

Marché du travail et genre (MAGE)

IMT Nord Europe

CLERSÉ (UMR 8019), Université de Lille

# Investir dans le secteur du soin et du lien aux autres

Un enjeu d'égalité  
entre les hommes et les femmes

Louisa Chassoulier, François-Xavier Devetter, Séverine Lemièrre,  
Muriel Pucci, Rachel Silvera (coordination) et Julie Valentin  
avec la collaboration de Louis Alexandre Erb

Rapport final





# **INVESTIR DANS LE SECTEUR DU SOIN ET DU LIEN AUX AUTRES : UN ENJEU D'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES**

Coordination : **RACHEL SILVERA** (Université Paris-Nanterre, MAGE)

Rédaction : **LOUISA CHASSOULIER** (Université Paris 1, stagiaire M2),  
**FRANÇOIS-XAVIER DEVETTER** (Université de Lille, IMT Nord-Europe, Clersé),  
**SEVERINE LEMIERE** (Université Paris Cité, MAGE), **MURIEL PUCCI** (Université Paris 1,  
CES), **RACHEL SILVERA** ET **JULIE VALENTIN** (Université Paris 1, CES)

avec la collaboration de **LOUIS ALEXANDRE ERB** (Laboratoire Erudite, TEPP-CNRS,  
Université Gustave Eiffel, doctorant).

**Rapport final**

**Janvier 2023**



## TABLE DES MATIERES

Introduction générale.....	11
<b>I. Une estimation du coût et du niveau d'emplois potentiellement créés dans l'économie du soin et du lien aux autres.....</b>	<b>19</b>
INTRODUCTION.....	21
<b>1. DEFINITION DES « METIERS DU SOIN, DU LIEN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT ».....</b>	<b>23</b>
<b>1.1. Entrée par les secteurs .....</b>	<b>23</b>
<b><i>1.1.1. Quels secteurs d'activités regroupent les fonctions de soin, d'accompagnement et d'éducation.....</i></b>	<b>23</b>
<b><i>1.1.2. Caractéristiques de ces secteurs.....</i></b>	<b>26</b>
<b>1.2. Entrée par les métiers.....</b>	<b>28</b>
<b><i>1.2.1. Quels sont les métiers concernés ?.....</i></b>	<b>28</b>
<b><i>1.2.2. Principales caractéristiques des métiers concernés .....</i></b>	<b>32</b>
<b>2. QUELLE REVALORISATION POUR CES METIERS ? .....</b>	<b>37</b>
<b>2.1. Définition d'un salaire cible par profession – méthodologie .....</b>	<b>37</b>
<b>2.2. Estimations des revalorisations par PCS .....</b>	<b>39</b>
<b>3. L'EVALUATION DU COUT DES REVALORISATIONS .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1. Méthodologie.....</b>	<b>41</b>
<b>3.2. Les effets des revalorisations.....</b>	<b>45</b>
<b><i>3.2.1. De la revalorisation du salaire net au coût du travail .....</i></b>	<b>45</b>
<b><i>3.2.2. De la revalorisation du salaire net au revenu disponible .....</i></b>	<b>49</b>
<b><i>3.2.3. Répartition des effets de la revalorisation .....</i></b>	<b>52</b>
<b>3.3. Mesure des dépenses globales issues des revalorisations .....</b>	<b>55</b>
<b>4. COMBIEN D'EMPLOIS MANQUE-T-IL ? .....</b>	<b>59</b>
<b>4.1. Méthodes et données.....</b>	<b>60</b>
<b>4.2. Estimation des créations par grande fonction sociale .....</b>	<b>63</b>
<b><i>4.2.1. Petite enfance.....</i></b>	<b>63</b>
<b><i>4.2.2. Personnes âgées et en perte d'autonomie .....</i></b>	<b>66</b>

4.2.3. <i>Action sociale auprès des publics fragiles</i> .....	67
4.2.4. <i>Santé</i> .....	69
4.2.5. <i>Éducation maternelle et primaire</i> .....	69
4.2.6. <i>Synthèse</i> .....	69
5. QUELS COUTS REPRESENTENT CES EMPLOIS ? .....	71
5.1. Le coût des emplois créés pour les employeurs .....	71
5.2. Les économies pour les finances publiques .....	75
5.3. Bilan pour les finances publiques .....	79
5.3.1. <i>Coûts pour les finances publiques des créations d'emplois</i> .....	79
<i>sans revalorisation</i> .....	79
5.3.2. <i>Coûts de la création d'emplois revalorisés et de la revalorisation des emplois existants</i> .....	80
6. PLACE ET COUT DE LA CONCURRENCE DANS LES CHAMPS DES METIERS DU VIEILLISSEMENT ET DE LA PETITE ENFANCE.....	85
6.1. La place des différents statuts au sein des secteurs de la prise en charge des personnes âgées et de la petite enfance .....	85
6.2. Quelles conséquences pour les salarié·es et la qualité des emplois ?.....	94
6.3. Peut-on repérer les profits générés par ces activités ?.....	100
CONCLUSION .....	103
II. Résultats de la consultation « Mon travail le vaut bien ».....	105
INTRODUCTION .....	107
1. PRESENTATION METHODOLOGIQUE ET ECHANTILLON DE LA CONSULTATION.....	109
1.1. Le temps de travail .....	115
1.2. Les rémunérations.....	116
2. UNE COMPLEXITE DU TRAVAIL SOUS-ESTIMEE.....	119
2.1. La complexité de métiers « tout en un » .....	119
2.1.1. <i>Des tâches effectuées simultanément</i> .....	119
2.1.2. <i>Faire en plus de son poste</i> .....	120

2.2. La complexité du travail accentué par un rapport au temps paradoxal et intenable.....	122
2.2.1. <i>Prendre du temps pour accompagner et soigner...</i> .....	122
2.2.2. <i>...tout en faisant face à des temps de plus en plus contraints</i> .....	122
2.2.3. <i>Et des interruptions fréquentes inhérentes au travail</i> .....	124
2.3. Ne pas seulement répondre aux besoins exprimés mais les anticiper : une complexité quotidienne et peu visible .....	126
3. LOIN DU PRISME HIERARCHIQUE ET BUDGETAIRE, LES RESPONSABILITES HUMAINES DES METIERS DU SOIN ET DU LIEN.....	127
4. DES METIERS ECRASES PAR LES EXIGENCES ORGANISATIONNELLES .....	131
4.1. S'abîmer au travail : les fortes contraintes physiques des métiers du soin et du lien .....	131
4.2. Le poids des horaires atypiques .....	135
4.2.1. <i>Un temps de travail morcelé</i> .....	136
4.2.2. <i>Des contraintes horaires qui mettent en difficulté l'articulation entre vies professionnelle et personnelle</i> .....	137
4.3. Faire face aux exigences émotionnelles inhérentes aux professions du soin et du lien aux autres .....	137
4.4. Des métiers impossibles à tenir jusqu'à la retraite .....	142
5. L'INVISIBILITE DES QUALIFICATIONS REELLES DES METIERS DU SOIN ET DU LIEN .....	145
5.1. Des connaissances et du temps pour maîtriser le métier .....	145
5.2. Des fiches de poste insuffisantes et lacunaires face à la multi-dimensionnalité des métiers.....	148
5.3. Quand la multi-dimensionnalité des métiers nie leurs qualifications .....	148
5.4. Au-delà du diplôme, des compétences qui se développent de manière empirique en analysant ses pratiques professionnelles .....	150
6. FIER-ES DE LEUR METIER MALGRE UN MANQUE DE RECONNAISSANCE .....	153
6.1. Des professionnel·les fier·es de leur métier .....	153
6.2. Mais pour des salaires jugés en deçà de la valeur du travail .....	155
6.3. Revaloriser les salaires et permettre des carrières : des revendications prioritaires pour les professionnel·les du soin et du lien.....	158

6.4. Avoir les moyens de bien faire son travail : revendiquer des emplois et des formations .....	162
CONCLUSION .....	167
<b>III. Focus sur trois professions du soin et du lien aux autres, et comparaison avec des métiers masculinisés.....</b>	<b>171</b>
INTRODUCTION .....	173
<b>1. LES SAGES-FEMMES HOSPITALIER-ES .....</b>	<b>175</b>
<b>1.1. Présentation du métier de sage-femme .....</b>	<b>175</b>
<b>1.1.1. Profil des sages-femmes.....</b>	<b>176</b>
<b>1.1.2. Des fortes mobilisations récurrentes.....</b>	<b>178</b>
<u>1.1.2.1. Pour de vraies revalorisations .....</u>	<u>179</u>
<u>1.1.2.2. Pour des effectifs suffisants.....</u>	<u>180</u>
<u>1.1.2.3. Pour une réforme des études plutôt qu'un changement de statut ...</u>	<u>180</u>
<b>1.2. La comparaison des sages-femmes avec les ingénieur-es hospitalier-es .....</b>	<b>181</b>
<b>1.2.1. Méthodologie .....</b>	<b>181</b>
<b>1.2.2. Le contenu du travail et les rémunérations des sages-femmes .....</b>	<b>183</b>
<u>1.2.2.1. Les compétences des sages-femmes.....</u>	<u>183</u>
<u>1.2.2.2. L'articulation entre compétences techniques et relationnelles.....</u>	<u>184</u>
<u>1.2.2.3. Entre autonomie et indépendance.....</u>	<u>184</u>
<u>1.2.2.4. Disponibilité permanence, tension.....</u>	<u>185</u>
<u>1.2.2.5. Gestion administrative et « bed managing ».....</u>	<u>186</u>
<u>1.2.2.6. Responsabilités sur des équipes, des personnes.....</u>	<u>186</u>
<u>1.2.2.7. Exigences organisationnelles .....</u>	<u>187</u>
<u>1.2.2.8. Reconnaissance professionnelle.....</u>	<u>188</u>
<u>1.2.2.9. Rémunération .....</u>	<u>188</u>
<b>1.2.3. Le contenu du travail et les rémunérations des ingénieurs hospitaliers .....</b>	<b>189</b>
<u>1.2.3.1. Les missions .....</u>	<u>189</u>
<u>1.2.3.2. Technicité – complexité du travail.....</u>	<u>190</u>
<u>1.2.3.3. Les responsabilités .....</u>	<u>190</u>

<u>1.2.3.4. Contraintes organisationnelles</u> .....	191
<u>1.2.3.5. Rémunérations</u> .....	191
<u>1.2.3.6. Points de vue sur la comparaison entre les sages-femmes et les ingénieurs</u> .....	191
<u>1.2.3.7. Synthèse de la comparaison sage-femme et ingénieur</u> .....	192
<b>2. LES ASSISTANT·ES DE SERVICE SOCIAL</b> .....	195
<b>2.1. Présentation du métier d'assistant·e de service social</b> .....	195
<b>2.1.1. Histoire d'une profession ultra féminisée</b> .....	195
<b>2.1.2. La lutte pour la reconnaissance du diplôme au niveau bac+3 et du passage en catégorie A de la fonction publique</b> .....	196
<b>2.1.3. Définition et cadre réglementaire de la profession</b> .....	197
<u>2.1.3.1. Indépendance et autonomie</u> .....	198
<b>2.1.4. Profil des assistant·es de service social</b> .....	199
<b>2.2. La comparaison des assistant·es de service social avec les technicien·nes supérieur·es</b> .....	202
<b>2.2.1. Méthodologie</b> .....	202
<b>2.2.2. Le contenu du travail et les rémunérations des assistant·es de service social</b> .....	204
<u>2.2.2.1. Qualifications</u> .....	204
<u>2.2.2.2. Technicité</u> .....	204
<u>2.2.2.3. Fortes capacités d'adaptation</u> .....	205
<u>2.2.2.4. Responsabilités</u> .....	206
<u>2.2.2.5. Autonomie</u> .....	206
<u>2.2.2.6. Exigences organisationnelles</u> .....	207
<u>2.2.2.7. Le manque de temps</u> .....	208
<u>2.2.2.8. Et le manque de moyens</u> .....	208
<u>2.2.2.9. Faible reconnaissance</u> .....	209
<u>2.2.2.10. Les rémunérations</u> .....	210
<b>2.2.3. Le contenu du travail et les rémunérations des techniciens</b> .....	211
<u>2.2.3.1. Des compétences diverses</u> .....	211

