien administratif...), l'aide à l'enfance et bien d'autres. Dans de nombreux secteurs, les associations sont devenues l'acteur principal, auquel la puissance publique délègue un certain nombre de prérogatives, ce qui représente une indéniable reconnaissance de leur expertise et de leur professionnalisme dans les champs concernés. Par ailleurs il existe de nombreux aidants familiaux.

Cela pose la question de la reconnaissance des bénévoles ou aidants familiaux qui exercent pour partie ces activités et acquièrent ce faisant de véritables compétences et expériences professionnelles, parfois au fil de longues années. Il peut s'agir tant de compétences techniques liées aux différents domaines d'intervention que de compétences plus transversales et transférables dans tous types d'activités.

Pour favoriser les parcours et les évolutions de ces bénévoles quels qu'ils soient, il conviendrait donc que leurs compétences soient reconnues et puissent faire l'objet de validations d'acquis et / ou d'équivalences au même titre que celles acquises par des professionnels.

46.

*Informer les bénévoles sur les dispositifs de reconnaissance de compétences : VAE, passeport de compétences, open badges...*

### III.C.5. Comparaison internationale : les carrières dans le soin à domicile au Danemark

Au Danemark, la main-d'œuvre du système des Soins de longue durée (SLD) décrit en seconde partie de ce rapport se compose principalement de femmes (94,7 % en 2016) et bon nombre d'entre elles sont proches de la retraite.

Le nombre de travailleuses SLD est plus de deux fois supérieur à la moyenne de l'Union Européenne.

Face à cette situation, les gouvernements locaux et central tentent de recruter davantage de jeunes pour entreprendre une formation socio-sanitaire :

- Soit en tant qu'infirmier socio-sanitaire (entre 3 et 4 ans) ;
- Soit en tant qu'assistant socio-sanitaire (2 ans).

Des mesures de soutien sont proposées aux personnes qui ont une place marginale sur le marché du travail pour devenir des professionnels SLD. Une augmentation salariale a été mise en place en 2019, venant compenser des baisses de salaire précédentes.

Le Danemark se trouve parmi les rares pays de l'OCDE à avoir développé une structure de carrière pour les personnes travaillant dans le SLD, ce qui leur permet de réaliser des actes sanitaires même s'ils ne sont pas infirmières ou infirmiers, évitant ainsi le risque de glissement de tâches.

Il n'y a en revanche pas d'aides spécifiques pour les aidants informels et aidantes informelles, ce qui pose à nouveau la question du bénévolat.

## III.D. Les conditions de travail et d'exercice, un levier d'action prioritaire

Il s'agit ici d'un champ qui relève principalement d'autres acteurs que le Conseil régional. Ce dernier peut toutefois avoir une action d'information et de sensibilisation importante.

### III.D.1. Temps de travail et rémunération

Une difficulté souvent rencontrée dans les activités du soin et du lien social, surtout les moins qualifiées et plus spécifiquement celles s'exerçant au domicile, est le temps partiel subi.

Les employeurs, notamment les collectivités territoriales, expliquent que la mise en place de temps plein est un exercice complexe. En effet ces dernières disposent d'enveloppes dédiées à l'accompagnement à domicile, correspondant à un certain nombre d'heures réparties entre différents bénéficiaires par le biais des plans d'aide. Il existe deux options avec cette enveloppe :

- Faire effectuer les heures par un certain nombre de personnes à temps partiel, ce qui permet d'augmenter le nombre de bénéficiaires potentiellement touchés ;
- Faire effectuer les heures par un moindre nombre de personnes à temps complet, ce qui implique potentiellement un moindre nombre de bénéficiaires touchés et une moindre couverture géographique.

Modifier le temps de travail des agents implique par ailleurs d'avoir une action sur les plans d'aide ce qui représente un mécanisme organisationnel très lourd.

Les organisations représentatives de salariés défendent pour leur part l'augmentation globale des enveloppes financières et des effectifs afin de couvrir à la fois l'ensemble des besoins des bénéficiaires et de permettre à tous les employés le désirant de pouvoir travailler à temps complet.

La rémunération et le statut des agents et employés concernés posent également question. La rémunération à l'heure amène à des situations où un certain nombre ne gagne pas le SMIC mensuel.

Au-delà de la stricte rémunération, l'équilibre vie personnelle-vie professionnelle est également une donnée à prendre en compte. Veiller à ce que les professionnels concernés, en particulier par les activités à domicile, aient du temps pour eux est donc important, car dans certaines zones géographiquement étendues, les personnes passent l'essentiel de leur temps entre les domiciles des bénéficiaires et leur voiture, dans le cadre de journées très amples.

47.

***Lancer des plans de recrutement de personnel diplômé, en particulier dans les zones les plus isolées, en prenant en compte les souhaits de travailler à temps plein et l'équilibre vie professionnelle – vie personnelle.***

Le financement des temps de trajet apparaît ainsi comme une thématique à traiter en urgence. Cette question est évoquée dans le rapport sur les métiers du lien (Ruffin et Bonnell, 2019).

48.

***S'inspirer des préconisations des rapports parlementaires et ministériels pour proposer un dispositif de financement des temps de trajet des personnels se déplaçant pour exercer au domicile de leurs bénéficiaires.***

Soumises à la Révision générale des politiques publiques (RGPP) et à la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), de nombreuses directions d'établissement cherchent par ailleurs à organiser le travail en périodes de 12 heures. Si certains avantages de ce rythme existent, divers risques sont également soulignés en matière de fluidité de l'organisation collective (transmissions), de charge de travail, de pathologies physiques et mentales, d'équilibre vie professionnelle / vie personnelle. Le CESER s'interroge en conséquence sur la pertinence de la généralisation d'un tel rythme de travail.

### **III.D.2. Valorisation, statut et reconnaissance**

## La reconnaissance symbolique liée à la crise sanitaire, non suivie par une reconnaissance matérielle à la hauteur

Avec la crise liée à la COVID 19, le regard de la société sur les praticiens exerçant dans les activités du soin et du lien social, y compris certains peu visibles jusqu'alors, a changé. Les intervenants « en première ligne » ont été, au moins pour une partie d'entre eux, valorisés et rendus visibles. L'exemple emblématique est celui des applaudissements au balcon pour les soignants lors du premier confinement. Un certain nombre de professions ont par ailleurs fait l'objet d'une médiatisation dont elles ne bénéficiaient pas auparavant. D'autres sont restées dans l'ombre.

La reconnaissance matérielle par ailleurs a pu être améliorée pour certaines professions dans le cadre de dispositifs comme le Ségur de la santé puis le Ségur 2. Elle n'a toutefois pas été à la hauteur de l'indispensabilité affirmée de ces professions et activités. Ces dispositifs n'ont de plus pas pris en compte un certain nombre de professions. Cela a pu générer d'importants sentiments d'injustice au sein des équipes pluridisciplinaires.

49.

*L'ensemble des acteurs publics et des employeurs des secteurs du soin et du lien social doivent agir pour revaloriser sensiblement les salaires et les carrières en reconnaissant la technicité et les critères professionnels de ces métiers à leur juste valeur.*

Concernant le champ d'intervention du Conseil régional, on observe de fortes inégalités de salaire, ainsi qu'en termes d'avantages sociaux pour les agents employés par les différents départements. Un rôle pourrait être à jouer en matière de coordination sur ces questions.

50.

*Travailler avec les différents départements de Nouvelle-Aquitaine pour harmoniser les salaires et avantages sociaux des agents employés par ces collectivités territoriales dans le domaine de l'aide sociale.*

## Une reconnaissance insuffisante des responsabilités exercées

La responsabilité reposant sur les personnels soignants comme sur ceux du lien social est souvent importante, et pas toujours prise en compte dans leurs fiches de postes et rémunérations, par exemple en cas de glissement de tâches. Cela est d'autant plus vrai que le taux de diplômés dans certains établissements est particulièrement faible. Il serait souhaitable de revoir les organisations du travail dans les différentes structures pour prendre en compte ce partage des responsabilités.

Pour reprendre l'exemple d'Orpea, au sein des établissements de ce groupe comme dans de multiples structures de soin, pour pallier en particulier les difficultés de recrutement, ce phénomène de « glissements des tâches » est observé. C'est le cas soit de manière informelle, soit, de façon officialisée dans les documents budgétaires et les organigrammes, par le recours massif aux « faisant fonction » :

*« La notion de 'faisant fonction', que la mission a retrouvée chez Orpea tant dans la gestion du budget que dans la gestion opérationnelle du personnel, renvoie à des auxiliaires de vie, sans qualification particulière, qui effectuent des tâches d'aides-soignantes au sein de l'EHPAD, et donc principalement les missions de soins dévolues aux aides-soignantes » (De Saint Martin, Espeillac et al., 2022, p. 56).*

Cette pratique comporte certains dangers, alors que le glissement des tâches devrait être utilisé comme un levier pour faire évoluer les professionnels en place par des formations correspondant aux tâches « déficitaires. »

### **Les enjeux de reconnaissance liés à la féminisation de ces activités**

Comme vu en première partie, la majorité des activités et métiers du soin et du lien social sont très féminisés. Comme l'ensemble des professions et activités où les femmes prédominent en effectifs, les enjeux liés à la précarité, à la reconnaissance et à l'égalité femmes-hommes sont particulièrement prégnants : niveaux de salaires plus faibles, opportunités de carrières plus limitées, pratiques discriminatoires.

Les représentants de la FNESI évoquent ces enjeux dès le stade du recrutement des étudiants, certains IFSI n'hésitant pas à aborder avec des femmes des questions très personnelles lors de la sélection, sur les projets d'enfants et la vie de famille. Ce type de pratiques discriminatoires peut faire l'objet d'interventions juridiques de la part de la FNESI, avec l'appui d'un avocat, lorsqu'elle en est informée. Mais nombre de situations de ce type ne sont pas forcément identifiées ni remontées.

La présidente du CIDFF Limousin note qu'il existe de nombreuses représentations associées à ces métiers qui ne correspondent à aucune réalité objective : les femmes seraient « naturellement » plus compétentes pour ces métiers, elles « sauraient faire » spontanément, davantage que les hommes. C'est sur ces représentations que se base par ailleurs la communication réalisée autour de ces métiers, qui a tendance à les présenter, par l'image comme par le discours, comme attractifs plutôt pour les femmes. Or, ces métiers ne sont pas réservés qu'aux femmes et il serait important que les campagnes de recrutement comme les discours politiques insistent sur leur caractère mixte. L'idée n'est pas d'écarter les femmes de ces activités, mais de leur permettre d'y entrer en toute connaissance de cause sur le contenu du travail, les opportunités de carrière, et avec des perspectives de reconnaissance matérielle comme symbolique meilleures que celles existant aujourd'hui.

Une meilleure reconnaissance matérielle de ces activités contribuera par ailleurs à réduire les inégalités entre les femmes et les hommes.

### **III.D.3. La mobilité et le développement territorial, deux enjeux intimement liés**

Sur cet aspect, plusieurs auditions ont été particulièrement riches.

La mobilité des personnels intervenant à domicile est un axe d'action politique prioritaire pour de nombreux départements, en territoire rural en particulier mais pas uniquement. En effet, le coût du permis de conduire, de l'entretien d'un véhicule et du carburant font partie des freins démotivant ou empêchant faute de moyens un certain nombre de personnes d'exercer ces professions, parfois davantage que le contenu du travail en tant que tel.

Des initiatives visant à financer des flottes de véhicules et / ou le passage du permis de conduire ont ainsi été mises en place dans plusieurs départements, dont celui de la Creuse, par l'ensemble des organismes faisant intervenir des travailleurs sociaux. C'est par exemple le cas des Conseils départementaux, des Associations d'aide à domicile en milieu rural ou des associations employant des travailleurs sociaux...

L'enjeu est aussi de permettre la mobilité de publics qui sont en mesure, physiquement, de se déplacer, mais n'en ont pas les moyens financiers. À ce niveau, les garages solidaires peuvent jouer un rôle important tant pour l'entretien du matériel que pour la mise en réseau des personnes, professionnels ou publics avec des profils précaires, auxquels s'adresse ce type de garages.

Une aide à la décarbonation des véhicules utilisés par les personnels de santé et social devrait être évaluée.

**52.** *Encourager les initiatives de départements qui mettraient des flottes de véhicules décarbonnés à disposition des personnels de l'aide à domicile.*

*Généraliser l'indemnisation des frais de déplacement pour ces personnels.*

*Le Conseil régional peut participer financièrement à ces initiatives afin d'inciter les collectivités d'échelle inférieure à suivre la dynamique.*

**53.** *Indépendamment des professions s'exerçant au domicile de personnes pas ou très peu mobiles, le CESER défend globalement l'idée que, plutôt que de permettre la mobilité des personnes sur des distances parfois très longues pour permettre la rencontre entre les publics et les praticiens des activités du soin et du lien social, il est préférable de miser sur le développement territorial à l'échelle locale pour permettre l'implantation de ces activités dans le rayon le plus proche possible des usagers qui en ont besoin.*

### III.D.4. Des exigences physiques et mentales du travail largement partagées

L'ensemble des activités concernées par ce rapport est soumis à de fortes contraintes physiques comme psychologiques qu'il convient de prendre en compte dans le cadre des politiques de prévention des risques professionnels mises en œuvre par les employeurs. La puissance publique, notamment régionale, peut avoir un rôle de sensibilisation.

Le but n'est pas de balayer ici l'ensemble des facteurs de risques caractérisant les conditions physiques et psychologiques de travail des soignants, travailleurs sociaux et praticiens d'activités moins reconnues dans la mesure où de très nombreux rapports d'experts et chercheurs ont traité ces questions dans le détail. Le CESER souhaite mettre l'accent sur quelques aspects clés de ces domaines et sur le rôle potentiel du Conseil régional en la matière.

#### **Pénibilité et troubles musculo-squelettiques (TMS)**

Il s'agit d'une réalité partagée par la majorité des praticiens, en particulier ceux ayant à manipuler physiquement des personnes.

Ceux ayant par ailleurs de nombreux kilomètres à faire dans le cadre de leur travail sont également concernés par des risques physiques accrus pour leur santé.

Une grande partie de ces personnels sont également susceptibles d'être concernés par des violences physiques et verbales.

#### **Des équilibres émotionnels fragiles conduisant à des risques accrus de *burn-out***

Les exigences émotionnelles de ces activités sont par ailleurs lourdes : rapport avec la mort, la maladie, la souffrance d'autrui, manque fréquent d'espaces et de temps pour être soutenu psychologiquement...

Une étude des cabinets Nuance communication et *Healthcare Information and Management System Society* (HIMSS) publiée en avril 2021 met en avant différents chiffres concernant l'exposition des soignants européens au risque d'épuisement professionnel ou *burn-out*.

Le principal enseignement de l'étude est que 98 % de tous les répondants déclarent avoir ressenti des symptômes de *burn-out* à un moment ou à un autre dans leur vie professionnelle. Les médecins et infirmiers français interrogés sont d'ailleurs 67 % à indiquer que leur travail leur fait ressentir un épuisement professionnel, le plus haut chiffre parmi tous les pays composant le panel de l'étude. 62 % des soignants exerçant en France déclarent que la pandémie de la COVID 19 n'a fait qu'exacerber ce sentiment, soit le pourcentage le plus élevé de tous les pays sondés, les soignants des pays nordiques n'étant que 38 % à partager cette impression, par exemple (Nuance et HIMSS, 2021).

54.

***En partenariat avec les employeurs, favoriser la mise en place ou le renforcement de systèmes d'accompagnement et de suivi psychologiques pour l'ensemble des praticiens des activités du soin et du lien sur le territoire.***

### **Une résultante préoccupante : l'absentéisme**

L'absentéisme est une réalité dans l'ensemble des métiers et activités concernés. Dans les établissements quels qu'ils soient, l'instabilité des équipes constitue un facteur de détérioration de la continuité des soins. Le changement régulier de personnel ne facilite pas leur adaptation, leur connaissance des procédures, des collègues ainsi que des résidents. Ce constat s'applique également aux équipes intervenant au domicile.

Une des mesures visant théoriquement à lutter contre l'absentéisme est l'instauration de jours de carence. Le CESER s'interroge sur la portée et la pertinence de cette dernière. En effet, le rapport de l'INSEE du 10/11/2017 concernant la fonction publique d'État montre que, s'il diminue les absences courtes, il a tendance à augmenter les absences de plus d'une semaine (Cazenave-Lacrouz et Godzinski, 2017). Cette disposition conduirait plus, *in fine*, à repousser les arrêts en augmentant leurs conséquences négatives. Elle questionne particulièrement en cas de maladie contagieuse. Le CESER insiste sur l'importance de mettre en place des organisations de travail générant de la confiance plutôt qu'un rapport de défiance.

Le rapport de l'IGF et de l'IGAS précédemment cité ainsi que différents rapports d'expertises internes pointent pour leur part les enjeux de l'absentéisme spécifiquement au sein du groupe Orpea, déjà mentionné.

Ils mentionnent un *turn-over* important, conduisant dans certains cas à faire prendre en charge les résidents par des personnels soignants majoritairement en CDD. Cette situation est d'autant plus préjudiciable que, comme le déplorent également une partie des rapports, le déficit d'accompagnement à la prise de poste est particulièrement fort pour les personnes recrutées.

Le taux d'absentéisme est par ailleurs supérieur à 15 % dans certains établissements sur l'année 2021 (contre 12% en moyenne nationale).

Enfin, les établissements du groupe Orpea comme ceux de nombreuses autres structures affichent un taux de rotation particulièrement élevé. La sinistralité au travail est également plus importante que dans le reste du secteur de la dépendance.

L'ensemble de ces éléments affectent la prise en charge des résidents.

### III.D.5. Relations de travail

#### L'importance du collectif et de l'encadrement

En fonction des équipes concernées, le collectif de travail peut être ressourçant car soudé et source d'aide face aux difficultés rencontrées.

Dans d'autres cas il peut au contraire être un facteur de risque car insuffisamment protecteur, voire inexistant dans les cas de figure où les relations de travail sont très atomisées (équipes intervenant au domicile), ou encore de conflits non gérés entre les personnes.

Pour faire vivre ce collectif, en prendre soin, gérer les conflits, l'encadrement revêt une importance toute particulière, de même que pour accompagner individuellement les personnes. Cette thématique est revenue à de nombreuses reprises au cours des auditions et lectures réalisées par la commission.

Un des reproches le plus souvent exprimés par les auditionnés concerne la déconnexion entre les encadrants et leurs équipes, une certaine méconnaissance des métiers et des réalités de terrain par les premiers. Cela peut être lié à la nature des objectifs plus financiers qu'opérationnels assignés par leurs directions ainsi qu'à une politique de réduction des risques à l'extrême impulsée par leur hiérarchie et par la puissance publique. S'ensuit une bureaucratisation souvent excessive du rapport hiérarchique. Il apparaît au contraire nécessaire qu'ils puissent s'appuyer, en confiance, sur leurs équipes. Un certain nombre d'initiatives existent en ce sens, sur lesquelles le CESER souhaite mettre ici l'accent.