2.2.3.2. <u>Autonomie</u> .....	212
2.2.3.3. <u>Responsabilités</u> .....	213
2.2.3.4. <u>Interruptions et gestions d'incidents</u> .....	213
2.2.3.5. <u>Exigences organisationnelles</u> .....	213
2.2.3.6. <u>Rémunérations</u> .....	214
<b>3. LES AIDES-SOIGNANT·ES.....</b>	<b>217</b>
<b>3.1. Présentation du métier d'aide-soignant·e .....</b>	<b>217</b>
<b>3.1.1. « Délégations en cascade » et prise en charge du « sale boulot ».....</b>	<b>220</b>
<b>3.1.2. Glissements de tâches et « faisant fonction » .....</b>	<b>221</b>
<b>3.1.3. Un état des lieux de la profession .....</b>	<b>222</b>
<b>3.1.4. La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).....</b>	<b>225</b>
<b>3.2. La comparaison des aides-soignantes avec les ouvriers d'un Ehpad public.....</b>	<b>227</b>
<b>3.2.1. Méthodologie .....</b>	<b>227</b>
<b>3.2.2. Le contenu du travail et les rémunérations des aides-soignantes .....</b>	<b>229</b>
3.2.2.1. <u>Entre subordination et autonomie relative</u> .....	229
3.2.2.2. <u>La maîtrise du temps de travail</u> .....	230
3.2.2.3. <u>Horaires et organisations du travail</u> .....	231
3.2.2.4. <u>Une disponibilité permanence et une imprévisibilité du travail</u> .....	231
3.2.2.5. <u>Un travail difficile physiquement et émotionnellement</u> .....	232
3.2.2.6. <u>Un manque de reconnaissance jusqu'à la crise sanitaire</u> .....	234
3.2.2.7. <u>Les rémunérations</u> .....	234
<b>3.2.3. Le contenu du travail et les rémunérations des ouvriers.....</b>	<b>235</b>
3.2.3.1. <u>Un manque de personnel aussi chez les ouvrier.es</u> .....	236
3.2.3.2. <u>Une polyvalence accrue par les effectifs réduits</u> .....	237
3.2.3.3. <u>Des responsabilités limitées</u> .....	238
2.2.3.4. <u>Au quotidien, des contraintes physiques et une faible charge émotionnelle</u> .....	238
2.2.3.5. <u>Les rémunérations</u> .....	239

<b>CONCLUSION .....</b>	<b>243</b>
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>245</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>253</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>263</b>

## **REMERCIEMENTS**

Les chercheur-es qui ont réalisé cette étude tiennent à remercier les équipes syndicales de la CGT, notamment le collectif Femmes-Mixité, ainsi que les membres de la campagne « Revaloriser les métiers du soin et du lien aux autres », pour avoir participé aux réflexions qui ont accompagné les différentes étapes de cette recherche, pour avoir diffusé la consultation « Mon travail le vaut bien » et facilité notre accueil auprès des salarié-es enquêté-es. Nos remerciements s’adressent aussi à tous et toutes les professionnel-les qui ont accepté de répondre au questionnaire et aux entretiens, de partager avec nous leur réalité au travail.

Cette recherche a bénéficié du soutien de la Confédération générale du travail (CGT) apporté dans le cadre de la convention d’études conclue pour l’année 2021 (projet n° 1) entre l’Institut de recherches économiques et sociales (Ires) « au service des organisations représentatives de travailleurs » et la CGT.



## **Introduction générale**



Rappelons-nous que tous les soirs, en mars 2020, nous avons applaudi celles et ceux qui ont été en première ligne face à la crise sanitaire. Cette crise aura eu au moins le mérite de faire prendre conscience de tout le travail accompli par ces soignant·es, ces accompagnant·es, celles et ceux qui occupent tous ces métiers si essentiels à nos vies. Et n'oublions pas non plus que dans une grande majorité, ces métiers sont occupés par des femmes.

Mais la crise du Covid-19 a révélé aussi à quel point les pays occidentaux, et la France tout particulièrement, ont détérioré les services publics de santé et de l'action sociale, bien avant la crise, avec des plans d'austérité drastiques : baisse du nombre de lits (100 000 sur 20 ans), gestion des hôpitaux notamment par la tarification à l'activité, etc. Chaque année, l'État a contraint le budget du service public en diminuant les remboursements de la Sécurité sociale et en exigeant 800 millions d'euros d'économies. Du coup, la diminution du nombre de lits disponible et des effectifs est devenue une problématique majeure. On a assisté à l'accélération des processus de privatisation rampante et de marchandisation de la santé, de l'action sociale et du soin aux autres, qui étaient déjà à l'œuvre les années précédentes.

Toutes les missions de « services publics vitaux » ont été visées, bien avant la crise du Covid-19, que ce soit l'accueil et l'éducation des enfants ou encore l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie (âgées, malades, en situation de handicap et vulnérables).

Dans la suite de ce rapport, nous avons décidé de désigner ce large secteur par « le soin et le lien aux autres », c'est-à-dire, l'ensemble des professions couvrant les besoins de la petite enfance (jusqu'à six ans), à la perte d'autonomie des personnes âgées, en intégrant les personnes malades et vulnérables. Il s'agit donc des activités relevant de la santé et de l'action ou de l'accompagnement social, sachant que ces deux dimensions sont souvent liées entre elles.

Or les personnels et les usager·es font face à une double réalité : d'une part, une dégradation des conditions de travail et d'emploi, du fait notamment de l'optimisation de l'organisation du travail (plus de temps passé aux activités gestionnaires et administratives et moins aux activités de soin et de lien aux autres), et d'autre part, un report de plus en plus fort d'une partie de ces activités sur les usager·es, les familles, avec les femmes en tête, qui ont compensé ces manquements. Qui plus est, cette réalité s'inscrit dans la diversité des acteurs assurant ces missions : l'État et les collectivités territoriales, mais aussi le secteur privé à but lucratif et non lucratif...

Dans ce contexte de détérioration des secteurs du soin et du lien aux autres, les besoins structurels en personnel sont très importants. Les aides à domicile, les aides-soignant·es, les infirmier·res ou encore les assistant·es maternel·les, mais aussi les professionnel·les de l'action sociale, figurent en tête des secteurs à fort besoins de main-d'œuvre, pour faire face notamment au vieillissement de la population et à ces besoins.

Les besoins en personnel s'expliquent aussi par le vieillissement des effectifs : les départs en fin de carrière sont traditionnellement nombreux dans les métiers d'assistant-e maternel-le et d'aide à domicile où l'âge médian est élevé (respectivement 45 et 47 ans, contre 42 ans pour l'ensemble des métiers), car ils sont souvent occupés par des femmes ayant repris un emploi après une interruption ou une reconversion. Dans ces métiers, plus d'une personne sur trois est âgée d'au moins 50 ans.

La crise sanitaire et ses conséquences sur la santé mentale des populations montrent l'urgence pour les sociétés d'investir dans les secteurs du soin et du lien aux autres. L'OMS définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition rassemble ainsi les secteurs du soin et du lien, articulant à la fois santé physique et mentale. **Dans le cadre de cette recherche, investir dans le secteur du soin et du lien aux autres relève d'un double enjeu pour l'égalité entre les femmes et les hommes :**

- D'une part, le confinement, comme le bilan des mesures d'austérité mises en place après 2008, l'ont montré : tout recul dans la prise en charge des personnes dépendantes a d'abord un impact négatif sur les femmes qui exercent 70 % en moyenne des tâches domestiques, chiffre qui se dégrade avec le nombre d'enfants à charge. À l'inverse, émanciper les femmes des tâches ménagères permettrait en France, et encore plus dans les pays en développement, de faire basculer un travail réalisé aujourd'hui dans l'économie informelle vers le salariat. Il s'agit ici de créer des emplois pour prendre en charge une partie des tâches domestiques et familiales, et de faire reculer ce point central des inégalités entre les femmes et les hommes. C'est un levier pour permettre aux femmes d'accéder à des emplois à temps plein et d'avoir un déroulement de carrière ;
- D'autre part, le secteur des soins et du lien aux autres est très fortement féminisé. Bon nombre des métiers dépassent les 80 %, voire 90 % de femmes : aides-soignantes, infirmières, aides à domicile, assistantes maternelles, assistantes sociales, sage-femmes, enseignantes etc. Ces métiers, souvent considérés comme des « métiers de femmes », souffrent de sous-valorisation professionnelle et salariale, car ce sont des métiers de vocation, des métiers dans le prolongement des activités familiales (prendre soin, accompagner, éduquer...). **Le fait que les femmes soient concentrées dans ces métiers dévalorisés est d'ailleurs l'un des principaux facteurs expliquant les 28,5 % d'écart de salaire entre les femmes et les hommes.** Ces métiers peuvent aussi être particulièrement précaires, subir un temps partiel très réduit, avoir des conditions de travail difficiles et à bas salaire. Investir dans ces secteurs, reconnaître les qualifications exercées et créer des emplois stables permettent, dans un premier temps, de revaloriser les métiers à prédominance féminine et de faire progresser l'égalité professionnelle. Dans un second

temps, en rendant ces métiers plus attractifs, cela permettra de renforcer aussi la mixité de ces métiers...

**L'objectif principal de cette recherche est donc de montrer qu'investir dans le secteur des soins et du lien aux autres (au sens large) permet de changer de paradigme. Il s'agit d'investir dans ces secteurs économiques pour y créer des emplois de qualité et revaloriser ces professions en reconnaissant leur valeur professionnelle et leurs conditions de travail.**

**Investir dans le secteur des soins et du lien aux autres contribue aussi à l'égalité salariale entre femmes et hommes et permet d'émanciper davantage les femmes d'une partie des tâches domestiques pour construire une société plus égalitaire.** Pour cela, deux axes principaux structurent cette recherche :

**1. Tout d'abord, la première partie de ce rapport propose une approche quantitative du sujet. Il s'agit d'une estimation du coût et du niveau d'emplois créés par un investissement public dans l'économie du soin et du lien aux autres.** L'objectif de cette partie est d'adapter et d'enrichir au cas français l'étude « Investir dans l'économie des soins » réalisée par la Confédération syndicale internationale (CSI). Cette étude qui porte sur sept pays de l'OCDE a démontré qu'un investissement de 2 % du PIB dans l'économie des soins, permettrait la création de 21 millions d'emplois.

*Selon cette étude, « un investissement constant dans les soins n'est pas seulement vital pour les sociétés, mais fournit également un moteur indispensable pour la croissance économique et agit comme un antidote à l'impact destructeur des politiques d'austérité qui ont échoué ».*

Ces politiques ont en effet conduit, partout en Europe, à des coupes budgétaires, largement supportées par les femmes, en tant que travailleuses, dont l'emploi s'est détérioré ou a disparu, mais aussi en tant qu'aidantes, tenues d'effectuer des tâches de plus en plus importantes auprès des personnes dépendantes.

Cette étude de la CSI estime ainsi qu'**avec un investissement de 2 % du PIB dans l'économie des soins, le nombre total d'emplois pourrait augmenter de 2,4 à 6,1 % en fonction des pays.** Près de 13 millions de nouveaux emplois seraient créés aux États-Unis, 3,5 millions au Japon, un peu plus de deux millions en Allemagne, 1,5 million au Royaume-Uni, un million en Italie, 600 000 en Australie et quasiment 120 000 au Danemark. Elle s'appuie sur une méthode de simulation de l'emploi, à partir de tableaux d'entrées et sorties élaborés par les bureaux nationaux des statistiques, à partir de données Eurostat et suivant les méthodes du bureau de statistiques du gouvernement écossais.

Notre propre étude s'appuie sur une méthodologie adaptée aux outils en vigueur en France, à partir de données des enquêtes Emploi (Insee) et Conditions de travail (Dares), avec des axes de travail complémentaires. Il s'agit tout d'abord de dénombrer les effectifs couvrant le secteur du soin et du liens aux autres. Puis, l'objectif est d'estimer le montant de la

revalorisation de ces professions en termes de rémunération, en retenant une hypothèse simple : le salaire mensuel moyen par niveau de diplôme. Enfin, l'étude procède à une estimation du nombre d'emplois nécessaires pour assurer le bien-être de notre société en termes de soins et de liens aux autres, ainsi que le coût d'un tel investissement, en intégrant l'hypothèse d'une revalorisation de tous ces emplois. Les résultats globaux sont légèrement supérieurs à ceux retenus par la CSI, en concluant qu'au total le niveau d'investissement nécessaire est de l'ordre de 80 milliards d'euros, soit 3 % du PIB ;

## **2. Ensuite, les parties 2 et 3 de ce rapport apportent une démarche qualitative sur les conditions de la revalorisation des métiers du soin et du lien aux autres.**

Nos travaux précédents, tout comme le guide du Défenseur des droits et du Conseil supérieur à l'égalité professionnelle ont montré la sous-valorisation des métiers très féminisés. Il s'agira ici de s'intéresser plus particulièrement aux métiers du soin et du lien aux autres. A quel point leurs qualifications sont-elles dévalorisées ? On ne reconnaît ni la totalité des niveaux de diplômes (notamment des diplômes d'État), ni l'expertise et la technicité, ni le réel degré de responsabilités, ni enfin l'importance des contraintes physiques et nerveuses de ces emplois. **Notre analyse prouve que c'est parce que ces emplois sont très féminisés et s'appuient sur des compétences considérées comme « naturelles » pour les femmes (aider, soigner, éduquer, nettoyer, écouter...), qu'ils sont sous-payés.** C'est pour cette raison que Séverine Lemièrre et Rachel Silvera ont lancé une tribune dans *Le Monde* du 18 avril 2020, signée par des chercheur-es et toutes les organisations syndicales de salarié-es, suivie d'une pétition en ligne signée par plus de 65 000 personnes.

Par ailleurs, certains métiers à prédominance féminine sont marqués par la précarité et les temps partiels. Pour de nombreuses femmes, les salaires mensuels sont donc très inférieurs au Smic et les droits sociaux réduits au strict minimum, alors que les amplitudes horaires sont maximales et les horaires atypiques la règle. Présenté comme un moyen de « concilier » vie professionnelle et vie familiale, le temps partiel est tout l'inverse : il enferme dans la précarité et dans la dépendance économique vis-à-vis du conjoint et complique considérablement l'exercice de la parentalité.

L'enjeu de cette nouvelle étude est d'aller plus loin dans cette démarche et d'élaborer les bases d'une revalorisation concrète de certains de ces emplois à prédominance féminine en les comparant à des emplois à prédominance masculine.

Deux étapes ont été réalisées :

- Tout d'abord, la deuxième partie de ce rapport s'appuie sur une consultation « Mon travail le vaut bien » réalisée auprès de quinze professions du soin et du lien aux autres. Cette consultation a permis de (1) donner la parole aux professionnel.les pour s'exprimer sur le

contenu de leur travail réalisé (degré de responsabilité, technicité, conditions de travail...), leurs niveaux de rémunération, leurs perceptions et leur vécu professionnel (décalage entre travail « prescrit » et travail réel...), et (2) d'entendre leurs revendications ;

- Dans la troisième partie de ce rapport, l'objectif a été de choisir trois professions parmi les quinze retenues, dans des secteurs différents quant au public accueilli, au type d'employeurs et au niveau de qualification : les sages-femmes, les assistant-es de services sociaux et les aides-soignant-es. Pour chacune de ces trois professions, nous avons procédé à des enquêtes approfondies et élaboré une comparaison du contenu du travail, des classifications et des rémunérations avec des emplois à prédominance masculine, d'un niveau de classification ou de rémunération proche.

Enfin, nous avons élaboré une annexe disponible en ligne, qui présente, pour chacune des quinze professions de l'étude, un état des lieux du point de vue de son histoire, du contenu du travail et des mobilisations qui ont pu avoir lieu à notre connaissance. Ces annexes présentent également les principaux résultats de la consultation « Mon travail le vaut bien ».

Tous ces travaux, de nature à la fois scientifique et empirique, cherchent à articuler réflexions universitaires et paroles de terrain. Ils présentent donc les limites et les avantages de toute recherche-action et s'inscrivent dans une démarche générale d'amélioration des décisions de politiques publiques et de l'égalité entre les femmes et les hommes.



# **I. Estimation du coût et du niveau d'emplois potentiellement créés dans l'économie du soi et du lien aux autres**

François-Xavier Devetter, Muriel Pucci, Julie Valentin



## INTRODUCTION

Cette première partie du rapport s'inscrit dans la logique défendue par la Confédération syndicale internationale à travers l'étude « Investir dans l'économie des soins » de 2016, évoquée en introduction. L'objectif est de faire apparaître l'ordre de grandeur de l'effort financier à consentir pour revaloriser ces métiers et en accroître les effectifs.

Les « métiers du soin et du lien aux autres » peuvent se décomposer en cinq grands « secteurs » : la petite enfance, l'éducation, la santé, la perte d'autonomie et enfin les services sociaux. Si ces cinq secteurs représentent un volume conséquent de salarié-es et regroupent des métiers majoritairement féminins, leurs périmètres demeurent flous. Ils dépendent d'employeurs divers et renvoient à des conditions d'emploi et de reconnaissance variables. La délimitation des « métiers du soin et du lien » ne correspond pas à une nomenclature établie et consensuelle.

Cette première partie se décompose en six chapitres. Dans un premier temps, nous cherchons à définir le champ et à quantifier les effectifs concernés puis à décrire brièvement les principales caractéristiques de ces emplois (statut, temps de travail et rémunération). Le critère de revalorisation et son application aux professions du champ étudié sont présentés dans le chapitre 2. L'évaluation des coûts qu'impliquent ces revalorisations est détaillée dans le chapitre 3.

Le chapitre 4 cherche ensuite à estimer le nombre d'emplois nécessaires pour réduire les inégalités d'accès et répondre aux besoins sociaux liés aux cinq grands domaines identifiés tandis que le chapitre 5 fournit une mesure des coûts additionnels générés par ces créations d'emplois. Enfin, un sixième chapitre met en évidence les écarts de qualité de l'emploi selon les opérateurs pour interroger la place accordée au secteur privé à but lucratif.



## 1. DEFINITION DES « METIERS DU SOIN, DU LIEN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT »

De plus en plus d'emplois renvoient à des fonctions relationnelles et contribuent à des tâches de soin, d'éducation, d'aide ou d'accompagnement. Ces tâches peuvent se rapprocher de ce que les anglo-saxons nomment le *care*<sup>1</sup>, notion complexe à définir, elle englobe une multitude de métiers de niveaux de qualification très variés (allant des employé·es de maison aux chirurgien·nes, par exemple). Cette catégorie apparaît ainsi large et peu consensuelle dans le contexte français<sup>2</sup>. Mais des éléments issus des enquêtes quantitatives permettent d'objectiver le périmètre des activités relevant du soin, du lien ou de l'accompagnement (SLA). En effet, l'enquête Emploi (jusqu'en 2012) et l'enquête Conditions de travail (2019) questionnent directement les salarié·es sur la fonction principale qu'ils estiment exercer. Dix modalités sont proposées et parmi celles-ci figurent les « fonctions de soin et d'éducation ». Il est donc possible, sur cette base, de dessiner un périmètre reposant sur une perception partagée par les salarié·es. C'est cette convention des métiers du soin et du lien que nous retenons ici. Deux entrées restent alors possibles. La première privilégie le secteur d'activité auquel les salarié·es se rattachent (1.1.). La seconde s'appuie sur la sélection de métiers ou de professions spécifiques (1.2.).

### 1.1. Entrée par les secteurs

Après avoir repéré et sélectionné les secteurs où les fonctions de soin, d'accompagnement et d'éducation sont majoritaires ou centrales (1.1.1.), nous décrivons brièvement les caractéristiques sociodémographiques des salarié·es concerné·es (1.1.2.).

#### 1.1.1. Quels secteurs d'activités regroupent les fonctions de soin, d'accompagnement et d'éducation ?

Au niveau de la Nomenclature d'activités française (NAF) en 129 postes, les activités du SLA sont relativement concentrées : dans quatre secteurs, plus de la moitié des salarié·es déclarent une fonction d'enseignement ou de soin (enseignement, santé, action sociale avec hébergement et sans hébergement) ; quatre autres secteurs affichent une proportion de salarié·es concerné·es comprises entre 22 et 36 % (activités associatives, particulier employeur, activités sportives et récréatives et « autres services personnels »). Dans ce second groupe, une forte proportion de salarié·es déclare une fonction principale « autre », illustrant ainsi également la difficulté, pour les salarié·es eux-mêmes et elles-mêmes, de définir certaines activités en lien avec des usager·es ou des client·es. Dans les autres secteurs,

---

<sup>1</sup> Tronto Joan, Maury Hervé (2009), *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, La Découverte ; Tronto Joan (2013), *Le risque ou le care ?* Presses universitaires de France, 50 (petites) pages ; Laugier Sandra, Molinier Pascale, Paperman Patricia. (2009), *Qu'est-ce que le care. Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot ; Albelda Randy, Duffy Mignon, Folbre Nancy, « Counting on Care Work: Human Infrastructure in Massachusetts » (2009), *Center for Social Policy Publications*.

<sup>2</sup> Gadrey Jean, Gadrey Nicole (2010), « To care or not to care ? », *Alternatives Économiques*, 2010/7, n° 293.

la proportion de salarié-es s'inscrivant dans une fonction d'éducation ou de soin ne dépasse pas 10 %.

Ainsi, plus de 4,3 millions de salarié-es, sur plus de 25 millions en 2012, déclarent ce type de fonctions. Les quatre secteurs principalement concernés en regroupent 3,5 millions (pour une main-d'œuvre totale de 5,3 millions de salarié-es dans ces secteurs). Les quatre autres secteurs regroupent, quant à eux, près de 400 000 salarié-es s'inscrivant dans « le soin et l'éducation » pour une main-d'œuvre totale de 1,4 million de salarié-es.