*« Celui ou celle qui intervient auprès de la personne aidée connaît son travail, donc on doit lui faire confiance »*

Cette phrase constitue le slogan du système *Buurtzorg* et des structures qui aujourd'hui adoptent ce modèle. Dans son rapport sur le télétravail, le CESER NA (2020-5) met en avant l'importance de la confiance réciproque afin de créer de véritables dynamiques d'équipes.

#### *L'organisation managériale chez Alenvi*

Entreprise solidaire d'utilité sociale d'Ile de France, membre de Soignons Humain, Alenvi donne un exemple de ce type de fonctionnement. On peut lire sur le site internet d'Alenvi :

*« En partant du constat que les métiers de soin et d'accompagnement à domicile ont été déshumanisés, Alenvi a repensé l'organisation d'une structure d'aide à domicile classique pour que les professionnels et leurs qualités humaines soient placés au cœur de l'activité. L'envie de transformer le secteur de l'aide à domicile est commune chez Alenvi. Elle nourrit notre motivation quotidienne et influence chaque prise de décision dans l'entreprise. Elle nous a poussés à adopter un nouveau modèle managérial inspiré de l'entreprise libérée afin de répondre à la perte de sens au travail qui touchait les auxiliaires de vie. Seulement, cette volonté n'est pas pleinement crédible si persiste un mode de gouvernance entretenant une logique pyramidale au seul profit des actionnaires. Pour changer d'organisation, il faut changer par le haut. Il s'agit d'incarner la mission au travers de la gouvernance et des prises de décisions stratégiques de l'entreprise. Dans cette optique et pour être toujours en cohérence avec la réalité du terrain, nous avons mis*

*en place le Comité de gouvernance partagée, une instance qui regroupe les auxiliaires de vie volontaires et certains membres du siège. Ces temps d'échanges s'inscrivent dans notre volonté que chacun soit sur un même pied d'égalité, et ce, jusque dans la prise de décisions stratégiques. Cela permet aux auxiliaires de vie d'émettre leurs avis et d'avoir une influence importante sur le sens que prend Alenvi, tout simplement parce qu'ils sont légitimes pour y participer. Ce Comité répond à la notion de transparence que nous souhaitons perpétuer au sein de l'entreprise. Les auxiliaires sont au courant des enjeux importants de l'entreprise ce qui participe à la valorisation de leur métier, de leur rôle et impacte positivement leur implication. »*

**Cet exemple tend à se développer de plus en plus, il commence même à être expérimenté dans certains EHPAD. L'avantage avéré de cette organisation est qu'elle a fortement diminué le taux de rotation dans les équipes.** Les personnels se sentant considérés, ayant de vraies perspectives d'évolution, ont moins envie de changer d'entreprise. De plus des formations régulières leur sont proposées en fonction de leurs besoins.

**56.** *Donner aux salariés les moyens, par des organisations de travail refondées de maîtriser et d'exercer leur travail dans des conditions éthiques propices à la qualité du travail et du service à l'utilisateur.*

**57.** *Faire connaître et aider au développement de la méthode Buurtzorg.*



Dans le domaine du social, où s'imposent la bureaucratisation et la financiarisation de la gestion, il serait utile de créer des postes de coordinateurs et coordinatrices. Il pourrait s'agir d'un membre référent de l'équipe qui serait chargé de l'accompagnement global en faisant le lien entre les différentes personnes spécialisées dans les besoins de la personne accompagnée.

**58.** *Créer une formation et / ou des modules de coordinateur, référents de parcours. Prévoir des systèmes d'équivalences et de validations des acquis afin de pouvoir valider ce module tout au long du parcours professionnel.*



**59.** *Prévoir des lieux et des moments où les personnes qui travaillent en individuel puissent se retrouver : période d'accompagnement et d'analyse de pratiques, salles de pauses...*

## Les difficultés spécifiques touchant les femmes

Le choix est fait ici de mettre l'accent sur deux aspects plus particulièrement.

Le cumul des facteurs de discrimination potentielle tout d'abord. Certaines femmes combinent en effet dans leur identité, outre leur genre, l'origine pouvant être identifiée comme « étrangère », la pratique religieuse réelle ou supposée, l'âge... Il s'agit d'autant de facteurs de difficultés possibles tant dans l'exercice de leur métier ou activité que dans les relations avec les collègues, la hiérarchie ou les bénéficiaires. La barrière de la langue liée à l'origine étrangère peut représenter un problème supplémentaire à surmonter.

60.

*Organiser des cours de langue française à destination des professionnels maîtrisant insuffisamment celle-ci.*

Le second aspect concerne le harcèlement et sa prévention. Dans ces métiers et activités en contact étroit avec des publics divers, la spécificité est que les situations de harcèlement potentielles se présentent tant au niveau des collectifs de travail qu'au niveau des relations entre les professionnels et les bénéficiaires.

61.



*Outre l'application des dispositifs réglementaires en matière de lutte contre le harcèlement, organiser en collaboration avec les employeurs des ateliers de prévention du harcèlement et des discriminations quels que soient les critères concernés, au sein des structures les moins outillées juridiquement et financièrement pour ce faire (employés à domicile en particulier).*

Il peut également être envisagé d'organiser des ateliers de déconstruction des stéréotypes de genre, à la fois sur les professionnels et les usagers. Le but est de limiter le caractère genré des différentes professions pour permettre une diversité des profils de soignants et limiter les obstacles aux consultations diversifiées.

62.

*Soutenir financièrement les structures engagées sur la sensibilisation auprès des futurs professionnels et des publics aux questions d'égalité femme/homme, de discriminations...*

# Conclusion – Repenser le lien social en Nouvelle-Aquitaine : une réflexion politique au sens fort

## Le Conseil régional et ses partenaires au cœur de la mise en place de dispositifs de prévention adaptés à l'évolution des besoins des usagers et des praticiens

En questionnant en détail les conditions de mise en place de parcours et de situations de travail pour répondre à des besoins du public en pleine évolution en matière de soin et de lien social, ce rapport a exploré de multiples dimensions intéressant le Conseil régional, mais également ses partenaires, les organismes de formation et les employeurs de ces domaines.

Du point de vue des publics il s'est agi de repérer les besoins en matière de soin et d'activités visant à resserrer le lien social et d'améliorer la prévention en Nouvelle-Aquitaine, d'analyser les activités et dispositifs, régionaux et autres, existants, et de proposer des améliorations ou nouveautés.

Du point de vue des professionnels comme des bénévoles exerçant ces activités du soin et du lien social, le CESER s'est demandé comment permettre à ces personnes aux activités plus ou moins connues d'avoir un parcours professionnel et de vie, ainsi que des conditions d'exercice leur assurant reconnaissance et stabilité, ainsi que la possibilité de répondre au mieux aux besoins de la population. Les dispositifs, notamment régionaux, ont été explorés, ainsi que les perfectionnements qui pourraient leur être apportés, qui ont fait l'objet de préconisations.

Les différentes préconisations proposées dans ce rapport visant les activités du soin et du lien social, et plus spécifiquement encore les dispositifs d'éducation, de formation et d'emploi les concernant, peuvent avoir également un rôle majeur dans la consolidation et / ou la réparation du lien social, la lutte contre les inégalités, le renforcement des solidarités territoriales et l'amélioration de la prévention. Elles se déclinent selon deux grands types de bénéficiaires (publics et praticiens). Le CESER a identifié parmi elles des préconisations majeures :

- Dispositifs visant à améliorer la prévention en santé et / ou à renforcer le lien social à destination de différents publics :
  - o La création d'un lieu d'échanges et d'observation des besoins type « conférence territoriale du soin et du lien social » ou « conseil local de concertation » ;
  - o Le soutien, y compris financier, au développement des pratiques de sport-santé ;
  - o Le recrutement massif d'accompagnants et accompagnantes de personnes en situation de handicap supplémentaires.
- À destination des acteurs, professionnels, praticiens et bénévoles :
  - o Système de formation initiale, introduction des notions de « care » et / ou de « prendre soin » dans les formations les moins structurées et reconnues pour un maximum de professions en contact avec le public ;
  - o Formation tout au long de la vie, parcours et orientation :
    - le financement de réorientations vers des professions moins classiques et reconnues mais tout aussi nécessaires au lien social que les métiers traditionnels

du sanitaire et du social : sport-santé, socio-esthétique et socio-coiffure, médiation animale, animation sociale et culturelle ;

- Le lancement d'une expérimentation sur la VAE inversée ;
- Conditions de travail et d'exercice des activités, changement des pratiques managériales grâce à l'introduction du système *Buurtzorg*, la création de modules de référents de parcours, l'intensification de la lutte contre le harcèlement et les discriminations.

Des interactions et partenariats avec de nombreux autres acteurs sont nécessaires pour la mise en place de mesures majeures visant à développer des parcours souples et des dispositifs adaptés aux besoins des publics :

- En partenariat avec les établissements d'enseignement et de formation : l'attention aux conditions de vie des étudiants, l'introduction de modules de compétences transverses dans les cursus de formation initiales, la formation aux outils numériques ;
- En partenariat avec les collectivités territoriales infrarégionales : les conditions d'exercice des professions liées en particulier à l'aide sociale, la mise en place de dispositifs de dialogue et d'échange à l'échelle des communautés de communes ;
- En partenariat avec les associations et les organismes spécialisés : la sensibilisation des praticiens en formation aux spécificités de certains publics et territoires : personnes en situation de handicap, femmes, familles, milieu rural... ;
- Participation des publics et usagers à la construction des dispositifs et politiques de soin et de lien social.

Un certain nombre d'actions relève d'initiatives indépendantes de celles du Conseil régional, pour lesquelles ce dernier est susceptible de jouer un rôle de sensibilisation et de communication. Ces actions sont elles aussi cruciales pour la réussite de la mise en place de parcours et de dispositifs adaptés aux besoins des publics : plan de prévention des risques professionnels et de gestion RH au sein des structures employeuses, politique de recrutement...

Enfin, diverses initiatives mises en place à l'étranger (Danemark, Pays-Bas...) peuvent inspirer de nouvelles pratiques et orientations politiques en matière de soin et de lien social en Nouvelle-Aquitaine.

## Du *care* à une démarche plus collective

Les différents choix sémantiques effectués dans ce rapport traduisent par ailleurs différents éléments d'ordre politique défendus par le CESER, concernant en particulier l'importance du collectif et de la solidarité, et une vision de la santé en termes de prévention plutôt que de curatif.

C'est ainsi qu'aux « métiers du sanitaire et du social », il a été préféré l'exploration de la notion de « parcours dans les activités du soin et du lien social. »

Il s'agit, dans la lignée de la définition de la santé de l'OMS, d'assumer une interdépendance étroite entre santé et lien social et une conception multidimensionnelle de la santé. La notion de *care* s'est avérée utile dans ce cheminement, mais l'enjeu est de dépasser le soubassement individualiste et libéral ayant présidé à la construction de cette notion dans le monde anglo-saxon.

L'approche pragmatiste permet de la compléter de plusieurs éléments :

- La déconstruction des dichotomies entre des personnes qui détiendraient le savoir, la connaissance et d'autres qui en seraient dépossédées et ne pourraient qu'exécuter ce qui est attendu d'elles. Selon les conceptions et représentations, sont ainsi mises en cause les dichotomies suivantes : scientifiques et universitaires vs. praticiens et grand public, praticiens les plus haut placés hiérarchiquement (médecins...) vs. basses couches hiérarchiques, professionnels vs. publics et usagers, aidants vs. aidés, autonomes vs. dépendants... ;
- Les enjeux de pouvoir liés, non seulement à la reconnaissance des activités et aux conditions d'exercices mais également à la détention de certains savoirs, plus ou moins légitimes. Il s'agit de redonner une voix aux acteurs de terrain souvent peu visibles, peu considérés parmi lesquels les usagers, les représentants du personnel, les bénévoles...

Le choix des métiers et activités concernés par ce rapport a été délicat dans la mesure où les activités contribuant au lien social sont potentiellement très nombreuses. Le choix a été fait, pour tracer le périmètre de la population concernée, de s'arrêter à celles ayant explicitement vocation, dans leur définition, à nourrir ce lien. Le CESER a toutefois conscience qu'un grand nombre d'activités techniques en lien avec des publics ont pour externalité positive de contribuer au maintien, à l'entretien voire à l'amélioration, au quotidien, des liens sociaux sur le territoire : postiers et postières, caissiers et caissières, coiffeurs et coiffeuses...

La crise sanitaire a apporté quelques changements en matière d'identification par le grand public des activités du soin et du lien, mais aussi des métiers précédemment cités, comme particulièrement nécessaires à la société et de prise de conscience de l'existence de ces activités et des personnes qui les exercent. Toutefois un chemin important reste à parcourir en la matière, ce rapport entend y contribuer.

## Récapitulatif des préconisations

1. *Sensibiliser et informer les employeurs, avec une attention spécifique pour les particuliers employeurs et les petites structures sur l'enjeu de la formation tout au long de la vie.*
2. *Établir des critères d'éco-socio conditionnalités spécifiques dans les aides apportés aux structures privées lucratives et non lucratives du secteur, et exercer une veille active sur le fonctionnement et les aides apportées au secteur public.*
3. *Développer une nouvelle forme de groupement d'employeurs à dimension territoriale et multisectorielle, avec une logique de mutualisation, qui permettrait de tisser un lien plus fort entre les différents types d'employeurs des territoires.*  

4. *Créer un lieu d'échanges et d'observation des besoins type « conférence territoriale du soin et du lien social » ou « conseil local de concertation » sur les métiers et enjeux du soin et du lien social. Permettre aux acteurs de cette structure d'émettre des préconisations.*  

5. *Dans les cursus de formation, développer des projets pédagogiques à 4 ou 5 étudiants sur un continuum afin d'apprendre à comprendre et anticiper les nouvelles attentes des publics et de développer un discours et des pratiques adaptés.*
6. *Faire intervenir dans ces projets les associations d'usagers, des patients-experts, les maisons d'accueil des familles présentes dans l'environnement des CHU, et autres représentants pertinents des publics en fonction des cursus, pour bien aider à comprendre les nouvelles attentes des publics.*
7. *Pérenniser et valoriser les expérimentations réussies.*  
*Dans le but de renforcer l'ambition de la politique d'innovation sociale menée par le Conseil régional, envisager, en partenariat par exemple avec des organismes mutualistes, des financements complémentaires pour pérenniser des dispositifs expérimentaux (principalement dans le cadre d'Appels à manifestation d'intérêt – AMI –) ayant des résultats intéressants.*
8. *Renforcer les dispositifs de prévention et d'éducation à la santé auprès de tous types de publics, prioritairement ceux plus particulièrement isolés et précaires. Cette stratégie permet par ailleurs de développer du lien social.*
9. *Par ses représentations dans les CA et par son implication budgétaire, la région pourrait rappeler l'importance de la santé scolaire dans les établissements.*
10. *Associer les CAF aux contrats territoriaux de filières et plus largement aux réflexions sur la formation professionnelle qui les concernent.*
11. *Travailler avec les tiers-lieux dans le but de valoriser leur rôle en matière de lien social.*  
*Adapter les tiers-lieux et certains postes de travail à des situations de santé spécifiques, voire de handicap.*

*Adapter les horaires d'ouverture des tiers lieux pour permettre l'exercice de certaines professions : psychologues, assistantes sociales et assistants sociaux.*

**12.** *Développer les formations en langues régionales pour les professionnels du soin et du lien social, comme proposé dans le rapport du CESER NA sur les mobilités transfrontalières (2020-6).*

**13.** *Rétablir les postes d'animateurs culturels en lycées.*

**14.** *Soutenir le développement des pratiques de sport-santé.*

 *Travailler en partenariat avec les départements, les communes les CCAS et les associations : pour 1) mettre en place des séances de sport-santé, 2) aménager des créneaux dans les salles 3) mettre en place si besoin un service de transport adapté, 4) participer au financement de plus d'encadrants.*

**15.** *Continuer à développer des formations aux outils numériques, en particulier dans le domaine de la santé, particulièrement à destination des publics ayant le plus de difficulté à les utiliser.*

**16.** *Former les professionnels à la méthode « Facile à lire et à comprendre » (FALC) pour s'adapter aux publics en situation d'illettrisme ou d'illectronisme.*

**17.** *Communiquer autour des dispositifs anciens et nouveaux existant en matière de prévention et de maintien / renforcement du lien social également à l'aide d'autres supports que le numérique afin de toucher un large public.*

**18.** *Concernant le financement des actions, ne pas proportionner les sommes prévues à la densité de la zone concernée, sous peine de sous-doter les zones rurales qui ont pourtant un besoin très important d'actions en la matière.*

**19.** *En matière de coordination des activités du soin et du lien social autour des publics âgés, s'appuyer sur le gérontopôle pour permettre aux acteurs d'interagir et de se rencontrer à deux niveaux. 1) dans la recherche. 2) mais aussi et surtout au niveau de la création de liens avec les usagers et le tissu socio-économique.*

**20.** *Prévoir une sensibilisation dans les lycées avec des animations ludiques qui dédramatisent et évitent la création de frontières étanches entre valides et non valides.*

**21.** *Fournir des masques inclusifs aux professionnelles, professionnels, praticiennes et praticiens en lien avec des publics malentendants.*

**22.** *Lancer un vaste plan de recrutement et de formation d'accompagnantes et d'accompagnants de personnes en situation d'handicap afin d'augmenter les effectifs actuels.*

  
**23.** *Au-delà de la mobilité des usagers, développer la mobilité des praticiens et professionnels pour se rapprocher des besoins des territoires.*



*Renforcer les possibilités de transports permettant la mise en contact des usagers et des professionnels et praticiens proposant des activités liées au soin et / ou au lien social.*

*Utiliser les tiers-lieux pour proposer de telles activités.*

*Encourager, y compris financièrement, les initiatives type garages solidaires.*

**24.** *Financer des permis de conduire pour les publics précaires, y compris s'ils sont seniors.*

**25.** *Former davantage de tuteurs de manière plus approfondie, avec des modules dédiés et des actualisations régulières au cours de la carrière, pour accueillir au mieux les étudiants.*

**26.** *Développer une politique régionale volontariste de soutien (logistique et financier) au développement du service sanitaire dans les territoires ruraux de la Nouvelle-Aquitaine pour en faire un outil en faveur de l'interdisciplinarité et de l'attractivité des zones rurales.*

**27.** *Poursuivre l'universitarisation des filières sanitaires et sociales en incitant au développement de temps de formation et de projets pédagogiques communs entre les filières de santé et les filières du social. Ces temps pourraient s'articuler autour des compétences en sciences humaines et en prévention nécessaires à l'ensemble de ces formations.*

**28.** *Préciser et partager, en partenariat avec les départements et les services de l'État compétents, quelles sont les missions attendues des travailleurs sociaux.*

*À partir des éléments définis ou re-définis, adapter certains contenus proposés dans le cadre des formations.*

**29.** *Étendre le dispositif du service sanitaire au secteur social en tenant compte de l'accompagnement et de la rémunération des stagiaires.*