**Tableau 1 : Secteurs où la fonction principale est liée au soin et à l'éducation**

<b>NAFG129UN</b>	Production Chantier Exploitation	Autre Fonction	Installation Réparation Maintenance	Gardiennage Nettoyage Entretien ménager	Manutention Magasinage Logistique	Secrétariat Saisie Accueil	Gestion, comptabilité	Commerce avec restauration Technico- commercial	Etudes Recherche Développe- ment Méthodes	Enseignement Soin aux personnes
<b>Effectif total</b>	<b>5 237 360</b>	<b>3 320 727</b>	<b>1 505 986</b>	<b>1 518 895</b>	<b>1 308 457</b>	<b>1 706 075</b>	<b>2 149 135</b>	<b>2 786 825</b>	<b>1 890 044</b>	<b>4 327 319</b>
P85Z Enseignement	2	7	1	5	1	5	4	0	4	71
Q86Z Activités pour la santé humaine	2	7	1	5	1	9	3	0	2	70
Q87Z Hébergement médico-social et social	4	10	2	12	1	4	4	0	1	63
Q88Z Action sociale sans hébergement	6	16	1	14	2	4	3	0	1	53
S96Z Autres services personnels	13	23	0	6	1	2	2	15	1	36
R93Z Activités sportives, récréatives et de loisirs	7	29	5	6	1	9	6	7	3	27
T97Z Activités des ménages en tant qu'employeurs de personnel domestique	7	8	1	52	1	1	0	1	0	27
S94Z Activités des organisations associatives	5	23	2	6	1	13	14	3	11	23

Source : enquête Emploi 2019, Insee.

Lecture : Dans le secteur de l'Enseignement, 2 % des salarié-es déclarent une fonction principale relative à la « production », 71 % à « l'enseignement ou au soin aux personnes »

### **1.1.2. Caractéristiques de ces secteurs**

Sans surprise, ces secteurs sont marqués par une forte féminisation (de 87 % pour l'action sociale sans hébergement à 68 % pour l'enseignement). Les autres caractéristiques sont cependant plus hétérogènes.

La place des salarié·es immigré·es est ainsi très variable : alors qu'elles et ils représentent près de trois salarié·es sur dix dans l'emploi auprès des particuliers, elles et ils n'occupent que 6 % des postes dans la santé ou 7 % dans l'enseignement. Dans les autres secteurs, la proportion d'immigré·es est proche de leur poids dans l'ensemble des salarié·es. Ces écarts s'expliquent « mécaniquement » par l'importance que joue l'emploi public dans l'activité des différents secteurs : majoritaire dans la santé et l'enseignement, conséquent dans l'action sociale et faible ou inexistant dans les autres secteurs.

De même, la structure professionnelle est sensiblement différente : si les ouvrier·es sont peu présent·es, la part des salarié·es qualifié·es (cadres et professions intermédiaires) varie considérablement. Ainsi, à nouveau, les secteurs de l'enseignement (77 % de cadres et professions intermédiaires) et la santé (61 %) s'opposent nettement à l'action sociale avec hébergement (36 %) et plus encore sans hébergement (22 %). C'est notamment la faiblesse des professions « cadres » qui distingue les secteurs de l'action sociale et renvoie ainsi à la fois à des organisations du travail peu structurées (faible taux d'encadrement et fort isolement des intervenant·es) et à une reconnaissance sociale médiocre des qualifications (postes d'encadrement classés comme profession intermédiaire ou postes « techniques » considérés comme non qualifiés).

La structure professionnelle se répercute en partie sur les niveaux de rémunération, les secteurs de l'action sociale se caractérisant par des niveaux de rémunération mensuelle moyenne particulièrement bas.

**Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des secteurs du soin et de l'éducation**

NAFG129UN	Proportions en %									Salaire mensuel moyen (net)
	Femmes	Immigrées	Cadres	Prof. inter.	Employées	Ouvriers	Moins de 30 ans	Plus de 50 ans	Secteur public	
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>9.5</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>41</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>34</b>	<b>45</b>	
P85Z Enseignement	68	7	32	45	19	3	13	35	79	1 970 €
Q86Z Activités pour la santé humaine	74	6	19	42	36	2	18	31	62	1 960 €
Q87Z Hébergement médico-social et social	79	10	5	31	59	5	18	31	21	1 600 €
Q88Z Action sociale sans hébergement	87	12	3	19	70	8	13	37	15	1 241 €
R93Z Activités sportives, récréatives et de loisirs	45	8	13	53	19	8	27	25	16	1 465 €
S94Z Activités des organisations associatives	64	10	27	36	27	9	19	35	0	1 927 €
S96Z Autres services personnels	78	12	3	6	43	8	25	28	10	1 207 €
T97Z Activités des ménages en tant qu'employeurs de personnel domestique	90	29	0	1	94	5	8	59	0	747 €

Source : enquête Emploi 2019, Insee.

Lecture : Dans le secteur de l'enseignement, 68 % des salarié-es sont des femmes, 7 % sont immigré-es, 32 % sont cadres. Le salaire mensuel moyen atteint 1970 €.

## **1.2. Entrée par les métiers**

Si l'entrée par les secteurs permet de cibler les grands types d'activités concernés et de constater certaines de leurs particularités (notamment leur féminisation, la faible reconnaissance salariale ou en termes de qualifications mais également le rôle central de l'emploi public), elle tend à invisibiliser les spécificités liées aux métiers. Ainsi, au sein de ces secteurs, les enjeux du SLA se concentrent sur un nombre restreint de professions. Après les avoir identifiées (1.2.1.), nous soulignons leurs principales caractéristiques et notamment les difficultés auxquelles elles sont confrontées (1.2.2.).

### ***1.2.1. Quels sont les métiers concernés ?***

Si l'on se concentre sur les quatre secteurs majoritairement tournés vers le soin et l'éducation, il est possible de lister 26 métiers (au sens de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles, PCS) regroupant plus de 77 % des salarié·es de ces secteurs. Quatre sont des métiers de cadre. Dix appartiennent aux professions intermédiaires. Onze sont employé·es et un (cuisinier·e) relève de la catégorie sociale des ouvrier·es (tableau 3).

<b>Tableau 3 : Identification et effectifs des métiers du soin et du lien</b>			
<b>Intitulé</b>	<b>PCS</b>	<b>Effectifs</b>	<b>% de l'emploi des secteurs Enseignement /soin</b>
Aides-soignants	526a	434 875	8,0
Infirmiers	431f	379 585	7,0
Aides à domicile	563b	367 307	6,7
Professeurs	341a	348 058	6,4
Professeurs des écoles	421b	331 374	6,1
Assistants maternelles	563a	330 028	6,1
Agent de service hospitalier	525d	312 855	5,7
Adjoint administratif	523a	155 323	2,9
Aides médico-psychologique	526d	137 176	2,5
Cadres de l'intervention socio-éducative	434d	269 242	5,0
Agents de service des établissements primaires	525a	116 481	2,1
Enseignants de l'enseignement supérieur	342a	116 395	2,1
Secrétaires	542a	115 149	2,1
Professeurs d'enseignement général des collèges	422a	97 769	1,8
Médecins hospitaliers	344a	96 484	1,8
Aides-éducateurs et surveillants	422e	90 206	1,7
Auxiliaires de Puériculture	526c	85 605	1,6
Agents de service des autres établissements scolaires	525b	80 018	1,5
Techniciens médicaux	433a	75 556	1,4
Personnels administratifs des collectivités locales et hôpitaux	451f	62 455	1,2
Animateurs socio-culturels	435b	61 727	1,1
Cadres infirmiers	431a	59 299	1,1
Formateurs	423b	58 874	1,1
Cuisiniers	636d	57 514	1,1
Ambulanciers salarié.e.s	526e	54 841	1,0
Assistants dentaires et médicaux	526b	53 668	1,0
<b>Total</b>		<b>4 347 862</b>	<b>77 %</b>
Source : enquête Emploi 2019. Lecture : il y a 434 875 aides à domicile qui représentent 8 % de l'ensemble des métiers du SLA.			

Parmi ces 26 PCS, certaines ne relèvent cependant qu'indirectement de l'enseignement et du soin : il s'agit essentiellement des fonctions support (administrative ou logistique) à l'image des personnels administratifs, des secrétaires ou encore des adjoint-es administratif-ves. L'enquête Conditions de travail de la Dares permet ainsi de distinguer les métiers directement concernés par les fonctions de soin et d'éducation et de classer ces PCS selon leur niveau de

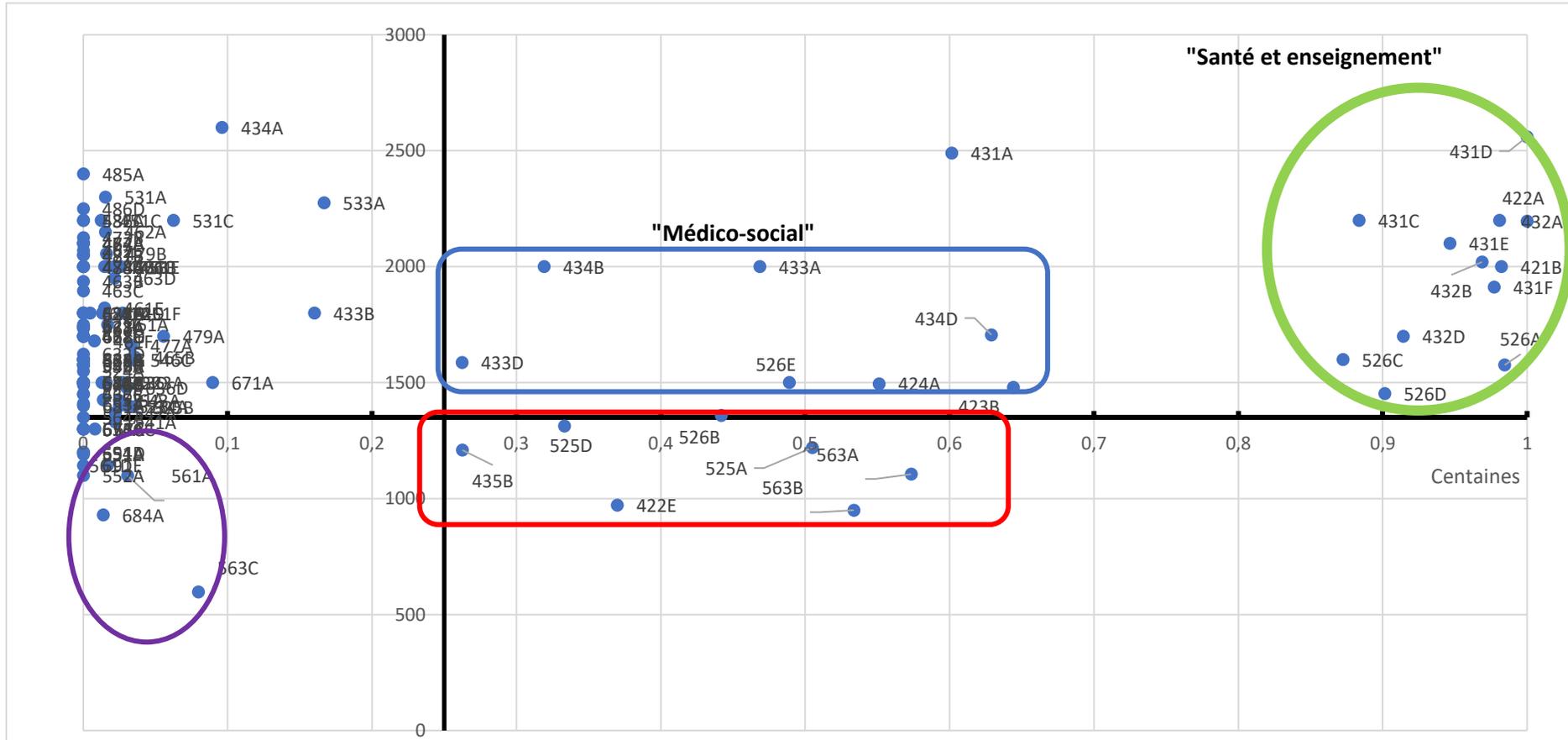
rémunération moyen. Le graphique 1 représente ainsi les 131 PCS (hors cadres) regroupant au moins 50 individus dans l'enquête. Il repose sur le croisement de deux critères :

- le niveau de salaire médian de la PCS. Dans le graphique, l'axe verticale en gras correspond à 1 250 € par mois. 15 professions sont en dessous ;
- le pourcentage de salarié-es par PCS déclarant des fonctions de soin ou d'éducation comme fonction principale. Dans le graphique, l'axe en gras correspond à 25 % du total d'une PCS. Il s'agit bien de la « fonction principale déclarée » et des salarié-es participant à ce type de tâches peuvent déclarer une autre fonction principale.

En croisant ces deux critères, il est possible de distinguer cinq groupes distincts :

- les professions du champ médico-social peu rémunérées (cercle rouge). Il s'agit d'un segment particulièrement peu reconnu socialement et monétairement. On y retrouve les aides à domicile, agent-es de service hospitalier, assistant-es maternel·les, animateur·ices socio-culturel·les, les agent-es territoriaux·les spécialisé-es des écoles maternelles (Atsem), aides éducateur·trices... ;
- les professions du champ médico-social « mieux » rémunérées. Elles déclarent des taux de fonction « soin/éducation » proches du premier groupe, mais bénéficient de rémunérations mensuelles moins basses. On y retrouve majoritairement les professions intermédiaires du travail social : éducateur·trice, assistant·e social·e, conseiller·e en éducation sociale et familiale... ;
- les professions de la santé et de l'enseignement. Elles affichent logiquement des taux de fonction « soin/éducation » très élevés et des rémunérations médianes relativement hautes (cercle vert). On y retrouve les infirmier·es, les aides-soignant·es, les professeur·es des écoles, les formateur·ices, etc. Elles relèvent en grande partie de la fonction publique et disposent de statuts reconnus (relevant des catégories A ou B de la fonction publique). Les conditions de travail et la reconnaissance monétaire et symbolique associées (*cf. infra*) peuvent y être mauvaises au regard des exigences du métier, mais les rémunérations sont supérieures à 1 250 € mensuels. Treize PCS composent cet ensemble : aides-soignant·es, auxiliaires de puériculture, puériculteur·trices, infirmier·es, sages-femmes, etc. ;
- les professions peu rémunérées hors fonction « soin/éducation » (cercle mauve). Elles relèvent des fonctions de nettoyage ou d'entretien (employé·es de maison, nettoyeur·ses, agent-es de service...) ou du secteur de l'hôtellerie-restauration (serveur·ses, aide-cuisinier·es, employé·es de l'hôtellerie) puis du commerce de détail ;
- enfin les autres professions : industrie, services commerciaux, fonctions administratives, etc.

**Graphique 1 : Classement des PCS selon leur rémunération médiane et le % de salariées déclarant une fonction principale liée au « soin » ou à « l'éducation »**



Lecture : en abscisse : % de fonctions principales « Soins-Education » ; en ordonnées : Salaire mensuel médian.  
 Les axes se coupent à 1250 € et 25 % de fonctions « soins-éducation ». Chaque point représente une PCS (131 au total).  
 Source : Enquête RPS 2016, Dares. Champ : PCS ayant un effectif de plus de 50 individus dans l'enquête.

Les métiers sur lesquels porte l'enquête « Mon travail le vaut bien ! » relèvent des trois premiers groupes. Leur identification exacte peut cependant légèrement différer : certains métiers de l'enquête correspondent à plusieurs PCS proches – les infirmier·es, par exemple, renvoient à plusieurs codes PCS selon le degré de spécialisation – tandis que certaines PCS regroupent plusieurs métiers distingués dans l'enquête – par exemple, les aides à domicile et les assistant·es familiaux·les appartiennent à la PCS 563B.

Les cas les plus complexes correspondent à l'identification des accompagnant·es d'élèves en situation de handicap (AESH) et à celle des Atsem. En effet, ces deux métiers correspondent potentiellement à deux PCS (525a Agents de service des établissements primaires et 422e Assistant d'éducation) qui par ailleurs regroupent d'autres types de professionnel·les, notamment lorsqu'elles ou ils travaillent dans les écoles primaires. Pour autant, une correspondance partielle entre les métiers de l'enquête et les PCS de la nomenclature de l'Insee peut être présentée dans le tableau 4.

<b>Tableau 4 : métiers retenus par l'enquête, PCS de l'enquête Emploi</b>	
<b>Intitulé des métiers retenus par l'enquête « Mon travail le vaut bien ! »</b>	<b>PCS enquête Emploi</b>
Accompagnant·e des élèves en situation de handicap (AVS)	525a/422e
Aide-soignant·e	526a/526d
Agent·e d'entretien ou agent·e des services hospitaliers	525d/525b
Agent·e territorial·le des écoles maternelles (Atsem)	525a/422e
Aide à domicile ou auxiliaire de vie	563b
Assistant·e familial·e	563b
Assistant·e maternel·le	563a
Assistant·e des services sociaux (et métiers proches)	434a, b, c
Auxiliaire de puériculture	526c
Éducateur·trice de jeunes enfants	434g
Éducateur·trice spécialisé·e	434d, e, f
Infirmier·e	431f/431c
Professeur·e des écoles	421b
Sage-femme	431e

La section suivante fournit quelques éléments descriptifs des conditions d'emploi de ces métiers et les comparent à la situation moyenne des salarié·es.

### **1.2.2. Principales caractéristiques des métiers concernés**

Sur le plan du genre, l'ensemble de ces métiers sont occupés très majoritairement par des femmes : de 66 % des aides éducateur·trices à plus de 99 % pour les auxiliaires de puériculture. Les autres caractéristiques socio-démographiques sont plus hétérogènes. Ils se

distinguent notamment selon le taux de travailleur·ses issu·es de l'immigration : certains apparaissent relativement fermés aux étranger·es (professeur·s des écoles, sages-femmes, par exemple) tandis que d'autres regroupent une importante population immigrée (aides à domicile, assistant·es maternel·les, aides éducateur·trices notamment).

Des différences importantes s'observent également en termes d'âge moyen : les assistant·es maternel·les (46 ans) comme les aides à domicile (47 ans) regroupent des salarié·es relativement âgé·es tandis que les auxiliaires de puériculture (38 ans), les aides éducateur·trices (33 ans) ou les éducateur·trices de jeunes enfants (38 ans) affichent des moyennes d'âges bien plus faibles que l'ensemble des salarié·es.

Enfin, si ces métiers partagent des niveaux de rémunération plutôt faibles, certains sont particulièrement mal payés, notamment en raison d'une fréquence élevée du travail à temps partiel. C'est tout particulièrement le cas des aides à domicile (75 % de temps partiel pour un salaire mensuel de 890 €) et des aides médico-psychologiques (67,5 % de temps partiel pour un salaire de 1 031 €).

Ces emplois se démarquent aussi par leur appartenance fréquente à l'emploi public et au secteur non marchand. Plus de 90 % des emplois du champ scolaire et plus des deux-tiers de ceux de la santé relèvent du secteur public, mais ces taux tombent à moins de 15 % pour les assistant·es maternel·les et les aides à domicile.

Ainsi, sur les cinq domaines étudiés, deux relèvent très majoritairement de la fonction publique (soin et éducation), un est rattaché à des acteurs associatifs adossés à un secteur public fort (action sociale) et deux sont marqués par une situation non stabilisée où la concurrence entre différentes modalités d'emploi perdure (petite enfance et perte d'autonomie). Pour autant, même pour les postes relevant d'employeurs privés, les rémunérations sont fortement dépendantes de financements publics ciblés : le complément de libre choix du mode de garde (CMG) pour les assistant·es maternel·les ; l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les aides à domicile. Ainsi, la part des travailleur·ses dont la rémunération dépend directement ou indirectement des décisions publiques est extrêmement élevée.

**Tableau 5 : Caractéristiques sociodémographiques métiers du soin et du lien**

	PCS	Effectifs	Part de femmes	Part des immigrés	Age moyen	Salaire médian	Salaire moyen	Part des temps partiel
Professeur·e des écoles	421b	343 513	84	1,5	42	2 079	2 091	17
Aide éducateur·trice	422e	97 896	66	14,0	33	964	985	51
Puériculteur·trice	431c	24 026	100	8,5	42	1950	2124	36,5
Sage-femme	431e	28 155	98	2,0	40	2 083	2 282	33
Infirmier·e	431f	414 991	86	2,1	39	1 932	1 972	25
Assistant·e des services sociaux	434x	132 098	80	6,2	43	1 983	2 071	24
Éducateur·trice spécialisé·e	434y	208 537	69	5,1	41	1 650	1 724	20
Éducateur·trice de jeunes enfants	434g	19 874	96	0,4	38	1 480	1 550	21
Atsem	525a	171 466	98	8,3	45	1 300	1 221	45
Agent·e de service	525b	81 313	72	10,9	48	1 500	1 432	28
ASH	525d	322 500	77	12,6	43	1 330	1 304	29
Aide-soignant·e	526a	459 485	88	9,6	41	1 548	1 558	22
Aide médico-psychologique	526d	149 876	91,5	10,5	44	877	1031	67,5
Auxiliaire de puériculture	526c	108 685	99	6,3	38	1 500	1 493	26
Assistant·e maternel·le	563a	425 790	97	14,9	46	1 200	1 255	29
Aide à domicile ou auxiliaire de vie	563b	554 975	94	19,1	47	900	890	75
<b>Ensemble</b>		<b>3 543 180</b>						

Source : enquête Emploi, Insee, 2019.

Tableau 6 : Métiers du soin et du lien et statut des employeurs (en %)					
	Particulier employeur	Secteur Privé	Secteur associatif	Secteur Public	Total non marchand
Professeur.e des écoles	-	1	4	95	99
Aide éducateur.trice	-	10	13	77	90
Puériculteur.trice	-	6	8	86	94
Sage-femme	-	30	6	63	70
Infirmier.e	-	24	11	64	76
Assistant.e des services sociaux	-	19	40	41	80
Éducateur.trice spécialisé.e	-	12	64	23	87
Éducateur.trice de jeunes enfants	-	35	23	42	65
Atsem	-	4	10	86	96
Agent.e de service	-	8	7	85	92
ASH	-	24	30	46	76
Aide-soignant.e	1	23	17	59	76
Aide médico-psychologique	-	6	26	67	94
Auxiliaire de puériculture	1	23	15	61	76
Assistant.e maternel.le	74	10	2	14	16
Aide à domicile ou auxiliaire de vie	33	28	29	10	39
<b>Total</b>	<b>508 088</b>	<b>596 600</b>	<b>649 647</b>	<b>1 614 941</b>	<b>3 369 276</b>
Source : enquête Emploi, Insee, 2019					

Enfin, ces salarié·es se retrouvent dans un nombre de « lieux » limité. De manière schématique, quatre « espaces » sont ainsi identifiables : l'univers scolaire, le monde médico-hospitalier, les établissements sociaux et médico-sociaux et enfin les domiciles privés. Chacun de ces espaces concerne entre 21 et 29 % des effectifs totaux. Bien que nous ne les traitions pas ici, il est important de rappeler que la nature de ces espaces a de nombreuses implications sur la qualité des emplois.

## 2. QUELLE REVALORISATION POUR CES METIERS ?

Le constat d'une sous-rémunération des métiers du soin et du lien est aujourd'hui largement établi et partagé. Mais à quel niveau et comment revaloriser ces professions ? Les négociations menées dans le cadre du « Ségur » de la santé à la suite de la crise sanitaire ont apporté une réponse partielle sans résoudre complètement la question des sous-rémunérations ni les problèmes d'attractivité (encadré 1). Le secteur de l'éducation et de l'enseignement est également visé par des projets de revalorisation sans que ces derniers ne soient réellement précisés pour le moment.