**30.** *Nouer des partenariats avec les territoires pour participer à l'identification et à la formation de personnes au niveau local, avec des profils pouvant être différents de ceux recrutés habituellement (services civiques, personnes disposant de « soft skills » de par des activités personnelles...).*

**31.** *Développer la relation humaine avec des publics spécifiques dès le stade de la formation : intervention par exemple de personnes en situation de handicap, âgées, d'enfants... Pendant la formation.*

**32.** *Renforcer et /ou introduire les notions de care / « prendre soin », et du lien social dans les formations moins structurées et pour les professions moins reconnues, y compris pour des métiers impliquant des contacts avec le public : chauffeurs de taxis ou de véhicules sanitaires léger (VSL), restauration collective.*

**33.** *Cela pourrait aller jusqu'à mettre l'accent sur l'importance des aspects culinaires dans ces actions de « prendre soin » pour la mise en place d'un lien de qualité avec les publics.*

34. Développer un socle commun de compétences larges et pas uniquement techniques pour l'ensemble de ces formations : management, gestion / économie...
35. Développer la communication et l'information concernant les dispositifs et aides accessibles aux étudiants du secteur médico-social  
1) auprès des étudiants concernés 2) auprès des professionnels en charge de les informer et de les accompagner tels que les assistantes sociales et assistants sociaux, les agents d'accueil des établissements d'enseignement, les enseignants, etc.
36. Mettre en place un plan d'hébergement des stagiaires du médico-social en coordonnant sur les territoires les structures d'hébergement déjà existantes.
37. Développer les services et infrastructures autour des IFSI délocalisés et faciliter les conditions d'études : possibilité de lieux de stage sur le territoire et / ou meilleur remboursement des frais pour les stages lointains, travailler sur l'attractivité et l'emploi dans les zones concernées.
38. Impliquer les pouvoirs publics, Etat et/ou Conseil Régional dans la construction d'un parcours de formation sécurisé dès le démarrage, en partenariat avec TransitionsPro.
39. En fonction de l'évolution de la réglementation de la R2F, créer régionalement un dispositif qui permette les évolutions professionnelles dans les domaines du soin et du lien social en assurant une rémunération tout au long du parcours pour les formations longues.
40. Allouer des financements supplémentaires pour des réorientations vers des formations correspondant à des activités moins classiques et reconnues mais tout aussi nécessaires au lien social que les métiers traditionnels du sanitaire et du social : sport-santé, socio-esthétique et socio-coiffure, médiation animale, animation sociale et culturelle...
41. Organiser les financements de façon à pouvoir couvrir l'ensemble de la durée des formations, qu'elles soient en soins infirmiers ou dans d'autres domaines.
42. Renforcer et faire connaître le conseil en évolution professionnelle pour s'assurer d'un accompagnement durable et de qualité des personnes en projet de reconversion ou de formation.
43. Mettre en place des parcours d'avenir et des cours de connaissance de soi : ateliers basés sur l'estime de soi, visant à permettre à chacun de reconnaître ses compétences, en mettant l'accent sur les professionnels et praticiens les plus isolés et précaires.
44. Lancer une expérimentation sur une VAE inversée qui intègre : ingénierie pédagogique, tutorat renforcé, programmes d'AFEST, construction de modules théoriques, construction d'un cahier des charges pour la validation finale.

**45.** *Permettre aux personnes exerçant des métiers à sujétions fortes, quand leur contexte de vie évolue, d'évoluer vers d'autres opportunités professionnelles, avec des options diversifiées pour le choix des métiers et une reconnaissance des compétences et connaissances acquises.*



**46.** *Informar les bénévoles sur les dispositifs de reconnaissance de compétences : VAE, passeport de compétences, open badges...*

**47.** *Lancer des plans de recrutement de personnel diplômé dans les zones les plus isolées, en prenant en compte les souhaits de travailler à temps plein et l'équilibre vie professionnelle – vie personnelle.*

**48.** *S'inspirer des préconisations des rapports parlementaires et ministériels pour proposer un dispositif de financement des temps de trajet des personnels se déplaçant pour exercer au domicile de leurs bénéficiaires.*

**49.** *L'ensemble des acteurs publics et des employeurs des secteurs du soin et du lien social doivent agir pour revaloriser sensiblement les salaires et les carrières en reconnaissant la technicité et les critères professionnels de ces métiers à leur juste valeur.*

**50.** *Travailler avec les différents départements de Nouvelle-Aquitaine pour harmoniser les salaires et avantages sociaux des agents employés par ces collectivités territoriales dans le domaine de l'aide sociale.*

**51.** *Dans l'organisation du travail au sein des différentes structures, valoriser financièrement et par la formation qualifiante les responsabilités exercées par les différents personnels, y compris ceux concernés par des glissement de tâches.*

**52.** *Encourager les initiatives de départements qui mettraient des flottes de véhicules décarbonnés à disposition des personnels de l'aide à domicile.*

*Généraliser l'indemnisation des frais de déplacement pour ces personnels.*

*Le Conseil régional peut participer financièrement à ces initiatives afin d'inciter les collectivités d'échelle inférieure à suivre la dynamique.*

**53.** *Indépendamment des professions s'exerçant au domicile de personnes pas ou très peu mobiles, le CESER défend globalement l'idée que, plutôt que de permettre la mobilité des personnes sur des distances parfois très longues pour permettre la rencontre entre les publics et les praticiens des activités du soin et du lien social, il est préférable de miser sur le développement territorial à l'échelle locale pour permettre l'implantation de ces activités dans le rayon le plus proche possible des usagers qui en ont besoin.*

**54.** *En partenariat avec les employeurs, favoriser la mise en place ou le renforcement de systèmes d'accompagnement et de suivi psychologiques pour l'ensemble des praticiens des activités du soin et du lien sur le territoire.*

**55.** *En collaboration avec l'inspection du travail et l'Agence régionale des conditions de travail (ARACT), analyser la teneur de chaque métier, son organisation, son environnement de travail et lister des pistes d'amélioration.*

56. Donner aux salariés les moyens, par des organisations de travail refondées de maîtriser et d'exercer leur travail dans des conditions éthiques propices à la qualité du travail et du service à l'utilisateur.

57. Faire connaître et aider au développement de la méthode Buurtzorg.



58. Créer une formation et / ou des modules de coordinateur, référents de parcours. Prévoir des systèmes d'équivalences et de validations des acquis afin de pouvoir valider ce module tout au long du parcours professionnel.



59. Prévoir des lieux et des moments où les personnes qui travaillent en individuel puissent se retrouver : période d'accompagnement et d'analyse de pratiques, salles de pauses...

60. Organiser des cours de langue française à destination des professionnels maîtrisant insuffisamment celle-ci.

61. Outre l'application des dispositifs réglementaires en matière de lutte contre le harcèlement, organiser en collaboration avec les employeurs des ateliers de prévention du harcèlement et des discriminations quels que soient les critères concernés, au sein des structures les moins outillées juridiquement et financièrement pour ce faire (employés à domicile en particulier).

62. Soutenir financièrement les structures engagées sur la sensibilisation auprès des futurs professionnels et des publics aux questions d'égalité femme/homme, de discriminations...

# Bibliographie et sitographie – Références citées dans le rapport

## Nouvelle-Aquitaine

### Ouvrages, rapports, études, articles, avis

CES Poitou-Charentes, 2007. *Les formations sanitaires et sociales en Poitou-Charentes*. Rapport de saisine

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2018 (1). *Schéma régional des formations sanitaires et sociales – 2019-2024*. Avis, séance plénière du 13 décembre

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2018 (2). *Le pacte régional d'investissement dans les compétences*. 2019-2022. Avis, séance plénière du 13 décembre

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2020 (1). *COVID 19 en Nouvelle-Aquitaine : l'urgence de transformer demain*. CESER Nouvelle-Aquitaine, décembre 2020. 134p. Disponible sur <https://ceser-nouvelle-aquitaine.fr/publication/COVID-19-en-nouvelle-aquitaine-lurgence-de-transformer-demain>

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2020 (2). *Nouvelle-Aquitaine Rebond : adaptation du Pacte régional d'investissement dans les compétences*. 2019-2022. Avis, séance plénière du 10 novembre

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2020 (3). *L'orientation tout au long de la vie en Nouvelle-Aquitaine*. Disponible sur <https://ceser-nouvelle-aquitaine.fr/publication/lorientation-tout-au-long-de-la-vie-en-nouvelle-aquitaine#:~:text=Ce%20rapport%20du%20CESER%20Nouvelle, changement%20devient%20un%20%C3%A9tat%20permanent>

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2020 (4). *Bien commun, droit pour tous : la santé exige une politique à la mesure des besoins actuels et futurs de la société*. Expression, séance plénière des 17 et 18 juin

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2020 (5). *Nouvelle-Aquitaine : quel télétravail pour quelle société ?* Disponible sur [20210126 Rapport Teletravail Web bq.pdf \(ceser-nouvelle-aquitaine.fr\)](https://ceser-nouvelle-aquitaine.fr/20210126-Rapport-Teletravail-Web-bq.pdf)

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2021 (1). Favoriser la poursuite d'études et accompagner la réussite de tous les jeunes dans les territoires de Nouvelle-Aquitaine. Avis, séance plénière des 23 et 24 mars

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2021 (2). *Développement de l'apprentissage en Nouvelle-Aquitaine : bilan 2020 et convention avec France compétences au titre de l'année 2021*. Avis, séance plénière du 6 octobre

CESER Nouvelle-Aquitaine, 2022. *Contrat de plan État-région 2021-2027*. Avis, séance plénière du 15 mars

DUMARTIN, Sébastien et LABARTHE, Géraldine, 2020. « En Nouvelle-Aquitaine, des personnes âgées dépendantes toujours plus nombreuses d'ici 2030 ». *INSEE analyses* n° 85, 28/01. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4294178#:~:text=La%20Nouvelle%20Aquitaine%20est%20la,400%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20d%C3%A9pendantes%20suppl%C3%A9mentaires>. Consulté le 03 mai 2022

COGNET, Marguerite, 2010. « Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États ». *L'homme et la société*, vol. 2-3, n° 176-177, pages 101 à 129. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2010-2-page-101.htm#re8no8>

Région Limousin, 2014. *Schéma des formations aux métiers du social, de la santé et du médico-social – 2015-2020*. Séance plénière du 19 décembre 2014

Région Nouvelle-Aquitaine, 2018. *Schéma des formations sanitaires et sociales – 2019-2024*. Région Nouvelle-Aquitaine. Décembre 2018. Disponible sur <https://www.nouvelle-aquitaine.fr/sites/default/files/2020-06/schema-brochure-formation-ss.pdf>

Région Nouvelle-Aquitaine, 2019. *Contrats régionaux de filières pour l'orientation, la formation et l'emploi – métiers de la santé, de l'action sociale, du social et du médico-social*. Séance plénière du 21 octobre 2019

Région Nouvelle-Aquitaine, 2022. *Contrat de plan État-région 2022-2027*

Région Poitou-Charentes, 2013. *Schéma des formations sanitaires et sociales – 2014-2019 – Projet*. Séance plénière du 19 décembre 2013

## Enquêtes, cartes, chiffres clés

INSEE, 2022. Région de la Nouvelle-Aquitaine, dossier complet. Paru le 21 mars. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-75#chiffre-cle-5>

Mutualité Française Nouvelle-Aquitaine, 2019. Services de soins et d'accompagnement mutualistes en Nouvelle-Aquitaine

Mutualité Française et Association des maires de France, 2021. « Baromètre santé-social. Des résultats très contrastés en Nouvelle-Aquitaine ». *Mutualité française*, 19 janvier 2021. Disponible sur <https://nouvelle-aquitaine.mutualite.fr/communiqués/cp-nouvelle-aquitaine-barometre-sante-social/>

## France

## Ouvrages, rapports, études, articles, avis

BAZIN, Mahel et MULLER, Marianne, 2018. *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD. Études et résultats* n° 1067, Juin. Disponible sur [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er\\_1067.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf)

BONNELL, Bruno, RUFFIN, François, 2020. *Rapport d'information sur les métiers du lien*. Commission des affaires économiques de l'Assemblée nationale, 24 juin 2020. Disponible sur [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-eco/l15b3126\\_rapport-information#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-eco/l15b3126_rapport-information#)

BONNELL, Bruno, RUFFIN, François, 2020. *Proposition de loi sur la reconnaissance des métiers du lien*. N° 3379 déposée le 29 septembre. Disponible sur [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3379\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3379_proposition-loi)

CAZENAVE-LACROUTZ, Alexandre et GODZINSKI, Alexandre, 2017. « Le jour de carence dans la fonction publique d'État : moins d'absences courtes, plus d'absences longues. » *INSEE Analyses*, n° 36, 10 novembre. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181789>

CESE, 2017. *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*. Avis, séance du 6 juillet. Disponible sur [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017\\_17\\_iselement\\_social.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_17_iselement_social.pdf)

CESE, 2021. *Crise sanitaire et inégalités de genre*. Avis, séance du 23 mars. Disponible sur [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021\\_11\\_crise\\_sanitaire\\_inegalites\\_genre.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_11_crise_sanitaire_inegalites_genre.pdf)

CESE, 2022 – 1. *Vers un service public d'accueil de la petite enfance*. Avis, séance du 22 mars. Disponible sur <https://www.lecese.fr/actualites/vers-un-service-public-daccueil-de-la-petite-enfance-seance-pleniere-au-cese>

CESE, 2022 – 2. *Les métiers de la cohésion sociale*. Avis, séance du 12 juillet. Disponible sur [2022\\_12\\_metiers\\_cohesion\\_sociale.pdf \(lecese.fr\)](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2022/2022_12_metiers_cohesion_sociale.pdf)

*Code de l'action sociale et des familles*. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006074069/>

*Code de la santé publique*. Disponible sur [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006072665/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/)

DIEBOLT, Évelyne, 2013. « Prémices de la profession infirmière : de la complémentarité entre soignantes laïques et religieuses hospitalières XVIIe - XVIIIe siècle en France », *Recherches en soins infirmiers*, n° 113, vol. 2, pp. 6-18

DUHAMEL, Corinne, 2021. « La Cour des comptes suggère d'étendre la prise en charge de psychothérapies par des psychologues libéraux », *AEF Info, Dépêche* n° 646916

EL KHOMRI, Myriam, 2019. *Plan de mobilisation national en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge*. Rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé, octobre 2019. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_el\\_khomri\\_-\\_plan\\_metiers\\_du\\_grand\\_age.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf)

Fédération Diversité proximité mutualiste, <https://fdpm.fr/>

FLEURY, Cynthia, 2018. « Vive le care ! », *La Tribune*, 24 avril 2018. Disponible sur <https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/vive-le-care-774350.html>

GIRET, Jean-François, 2015. « Les mesures de la relation formation-emploi », *Revue française de pédagogie*, n°192, juillet-septembre, pp. 23-36

Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA). *L'accueil des enfants de moins de trois ans*. 10 avril 2018. Synthèse disponible sur [https://www.hcfefa.fr/IMG/pdf/mise\\_en\\_forme\\_OK\\_HCFEA\\_Synthese\\_accueil\\_des\\_enfants\\_de\\_moins\\_de\\_trois\\_ans-3.pdf](https://www.hcfefa.fr/IMG/pdf/mise_en_forme_OK_HCFEA_Synthese_accueil_des_enfants_de_moins_de_trois_ans-3.pdf)

LIBAULT, Dominique, 2019. *Concertation grand âge et autonomie*. Rapport demandé par le Premier Ministre. DICOM, mars 2019. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

NOTAT, Nicole, 2020. *Séjour de la santé – recommandations*. Juillet. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations\\_mission\\_notat\\_-\\_sejour\\_de\\_la\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_mission_notat_-_sejour_de_la_sante.pdf)

PASCAL, Henri, 2014. *Histoire du travail social en France*. Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique (EHESP)

PAUGAM, Serge, 2012. « Le lien social », entretien avec Anne Châteauneuf-Malclès, dossier *Comment penser le lien social et la solidarité ?*, École nationale supérieure de Lyon, 6 juillet 2012. Disponible sur <http://ses.ens-lyon.fr/articles/le-lien-social-entretien-avec-serge-paugam-158136>

PINILLA, José, 2003. « Les dix péchés de la dame patronnesse Dogme, morale, autorité, déficit méthodologique ainsi que conservatisme politique et institutionnel », *Pensée Plurielle*, n° 5, vol. 1, pp. 57-70

PIVETEAU, Denis, 2022. Experts, acteurs, ensemble... Pour une société qui change. Rapport réalisé à la demande du premier Ministre. Disponible sur <https://www.prader-willi.fr/wp-content/uploads/Piveteau.pdf>

STIEGLER, Barbara, 2021. *De la démocratie en pandémie : santé, recherche, éducation*, Paris : Gallimard, coll. « Tracts »

ZIMMER-BAUÉ, Chloé, AUFFRET, Florian et KOHLER, Robert. *Pratiquer la médiation animale dans le secteur social et médico-social*. Paris : éditions sociales françaises

## International

### Ouvrages, rapports, études, articles, avis

DEWEY, John, 2011 (traduction de textes initialement publiés entre 1918 et 1944). *La formation des valeurs*. Paris : la découverte

GILLIGAN, Carol, 2008 [1982]. *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris : Flammarion

TRONTO, Joan, 2009 [1993]. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La découverte

OMS, 1946. *Constitution*. Conférence internationale sur la santé, New-York, 22 juillet. Disponible sur <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

### Enquêtes, cartes, chiffres clés

LAWLOR, Eilis Lawlor, KERSLEY, Helen Kersley et STEED, Susan Steed, 2009. *A bit rich. Calculating the real value to society of different professions*. Londres : New Economic Foundation. Disponible sur <https://neweconomics.org/2009/12/a-bit-rich>

Nuance et HIMSS, 2021. *De la surcharge de travail à l'épuisement professionnel. Ce que pensent les soignants. Résultats d'une enquête menée auprès des soignants en Union européenne et Australie*. Avril. Disponible sur [https://www.nuance.com/fr-fr/healthcare/campaign/whitepaper/overload-to-burnout.html?cid=7010W000002LF3YQAW&utm\\_campaign=EHM-WL-20210412-](https://www.nuance.com/fr-fr/healthcare/campaign/whitepaper/overload-to-burnout.html?cid=7010W000002LF3YQAW&utm_campaign=EHM-WL-20210412-)

[FR Burnout White Paper Digital Landing&utm\\_medium=Display&utm\\_source=Caducee#pillar\\_campaignoverlayform](#)

## Nouvelle-Aquitaine

### Ouvrages, rapports, études, articles, avis

ARS, Agence Régionale de Santé, 2021. *Appel à candidatures 2021 - Déploiement de la pratique avancée infirmière (IPA) en Nouvelle-Aquitaine*. Disponible sur <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/appel-candidatures-2021-deploiement-de-la-pratique-avancee-infirmiere-ipa-en-nouvelle-aquitaine>