Plusieurs scénarios d'évaluation peuvent être envisageables selon le degré de précision que l'on souhaite avoir. Une première piste, simple mais fournissant néanmoins une estimation instructive, consiste à appliquer une hausse uniforme de 25 % de la rémunération nette correspondant au « quart en moins » dont pâtissent les professions féminines<sup>3</sup>. A l'opposé, une démarche très détaillée consiste à repérer pour chacun des métiers étudiés un « équivalent masculin » apportant un salaire sensiblement plus élevé<sup>4</sup>. Dans cette étude, nous avons adopté un point de vue intermédiaire en définissant pour chaque PCS un « salaire cible » correspondant au niveau de salaire qu'obtiendrait en moyenne un-e travailleur-se de la PCS si chacun-e gagnait le salaire moyen correspondant à son niveau de diplôme. Nous détaillons cette méthodologie dans la section 2.1. puis les estimations auxquelles nous parvenons dans la section 2.2.

### 2.1. Définition d'un salaire cible par profession – méthodologie

Cette méthode est forcément partielle et discutable. L'établissement d'un salaire « cible » correspond de fait à estimer une rémunération « juste ». Or, de multiples critères peuvent être ici mobilisés. Si l'existence de salaires mensuels en deçà du seuil de pauvreté semble constituer une forme d'injustice de manière assez consensuelle, cet élément ne résout pas la question des écarts de salaires acceptables entre professions, voire entre individus. Nous avons choisi, arbitrairement, un critère fréquemment mobilisé et aisément disponible : le diplôme. Il n'en demeure pas moins partiel et arbitraire.

Pour déterminer le salaire cible d'une profession, nous prenons le salaire mensuel net moyen observé pour le niveau de diplôme attendu pour l'exercice de la profession<sup>5</sup> (tableau 7). Les écarts observables avec les salaires observés proviennent ainsi à la fois de la faiblesse des salaires horaires et de l'importance du temps partiel. La revalorisation peut alors passer par

---

<sup>3</sup> Silvera Rachel (2014). *Un quart en moins : des femmes se battent pour en finir avec les inégalités de salaires*, La Découverte.

<sup>4</sup> Lemièrre Séverine, Silvera Rachel (2010), « Un salaire égal pour un travail de valeur comparable entre les femmes et les hommes Résultats de comparaisons d'emplois », *La Revue de l'IREES*, 2010/3, n° 66, pp. 63-92.

<sup>5</sup> Pour les assistantes des services sociaux et les éducatrices spécialisées, qui sont des regroupements de professions, nous faisons une moyenne pondérée (selon les observations) de diplôme paramédical niveau bac+2, de L3 et d'écoles niveau licence et au-delà.

une hausse des temps de travail et/ou des taux horaires. La question étant cruciale pour les trois professions dont les durées du travail sont faibles (aides à domicile, aides éducateurs-surveillants, aides médico-psychologiques), la revalorisation envisagée passe à la fois par la reconnaissance d'un temps plein et par une augmentation du salaire horaire de manière à atteindre la cible de salaire net mensuel.

<b>Tableau 7 : Salaire moyen* selon le plus haut diplôme obtenu – valorisation 2021 (en €)</b>	
<b>Diplôme le plus élevé</b>	
Master (recherche ou professionnel), DEA, DESS, Doctorat	2 926
Ecoles niveau licence et au-delà	3 451
Licence (L3)	2 107
Maîtrise (M1)	2 768
DEUG	2 201
DUT, BTS	2 219
Autre diplôme (niveau bac+2)	2 012
Paramédical et social (niveau bac+2)	2 102
Baccalauréat général	1 683
Baccalauréat technologique	1 825
Baccalauréat professionnel	1 697
Brevet de technicien, brevet professionnel	1 724
CAP, BEP	1 696
Brevet des collèges	1 537
Certificat d'études primaires	1 324
Sans diplôme	1 454
(*) salaire mensuel net déclaré supérieur à 100 €.	
Source : EEC 2019, salaires après revalorisation proportionnelle à l'évolution du Smic, soit une hausse de 2,2 %.	

Chacune des professions du SLA se voit alors attribuer comme salaire cible, le niveau correspondant au diplôme attendu pour la profession, c'est-à-dire soit requis – pour les professions réglementées comme les infirmier-es –, soit correspondant à une référence professionnelle partagée – comme le Diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social pour les aides à domicile ou les AMP). Cette référence à un niveau de diplôme indique la « convention de compétences » nécessaires et non l'obtention explicite du titre. Ainsi, dans le cas des aides à domicile, la référence au DEAES (niveau BEP) signifie que les salarié-es mettent en œuvre des compétences au cours de leur activité de travail, y compris lorsqu'elles et ils n'ont pas formellement acquis ce diplôme, de création relativement récente.

*Par exemple, pour les sages-femmes, nous retenons le salaire moyen des salarié-es ayant un diplôme d'une école niveau licence et au-delà, soit un salaire cible de 2 926 €.*

<b>Tableau 8 : Salaires cible pour les métiers du soin et du lien – valorisation 2021</b>			
<b>Intitulé</b>	<b>PCS</b>	<b>Salaires cible</b>	<b>Diplôme de référence</b>
Professeur·e des écoles	421b	2 926 €	Bac+5
Aides éducateur·trice – surveillant·e	422e	1 696 €	BEP
Puériculteur·trice	431c	2 768 €	Bac+4
Sages-femme	431e	2 926 €	Bac+5
Infirmier·e	431f	2 438 €	Bac+4/bac+3
Éducateur·trice de jeunes enfants	434g	2 438 €	Bac+4/bac+3
Assistant·e des services sociaux	434x	2 438 €	Bac+4/bac+3
Éducateur·trice spécialisé·e	434y	2 438 €	Bac+4/bac+3
Agent·e de service établissements primaires	525a	1 696 €	BEP
Agent·e des services hospitaliers	525d	1 696 €	BEP
Aide-soignant·e	526a	1 825 €	Bac techno.
Auxiliaire de puériculture	526c	1 825 €	Bac techno.
Aide médico-psychologique	526d	1 696 €	BEP
Assistant·e maternel·le	563a	1 696 €	BEP
Aide à domicile	563b	1 696 €	BEP

Source : EEC 2019, salaires après revalorisation proportionnelle à l'évolution du Smic, soit une hausse de 2,2 %.

Comme la typologie des diplômes est rudimentaire et qu'une typologie plus fine aurait posé problème du point de vue statistique pour la pertinence de la moyenne obtenue, les salaires cibles sont donc identiques pour toutes les professions ayant le même diplôme requis pour leur exercice. Par exemple, les aides à domicile, les AMP, les agent·es de service, les aides éducateur·trices et les assistant·es maternel·les, ont tous·tes un salaire cible de 1 696 €, correspondant à un niveau BEP. Cette estimation ne tient pas compte de l'ensemble des autres éléments qui constituent la complexité et la pénibilité spécifiques à chaque métier.

## **2.2. Estimations des revalorisations par PCS**

Les salaires nets par profession avant revalorisation ont été obtenus à partir des salaires déclarés à l'enquête Emploi 2019, après revalorisation proportionnelle à l'évolution du Smic<sup>6</sup>.

Une fois les salaires cibles établis, on les confronte aux salaires nets moyens par profession pour en déduire un taux de revalorisation.

*Par exemple, pour les sages-femmes, leur salaire net mensuel actuel dans le secteur privé est 2 140 € et devrait être augmenté de 37 % pour atteindre la cible de 2 926 €.*

<sup>6</sup> Pour estimer le salaire net et la durée moyenne de travail par profession, on exclut les salarié·e.s gagnant moins de 100 € nets par mois.

**Tableau 9 : Salaires moyens et salaires cible pour les métiers du soin et du lien**

Profession	PCS	Salaire cible	Employeur privé		Employeur public	
			Salaire moyen observé	Revalorisation nécessaire	Salaire moyen observé	Revalorisation nécessaire
Professeur-e des écoles	421b	2 926 €			2 130 €	37 %
Puériculteur-trice	431c	2 768 €			2 181 €	27 %
Sages-femme	431e	2 926 €	2 140 €	37 %	2 368 €	24 %
Infirmier-e	431f	2 438 €	1 963 €	24 %	2 025 €	20 %
Éducateur-trice de jeunes enfants	434g	2 438 €	1 466 €	66 %	1 797 €	36 %
Assistant-e des services sociaux	434x	2 438 €	2 092 €	17 %	2 112 €	15 %
Éducateur-trice spécialisé-e	434y	2 438 €	1 715 €	42 %	1 821 €	34 %
Agent-e de service étab. primaires	525a	1 696 €			1 279 €	33 %
Agent-e des services hospitaliers	525d	1 696 €	1 218 €	39 %	1 447 €	17 %
Aide-soignant-e	526a	1 825 €	1 465 €	25 %	1 657 €	10 %
Auxiliaire de puériculture	526c	1 825 €	1 305 €	40 %	1 631 €	12 %
Assistant-e maternel-le	563a	1 696 €	1 197 €	42 %		
Aide à domicile*	563b	1 696 €	965 €	76 %		
Aide éducateur-trice – surveillant-e	422e	1 696 €	1 231 €	38 %	965 €	76 %
Aide médico-psychologiques*	526d	1 696 €	1 348 €	26 %	898 €	89 %

\* Pour les aides à domicile d'une part et les aides éducateur-trices-surveillant-es et les AMP travaillant dans le secteur public d'autre part, la question de la durée du travail explique en grande partie la faiblesse relative du salaire. La revalorisation envisagée passe à la fois par une augmentation du temps de travail jusqu'à un temps plein, et par une hausse du salaire horaire de 36, 40 et 28 % respectivement.

### 3. L'ÉVALUATION DU COUT DES REVALORISATIONS

Après avoir établi le niveau des rémunérations à atteindre, nous cherchons à évaluer le coût que les hausses de salaires représenteraient pour les employeurs. Or, celui-ci ne dépend pas que des hausses salariales envisagées, mais également des transferts socio-fiscaux induits. Après avoir expliqué la méthodologie mobilisée (3.1.), nous proposons une synthèse des effets des revalorisations (3.2.) puis une estimation des dépenses globales issues de ces revalorisations (3.3.).

#### 3.1. Méthodologie

Pour chaque profession, le coût de la revalorisation est estimé à l'aide de la maquette Sofi 2021<sup>7</sup> permettant de calculer d'un côté le coût employeur et les exonérations de cotisations, et de l'autre côté les montants des prestations sociales et de l'impôt sur le revenu en fonction du salaire net, du type d'employeur et de la configuration familiale.

Les configurations familiales retenues diffèrent selon les professions, conformément à ce qui est observé (enquête Emploi 2019) en distinguant les personnes vivant seules ou en couple, avec ou sans enfant. Seules les situations les plus fréquentes sont distinguées, ce qui nous amène à n'étudier que les familles monoparentales avec un enfant et les couples avec zéro, un ou deux enfants. Dans certains cas, nous distinguons parmi les couples sans enfant ceux dans lesquels le ou la conjoint-e est au chômage, mais le plus souvent, nous ne retenons que des couples biactifs. Dans les deux cas, le revenu du ou de la conjoint-e – salaire ou allocation chômage – est fixé à la moyenne observée pour les conjoint-es des salarié-es de la profession considérée. Pour obtenir les résultats moyens par profession, les chiffreages obtenus pour chaque configuration sont ensuite pondérés conformément à la répartition observée dans l'enquête Emploi en regroupant au besoin plusieurs configurations qui se voient attribuer le résultat du cas-type le plus fréquent : par exemple, l'ensemble des parent-es isolé-es sont traité-es comme « parent-es isolé-es avec un enfant ». De même, les couples dont le ou la conjoint-e est salarié-e ou au chômage sont regroupés soit dans la catégorie « couple avec un enfant » ou « couple avec deux enfants ».