ARS, Agence Régionale de Santé, 2021. *Schéma régional de la santé 2018-2023*. Disponible sur [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/PRS\\_NA\\_SRS\\_07\\_2018\\_0.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/PRS_NA_SRS_07_2018_0.pdf)

ARS, Agence Régionale de Santé, 2018. *Un PRAPS (Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes les plus démunies) 2018-2023 pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé*. Disponible sur [http://www.sevre-environnement.fr/wp-content/uploads/2018/04/PRAPS\\_NA\\_consultation\\_mars2018.pdf](http://www.sevre-environnement.fr/wp-content/uploads/2018/04/PRAPS_NA_consultation_mars2018.pdf)

Cap Métiers Nouvelle Aquitaine, 2021. « Des formations aux métiers du Grand Age pour les demandeurs d'emploi et salariés en Reconversion », *Cap métiers Nouvelle-Aquitaine*, 12 mai 2021. Disponible sur <https://www.cap-metiers.pro/actualites/24067/Des-formations-aux-metiers-Grand-Age-pour-les-demandeurs-emploi-salaries-reconversion.aspx>

Cap Métiers Nouvelle Aquitaine, 2021. « 350 000 professionnels de l'accompagnement des personnes âgées à former d'ici 2025 ». *Cap métiers Nouvelle-Aquitaine*, 12 mai 2021. Disponible sur <https://www.cap-metiers.pro/actualites/23914/350-000-professionnels-accompagnement-des-personnes-agees-former-ici-2025.aspx>. 6 avril 2021

Cap Métiers Nouvelle Aquitaine, 2021. « Un actif néo-aquitain sur 10 exerce un métier sanitaire et social », *Cap métiers Nouvelle-Aquitaine*, 25 mars 2021. Disponible sur [https://www.cap-metiers.pro/actualites/23864\\_17/actif-neo-aquitain-sur-dix-exerce-metier-sanitaire-social.aspx](https://www.cap-metiers.pro/actualites/23864_17/actif-neo-aquitain-sur-dix-exerce-metier-sanitaire-social.aspx)

Cap Métiers Nouvelle Aquitaine, 2021. *Tableau de bord sur les emplois, les métiers, les qualifications et les formations du sanitaire et social en Nouvelle-Aquitaine*. Cap métiers Nouvelle-Aquitaine, 25 mars 2021

Département de la Gironde, 2019. *Pacte Territorial d'Insertion 2019-2021*, juin 2019. Département de la Gironde, juin 2019. Disponible sur <https://www.gironde.fr/sites/default/files/2019-07/Pacte-Territorial-2019.pdf>

France3 Nouvelle-Aquitaine, 2021. Santé. « Une école des métiers de service à la personne pour faire face au manque d'aides à domicile », *France3 Nouvelle-Aquitaine*, 2 juin 2021. Disponible sur <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/charente/angouleme/sante-une-ecole-des-metiers-de-service-a-la-personne-pour-faire-face-au-manque-d-aides-a-domicile-2117416.html>

MÉRIC, Solène, 2021, « Formations sanitaires et sociales : la Région et l'Etat accélèrent », *AQUI !*, 22 mars 2021. Disponible sur <http://www.aqui.fr/politiques/nouvelle-donne-sur-les-formations-sanitaires-en-nouvelle-aquitaine,21029.html>

MOUZON, Céline, 2021. « Sages-Femmes : les invisibles du système de soins. » *Alternatives économiques*, 13 avril 2021. Disponible sur [https://www.alternatives-economiques.fr/sages-femmes-invisibles-systeme-de-soins/00098701?utm\\_source=emailing](https://www.alternatives-economiques.fr/sages-femmes-invisibles-systeme-de-soins/00098701?utm_source=emailing)

MOUZON, Céline, 2021. « Sages-Femmes : les responsabilités augmentent, pas les moyens. » *Alternatives économiques*, 14 avril 2021. Disponible sur <https://www.alternatives-economiques.fr/sages-femmes-responsabilites-augmentent-moyens/00098699>

Régions de France, 2021. *Nouvelle-Aquitaine : des aides pour l'emploi, la formation votée en commission permanente*. régions-France.org, 25 mars. Disponible sur <https://regions-france.org/actualites/en-direct-des-regions/nouvelle-aquitaine-aides-lemploi-formation-votees-commission-permanente/>.

Région Nouvelle-Aquitaine, 2020. *Feuille de route santé du conseil régional de Nouvelle-Aquitaine sécuriser le présent et préparer l'avenir 2018 / 2021*. Région Nouvelle-Aquitaine, juin 2020. Disponible sur [https://www.nouvelle-aquitaine.fr/sites/default/files/2020-06/feuille\\_de\\_route\\_sante.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.fr/sites/default/files/2020-06/feuille_de_route_sante.pdf)

Région Nouvelle-Aquitaine, 2019. *La filière santé en Nouvelle-Aquitaine, 15 novembre 2019*. Région Nouvelle-Aquitaine, 15 novembre 2019. Disponible sur <https://entreprises.nouvelle-aquitaine.fr/filieres-prioritaires/sante>

Région Nouvelle-Aquitaine, 2021. *Amorce de parcours : des pistes pour les bacheliers et les étudiants*. Disponible sur <https://jeunes.nouvelle-aquitaine.fr/actualite/amorce-de-parcours-des-pistes-pour-les-bacheliers-et-les-etudiants>

## Enquêtes, cartes, chiffres clés

Cap Métiers Nouvelle-Aquitaine, 2021. *Les métiers stratégiques en Nouvelle-Aquitaine*. Cap métiers Nouvelles-aquitaine. Collection Cap sur l'essentiel. Disponible sur <https://fr.calameo.com/read/000948872bdfacab06b26>

## France

## Ouvrages, rapports, études, articles, avis

ABOU EL KHAIR, Catherine, 2021. « L'emploi à domicile résiste à la crise », *Localtis*, 15 février 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/emploi-domicile-resiste-la-crise>

ANAS (Association Nationale des Assistants de Service Social), 2006. *Définition de la profession et du contexte de l'intervention – Objectifs*. Disponible sur [https://www.anas.fr/DEFINITION-DE-LA-PROFESSION-ET-DU-CONTEXTE-DE-L-INTERVENTION\\_a201.html](https://www.anas.fr/DEFINITION-DE-LA-PROFESSION-ET-DU-CONTEXTE-DE-L-INTERVENTION_a201.html)

ANAS, 2004. *Missions du Travail Social – Objectifs*. Disponible sur <https://www.anas.fr/attachment/12440>

APEC, Association pour l'emploi des cadres, 2021. « Secteur de la santé et de l'action sociale : crise sanitaire et offres d'emploi cadre en 2020 », APEC, 25 mars 2021. Disponible sur <https://corporate.apec.fr/home/nos-etudes/toutes-nos-etudes/secteur-de-la-sante-et-de-lactio.html>.

ATLANI, Jonathan, 2021. « *Demain nos professionnels de santé seront des salariés* », USBEK&RICA. 23 mars 2021. Disponible sur <https://usbeketrica.com/fr/demain-nos-professionnels-de-sante-seront-des-salaries>

BONNELL, Bruno, RUFFIN, François, 2021. « Les héroïnes du monde d'après ». *Fakir*, n° 97, février-Avril, pp. 17-21

BOURG, Dominique, 2019. *Le marché contre l'humanité*. Paris : Presses universitaires de France, 9 octobre 2019.

BRAUN, Jimmy, 2016. *Les liens sociaux : aussi importants que l'exercice ou le régime alimentaire*, blog. Disponible sur <https://jimmybraun.org/relations-sociales-sante/3349>

CAPGERIS, 2021. « Quels salaires pour les métiers de la santé en intérim ? », *capgeris.com*, 17 mars 2021. Disponible sur <https://www.capgeris.com/emploi-sante-1361/quels-salaires-pour-les-metiers-de-la-sante-en-interim-a44181.htm>

CAPGERIS, 2021. « Une nouvelle campagne du collectif pour valoriser "Les métiers du Grand Âge" », *capgeris.com*, 10 mai 2021. Disponible sur <https://www.capgeris.com/emploi-et-formation-364/une-nouvelle-campagne-du-collectif-pour-valoriser-les-metiers-du-grand-age-a44390.htm>

CESER Hauts-de-France, 2020. *Une manufacture du lien social pour le bien-être en région*. CESER Hauts-de-France, 27 octobre 2020. 112p. Disponible sur [https://ceser.hautsdefrance.fr/assets/uploads/medias/pub\\_docs/pub\\_docs-787-1604389930.pdf](https://ceser.hautsdefrance.fr/assets/uploads/medias/pub_docs/pub_docs-787-1604389930.pdf).

CNRACL, Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales, 2020. *Intégrer les principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'EHPAD*. CNRACL. 72p. Disponible sur [https://www.cnracl.retraites.fr/sites/default/files/SERVICES/FNP/Rubrique%20EHPAD/Guide\\_EHPAD\\_VF.pdf](https://www.cnracl.retraites.fr/sites/default/files/SERVICES/FNP/Rubrique%20EHPAD/Guide_EHPAD_VF.pdf)

CHANTREL, Flavien, 2015. « De nouveaux métiers de la santé pour de nouveaux défis. », *REGIONJOB*, 5 février 2015. Disponible sur <https://www.regionsjob.com/actualites/de-nouveaux-metiers-de-la-sante-pour-de-nouveaux-defis.html>

Conseil des Ministres, 2021. *Compte rendu du Conseil des ministres du 21 avril 2021, les réformes prioritaire du ministère des solidarités et de la santé en matière de santé, 21 avril 2021*. Disponible sur <https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2021-04-21#les-reformes-prioritaires-du-ministere-des-solidarites-et-de>

CORDIER, Solène, 2022. « Pénurie de professionnels, épuisement, risque de maltraitance : le secteur de la petite enfance à bout de souffle. » *Le Monde*, 11 juillet. Disponible sur [https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/07/11/penurie-de-professionnels-epuisement-risque-de-maltraitance-le-secteur-de-la-petite-enfance-a-bout-de-souffle\\_6134374\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/07/11/penurie-de-professionnels-epuisement-risque-de-maltraitance-le-secteur-de-la-petite-enfance-a-bout-de-souffle_6134374_3224.html)

CORNET, Gérard, CARRE, Michael, 2008. « Technologies pour le soin, l'autonomie et le lien social des personnes âgées : quoi de neuf ? », *Gérontologie et société*, vol. 31, n° 126, mars, pp. 113 à 128. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-113.htm>

CREBAT, Léa, 1er mai 2021. *Se former à la télémedecine : embarquement en capsules !* Disponible sur <https://www.jim.fr/e-docs/se-former-a-la-telemedecine-embarquement-en-capsules-187488/document-jim-plus.phtml>.

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021, « Revalorisations du Ségur : au tour des personnels des établissements pour handicapés », *Localtis*, 31 mai 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/revalorisations-du-segur-au-tour-des-personnels-soignants-des-etablissements-pour-handicapes>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « Aide à domicile : en attendant la revalorisation, les difficultés de recrutement s'aggravent », *Localtis*, 7 mai 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/aide-domicile-en-attendant-la-revalorisation-les-difficultes-de-recrutement-saggravent>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « MDPH, investissement et conventionnement : les trois priorités de la CNSA pour 2021 », *Localtis*, 30 avril 2021. Disponible sur [https://www.banquedesterritoires.fr/mdph-investissement-et-conventionnement-les-trois-priorites-de-la-cnsa-pour-2021?pk\\_campaign=Flux%20RSS&pk\\_kwd=2021-05-01&pk\\_source=Actualit%C3%A9s%20Localtis&pk\\_medium=RSS](https://www.banquedesterritoires.fr/mdph-investissement-et-conventionnement-les-trois-priorites-de-la-cnsa-pour-2021?pk_campaign=Flux%20RSS&pk_kwd=2021-05-01&pk_source=Actualit%C3%A9s%20Localtis&pk_medium=RSS)

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « Établissements et services médicosociaux : plus de 8.000 places supplémentaires en 2019 », *Localtis*, 23 avril 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/etablissements-et-services-medicosociaux-plus-de-8000-places-supplementaires-en-2019>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « Accès aux soins : la France compte 1.740 maisons de santé, 455 centres de santé et 582 projets de CPTS », *Localtis*, 22 avril 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/acces-aux-soins-la-france-compte-1740-maisons-de-sante-455-centres-de-sante-et-582-projets-de-cpts>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « Après les rémunérations, le gouvernement lance la revalorisation des carrières des soignants des hôpitaux et des Ehpad », *Localtis*, 15 avril 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/apres-les-remunerations-le-gouvernement-lance-la-revalorisation-des-carrieres-des-soignants-des>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « Mise en place du conseil national pour les investissements en santé et premiers grands projets à Nancy, Tours et Bordeaux », *Localtis*, 12 avril 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/mise-en-place-du-conseil-national-pour-les-investissements-en-sante-et-premiers-grands-projets>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « La CNIL adopte un référentiel sur le traitement des données dans le champ social », *Localtis*, 23 mars 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/la-cnil-adopte-un-referentiel-sur-le-traitement-des-donnees-dans-le-champ-social>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « Financement de l'autonomie à l'horizon 2030 : la CNSA adopte de grands principes très généraux », *Localtis*, 23 mars 2021. Disponible sur [https://www.banquedesterritoires.fr/financement-de-lautonomie-lhorizon-2030-la-cnsa-adopte-de-grands-principes-tres-generaux?pk\\_campaign=Flux%20RSS&pk\\_kwd=sante-medico-social-vieillessement&pk\\_source=Actualit%C3%A9s%20Localtis&pk\\_medium=RSS%20Thematique](https://www.banquedesterritoires.fr/financement-de-lautonomie-lhorizon-2030-la-cnsa-adopte-de-grands-principes-tres-generaux?pk_campaign=Flux%20RSS&pk_kwd=sante-medico-social-vieillessement&pk_source=Actualit%C3%A9s%20Localtis&pk_medium=RSS%20Thematique)

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « L'Assemblée améliore - un peu - la protection sociale des assistantes maternelles et salariés à domicile », *Localtis*, 23 mars 2021. Disponible sur [https://www.banquedesterritoires.fr/lassemblee-ameliore-un-peu-la-protection-sociale-des-assistantes-maternelles-et-salaries-domicile?pk\\_campaign=Flux%20RSS&pk\\_kwd=emploi&pk\\_source=Actualit%C3%A9s%20Localtis&pk\\_medium=RSS%20Thematique](https://www.banquedesterritoires.fr/lassemblee-ameliore-un-peu-la-protection-sociale-des-assistantes-maternelles-et-salaries-domicile?pk_campaign=Flux%20RSS&pk_kwd=emploi&pk_source=Actualit%C3%A9s%20Localtis&pk_medium=RSS%20Thematique)

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « Une circulaire précise les modalités et le calendrier du plan de relance de l'investissement dans les EHPAD », *Localtis*, 17 mars 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/une-circulaire-precise-les-modalites-et-le-calendrier-du-plan-de-relance-de-linvestissement-dans>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2021. « Accès aux soins : déploiement national de quinze protocoles de coopération », *Localtis*, 4 mars 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/acces-aux-soins-deploiement-national-de-quinze-protocoles-de-cooperation>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2020. « Difficiles à pourvoir, les métiers des services à la personne sont pourtant les plus recherchés », *Localtis*, 19 octobre 2020. Disponible <https://www.banquedesterritoires.fr/difficiles-pourvoir-les-metiers-des-services-la-personne-sont-pourtant-les-plus-recherches>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2020. « Médicosocial : un rapport d'information de l'Assemblée propose de "nationaliser" les métiers du lien », *Localtis*, 29 juin 2020. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/un-rapport-dinformation-de-lassemblee-propose-de-nationaliser-les-metiers-du-lien>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2020 « État et départements ouvrent prudemment le chantier de la revalorisation des métiers de l'aide à domicile », *Localtis*, 9 juin 2020. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/etat-et-departements-ouvrent-prudemment-le-chantier-de-la-revalorisation-des-metiers-de-laide>

ESCUDIÉ, Jean-Noël, 2020. « Une ordonnance pour adapter encore le secteur sanitaire et social et celui du travail et de la formation ». *Localtis*, 16 avril 2020. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/COVID-19-une-ordonnance-pour-adapter-encore-le-secteur-sanitaire-et-social-et-celui-du-travail>

FLEURY, Cynthia, 2019. *Le soin est un humanisme*. Paris : Gallimard

FOUIN, Michèle, 2017. « Travail social : les éducateurs jeunes enfants vigilants sur la réforme », *La Gazette des communes*, 1<sup>er</sup> juin 2017. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/508288/travail-social-les-educateurs-jeunes-enfants-vigilants-sur-la-reforme/?abo=1>

France3 Nouvelle-Aquitaine, 2021. « Réforme de l'accès aux études de santé : l'inquiétude des étudiants de première année », *France3*. 10 mars 2021. Disponible sur <https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/gironde/bordeaux/reforme-de-l-acces-aux-etudes-de-sante-l-inquietude-des-etudiants-de-premiere-annee-1988131.html>

GUILLOT- SOULEZ, Chloé, ROUSSILLON SOYER, Claude, 2021. « Et si les Ehpads travaillaient leur marque employeur pour recruter et fidéliser ? », *The conversation*, 16 mai 2021. Disponible sur <https://theconversation.com/et-si-les-ehpad-travaillaient-leur-marque-employeur-pour-recruter-et-fideliser-160731>

GRANGE-SEGERAL, Évelyne, 2014. « Lien social, lien thérapeutique, lien familial », *Connexions*, n° 102, vol. 2, février 2014, pp. 69 à 86. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-connexions-2014-2-page-69.htmhttps://www.cairn.info/revue-connexions-2014-2-page-69.htm>

HAS (Haute Autorité de Santé), 2020. *Rapport : COVID 19 les mesures barrières et la qualité du lien dans le secteur social et Médico-social*. HAS. 5 mai 2020. 25p. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-5/2020\\_05\\_07\\_mesures\\_barrieres.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-5/2020_05_07_mesures_barrieres.pdf)

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2020. *Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé*. Actes des séminaires du HCAAM 2019-2020. 106p. Disponible sur [https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ouvrage\\_rh\\_-\\_hcaam\\_-\\_mel.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/ouvrage_rh_-_hcaam_-_mel.pdf)

IGAS, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2021. *Manipulateur en électroradiologie médicale : un métier en tension, une attractivité à renforcer*. IGAS. 156p. 25 mars 2021. Disponible sur <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article815>

JAUEN, Vincent, 2021. « Malgré son essor considérable pendant la crise, la télémédecine cherche un statut pérenne », *AEF Info*, 18 février 2021, Dépêche n° 646872

JE CHANGE DE METIER.com, février 2021. *Zoom sur le métier de Socio-esthéticienne*. Disponible sur <https://www.je-change-de-metier.com/fiche-metier-socio-estheticienne>

JUSSEAUME, Anne, MARQUIS, Paul et ROSSIGNEUX-MEHEUST, Mathilde, 2015. « Le soin comme relation sociale : bilan historiographique et nouvelles perspectives », *HISTOIRE, MEDECINE ET SANTE*, p. 9-15. Disponible sur <https://journals.openedition.org/hms/765>

LAFORCADE, Michel, 2020. *Point d'étape du plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie*. Rapport demandé par le Ministère chargé de l'autonomie. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_des\\_metiers\\_du\\_grand\\_age\\_et\\_de\\_l\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_des_metiers_du_grand_age_et_de_l_autonomie.pdf)

Club RH, 2018, « Travail social : une nécessaire refondation », *La Gazette des communes*, 31 janvier 2018. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/dossiers/travail-social-une-necessaire-refondation/>

Club santé social, 2021. « Le travail social en temps de pandémie », *La Gazette des communes*, 2 mars 2021. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/dossiers/le-travail-social-en-temps-de-pandemie/>

LAZAROVA, Rouja, 2020. « Les travailleurs sociaux confrontés au télétravail », *La Gazette des communes*, 30 avril 2020. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/675309/les-travailleurs-sociaux-confrontes-au-teletravail/?abo=1>

Le Parisien Etudiant, « Fiche métier : musicothérapeute », *Le Parisien Etudiant*, mai 2022. Disponible sur <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/fiche-metier/musicotherapie.html>

Le Parisien Etudiant, « Fiche métier : aide médico-psychologique », *Le Parisien Etudiant*, mai 2022. Disponible sur <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/fiche-metier/aide-medico-psychologique.html>

Le Parisien Etudiant, « Fiche métier : animateur socio-culturel », *Le Parisien Etudiant*, mai 2022. Disponible sur <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/fiche-metier/animateur-socio-culturel.html>

Le Parisien Etudiant, « Fiche métier : épithésiste », *Le Parisien Etudiant*, mai 2022. Disponible sur <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/fiche-metier/epithesiste.html>

Le Parisien Etudiant, « Fiche métier : étiope », *Le Parisien Etudiant*, mai 2022. Disponible sur <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/fiche-metier/etiope.html>

Le Parisien Etudiant, « Fiche métier : ergothérapeute », *Le Parisien Etudiant*, mai 2022. Disponible sur <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/fiche-metier/ergotherapie.html>

Le Parisien Etudiant, « Fiche métier : maître de maison », *Le Parisien Etudiant*, mai 2022. Disponible sur <http://etudiant.aujourd'hui.fr/etudiant/metiers/fiche-metier/maitre-de-maison.html>

LE NAOUR, Emeline, 2021. « Travail social : « La crise sanitaire a accentué des difficultés déjà existantes », *La Gazette des communes*, 1<sup>er</sup> mars 2021. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/724046/travail-social-la-crise-sanitaire-a-accentue-des-difficultes-deja-existantes/?abo=1>

LE NAOUR, Emeline, 2021. « Même masqués, les entretiens en face-à-face avec les familles demeurent essentiels », *La Gazette des communes*, 3 mars 2021. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/724045/meme-masques-les-entretiens-en-face-a-face-avec-les-familles-demeurent-essentiels/?abo=1>

LE NAOUR, Emeline, 2021 « Travail social : les étudiants privés de stages pour cause de COVID 19 », *La Gazette des communes*, 2 mars 2021. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/711709/travail-social-les-etudiants-privés-de-stages-pour-cause-de-COVID-19/?abo=1>

LE NAOUR, Emeline, 2021. « Crise sanitaire : quel impact pour les travailleurs sociaux ? », *La Gazette des communes*, 26 février 2021. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/724237/crise-sanitaire-quel-impact-pour-les-professionnels/?abo=1>

LEVRAY, Nathalie, 2016. « Le Haut Conseil du travail social en pratique », *La Gazette des communes*, 10 octobre 2016. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/464930/le-haut-conseil-du-travail-social-en-pratique/?abo=1>

LEVRAY, Nathalie, 2020. « Comment l'épidémie réinvente le travail social », *La Gazette des communes*, 28 avril 2020. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/676425/comment-lepidemie-reinvente-le-travail-social/?abo=1>

Maire info, 2021. « Ségur de la santé : Jean Castex dit vouloir "donner le pouvoir aux territoires en matière d'investissement" », *Maireinfo*, 10 mars 2021. Disponible sur <https://www.maire-info.com/sante-publique/segur-de-la-sante-jean-castex-dit-vouloir-donner-le-pouvoir-aux-territoires-en-matiere-d%27investissement--article-25100>

MAISONNEUVE, Catherine, 2019. « Pendant le chantier, le travail social continue », *La Gazette des communes*, 3 mai 2019. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/619020/pendant-le-chantier-le-travail-social-continue/?abo=1>

MAISONNEUVE, Catherine, 2017. « Diplômes de travail social : l'agrément des établissements de formation transféré aux régions », *La Gazette des communes*, 29 juin 2017. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/513174/diplomes-de-travail-social-lagrément-des-etablissements-de-formation-transfere-aux-regions/?abo=1>

MEGGLÉ, Caroline, 2021. « Relance : financer l'ESS pour l'aider à "transformer" l'économie », *Localtis*, 23 mars 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/relance-financer-less-pour-laider-transformer-leconomie>

MEGGLÉ, Caroline, 2021. « Économie sociale et solidaire : l'Udes s'adresse aux futurs exécutifs départementaux et régionaux », *Localtis*, 26 avril 2021. Disponible sur <https://www.banquedesterritoires.fr/economie-sociale-et-solidaire-ludes-sadresse-aux-futurs-executifs-departementaux-et-regionaux>

MINISTÈRE CHARGÉ DE L'AUTONOMIE, 2021. « Point d'étape du plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie. », *MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ*, 30 janvier 2021. 27p. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_des\\_metiers\\_du\\_grand\\_age\\_et\\_de\\_l\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_des_metiers_du_grand_age_et_de_l_autonomie.pdf)

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2012. *Guide méthodologique : améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de soins*. Octobre 2012. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf)

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2021. « Études de santé : Olivier VÉRAN et Frédérique VIDAL clarifient les conditions d'accès », 7 mai. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/etudes-de-sante-olivier-veran-et-frederique-vidal-clarifient-les-conditions>.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, 2021. « Revaloriser les carrières des personnels paramédicaux : la mise en œuvre des accords du Ségur de la santé continue », 12 avril. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/segur-de-la-sante-revalorisation-des-carrieres>.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE L'INSERTION, 2021. Communiqué d'Elizabeth BORNE. « Labellisation de 21 nouveaux Campus des métiers et des qualifications dont 11 reconnus d'excellence : le seuil symbolique de 40 Campus d'excellence franchi ! », 28 mars 2021. Disponible sur <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/labellisation-de-21-nouveaux-campus-des-metiers-et-des-qualifications-dont-11>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE, 2009. *Devenir travailleur social, pour bâtir une société plus solidaire*, octobre 2009. 20p. Disponible sur [https://www.travail-social.com/IMG/pdf/devenir\\_Travailleur\\_social.pdf](https://www.travail-social.com/IMG/pdf/devenir_Travailleur_social.pdf)

MORCELLET, Pierre, 2009. « Effets et actes de soins », *Vie sociale et traitements*, janvier 2009, vol. 1, n° 101, pp. 20 à 24. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-20.htm>

PICARD, Juliette, 2021. « La FHF demande une remise à niveau "d'urgence" du financement de la psychiatrie publique pour « rattraper le retard ». *AEF Info*, Dépêche n° 646861

PRO SENIORS, 28 novembre 2017. *Auxiliaire de vie et maintien du lien social, PRO SENIOR*. Disponible sur <https://www.pro-seniors.fr/auxiliaire-de-vie-et-maintien-du-lien-social/>

QUESTIAUX, Nicole, 2013. « Le travail social : pour une société de la responsabilité », *Vie sociale*, vol. 4, n° 4, pp. 157 à 167. Consultable sur <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2011-4-page-157.htm?contenu=resume>

RÉGIONS DE FRANCE, 24 mars 2021. *Pays de la Loire : la Région renforce le secteur sanitaire et social*. Disponible sur <https://regions-france.org/actualites/en-direct-des-regions/pays-de-loire-region-renforce-secteur-sanitaire-social-places-de-formation-supplementaires-locaux-accueillir/>.

RÉGIONS DE FRANCE, 1<sup>er</sup> février 2021. *Grande cause des territoires : comment améliorer les conditions de vie dans votre territoire ?* Dossier de presse. Disponible sur [https://regions-france.org/wp-content/uploads/2021/01/DP-Lancement-GC-Territoires\\_compressed.pdf](https://regions-france.org/wp-content/uploads/2021/01/DP-Lancement-GC-Territoires_compressed.pdf)

RÉGIONS DE FRANCE, 4 mars 2021. *Plan d'augmentation des places en formations sanitaires et sociales avec Régions de France. Le gouvernement et les Régions lancent le plan d'augmentation des places en formations sanitaires et sociales.* Disponible sur <https://www.gouvernement.fr/partage/12138-plan-d-augmentation-des-places-en-formations-sanitaires-et-sociales-avec-regions-de-france>

RAYNAUD, Isabelle, 2017. « Travail social : une réforme des diplômés au milieu du gué ». *La Gazette des communes*, 23 mai 2017. Disponible sur <https://www.lagazettedescommunes.com/505937/travail-social-une-reforme-des-diplomes-au-milieu-du-gue/?abo=1>

RÉSEAU APA, 2001. *1<sup>ère</sup> promotion d'apprentis aux métiers d'aide à la personne au CFA du réseau APA.* Disponible sur <https://www.reseau-apa.fr/actualites/cfa-une-nouvelle-promotion/>

RIMBERT, Pierre, 2021. « C'est quoi en fait la modernité ? » *Fakir*, n° 97, février-Avril, p. 21

RIMBERT, Pierre, 2021. « La puissance insoupçonnée des travailleuses. » *Le Monde diplomatique*, janvier 2021, pp. 18-19. Disponible sur <https://www.monde-diplomatique.fr/2019/01/RIMBERT/59406>

DE SAINT MARTIN, Jean-Philippe, ESPELLAC, Thomas et Al., 2022. *Mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes du groupe Orpea.* Rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF, mars. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vff040422\\_2022-m-012-06\\_rapport\\_definitif\\_orpea\\_publicable.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vff040422_2022-m-012-06_rapport_definitif_orpea_publicable.pdf) (consulté le 10/05/2022)

SILVERECO, 2021. « Apoticarius : l'aromathérapie pour aider les soignants à se ressourcer au quotidien », *SILVERECO*, 29 avril 2021. Disponible sur <https://www.silvereco.fr/apoticarius-laromatherapie-pour-aider-les-soignants-a-se-ressourcer-au-quotidien/311513235>

SILVERECO, 2021. « Attractivité des métiers du grand âge : Domalys lance le label Éclat, en collaboration avec Great Place To Work », *SILVERECO*, 9 avril 2021. Disponible sur <https://www.silvereco.fr/attractivite-des-metiers-du-grand-age-domalys-lance-le-label-eclat-en-collaboration-avec-great-place-to-work/311494839>

SILVERECO, 2021. « Marguerite et CENTR'AD innove et lancent un programme de formation Care-Managers », *SILVERECO*, 18 mars 2021. Disponible sur <https://www.silvereco.fr/marguerite-et-centrad-innovent-et-lancent-un-programme-de-formation-care-managers/311470907>

SILVERECO, 2021. « L'Organisation Mondiale de la Santé présente son nouveau rapport contre l'âgeisme », 18 mars. Disponible sur <https://www.silvereco.fr/dossier-lorganisation-mondiale-de-la-sante-presente-son-nouveau-rapport-contre-lageisme/311471055>

SOCIETE FRANÇAISE D'ÉQUITHÉRAPIE. *Le soin en équithérapie. Les objectifs de l'équithérapie*, disponible sur <http://sfequitherapie.online.fr/spip.php?article13>

UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles), 2012. « Prime bas salaires pour les aides à domicile : une mauvaise solution à un problème de fond », Communiqué de presse, 17 mars 2012. Disponible sur <http://eye.communication-una.fr/m2?r=wAPNAG-4NWNiy2RIMzBiODViNTMxNzE2NWY5ZDk4xBDQidDM5x7QixtMA9CU0N0e0NzqBtDQYMQQAPs-9Cx0J9GRtCn0LbQpPwQ0Kr6DLFjLnRob3JpZ255QHvUyS5mcqCZq0NJVklMSVRZX0IEoKpDT05UQUUNUX0IEtkfQcy1fN0dmUmthbnRxVDhFS3I2REGzRU1BSUxfQ09SUKVDVEIPTI9JRKCsRkISU1ROQU1FX0IEoKtMQVNU TkFNrv9JRKCxT1JJROIOX0NBuFRJT05fSUTZL0pvdXJuYWxpc3RlcyBwcmVzc2Ugc3DDqWNpYWxpc8OpZSArlHBhcnRlbnFpcmVzrk9SSUdJTl9LSU5EX0IEpExJU1SzUEhPTkVfQ09SUKVDVEIPTI9JRKCoU1RBVEVfSUSmTk9STUFM>

## Enquêtes, cartes, chiffres clés

LAINÉ, Frédéric et OMALEK, Laure, 2012. « Les métiers en 2020 ». *DARES Analyses* n° 22, publications de la DARES. Disponible sur <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/2012-022-les-metiers-en-2020-progression-et-feminisation-des-emplois-les-plus>

Mutualité française et Association des maires de France, 2020. *1er baromètre santé-social. Territoires et Mutuelles engagés pour répondre aux attentes des Français*. Mutualité française et AMF, novembre 2020. Disponible sur <https://www.mutualite.fr/presse/barometre-sante-social-territoires-et-mutuelles-engages-pour-repondre-aux-attentes-des-francais/>

## International

## Enquêtes, cartes, chiffres clés

Association canadienne pour la santé mentale, 2020. « Votre santé mentale : les liens sociaux comme remède ». Disponible sur <https://mentalhealthweek.ca/fr/les-liens-sociaux-comme-remede/>

SilverEco. *L'OMS présente son nouveau rapport contre l'âgeisme*. Disponible sur <https://www.silvereco.fr/dossier-lorganisation-mondiale-de-la-sante-presente-son-nouveau-rapport-contre-lageisme/311471055>. 18 mars 2021.

## Sigles et abréviations

AD : Aide à domicile  
AES : Accompagnant éducatif et social  
AESH : Accompagnant d'enfant en situation de handicap  
AFDEF : Allocation en faveur des demandeurs d'emploi en fin de formation  
AFEST : Action de formation en situation de travail  
AFF : Allocation de fin de formation  
ALD : Affection longue durée  
AMI : Appel à manifestation d'intérêt  
APA : Activité physique adaptée  
APF : Association des paralysés de France  
ARS : Agence régionale de santé  
AS : Aide-soignant  
ASE : Aide sociale à l'enfance  
ASEPT : Association santé et prévention sur les territoires  
AVS : Auxiliaire de vie scolaire  
BP : Brevet professionnel  
CADET : Contrats néo-aquitain de développement de l'emploi sur le territoire  
CAF : Caisse d'allocations familiales  
CAFAD : Certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile  
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle  
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail  
CASF : Code de l'action sociale et des familles  
CCAS : Centre communal d'action sociale  
CDOS : Comité départemental olympique et sportif  
CEP : Conseil en évolution professionnelle  
CES : Conseil économique et social  
CESE : Conseil économique, social et environnemental  
CESER : Conseil économique, social et environnemental régional  
CFA : Centre de formation des apprentis  
CIAS : Centre intercommunal d'action sociale  
CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles  
CLIC : Comités locaux d'information et de coordination des personnes âgées  
CLS : Contrat local de santé  
CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales  
CNEFOP : Conseil national emploi, formation et orientation professionnelle  
CNRS : Centre national de la recherche scientifique  
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie  
CPER : Contrat de plan État-région  
COPANEF : Comité paritaire interprofessionnel national pour l'emploi et la formation  
COVID 19 : *Coronavirus Disease-19* (maladie à coronavirus 2019)  
CQP : Certificat de qualification professionnelle  
CR : Conseil régional  
CRCDD : Coordination régionale des conseils de développement

CRNA : Conseil régional Nouvelle-Aquitaine  
CROS : Comité régional olympique et sportif  
CROUS : Centre régional des œuvres universitaires et scolaires  
CSP : Code de la santé publique  
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et de la statistique  
DISH : *Digital and Innovation Skills Helix in Health*  
DEAES : Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social  
DEAVS : Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale  
DGEFP : Direction Générale de l'Emploi et de la Formation professionnelle  
DRAC : Direction régionale des affaires culturelles  
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
EHPAD : Établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes  
EJE : Édicateur ou Édicateur de jeunes enfants  
EP : Entreprises de proximité  
EPS : Éducation physique et sportive  
ESF : Économie sociale et familiale  
ESRI : Éducation, recherche et enseignement supérieur  
ESS : Économie sociale et solidaire  
ETP : Éducation thérapeutique  
FALC : Facile à lire et à comprendre  
FNESI : Fédération nationale des étudiants en sciences infirmières  
FONGECIF : Fonds de gestion du congé individuel de formation  
FPSP : Fonds paritaire pour la sécurisation des parcours professionnels  
GEIQ : Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification  
GEM : Groupe d'entraide mutuelle  
GEMS 23 : Groupement employeurs médico-social de la Creuse  
GESA : Groupement d'employeurs Sud-Ardèche  
GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences  
HCFEA : Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge  
HIMSS : Healthcare Information and Management System Society  
HPST : Hôpital, patients, santé et territoires  
IAE : Insertion par l'activité économique  
IDE : Infirmière ou infirmier diplômé.e d'État  
IESF : Institut d'économie sociale et familiale  
IFC : Infirmier ou infirmière familial et communautaire  
IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers  
IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
IGF : Inspection générale des finances publiques  
INLF : Institut national de la langue française  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
IRFE : Institut régional de formation d'éducateurs  
IRTS : Institut régional du travail social  
IUT : Institut universitaire technologique  
MSA : Mutualité sociale agricole  
NA : Nouvelle-Aquitaine  
OMS / WHO : Organisation mondiale de la santé / *World Health Organization*

ONU : Organisation des nations-unies  
OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé  
OPCO : opérateur de compétences  
PLIE : Plan local pluriannuel pour l'insertion et l'emploi  
PME : Petites et moyennes entreprises  
POLARIS : Pôle Limousin action recherche en intervention sociale  
PQNA : Pays et quartiers de Nouvelle-Aquitaine  
PC : Poitou-Charentes  
R2F : Rémunération de fin de formation  
RAM : relais d'assistant.e.s maternel.le.s  
RGPP : Révision générale des politiques publiques  
RH : Ressources humaines  
RNCP : répertoire national des certifications professionnelles  
ROME : répertoire opérationnel des métiers et des emplois  
SAV : service auxiliaires de vie  
SCIS : Société coopérative d'intérêt collectif  
SCOP : Société coopérative et participative  
SHS : Sciences humaines et sociales  
SLD : Soins de longue durée  
SRFSS : Schéma régional des formations sanitaires et sociales  
SSP : Soins de santé primaires  
STAPS : Sciences et techniques des activités physiques et sportives  
TMS : Trouble musculo-squelettique  
TPE : Très petites entreprises  
UE : Unité d'enseignement / Union Européenne  
UFR : Unité de formation et de recherche  
VAE : Validation des acquis de l'expérience  
VSL : Véhicule sanitaire léger

# Annexes

## Liste des annexes

Annexe 1 : Méthode

Annexe 2 : Liste des intervenants en audition

Annexe 3 : liste des formations concernées par le SRFSS

Annexe 4 : liste des conventions collectives incluse dans le périmètre de ce rapport

## Annexe 1 : méthode

### Auditions et entretiens

La Commission « Éducation, formation et emploi » a auditionné vingt-sept acteurs clés en mesure d'apporter des **éclairages de terrain**, et depuis **différents angles de vue** sur le sujet : professionnels et praticiens, acteurs politiques locaux et nationaux en charge de ces sujets, chercheurs spécialisés sur ces questions.