---

<sup>7</sup> Maquette de simulation des transferts sociaux et fiscaux réalisée par M. Pucci et disponible en open source : <https://github.com/murielpucci/SOFI>

**Tableau 10a : Analyse par cas-type pour les ASH du secteur privé : situation initiale**

	<b>Personne seule</b>	<b>Parent-e isolé-e, 1 enfant</b>	<b>Couple sans enfant, conjoint-e en emploi</b>	<b>Couple sans enfant, conjoint-e au chômage</b>	<b>Couples 1 enfant conjoint-e salarié-e</b>	<b>Couple 2 enfants conjoint-e salarié-e</b>
Part	28 %	12 %	17 %	10 %	17 %	17 %
Salaire net	1 218 €	1 218 €	1 218 €	1 218 €	1 218 €	1 218 €
Coût employeur	1 763 €	1 877 €	1 877 €	1 877 €	1 877 €	1 877 €
Exonération de cotisations	468 €	468 €	468 €	468 €	468 €	468 €
Revenu du ou de la conjoint-e			1 821 €	900 €	1 821 €	1 821 €
Prestations familiales	0 €	147 €	0 €	0 €	0 €	132 €
Aides au logement	0 €	210 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Prime d'activité	236 €	286 €	0 €	0 €	129 €	163 €
Impôt sur le revenu	0 €	0 €	73 €	0 €	6 €	0 €
Revenu disponible	1 454 €	1 862 €	2 967 €	2 118 €	3 163 €	3 334 €
<p>Source : enquête Emploi 2019 et Sofi 2021. Lecture : 28 % des ASH sont seul-es sans enfant, leur salaire net atteint 1 218 €, ce qui correspond à un coût employeur de 1 763 €. Elles/ils touchent une prime d'activité de 236 € et le revenu disponible de leur ménage est de 1 454 €. Parmi les ASH, 12 % sont des parent-es isolé-es et pour établir leur revenu disponible, les transferts sociaux et fiscaux sont calculés pour un enfant, ce qui est la situation la plus courante parmi les ASH parent-es isolé-es.</p>						

Pour établir le coût moyen de la hausse du salaire pour le cas des ASH salarié·es du privé, on distingue cinq cas de figure dont on réalise une moyenne pondérée et dont on étudie l'évolution après la revalorisation salariale. Dans le cas présenté dans le tableau 10a, la situation initiale d'un·e ASH salarié·e du secteur privé est décrite pour cinq cas-types différents dont on calcule la moyenne selon les poids correspondants :

- celui du ou de la célibataire sans enfant (dont le poids est de 27,6 %) ;
- celui d'un·e parent·e isolé·e à laquelle ou auquel on affecte un poids de 12 % qui est la somme de la part des parent·es isolé·es avec un enfant (7,5 %) et de la part des parent·es isolé·es ayant deux enfants ou plus (4,5 %) ;
- celui du couple sans enfant dont le ou la conjoint·e est en emploi (couple biactif) auquel on affecte cette fois un poids de 28 % qui est la somme de la part que cette configuration représente et de celle des couples sans enfant dont le ou la conjoint·e est au chômage ;
- celui du couple biactif avec un·e enfant, sachant que la part de ces couples dont le ou la conjoint·e est sans emploi est très faible ;
- celui du couple biactif avec deux enfants ou plus.

**Tableau 10b : Analyse par cas-type pour les ASH du secteur privé : après revalorisation**

	<b>Personne seule</b>	<b>Parent-e isolé-e, 1 enfant</b>	<b>Couple sans enfant, conjoint-e en emploi</b>	<b>Couple sans enfant, conjoint-e au chômage</b>	<b>Couples 1 enfant conjoint-e salarié-e</b>	<b>Couple 2 enfants conjoint-e salarié-e</b>
Salaire net	1 696 €	1 696 €	1 696 €	1 696 €	1 696 €	1 696 €
Coût employeur	2 919 €	2 919 €	2 919 €	2 919 €	2 919 €	2 919 €
Exonérations de cotisations	188 €	188 €	188 €	188 €	188 €	188 €
Prestations familiales	0 €	147 €	0 €	0 €	0 €	132 €
Aides au logement	0 €	52 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Prime d'activité	53 €	184 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Impôt sur le revenu	51 €	0 €	143 €	7 €	76 €	4 €
Revenu disponible	1 698 €	2 079 €	3 374 €	2 589 €	3 441 €	3 645 €

Source : enquête Emploi 2019 et Sofi 2021.

Lecture : après revalorisation, un-e ASH seul-e sans enfant toucherait 1696 € de salaire ce qui représente un coût employeur de 3 078 €.

La moyenne pondérée des différences entre les situations finale et initiale permet de calculer le coût de la hausse du salaire, pour chaque profession selon le type d'employeur. L'exemple permet de voir, pour chaque configuration familiale, la hausse de l'impôt sur le revenu particulièrement pour les couples avec enfants, et la baisse des prestations sociales et de la prime d'activité, particulièrement pour les mères isolées. Les exonérations sont également fortement réduites – passant de 468 à 188 € – mais la configuration familiale n'a aucune incidence sur ce montant.

Pour la plupart des professions, on suppose que la cible est atteinte sans modification du temps de travail. Pour les trois professions particulières dont les durées du travail reconnues sont faibles – aides à domicile, aides éducateur-trices-surveillant-es, aides médico-psychologiques –, la revalorisation passe par la reconnaissance d'un temps plein cumulée à une augmentation du salaire horaire de manière à atteindre la cible de salaire net mensuel.

### **3.2. Les effets des revalorisations**

Les différents mécanismes socio-fiscaux sont affectés fortement par les revalorisations salariales envisagées : les hausses de salaires ne se répercutent pas strictement proportionnellement sur le coût du travail (3.2.1.) ni sur le revenu disponible (3.2.2.). Nous présentons ensuite une synthèse de la répartition de la hausse du coût employeur entre revenu disponible, revenu socialisé et économies pour les budgets publics (3.2.3.).

#### **3.2.1. De la revalorisation du salaire net au coût du travail**

La revalorisation est pensée en premier lieu comme une hausse du salaire mensuel net. Celle-ci a des répercussions sur les cotisations sociales à payer par l'employeur, et donc le coût total pour l'employeur augmente davantage que le salaire net. Autrement dit, dans le secteur privé, la hausse du coût pour l'employeur est plus que proportionnelle à celle du salaire net du fait des exonérations de cotisations patronales.

*Prenons l'exemple d'un-e agent-e de services hospitaliers :*

- *Dans le secteur privé, son salaire net doit être revalorisé, en moyenne, de 39 %, soit une hausse de 478 € pour atteindre la cible de 1 696 €/mois. Le coût total moyen pour l'employeur augmente de 1 157 €, soit une hausse de 66 %. L'augmentation du coût employeur est plus que proportionnelle, car les exonérations de cotisations patronales diminuent de 280 €. Ce montant se calcule à partir de la différence du montant affiché sur la ligne correspondante entre les tableaux 10b et 10a ( $468 - 188 = 280$ ) ;*
- *Dans le secteur public, son salaire net doit être revalorisé de 17 %, soit une hausse de 249 €. Le coût total pour l'employeur augmente de 455 €, soit 17 %, également puisque les exonérations de cotisations ne sont pas appliquées au secteur public.*

Tableau 11 : Variation, en euros et en %, du salaire net mensuel et du coût employeur dans le secteur privé						
Profession	PCS	Variation du salaire net		Variation du coût total employeur		Variation des exonérations de cotisations
		Montant	Taux	Montant	Taux	
Sage-femme	431e	786 €	37 %	1 361 €	37 %	79 €
Infirmier.e	431f	475 €	24 %	823 €	24 %	0 €
Éducateur·trice de jeunes enfants	434g	972 €	66 %	2 053 €	95 %	- 272 €
Assistant.e des services sociaux	434x	345 €	17 %	598 €	17 %	35 €
Éducateur·trice spécialisé.e	434y	723 €	42 %	1 380 €	48 %	- 55 €
Agent.e des services hospitaliers	525d	478 €	39 %	1 157 €	66 %	- 281 €
Aide-soignant.e	526a	358 €	24 %	867 €	38 %	- 211 €
Auxiliaire de puériculture	526c	520 €	40 %	1 239 €	64 %	- 287 €
Assistant.e maternel.le	563a	499 €	42 %	1 206 €	86 %	- 293 €
Aide à domicile(*)	563b	731 €	76 %	1 465 €	112 %	- 126 €
Aide éducateur·trice – surveillant.e*	422e	465 €	38 %	1 125 €	64 %	- 273 €
Aide médico-psychologique*	526d	348 €	26 %	843 €	42 %	- 204 €

Source : enquête Emploi 2019, Sofi 2021.

\*Pour ces PCS, le processus de revalorisation intègre à la fois une hausse du temps de travail décompté et une hausse du salaire horaire.

Les exonérations de cotisations les plus importantes sont les exonérations dites « générales » dont le taux décroît continûment jusqu'à 1,6 Smic. L'exonération de cotisation sociale de l'assurance maladie de la Sécurité sociale s'ajoute à ces exonérations à un taux constant de 6 % pour tous les salaires jusqu'à 2,5 Smic. Le dernier étage des exonérations est celui qui s'applique à tous les salaires jusqu'à 3,5 Smic. Il concerne le financement des allocations familiales et son taux est lui aussi constant, fixé à 1,8 %. Les hausses de salaires ont pour effet de réduire les exonérations, soit parce qu'au moins une part de la hausse se situe dans la zone des exonérations générales (de 1 à 1,6 Smic) où toute hausse de salaire réduit le taux d'exonération, soit parce que la hausse fait passer d'une tranche à l'autre et donc d'un taux à un autre. Dans le seul cas des assistant-es des services sociaux, les exonérations augmentent avec la hausse du salaire, car le taux d'exonération est inchangé (égal à 7,8 %), le salaire restant inférieur à 2,5 Smic (mais supérieur au seuil de 1,6 Smic).

Dans le secteur public (tableau 12), l'absence d'exonération rend parfaitement proportionnelle cette fois la hausse du salaire net et celle du coût employeur.

**Tableau 12 : Variation, en euros et en %, du salaire net et du coût employeur dans le secteur public**

Profession	PCS	Variation du salaire net		Variation du coût total employeur	
		€	%	€	%
Professeur· des écoles	421b	796 €	37 %	1 459 €	37 %
Puériculteur·trice	431c	588 €	27 %	1 077 €	27 %
Sage-femme	431e	558 €	24 %	1 021 €	24 %
Infirmier·e	431f	413 €	20 %	757 €	20 %
Éducateur·trice de jeunes enfants	434g	641 €	36 %	1 174 €	36 %
Assistant·e des services sociaux	434x	326 €	15 %	597 €	15 %
Éducateur·trice spécialisé·e	434y	618 €	34 %	1 131 €	34 %
Agent·e de service étab. primaires	525a	416 €	33 %	763 €	33 %
Agent·e des services hospitaliers	525d	249 €	17 %	457 €	17 %
Aide-soignant·e	526a	168 €	10 %	308 €	10 %
Auxiliaires de puériculture	526c	194 €	12 %	356 €	12 %
Aide éducateur·trice – surveillant·e	422e	731 €	60 %	1 339 €	60 %

Source : enquête Emploi 2019, Sofi 2021.