Ont ainsi été auditionnés dans le cadre de réunions de commission ou rencontrés en entretiens en format plus réduit :

- Huit acteurs politiques et techniques de collectivités territoriales de Nouvelle-Aquitaine (dont la Région) et à l'échelle nationale ;
- Une directrice de Société coopérative d'intérêt collectif (SCIC) orientée sur l'articulation entre culture et santé ;
- Quatorze praticiens et professionnels des activités du soin et / ou du lien social ;
- Deux représentants des publics ayant recours à ces activités ;
- Deux enseignants chercheurs.

Par ailleurs, la commission a reçu en mars 2022 une proposition du Conseil économique, social et environnemental (CESE) de participer aux travaux ayant lieu dans le cadre d'une saisine sur les métiers de la cohésion sociale, au titre de l'avis qui avait été rendu en 2018 sur le Schéma régional des formations sanitaires et sociales (SRFSS). Étant donné la proximité entre ce travail du CESE et l'auto-saisine en cours au CESER NA, les auditions du CESE auxquelles a pu participer la commission ont été utilement mises à profit dans le cadre de ce rapport.

La liste détaillée des auditions et entretiens, menés par la commission ou par le biais du CESE, est placée en annexe de ce rapport.

### Visites de terrain

Deux journées de terrain ont été réalisées, ayant donné lieu à des observations *in situ*.

L'une a eu lieu en juin 2021 au Pôle Limousin action recherche en intervention sociale (Polaris), organisme de formation dédié aux métiers du travail social à Limoges.

L'autre a eu lieu en septembre 2021 dans le secteur de La Rochelle et a permis une visite au sein de trois associations dont l'activité est axée sur le lien social : un chantier d'insertion par l'activité agricole (Jardins de Cocagne), le réseau des auberges de jeunesse du département et un organisme spécialisé sur la question de l'habitat et ses corollaires.

Neuf des auditions citées ci-dessus ont été réalisées à l'occasion de ces journées.

### Retours d'informations et d'expériences nationaux et territorialisés

Les intervenants en audition ou entretiens, ainsi que différents acteurs de terrain contactés à l'occasion de cette auto-saisine, notamment l'agence Pays et Quartiers de Nouvelle-Aquitaine (PQNA), ont transmis à la

commission des documents directement issus de leurs organisations ayant servi, au même titre que les témoignages oraux, de sources primaires pour le présent travail.

Il s'agit principalement de fiches métiers et référentiels, de compte-rendu d'expérimentations et d'initiatives ayant eu lieu sur différents territoires, ou encore de diagnostics spécifiques à certains secteurs d'activité et / ou territoires.

Par ailleurs, une attention particulière est prêtée dans ce rapport aux textes émanant de la puissance publique locale ou nationale, ainsi que des représentations politiques en général, qui sont autant d'indicateurs et de matériaux permettant de saisir les évolutions récentes du système d'éducation, de formation et d'emploi dans le domaine des activités du soin et du lien social, ainsi que les représentations des acteurs autour de ce système :

- Délibérations régionales ;
- Schéma régional des formations sanitaires et sociales ;
- Travaux du conseil économique, social et environnemental ;
- Rapports parlementaires ;
- Rapports ministériels ;
- Projets et propositions de loi.

## Sources bibliographiques

Initialement issue principalement des milieux de la recherche, la littérature concernant les activités du soin et du lien social s'est multipliée ces dernières années, et a connu un accroissement particulièrement significatif avec la crise sanitaire, politique, économique et sociale liée à la COVID 19.

Le type de sources secondaires mobilisées pour ce dossier est ainsi extrêmement varié : articles scientifiques et ouvrages, articles de presse généraliste et spécialisée, œuvres cinématographiques... Le corpus mobilisé a permis d'identifier plusieurs courants théoriques alimentant les réflexions proposées ici, qui s'inspirent en particulier de la littérature sur le *care* et de celle dite « pragmatique » développée notamment par John Dewey qui, dans toute son œuvre de philosophie politique, propose une réflexion transversale sur le soin<sup>30</sup>. Cet auteur est mobilisé en France par Barbara Stiegler (2021).

Les sources sont récapitulées dans la bibliographie située à la fin de ce rapport, qui distingue, outre les différents types de sources :

- Les ouvrages, articles et écrits directement cités dans le rapport ;
- Les travaux non directement cités mais consultés et ayant contribué à orienter certains éléments de contenu de ce rapport.

Parmi les nombreux rapports institutionnels traitant du champ d'étude, le CESER NA s'est principalement appuyé sur :

- La concertation « grand âge et autonomie » entre décembre 2018 et mars 2019, ayant donné lieu au rapport du même titre remis par Dominique Libault à Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé<sup>31</sup>, et à un projet de loi également intitulé « grand âge et autonomie » autour desquels les débats parlementaires ont été plusieurs fois repoussés et ne sont, au moment du vote de ce rapport (juin 2022), toujours pas planifiés.

---

<sup>30</sup> On peut se référer à la traduction de 2011 de plusieurs de ses textes sur la formation des valeurs (voir bibliographie).

<sup>31</sup> Libault, 2019.

- Le « Plan de mobilisation national en faveur de l’attractivité des métiers du grand âge », et le rapport du même nom remis par Myriam El Khomry à Agnès Buzyn en octobre 2019<sup>32</sup>.
- Ces deux rapports sont complétés par un « point d’étape du plan d’action pour les métiers du grand âge et de l’autonomie » remis par Michel Laforcade à Brigitte Bourguignon, Ministre déléguée en charge de l’autonomie auprès du Ministre en charge de la solidarité et de la santé, en septembre 2020<sup>33</sup>.
- Le *rapport d’information sur les métiers du lien*, déposé par la Commission des affaires économiques de l’Assemblée nationale, présenté par Bruno Bonnell et François Ruffin en juin 2020, qui s’intéresse à quatre métiers pour lesquels les auteurs ont dans leur texte volontairement choisi une orthographe au féminin<sup>34</sup> : assistantes et assistants maternels, Accompagnantes et accompagnants d’enfants en situation de handicap (AESH), animatrices et animateurs périscolaires, auxiliaires de vie sociale. Ce rapport a donné lieu à une proposition de Loi sur la *reconnaissance des métiers du lien*, déposée le 29 septembre 2020.
- Concernant plus spécifiquement les soignants fonctionnaires, les accords découlant du débat sur les nécessaires évolutions du système de santé publique dit « Ségur de la santé » s’appuient en particulier sur le rapport remis par Nicole Notat, animatrice des débats, à Olivier Véran, Ministre en charge de la solidarité et de la santé, en juillet 2020<sup>35</sup>. Le CESER Nouvelle-Aquitaine a eu l’occasion, dans une expression de juin 2020, d’attirer l’attention sur l’ambiguïté de la méthode et de la finalité de ce processus, ainsi que sur les attentes de la société civile en la matière<sup>36</sup> ;
- Le rapport *Experts, acteurs, ensemble... Pour une société qui change*, remis en février 2022 par Denis Piveteau, Conseiller d’État à la demande du Premier Ministre traite des nécessaires transformations du secteur médico-social, plus spécifiquement à partir de l’accompagnement des personnes en situation de handicap ;
- Ce rapport, ainsi que les travaux des inspecteurs de l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS) Jean-Philippe Viquant et Benjamin Ferras, ont servi de base à la Conférence des métiers de l’accompagnement social et médico-social qui s’est tenue le 18 février 2022, aussi appelée « Ségur 2 ». Cette dernière élargit les augmentations de salaires à certains professionnels de la filière socio-éducative et de certains soignants oubliés du Ségur. Environ 90 000 Professionnels sont concernés par ces augmentations représentant un engagement d’1,4 milliard d’euros.

Plusieurs avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) ont par ailleurs été rendus sur le lien social, la cohésion sociale ainsi que les métiers y contribuant.

- L’avis du CESE de 2017, *Combattre l’isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*<sup>37</sup> ;
- L’avis de 2020, *Crise sanitaire et inégalités de genre*<sup>38</sup> ;
- Un travail de saisine sur les métiers de la cohésion sociale a donné lieu à un avis à l’été 2022 : *Les métiers de la cohésion sociale*.

---

<sup>32</sup> El Khomry, 2019.

<sup>33</sup> Laforcade, 2020.

<sup>34</sup> Bonnell et Ruffin, 2020. Ces métiers sont exercés à 95% par des femmes.

<sup>35</sup> Notat, 2020.

<sup>36</sup> CESER NA, 2020 (4).

<sup>37</sup> CESE, 2017.

<sup>38</sup> CESE, 2020.

## Annexe 2 : liste des intervenants en auditions et entretiens

### 5 mai 2021

- Françoise Jeanson, conseillère régionale déléguée à la santé et la *silver* économie
- Laurence Dutreix, Directrice des formations sanitaires et sociales au Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine
- Michel Laforcade, ancien Directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine et coordonnateur de la « mission Laforcade » sur les métiers du grand âge et de l'autonomie

### 6 mai 2021

- Maxime Michel, Vice-Président en charge des perspectives professionnelles à la FNESI
- Anne-Laure Syrieix, VP en charge de l'en supérieur et des politiques de la jeunesse à la FNESI
- Soel Jagle, Vice-Président en charge des affaires sociales à la FNESI

### 10 mai 2021

- Pascal Glaudel, éducateur sportif au club Athlé-santé de Gradignan

### 26 mai 2021

- Christine Mansiet, Directrice de la CAF de la Gironde

### 28 mai 2021

- Christophe Rochard, chargé de mission « questions d'emploi » à l'agence PQNA
- Maidier Lassalle, stagiaire « capitalisation des démarches territorialisées pour l'emploi » à l'agence PQNA.

### 3 juin 2021

- Marie-Christine Bunlon, vice-présidente en charge des personnes âgées au Conseil départemental de la Creuse, cadre de santé en EHPAD
- David Sertillange, Chargé de mission « modernisation aide à domicile » à la Direction des Personnes en Perte d'Autonomie au Conseil départemental de la Creuse

### 9 juin 2021

- Laurent Bosquet, professeur à la faculté des sciences du sport de l'Université de Poitiers

### 24 juin 2021

- Catherine Loubriat, Directrice du Pole limousin d'action et de recherche en intervention sociale (POLARIS)
- Maryse Dubois, Présidente du CIDFF Limousin, de la fédération régionale des CIDFF de Nouvelle-Aquitaine, de la fédération nationale des CIDFF

### 28 septembre 2021

- Laurence Ritouet, médiatrice sociale
- Kamal Joua, médiateur social
- Leïla Zidane, éducatrice de rue
- Sabrina Moinard, créatrice et présidente de la coopérative d'insertion Kapa Cité
- Jim Charon, accompagnateur spécialisé à Horizon habitat jeunes

- Maureen Baranger, chargée parcours logement à Horizon habitat jeunes
- Manuella Alvarez, médiatrice socio-culturelle à Horizon habitat jeunes
- Pascal Morel, directrice d'Horizon habitat jeunes

#### **16 février 2022**

- Catherine Estienne, représentante au CESER NA de l'APF France handicap
- Michel Lalemant, Président du conseil national des usagers de l'APF

#### **22 mars 2022**

- Alexandra Martin, directrice du pôle « Culture et santé »

#### **11 mai 2022**

- Barbara Stiegler, philosophe et chercheuse spécialisée sur le secteur du soin, Université de Bordeaux

# Annexe 3 : liste des formations concernées par le Schéma régional des formations sanitaires et sociales

Source : SRFSS (Région Nouvelle-Aquitaine, 2018)

## Formations médicales

### NIVEAU I

- Infirmier.ère anesthésiste
- Sage-femme/maieuticien.ne
- Orthophoniste
- Masseur.euse-kinésithérapeute

### NIVEAU II

- Ergothérapeute
- Infirmier.ère
- Infirmier.ère de bloc opératoire
- Puériculteur.trice
- Manipulateur.trice en électroradiologie médicale
- Pédicure podologue

### NIVEAU III

- Audioprothésiste
- Diététicien.ne
- Opticien.ne lunetier
- Orthoptiste
- Orthoprothésiste
- Préparateur.trice en pharmacie hospitalière
- Prothésiste dentaire
- Psychomotricien.ne
- Technicienne de laboratoire médical

### NIVEAU V

- Ambulancier.ère
- Aide-soignant.e
- Auxiliaire de puériculture

## Formations du secteur social

### NIVEAU I

- Directeur.trice d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES)
- Ingénieur.e social.e (DEIS)

## NIVEAU II

- Médiateur.trice familial.e
- Encadrant.e et responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS)
- Assistant.e service social
- Conseiller.ère en économie sociale et familiale
- Éducateur.trice de jeunes enfants
- Éducateur.trice spécialisé.e
- Éducateur.trice technique spécialisé.e

## NIVEAU IV

- Moniteur.trice éducateur.trice
- Technicien.ne de l'intervention sociale et familiale

## NIVEAU V

- Accompagnant.e Éducatif.ve et Social.e (depuis la rentrée 2017, fusion des deux anciens diplômes d'auxiliaire de vie sociale et aide médico-psychologique)
- Assistant.e familial.e

## Autres certifications et diplômes ne dépendant pas de la Région

Il s'agit de l'ensemble des certifications et diplômes du secteur, autres que ceux mentionnés au CSP et CASF, inscrites au RNCP dans le secteur sanitaire et social.

## ÉDUCATION NATIONALE

CAP Accompagnant éducatif petite enfance

CAP Assistant.e technique en milieu familial et collectif  
(ATMFC)

CAP Agent prévention médiation

CAP Orthoprothésiste

CAP Podo-orthésiste

Mention Complémentaire Aide à domicile (MCAD)

BAC Pro et BTS Optique lunetterie

BAC Pro et BTS Prothèse dentaire

BAC Pro Technicien en Appareillage orthopédique (ouvert en 2016)

BAC Pro Accompagnement, soins et services aux personnes (ASSP) Option « domicile » et option « structure »

BAC Pro Services de proximité et vie locale (SPVL)

BP Préparateur.trice en pharmacie

BAC Techno Sciences et Technologies de la Santé et du Social (ST2S)

BTS Services et prestations des secteurs sanitaire et social (SP3S)

BTS Économie Sociale et Familiale

BTS Diététique

BTS Prothésiste orthésiste

BTS Analyses de biologie médicale

BTS Bioanalyses et contrôle

BTS Biotechnologies  
DTS Imagerie Médicale

## **MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE**

CAPA Services aux personnes et vente en espace rural (SPVER)  
BAC PRO Services aux personnes et aux territoires (SAPAT)  
BAC PRO Laboratoire de contrôle qualité  
BTSA Développement Animation Territoires Ruraux (DATR)

## **MINISTÈRE DE L'EMPLOI**

Titre professionnel Assistant.e de Vie aux Familles  
Titre professionnel Agent technique prothésiste orthésiste  
Titre professionnel Auxiliaire en prothèse

## **IPERIA L'INSTITUT**

Titre professionnel de branche Employé.e Familial.e (EF)  
Titre professionnel de branche Assistant.e de Vie Dépendance (AVD)  
Titre professionnel de branche Assistant maternel/garde d'enfants

## **CERTIFICAT DE BRANCHE**

Moniteur d'atelier

## Annexe 4 – Liste des conventions collectives incluses dans le périmètre de ce rapport

### Statuts et conventions collectives dans le secteur sanitaire

- Secteur public : statut de la fonction publique hospitalière (IDCC 5022).
- Secteur privé de la santé lucratif et non lucratif :
  - o Conventions collectives du sanitaire, médico-social et social privé à but non lucratif (SSSMS)
    - Convention relative aux établissements médico-sociaux de l'union intersyndicale des secteurs sanitaires et sociaux : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALISCTA000026942735/?idConteneur=KALICONT000026950865](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALISCTA000026942735/?idConteneur=KALICONT000026950865)
    - Convention collective des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635234/](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635234/)
    - Convention d'entreprise Croix-Rouge : [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj1i5ShhvnvAhXOxoUKHZGtCEoQFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.croix-rouge.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F7896%2F153130%2Ffile%2Fconvention\\_collective.pdf&usg=AOvVaw14SPdJA4y4ck6BfJdQj4Oi](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj1i5ShhvnvAhXOxoUKHZGtCEoQFjAAegQIAhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.croix-rouge.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F7896%2F153130%2Ffile%2Fconvention_collective.pdf&usg=AOvVaw14SPdJA4y4ck6BfJdQj4Oi)
  - o Convention collective des services de santé au travail interentreprises (SSTI) : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635223/](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635223/)
  - o Convention collective de l'hospitalisation privée (HP) : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635813/](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635813/)
  - o Convention collective du thermalisme : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635545](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635545)
  - o Convention collective des centres d'hébergement et de réadaptation sociale et dans les services d'accueil, d'orientation et d'insertion pour adultes (CHRS, SOP) : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027678645>
  - o Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées (convention de 1966, SNAPEI) : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALITEXT000022192697/?idConteneur=KALICONT000005635407](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000022192697/?idConteneur=KALICONT000005635407)
  - o Convention collective enseignement spécial pour enfants handicapés et inadaptés : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALISCTA000005754900/?idConteneur=KALICONT000005635407](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALISCTA000005754900/?idConteneur=KALICONT000005635407)
  - o Convention collective nationale du personnel non médical des centres de lutte contre le cancer : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635696](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635696)

Les employeurs concernés par ces conventions relèvent de l'Opérateur de compétences (OPCO) santé.

## Statuts et conventions collectives dans le secteur social et médico-social

- Statut de la fonction publique territoriale
- Marginalement : statut de la fonction publique d'État
- Convention collective des Acteurs du lien social et familial (centres sociaux et socioculturels, associations d'accueil de jeunes enfants, associations de développement social local) : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635384/](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635384/)
- Convention collective aide, accompagnement, soins et services à domicile (BAD) : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALISCTA000025806045/?idConteneur=KALICONT00025805800](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALISCTA000025806045/?idConteneur=KALICONT00025805800)
- Convention collective mutualité : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635784](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635784)
- Animation : Convention collective de l'animation : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635177](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635177)
- Insertion :
  - o Convention collective des ateliers et chantiers d'insertion : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000027181035](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000027181035)
  - o Convention collective missions locales et PAIO : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635091](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635091)
- Habitat et urbanisme
  - o Convention collective Habitat et logement accompagnés pour les personnels PACT et ARIM (acteurs associatifs du secteur de l'amélioration de l'habitat) : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635652](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635652)
  - o Convention collective des personnels des offices publics de l'habitat : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000036872099?idConteneur=KALICONT000036872099](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000036872099?idConteneur=KALICONT000036872099)
  - o Convention collective des organisations professionnelles de l'habitat social : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635376](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635376)
  - o Convention collective des personnels des sociétés coopératives d'HLM : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635907](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635907)
  - o Convention collective des personnels des sociétés anonymes et fondations d'HLM : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635331](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635331)
  - o Convention collective des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635560/](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635560/)
  - o Convention collective des régies de quartier : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALITEXT000027194878/?idConteneur=KALICONT000027199162](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000027194878/?idConteneur=KALICONT000027199162)
  - o Convention collective du tourisme social et familial : [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635867](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635867)
  - o Convention collective des personnels familles rurales : <https://www.fnasfo.fr/wp-content/uploads/2017/01/ccnt-familles-rurales.pdf>

Les employeurs concernés par ces conventions relèvent de l'OPCO Uniformation : champ de la cohésion sociale dont champ social, services aux personnes, insertion, sport, enseignement et formation.

- Convention collective du sport :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALISCTA000017577659/?idConteneur=KALICONT000017577652](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALISCTA000017577659/?idConteneur=KALICONT000017577652)

Les employeurs concernés par cette convention relèvent de l'OPCO AFDAS : secteurs de la culture, des industries créatives, des médias, de la communication, des télécommunications, du sport, du tourisme, des loisirs et du divertissement

- Convention collective des maisons d'étudiants :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/id/KALICONT000005635917](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALICONT000005635917)

Les employeurs concernés par cette convention relèvent de l'OPCO Akto : entreprises à forte intensité de main d'œuvre

# Interventions en séance plénière

## Intervention introductive – Emmanuelle FOURNEYRON

Chères et chers collègues,

Nous allons procéder à présent à l'examen et à la mise en débat du projet de rapport d'auto-saisine présenté par la Commission 1 et aujourd'hui intitulé « Acteurs et publics du soin et du lien social : quels parcours pour quels besoins ? ».

Pour rappel : Le principe de traiter ce sujet proposé par les membres de la Commission 1 a été validé par le Bureau du CESER fin novembre 2020 (après que la thématique des « services aux personnes », qui recouvre pour partie le même périmètre, ait elle-même été envisagée au sein de la Commission 4 en début de mandature). La proposition de cahier des charges de la Commission 1 a été validée le 23 février 2021 lors de la réunion du Bureau sous un titre provisoire « Parcours professionnels et orientation dans les métiers du sanitaire et du social : enjeux d'éducation, de formation et d'emploi en région Nouvelle-Aquitaine ».

L'examen de ce projet de rapport était inscrit à l'ordre du jour de la session de juin 2022 mais le dossier avait alors été reporté à la demande des animateurs et membres de la Commission 1, afin de leur permettre de traiter le nombre conséquent d'amendements reçus. Je les remercie de cette décision, qui outre le fait d'avoir facilité « techniquement » le déroulé de notre dernière session plénière, me permet également de rappeler que les amendements ne sont qu'une des options intervenant en bout de course pour permettre d'aller le plus loin possible dans la recherche du point d'équilibre de notre assemblée sur un sujet donné. Rappelons en effet que dans le cadre de la mise en œuvre de notre plan d'action stratégique, plusieurs modalités ont été mises en œuvre ou renforcées, permettant à la commission en charge d'un travail de recueillir, chemin faisant, les contributions et remarques du reste de l'assemblée : point d'étapes en Bureau, point d'étape à mi-parcours en Assemblée plénière, possibilité de contributions écrites des autres commissions du CESER mais aussi contributions possibles des membres à titre individuel ou au nom de délégations collectives. J'y ajoute aussi le précieux travail des conseiller.es impliqué.es au sein du « Comité de relecture », qui sur chaque rapport, apporte un regard extérieur quant à la clarté, la lisibilité, le caractère compréhensible du document produit. Ainsi, au-delà du travail et des discussions entre ses membres, des auditions menées, des lectures réalisées, c'est donc aussi de tout ce matériau collectif que les commissions doivent s'efforcer à chacune de ces étapes de se nourrir pour produire leurs travaux en veillant à prendre la mesure des différentes sensibilités et approches qui peuvent s'exprimer dans l'identification du point d'équilibre de l'assemblée. Parce que l'enjeu est *in fine*, quand un rapport est voté, c'est que chacun ait pu se sentir partie prenante s'il le souhaitait et que ce soit bien un travail du CESER tout entier.

Ainsi donc, concernant plus spécifiquement ce travail produit par la commission, 1, plusieurs temps d'échange sur le « cadrage » de ce projet de rapport ont eu lieu dans le cadre du Bureau et un point d'étape en séance plénière a été organisé le 22 septembre 2021, et le comité de relecture a produit ses remarques en août 2022. A également été enregistrée une contribution de la commission C.

Voilà pour le processus, qu'il me semblait utilement de rappeler et qui nous permet, aujourd'hui, de discuter de ce projet de rapport, dont la thématique est absolument essentielle.

Elle s'inscrit d'ailleurs pleinement dans les suites de notre rapport sur les enseignements de la période Covid et notre contribution au « Ségur de la Santé ».

Cela s'inscrit également plus largement dans un débat qui monte de plus en plus dans la société :

- De la part des professionnels concernés, bien sûr : notons à ce titre leur mobilisation régulière, récurrente, pour alerter sur les difficultés rencontrées. Encore récemment : le 28 septembre, a eu lieu la journée « Qui Prend Soins De Nous » à l'initiative de 8 fédérations des métiers du soin et de l'accompagnement.
- De la part de journalistes : ainsi je signale que Vincent Jarousseau, photojournaliste que nous avons reçu lors de notre colloque de juillet, vient de publier son nouvel ouvrage intitulé « les femmes du lien : la vraie vie des travailleuses essentielles » (éditions Les arènes), fruit de près de trois ans d'immersion de terrain à la fois en zone rurale et urbaine. Un travail sensible qui nous rappelle utilement que ce sont des métiers très majoritairement féminins, présents sur tous les territoires ruraux comme urbains et périurbains et que dès lors, la reconnaissance de leur place, de leur rôle, de leur juste valeur dans et par la société est sans doute un des plus puissants leviers, une des solutions les plus facilement actionnables pour agir contre les inégalités, qu'elles soient les inégalités femmes-hommes et les inégalités territoriales.
- De la part des autres instances consultatives : ainsi nos collègues du CESER Pays de la Loire viennent de consacrer un webinaire aux métiers de la cohésion sociale et surtout, je vous signale que le CESE a adopté en juillet 2022 un rapport intitulé « les métiers de la cohésion sociale » (dont le rapporteur est M. Évanne Jeanne-Rose, autre intervenant de notre colloque de juillet). Ce travail du CESE préconise une politique globale de revalorisation de ces métiers en trois grands axes :
  - 1/ répondre à la pénurie et au malaise du secteur en rendant les métiers plus attractifs (y compris par la hausse des salaires)
  - 2/ redonner la priorité au sens du travail par de meilleures conditions de travail
  - 3/ anticiper l'évolution des activités et renforcer la formation continue

Avant de donner la parole aux animateurs de la commission 1 pour qu'ils nous présentent leur vision du sujet, un dernier mot plus personnel, en ma qualité de personne qualifiée œuvrant professionnellement dans le champs de la santé, pour vous dire qu'il n'est un secret pour personne que je considère que l'enjeu de la reconnaissance de ces métiers et des personnes qui l'exercent n'est ni un sujet secondaire ni un sujet technique, c'est un enjeu primordial :

- Parce que si on veut vraiment faire progresser l'égalité F-H, je crois qu'on a là un levier tout trouvé
- Parce que si on veut redonner du pouvoir d'achat dans les foyers défavorisés et les territoires paupérisés, on a là un levier tout trouvé
- Parce que si on veut faire progresser la bataille culturelle à mener autour de la place des liens humains à maintenir, tisser, consolider, pour renforcer la cohésion et l'humanité de notre société, on a là un levier tout trouvé
- Et *in fine*, parce que c'est un enjeu pour les droits fondamentaux des personnes accompagnées, car ayons conscience que ce sont des millions de personnes - personnes âgées, personnes en situation de handicap, de dépendance ou de vulnérabilités, malades chroniques qui nécessitent des soins au long cours, jeunes enfants... – des millions de personnes dont la qualité de vie et la capacité même à poursuivre leur projet de vie dépendent de la qualité des conditions de travail que la société voudra bien donner aux personnes qui les accompagnent au quotidien.
- Et dans la bascule que connaissent ces professions aujourd'hui, cela devient même un enjeu pour l'accès aux soins de toute la population.

Je laisse à présent la parole au Président de la commission Olivier Chabot et à la rapporteuse Sylvie Macheteau pour nous exposer leurs principales lignes et préconisations. Je vous remercie.

## Association des paralysés de France – France Handicap (APF)

L'association APF France Handicap que je représente, partage votre constat d'un nécessaire plan d'actions en faveur de ces professions du soin et du lien social. Et dans le prolongement de l'avis du CESER je tiens à souligner la nécessaire intégration des personnes handicapées dans ce plan régional. Car bien que démographiquement moindre que les personnes âgées, les personnes handicapées représentent, uniquement en Gironde 1 habitant sur 10.

Au fil des années, sous l'impulsion en outre des associations de personnes handicapées, de l'évolution des modes de pensée et des représentations, les politiques publiques prônent « la vie à domicile pour tous ». Malheureusement dans la réalité les moyens affectés décroissent.

En conséquence, les conditions de vie des personnes handicapées et des professionnels se dégradent fortement, ceci se traduit par :

### - Manque de personnel :

Il y a urgence car la pénurie d'auxiliaires de vie, aides-soignantes et infirmières rend impossible la vie tant en institutions spécialisées qu'à domicile. Aujourd'hui des résidents du foyer d'accueil médicalisé vivent à l'hôpital, des personnes handicapées habitants chez elle à domicile depuis des années sont contraintes de dormir dans leur fauteuil roulant ou de passer la journée dans leur lit faute d'auxiliaires de vie. Ainsi ces personnes handicapées vivent dans l'angoisse de savoir si quelqu'un viendra les aider à se lever, manger, se coucher ; c'est-à-dire à vivre une vie de citoyen. Ceci est d'autant plus paradoxal que grâce aux progrès de l'inclusion certains travaillent occupent des postes de responsabilités...

### - Formation :

L'absence de personnel qualifié est dramatique en ce qui concerne les personnes handicapées. En effet les modules de formation existant abordent très peu le handicap, ses pathologies, ses spécificités et laissent une place prépondérante aux maladies de l'âge (Parkinson, Alzheimer...). De plus ces formations privilégient le savoir au détriment du savoir-être et ne s'appuient pas sur les capacités des personnes handicapées à apprendre aux professionnels comment les aider. Le handicap apparaît donc aux nouveaux diplômés comme trop complexe.

Par ailleurs, le nombre de personnes migrantes primo-arrivants augmentant dans le secteur de l'aide à la personne, il est important de développer rapidement leur accueil et d'adapter les contenus des formations à leurs spécificités.

### - Qualité de Vie au Travail :

En ce qui concerne la qualité de vie au travail, il est effectivement indispensable de soutenir les actions innovantes. Intégrer les associations d'usagers enrichirait les réflexions. Enfin il est capital que ce plan soit co-construit avec les bénéficiaires (personnes âgées et handicapées) et professionnels. Ceci afin d'améliorer la QVT des professionnels, tout en respectant les besoins des usagers, même s'ils sont parfois opposés (ex. Lever à 6h30 pour une personne handicapée qui travaille et horaires décalés pour la professionnelle).

### - *Management* :

Certaines nouvelles méthodes, comme la méthode *Buurtzorg*, peuvent paraître séduisantes car elles donnent aux professionnels comme les auxiliaires de vie, plus de liberté dans la gestion de leur organisation de travail. Ainsi celle-ci permettant aux équipes de professionnels de s'organiser, sous l'égide de leur encadrant, ne sera bénéfique pour tous (bénéficiaires handicapés et professionnels) que dans une structure assez grande pour compenser les absences et incapacités des membres de ces équipes.

Enfin, en complément des domaines d'action de la Région NA, il est primordial de mettre en place une revalorisation salariale réellement attractive, de refonder le modèle économique des services à la personne en reconnaissant l'utilité sociale des associations gérant des services auxiliaires de vie...

Ceci suppose un plan général décloisonné entre les acteurs : État, Région et départements.

APF France Handicap votera favorablement l'auto saisine *Acteurs et publics du soin et du lien social en NA : quels parcours, pour quels besoins ?*

En vous remerciant de l'attention portée à cette contribution.

Catherine Estienne



## Force ouvrière (FO)

L'assemblée plénière du CESER Nouvelle Aquitaine est appelée à se prononcer sur l'auto-saisine « *Acteurs et publics du soin et du lien social en Nouvelle-Aquitaine : quels parcours pour quels besoins ?* »

Au regard de l'actualité d'urgence dans laquelle se trouve l'hôpital public Force Ouvrière souhaite faire la déclaration suivante.

Cent vingt services d'urgence fermés ou partiellement avant et pendant l'été et dans l'incapacité d'accueillir les patients 24 h sur 24, y compris à Bordeaux l'un des plus importants CHU de France, vingt et un mille lits fermés depuis 2017 selon le dernier rapport annuel de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), plus de 100 000 en 20 ans, fuite des professionnels et multiplication des burnout : 60000 départs dans le secteur hospitalier et médico-social depuis le début de la pandémie, 18 à 20% des personnels en risque de burnout.

Dans la 6ème puissance du monde nous ne sommes plus capables d'assurer les soins ! En 2000, l'OMS classait le système de soin français à la première place au niveau mondial. En 2020 il a dégringolé au 16ème rang et nous devons avoir encore reculé.

Comment en est-on arrivé là ?

A partir des années 80 la petite musique des dépenses de santé qui seraient bien trop importantes commence. En 1996 la création de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), votée par le Parlement contraint les dépenses dans une enveloppe fermée indépassable et régulièrement sous-estimée et sous-évaluée.

En 2022 la progression de l'ONDAM ne dépassera pas 4,1 %, inférieur à l'inflation alors que nous sortons d'une crise sanitaire sans précédent et que les hôpitaux vont devoir faire face aux gigantesques dépenses de chauffage prévisibles cet hiver.

En 2005 la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) enfonce le clou : l'hôpital public n'a plus pour mission de répondre aux besoins en soins de la population mais devient une entreprise de production du soin et doit être rentable.

Les plans hôpital 2007, la loi Hôpital patient santé territoire (HPST) en 2009 n'ont fait qu'accélérer et organiser le démantèlement de l'hôpital public au détriment de l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous au nom de la réduction de la dépense publique.

Ces politiques ont conduit à la fermeture de dizaine de milliers de lits, à la mutualisation et la disparition de services voire des établissements de proximité ainsi qu'à la privatisation de secteurs dits rentables, aux profits des cliniques privées à but lucratif.

Parallèlement il est instauré une politique managériale à l'hôpital public qui peut se résumer à faire plus, plus vite et moins cher : polyvalence, destruction des équipes et des collectifs hospitaliers, *turn-over*, mobilité, mise en place des 12 heures, réduction et précarisation de l'emploi des soignants...

La crise COVID a brutalement mis en lumière cette réalité. Notre système de soins était incapable de faire face et c'est le dévouement des professionnels qui a évité une catastrophe encore plus importante.

Les fermetures de lits n'ont pas cessé : 4 800 fermetures de lits en 2021.

Alors oui, il y a urgence pour l'hôpital public ; cela passe par :

- La rupture avec les logiques financières, la suppression de l'ONDAM et de la T2A et le retour à un service public hospitalier organisé pour répondre aux besoins ;
- La création de 200000 postes et un plan de formation pour y arriver ;
- La réouverture des lits pour répondre aux besoins de la population,
- L'augmentation des entrées en formation dans les instituts de formation d'aides-soignants (IFAS), instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), institut de formation aux métiers rééducation et médico technique... ;
- L'augmentation des salaires, du point d'indice de la fonction publique ;
- L'amélioration des conditions de travail.

Force Ouvrière le réaffirme : la santé est trop précieuse pour être traitée comme une marchandise et l'hôpital public ne peut être traité comme une entreprise mais doit permettre de garantir l'accès à des soins de qualité pour tous.

Le même constat, alarmant, peut être fait dans les différents secteurs, sanitaire, social, médico-social, telles la petite enfance, le handicap, l'aide et soins à domicile, l'accueil des personnes âgées.

La médecine de ville est largement touchée avec la généralisation des « déserts médicaux » et avec les délais d'attente pour l'accès aux consultations tant généraliste que spécialiste et aux examens médicaux.

Même si nous pouvons partager un certain nombre de préconisations présentées dans cette l'auto-saisine soumise au vote, le périmètre extrêmement large des sujets abordés, sanitaire, social et médico-social, entraîne un flou et une confusion des genres préjudiciables à sa compréhension.

Il ne permet pas de répondre notamment à la crise que traverse les professionnels de ces secteurs, que cela soit au niveau de l'exercice professionnel, de la reconnaissance des métiers et des qualifications, des salaires, des conditions de travail et de la formation.

*C'est pourquoi Force Ouvrière s'abstiendra sur le vote de cette auto-saisine.*

## Fédération des acteurs de la solidarité (FAS)

Cette auto saisine, à l'origine, portait sur la politique du Conseil régional et ses compétences en matière de « formations sanitaires et sociales » et avait comme objectif de porter une analyse sur le schéma des formations sanitaires et sociales ainsi que de sa nécessaire évolution.

### Structure du rapport

Englober le sanitaire et social dans une même approche, tel que le fait l'auto saisine, ne permet pas une lisibilité satisfaisante sur ces deux mondes qui se complètent mais ne se ressemblent pas tant au niveau de leurs finalités, de leur histoire, de leurs spécificités. Ce mélange est préjudiciable à chacun de ces deux secteurs.

L'englobement général de ces deux secteurs ne permet pas des approches spécifiques qui, l'une comme l'autre, demandent à être questionnées de manière séparée tout en prenant en compte leur articulation. Il reste difficile pour le lecteur d'appréhender de manière unique les enjeux différents de chacun de ces grands secteurs en matière de formation.

La dénomination générale « métiers du lien social » reste « très imprécise. Toutes les professions dont l'activité consiste en un « travail sur autrui » sont basées sur des « relations d'aide » qui prennent en compte les souffrances physiques, psychologiques ou sociales vécues.

### Contenu du rapport

Il existe, dans le contenu du rapport, un mélange permanent des professions du secteur sanitaire et social et un va-et-vient ininterrompu entre elles qui brouille les différentes identités professionnelles.

Pourtant, chacune d'elles possède un « cœur de métier » qui s'enracine dans des pratiques professionnelles expérimentées qui ont fait l'objet, au cours du temps, de mise en place de contenus de formation basés sur les différents apports des sciences sociales et humaines. L'auto-saisine donne le sentiment que ces professions issues de la longue histoire sanitaire et sociale de notre pays paraissent « inadaptées » parce qu'accrochées à des identités professionnelles qui se sont rigidifiées et refermées sur elles-mêmes dans un immobilisme inquiétant et qui ne se sont pas adaptées aux besoins nouveaux de la société, ce qui est loin d'être le cas.

L'auto-saisine aurait eu intérêt à préciser les grands cadres législatifs, administratifs, réglementaires qui représentent les matrices à partir desquelles se forment et se développent différentes pratiques professionnelles.

Pour exemple, aucune référence n'est faite aux trois grands secteurs qui composent les mondes du sanitaire et du social : celui général de la santé, celui du médico-social avec les différents handicaps (physiques, mentaux, sensoriels), celui de l'action sociale avec les questions liées à la pauvreté, l'exclusion sociale, l'inadaptation sociale, l'insertion sociale.

La notion de « care » qui est présentée comme le fil rouge de l'auto saisine reste imprécise. Rien n'est dit sur ce que pourraient être des politiques publiques sanitaires et sociales basées sur cette approche.

Le « care » peut cacher une situation inquiétante qui consiste, au moins pour les métiers du social, à accompagner leur déqualification déjà commencée depuis plusieurs années et la fragilisation des différentes conventions collectives qui assurent leur exercice et la sécurité de leurs salariés. La multiplication des nouveaux métiers du « lien social », aujourd'hui non encadrés par les conventions

collectives du secteur, génère des situations de précarité professionnelle et d'insécurité sociale préjudiciables aux salariés de ces « nouveaux métiers » et, au-delà, aux personnes qu'ils accompagnent.

En conclusion, il serait dommageable que cette auto-saisine de notre CESER contribue, malgré elle, au démantèlement en cours de ces deux grands secteurs que sont le sanitaire et le social qui font partie de notre tradition et de notre histoire républicaine et démocratique et qui restent une des fiertés de notre pays.

Pour toutes ces raisons, je voterai contre, en l'état, sur cette auto-saisine.

Christian Chassériaud

**Ce n'est un secret pour personne, le secteur de la santé et du médico-social traversent depuis plusieurs années une grave crise.**

Les témoignages que nous recueillons tant de la part des soignants que des usagers vont tous dans la même direction, une dégradation quantitative et qualitative de l'offre de soins et de l'accompagnement. C'est un besoin important de personnels formés en nombre suffisant et disponibles qui est urgent.

## La formation

Même si une prise de conscience, tardive, permet d'augmenter le nombre d'élèves et de formations. Le déficit ne saurait être comblé que par les seuls bacheliers. Un véritable effort doit être fait en direction de la formation tout au long de la vie. Le suivi, l'encadrement doivent garantir un enseignement de qualité, attentionné et un accompagnement même après l'obtention du diplôme pour éviter les situations de détresse voire de rupture.

Il faudrait tout au long d'une carrière de pouvoir disposer de passerelles pour permettre à celles et ceux qui le souhaitent d'exercer leur profession dans différentes structures, différents contextes.

## Les conditions d'exercice

Les revendications des personnels sont salariales, pour une réelle reconnaissance, mais aussi pour des conditions de travail qui placent le soignant au plus près des besoins des usagers.

Le manque de temps pour expliquer, écouter, accompagner et soulager est très souvent évoqué.

Le soin au plus près de la population, c'est l'implantation de structures sur le territoire. Les collectivités ont fait le choix de favoriser les maisons de santé. Elles remplacent les cabinets du secteur libéral mais ne peuvent apporter les mêmes prestations que les dispensaires aux activités multiples, transversales et à caractères sociaux.

La région nouvelle Aquitaine défend depuis plusieurs années l'e- santé au titre qu'elle dispose d'un réseau de fibre optique d'un grand débit sur l'ensemble de son territoire, et que ce dispositif contribue à la qualité et l'équité d'accès aux soins. Nous sommes plus réservés. Est-ce vraiment accessible à l'ensemble de la population ? Le matériel et la pratique informatique ne risquent-ils pas d'exclure les plus fragiles, ceux qui en ont le plus besoin de se rapprocher des professionnels de la santé ? Il nous semble que rien ne peut remplacer une consultation physique qui est un échange intime, direct et confidentiel.

Le plus grand défi qui se présente à nous est impérativement de renouer avec l'humain dans toutes ses dimensions. Et de redonner aux services publics de la santé et du social tous les moyens donc ils ont besoin pour exercer leurs missions au quotidien.

Union syndicale Sud-Solidaires de Nouvelle-Aquitaine.

## Confédération générale des travailleurs (CGT)

Actuellement, le système français de soins se caractérise pour les patients par l'extension des déserts médicaux, par le délitement de la qualité des soins, et pour les personnels, par l'amplification des dégradations des conditions de travail, et par les sous-effectifs chroniques.

Les tensions à l'hôpital public et dans les établissements médico-sociaux (notamment les EHPAD) dépassent très souvent les capacités humaines. La grande majorité des personnels sont victimes d'épuisement, de souffrances et d'un profond mal-être au travail. La perte de sens, le sentiment de ne plus soigner ou accompagner dignement heurtent frontalement les valeurs éthiques de ces professionnels.

Pour le grand public, la pandémie COVID 19 a été un révélateur de l'état déplorable de nos systèmes de santé et de protection sociale, mais aussi de la prise en charge des patients et des conditions d'exercice pour les personnels. Elle nous alerte sur ce que la santé publique est devenue en France et met en exergue l'état de crise préexistante du système de santé, du sanitaire au médico-social, produit par les politiques publiques de ces dernières décennies. Les failles de ces secteurs et les situations de tensions insupportables sont subies et dénoncées depuis de nombreuses années par les professionnels médicaux et paramédicaux. Dans la suite logique des travaux du schéma régional des Formations sanitaires et sociales et du rapport du CESER relatif à la COVID « l'urgence de transformer demain », la commission s'est saisie de cette problématique des parcours professionnels et de l'orientation dans les métiers du soin et du lien social / du sanitaire et du social en région NA.

Le prisme de la formation initiale et continue est bien entendu nécessaire. Il est également indispensable, de mettre en lien les besoins de la population et réponses à apporter par la Région dans ce vaste secteur.

Le développement des maladies chroniques, la dépendance (qu'elle soit conséquence du vieillissement ou d'un handicap) et l'accroissement du nombre des pathologies complexes où les facteurs sociaux et environnementaux pèsent, mettent en évidence la nécessité d'une approche globale de la santé, non exclusivement curative, avec un impératif d'égalité d'accès aux soins.

La « bien-traitance » des usagers et la qualité des conditions de travail servent le même objectif de santé, au sens large de l'OMS : état de bien-être général et non, uniquement absence de pathologie. L'enjeu est de préserver un état de santé globale, individuelle et collective, de prévenir les risques et de permettre un accès aux soins égal pour l'ensemble de la population.

C'est le sens d'une véritable politique de santé publique.<sup>39</sup>

La CGT au fil de ce travail a contribué et soumis des amendements. Elle regrette, au regard de la crise immense et structurelle que traversent les professionnels, que des enjeux essentiels n'aient pas été plus au centre des travaux. Ces enjeux sont ceux de la revalorisation des rémunérations et des carrières, des conditions de travail, de la prise en compte des critères professionnels et de la technicité engagés dans ces métiers, très largement féminisés, qui doivent enfin être reconnus à leur juste valeur. Nous regrettons aussi l'ambiguïté entretenue vis-à-vis des métiers. Pour nous, les métiers sont structurants dès la reconnaissance des qualifications, des droits, et des pratiques professionnelles sécurisantes pour les professionnels et les usagers. La CGT a aussi consulté ses organisations et ses organisations dans les secteurs de la santé et de l'action sociale. Le décalage entre ce que ces salariés portent et ce qu'elles et ils vivent au quotidien, et ce dont traite ce rapport subsiste : les membres du groupe CGT vont s'abstenir.

---

<sup>39</sup> Barbara STIEGLER et François ALLA, 2022. *Santé publique, année zéro*. Tracts Gallimard, n°37, mars.

# Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (UNAPEI)

## Intervention de Norbert VIDAL, représentant l'UNAPEI Nouvelle Aquitaine au CESER NA Séance plénière des 11 et 12 octobre 2022

L'UNAPEI NA regroupe dans la région une vingtaine d'associations accompagnant adultes et enfants en situation de handicap.

Le rapport présenté a été apprécié par les professionnels de nos établissements car il promeut un secteur social et médico-social méconnu, sinon mystérieux, subissant une représentation souvent négative auprès du public qui ignore la nature de ce handicap et les modalités de soutien et d'accompagnement de cette population.

Pour autant, des amendements enrichissant les préconisations du rapport ont été formulés.

-Tout d'abord, la recommandation 49 devrait être reformulée ainsi : « L'ensemble des acteurs publics et politiques ayant le pouvoir de décision en matière de financement doivent agir pour revaloriser notablement les salaires, reconnaissant ainsi la technicité et le professionnalisme de ces métiers à leur juste valeur, sans exclure aucune catégorie de professionnels (les oubliés du Ségur) ».

En effet, les employeurs, pour la plupart associatifs, ne disposent d'aucuns crédits de financement autre que ceux qui leur sont alloués par leurs financeurs habituels (ARS et Conseils Départementaux). Une mobilisation nouvelle a lieu actuellement, émanant du réseau associatif du handicap, aussi bien national, régional que local (UNAPEI, APAJH, FEHAP, Mutualité,...) pour sensibiliser les pouvoirs publics à la discrimination réglementaire générée par les dispositions du SEGUR qui ont, certes, amélioré la rémunération de la filière socio-éducative, tout en écartant cependant l'encadrement et les personnels collaboratifs (administratifs, logistiques,...). Un malaise interne et une possible démobilisation sont perceptibles aujourd'hui dans nos organisations.

-Une observation peut être apportée également concernant les préconisations 5, 14, 22,30, relative à la formation des professionnels. Il faut envisager des actions en lien étroit avec le terrain, afin de connecter le projet pédagogique aux besoins réels exprimés par les professionnels en place, mais aussi, le plus souvent possible, par les personnes en situation de handicap vivant ou travaillant dans ces établissements. Les concepts actuels de participation, de pouvoir d'agir, d'autodétermination prédisposent à considérer comme partie prenante les personnes concernées.

S'agissant de services civiques, de stagiaires, d'étudiants, il faut proposer des immersions professionnelles sur le principe de « sas d'amorçage », pour susciter des vocations, un intérêt d'investissement professionnel, le handicap attirant rarement a priori lorsque ces personnes ne connaissent pas le milieu.

L'UNAPEI est favorable à ce rapport et l'approuvera par l'intermédiaire de son représentant au CESER. Merci de votre attention.

## Confédération française démocratique du travail (CFDT)

Le rapport *Acteurs et publics du soin et du lien social en Nouvelle-Aquitaine : quels parcours pour quels besoins ?* :

- retrace l'histoire du secteur médico — social avec un regard sur le contexte subi,
- informe sur des pratiques /expériences en France et à l'étranger,
- offre pour toutes celles et ceux qui se questionnent sur leur devenir, sur le sens à donner à leur vie, trouver de nouveaux chemins pour rebondir d'une vie insatisfaisante.

Nous n'allons pas ici tout énumérer.

Ce rapport donne une ouverture sur les possibilités dans les parcours professionnels du soin et du lien social, permet d'offrir une méthode pour avancer individuellement et collectivement.

Pour autant, la CFDT est consciente que ce secteur de la santé est durement éprouvé par des difficultés récurrentes et structurelles. Cependant, à des fins d'équité sur tout le territoire français, les métiers de la santé ne peuvent être instruits au niveau régional. Sur cet aspect, le préambule rappelle les limites.

La délégation CFDT votera favorablement ce rapport car nous pensons qu'il est utile à :

- toute personne désireuse de rebondir professionnellement,
- tous secteurs d'activités qui recrutent et / ou en mutations industrielles, organisationnelles etc.

Dans le cas présent, le lien social comme fil conducteur démontre la possibilité de nouvelles perspectives. D'autres fils conducteurs existent. Ils sont à révéler et à s'approprier.

La CFDT a bien compris que chacun dans un contexte socio éco fragilisé, complexe et anxiogène, cherche un devenir porteur de sens, mieux reconnu et plus sécurisé avec autant de personnes entrantes et sortantes. Il fallait donc pour notre région un outil de lancement pour

- s'approprier individuellement une méthode, réfléchir à de nouveaux horizons, à de nouvelles ambitions, modifier ses représentations,
- oser recruter dans les entreprises différents profils pour un même métier,
- avoir un portefeuille de préconisations à mettre en œuvre

La Région doit faire vivre l'intérêt général par son engagement dans le développement économique, dans le maintien et l'acquisition des compétences par ses choix de financements.

Le soutien pluridisciplinaire à la prévention et à l'autonomie de la personne doit en être illustration.

## Comité régional olympique sportif (CROS)

En préambule, le Comité Régional Olympique et Sportif de la Nouvelle Aquitaine soutient l'impérieuse nécessité de renforcer les meilleures conditions d'exercices dans les secteurs du soin et du lien social évoqués dans le rapport.

Le Cros NA note les propositions présentées par la commission concernant le sport santé, les pistes d'évolutions en termes de formation initiale ou de VAE occupant une part non négligeable des préconisations.

Nous espérons donc que si une concertation proposant une nouvelle organisation venait à être déployée par le Conseil Régional, le mouvement sportif régional et en particulier le CROS et les Comités départementaux olympiques et sportifs (CDOS), via leur commission « sport santé » soient pleinement associés et puissent apporter toute l'expertise et l'organisation des formations déployées sur le territoire.

## Les publications récentes du CESER Nouvelle-Aquitaine



Ces documents sont accessibles sur le site du CESER [www.ceser-nouvelle-aquitaine.fr](http://www.ceser-nouvelle-aquitaine.fr) ou en version éditée sur simple demande à [contact@ceser-nouvelle-aquitaine.fr](mailto:contact@ceser-nouvelle-aquitaine.fr)



© CESER Nouvelle-Aquitaine

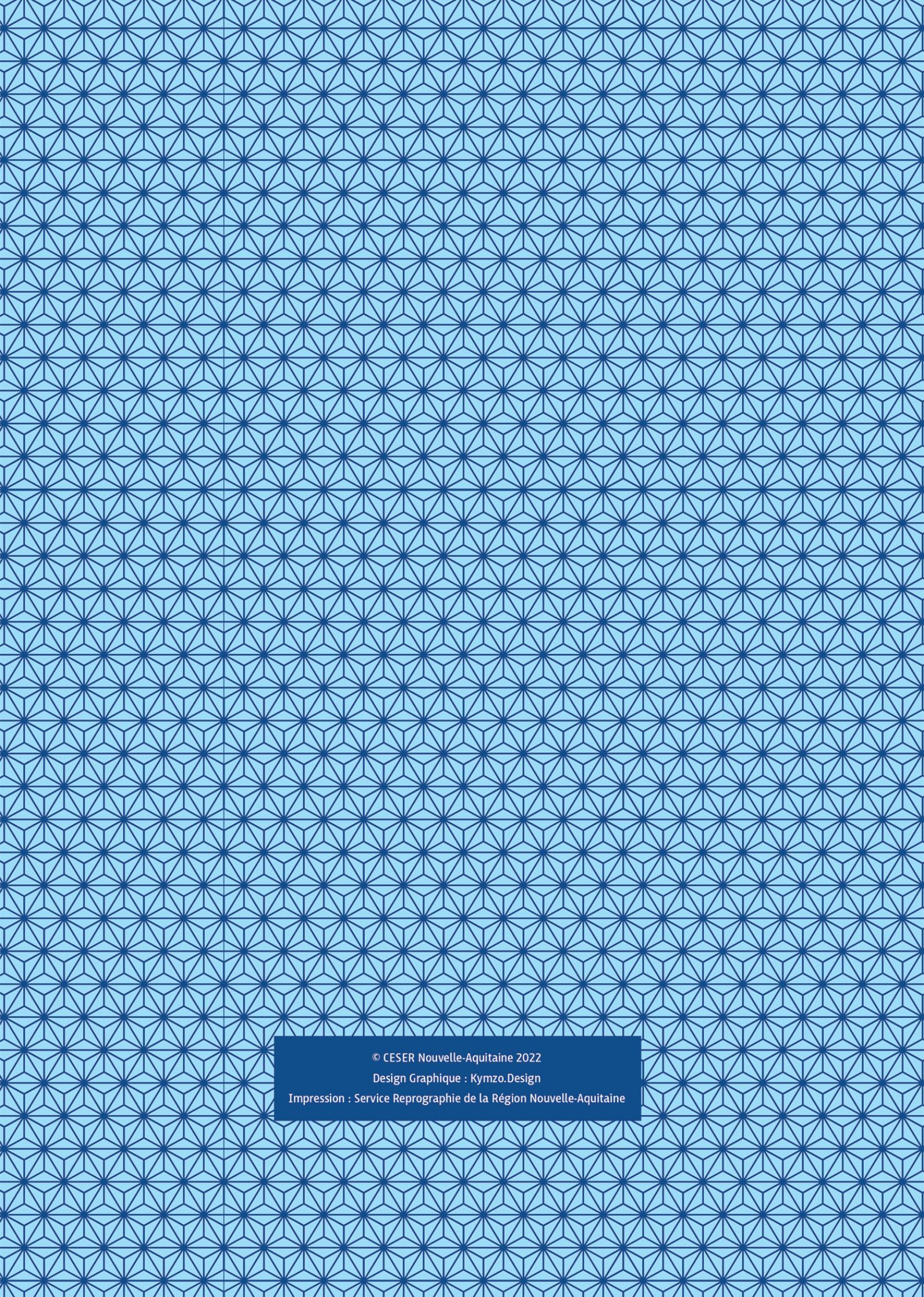
Conception couverture : KYMZO Design

Impression : Service reprographie du Conseil régional Nouvelle-Aquitaine



N° ISBN : version papier 978-2-11-172026-8  
N° ISBN : version numérique 978-2-11-172027-5

Dépôt légal : Décembre 2022



© CESER Nouvelle-Aquitaine 2022  
Design Graphique : Kymzo.Design  
Impression : Service Reprographie de la Région Nouvelle-Aquitaine



 Ceser Nouvelle-Aquitaine

[ceser-nouvelle-aquitaine.fr](http://ceser-nouvelle-aquitaine.fr)

**Site de Bordeaux**

14 rue François de Sourdis  
CS 81383  
33077 Bordeaux Cedex  
Tel. 05 57 57 80 80

**Site de Limoges**

27 boulevard de la Corderie  
CS 3116  
87031 Limoges Cedex 1  
Tel. 05 55 45 19 80

**Site de Poitiers**

15 rue de l'Ancienne Comédie  
CS 70575  
86021 Poitiers Cedex  
Tel. 05 49 55 77 77