### **3.2.2. De la revalorisation du salaire net au revenu disponible**

La hausse du salaire net a également un impact sur la prime d'activité et sur les prestations sociales dont le ou la salarié-e peut bénéficier (prestations familiales et aides au logement) et sur l'impôt sur le revenu dont il/elle doit s'acquitter. Or ces transferts socio-fiscaux dépendent de son revenu avant revalorisation, de la configuration familiale de son ménage et, s'il/elle a un-e conjoint-e, du revenu de ce-tte dernier-e. Dans tous les cas, la revalorisation va réduire le montant de prime d'activité et de prestations sociales reçues et augmenter l'impôt dû. Le revenu disponible du ou de la salarié-e va donc augmenter moins que le salaire mensuel net.

*Dans le cas de l'agent-e de service hospitalier, son salaire net est alors de 1 696 €/mois. La répercussion de cette hausse sur les transferts socio-fiscaux et donc le revenu disponible dépend de sa configuration familiale et du revenu de son éventuel-le conjoint-e.*

*Supposons qu'il/elle élève seul-e un enfant :*

- *Sa prime d'activité est maintenant de 184 €/mois alors qu'elle était, avant revalorisation, de 286 € s'il/elle travaillait dans le privé (avec un salaire de 1 218 €/mois) et de 200 € s'il/elle travaillait dans le public (avec 1 447 €/mois) ;*
- *Parallèlement, ses aides au logement sont maintenant de 52 €/mois alors qu'elles étaient avant revalorisation de 210 € s'il/elle travaillait dans le privé et de 135 € s'il/elle travaillait dans le public. Dans ce cas, les prestations familiales et le montant d'impôt dû ne sont pas modifiés suite à la revalorisation ;*
- *Le revenu disponible de l'agent-e de service hospitalier augmente alors de seulement 217 € – et non 478 € – s'il/elle travaillait dans le privé et de 150 € – et non 249 € – s'il/elle travaillait dans le public.*

*Supposons que l'agent-e vive en couple sans enfant et que son ou sa conjoint-e travaille. Dans ce cas, en moyenne, le revenu du ou de la conjoint-e est de 1 821 €/mois :*

- *L'agent-e n'avait pas de prime d'activité ni d'aides au logement ou de prestations familiales avant revalorisation et n'en a toujours pas après. Son foyer fiscal paie maintenant 143 € d'impôt par mois contre 73 € avant revalorisation s'il/elle travaillait dans le privé et 106 € s'il/elle travaillait dans le public. Le revenu disponible de l'agent-e de service hospitalier augmente alors de 407 € – et non 478 € – s'il/elle travaillait dans le privé et de 212 € – et non 249 € – s'il/elle travaillait dans le public.*

Ici aussi, les hausses du salaire net se répercutent d'autant plus sur le revenu disponible que le salaire était suffisamment élevé pour ne pas nécessiter de compléments (prestations sociales et/ou de prime d'activité) mais également qu'il se situe à un niveau tel que les hausses de l'impôt sur le revenu sont faibles. Au total, la hausse du revenu disponible représente de 64 (aides éducateur-trices) à 92 % (assistant-es maternel-les) de celle du salaire net mensuel<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Les écarts de revenu des conjoint-es expliquent aussi ces écarts entre professions : plus les revenus des conjoint-es sont élevés moins le/la salarié-e bénéficiait avant de prime d'activité, de prestation sociale. Ainsi, une hausse de salaire des salarié-es dont les conjoint-es gagnent plus traduit une plus forte hausse de leur revenu disponible. Par exemple, le salaire moyen des conjoint-es des surveillant-es – aides éducateur-trices est inférieur à celui des assistant-es maternel-les de plus de 400 €.

**Tableau 13 : Variation du salaire net et du revenu disponible dans le secteur privé**

<b>Profession</b>	<b>PCS</b>	<b>Variation du salaire net</b>	<b>Variation de la prime d'activité</b>	<b>Variation des autres transferts</b>	<b>Variation du revenu disponible</b>	<b>Variation du RD en % de celle du salaire net</b>
Sage-femme	431e	786 €	- 3 €	- 138 €	645 €	82 %
Infirmier-e	431f	475 €	- 9 €	- 73 €	394 €	83 %
Éducateur·trice de jeunes enfants	434g	972 €	- 15 €	- 138 €	820 €	84 %
Assistant-e des services sociaux	434x	345 €	- 11 €	- 61 €	274 €	79 %
Éducateur·trice spécialisé·e	434y	723 €	- 29 €	- 104 €	590 €	82 %
Agent-e des services hospitaliers	525d	478 €	- 111 €	- 58 €	309 €	65 %
Aide-soignant-e	526a	358 €	- 27 €	- 57 €	274 €	77 %
Auxiliaire de puériculture	526c	520 €	- 42 €	- 93 €	385 €	74 %
Assistant-e maternel·le	563a	499 €	- 28 €	- 15 €	457 €	92 %
Aide à domicile*	563b	731 €	- 96 €	- 101 €	535 €	73 %
Aide éducateur·trice – surveillant·e*	422e	465 €	- 106 €	- 62 €	297 €	64 %
Aide médico-psychologique*	526d	348 €	- 35 €	- 62 €	252 €	72 %

Source : enquête Emploi 2019, Sofi 2021.  
 \*Pour ces PCS, le processus de revalorisation intègre à la fois une hausse du temps de travail décompté et une hausse du salaire horaire.

**Tableau 14 : Variation du salaire net et du revenu disponible dans le secteur public**

<b>Profession</b>	<b>PCS</b>	<b>Variation du salaire net</b>	<b>Variation de la prime d'activité</b>	<b>Variation des autres transferts</b>	<b>Variation du revenu disponible</b>
Professeur-e des écoles	421b	796 €	- 5 €	- 103 €	688 €
Puériculteur-trice	431c	588 €	- 6 €	- 59 €	522 €
Sage-femme	431e	558 €	0 €	- 106 €	452 €
Infirmier-e	431f	413 €	- 7 €	- 65 €	341 €
Éducateur-trice de jeunes enfants	434g	641 €	- 2 €	- 88 €	551 €
Assistant-e des services sociaux	434x	326 €	- 10 €	- 59 €	257 €
Éducateur-trice spécialisé-e	434y	618 €	- 19 €	- 87 €	512 €
Agent-e de service étab. primaires	525a	416 €	- 34 €	- 18 €	365 €
Agent-e des services hospitaliers	525d	249 €	- 49 €	- 34 €	167 €
Aide-soignant-e	526a	168 €	- 12 €	- 29 €	127 €
Auxiliaire de puériculture	526c	194 €	- 12 €	- 36 €	146 €
Aide éducateur-trices – surveillant-e*	422e	731 €	- 116 €	- 114 €	501 €
Aide médico-psychologique*	526d	681 €	- 61 €	- 113 €	508 €

Source : enquête Emploi 2019, Sofi 2021.  
 \*Pour ces PCS, le processus de revalorisation intègre à la fois une hausse du temps de travail décompté et une hausse du salaire horaire.

### **3.2.3. Répartition des effets de la revalorisation**

Ainsi, l'augmentation du coût total employeur se répartit entre une hausse du revenu disponible, une augmentation des recettes de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du salaire socialisé, et une baisse des dépenses de l'État (exonérations de cotisations, prime d'activité, aide au logement) et de la branche famille.

*Dans le cas de l'agent-e des services hospitaliers travaillant dans le privé, le coût employeur augmente de 1 157 €.*

*S'il/elle vit seul-e avec un enfant :*

- le revenu disponible du ou de la salarié-e augmente de 217 € (19 % du total) ;*
- le revenu socialisé (cotisations sociales versées par l'entreprise) correspondant aux recettes de la Sécurité sociale et des caisses d'allocations familiales augmente de 397 € (34 % du total) ;*
- les dépenses de l'État diminuent de 261 € au titre des transferts socio-fiscaux du ménage et de 280 € au titre des exonérations de cotisations, soit au total 541 € (47 % du total).*

*Pour cette salarié-e, la revalorisation du salaire entraîne essentiellement une baisse des prestations sociales, de sorte que l'augmentation de son revenu courant représente moins de 20 % de ce que l'employeur débourse en plus. Mais si on comptabilise le salaire socialisé (397 € de cotisations versées en plus), la part revenant au ou à la salarié-e représente alors 53 % du coût de la revalorisation.*

*Cette configuration est assez atypique dans l'ensemble des salarié-es étudié-es. Cela tient au fait qu'en tant que famille monoparentale à bas salaire, il/elle bénéficiait d'aides au logement importantes et d'une prime d'activité élevée.*

*S'il/elle vit en couple sans enfant :*

- le revenu disponible du ou de la salarié-e augmente de 407 € (35 % du total) ;*
- le revenu socialisé (cotisations sociales versées par l'entreprise) correspondant aux recettes de la Sécurité sociale augmente de 280 € (34 % du total) ;*
- les dépenses de l'État diminuent de 71 € au titre des transferts socio-fiscaux du ménage et de 280 € au titre des exonérations de cotisations, soit au total 351 € (30 % du total).*

*Pour l'agent-e de service hospitalier vivant en couple sans enfant, le coût pour l'employeur de la revalorisation est partagé de façon relativement équilibrée entre la Sécurité sociale, l'Etat et le revenu disponible du/de la salarié-e. Si on ajoute le salaire socialisé, la part revenant au/à la salarié-e atteint 67 %, soit plus que pour un-e parent-e isolé-e.*

A nouveau, la dispersion de la part qui revient à l'État et à la branche famille combine les baisses des prestations et de prime d'activité d'un côté (pour les professions aux salaires les plus bas) et les hausses d'impôts de l'autre (pour les salaires préalablement moins bas).

**Tableau 16 : Répartition de la hausse du coût total employeur dans le secteur public**

Profession	PCS	Part revenant à la salariée		Part revenant à l'État et à la branche famille
		en revenu disponible	en salaire socialisé	
Sage-femme	431e	47 %	48 %	5 %
Infirmier.e	431f	48 %	48 %	4 %
Éducateur·trice de jeunes enfants	434g	40 %	39 %	21 %
Assistant.e des services sociaux	434x	46 %	48 %	6 %
Éducateur·trice spécialisé.e	434y	43 %	44 %	14 %
Agent.e des services hospitaliers	525d	27 %	34 %	39 %
Aide-soignant.e	526a	32 %	34 %	34 %
Auxiliaire de puériculture	526c	31 %	35 %	34 %
Assistant.e maternel.le	563a	38 %	34 %	28 %
Aide à domicile*	563b	37 %	41 %	22 %
Aide éducateur·trice – surveillant.e*	422e	26 %	34 %	39 %
Aide médico-psychologique*	526d	30 %	34 %	36 %

Source : enquête Emploi 2019, Sofi 2021.  
 \*Pour ces PCS, le processus de revalorisation intègre à la fois une hausse du temps de travail décompté et une hausse du salaire horaire.

**Tableau 16 : Répartition de la hausse du coût total employeur dans le secteur privé**

Profession	PCS	Part revenant à la salariée		Part revenant à l'État et à la branche famille
		en revenu disponible	en salaire socialisé	
Professeur·e des écoles	421b	47 %	45 %	7 %
Puériculteur·trice	431c	49 %	45 %	6 %
Sage-femme	431e	44 %	45 %	10 %
Infirmier·e	431f	45 %	45 %	10 %
Éducateur·trice de jeunes enfants	434g	47 %	45 %	8 %
Assistant·e des services sociaux	434x	43 %	45 %	12 %
Éducateur·trice spécialisé·e	434y	45 %	45 %	9 %
Agent·e de service étab. primaires	525a	48 %	45 %	7 %
Agent·e des services hospitaliers	525d	37 %	45 %	18 %
Aide-soignant·e	526a	41 %	45 %	13 %
Auxiliaire de puériculture	526c	41 %	45 %	13 %
Aide éducateur·trice – surveillant·e*	422e	37 %	45 %	17 %
Aide médico-psychologique*	526d	41 %	45 %	14 %

Source : enquête Emploi 2019, Sofi 2021.  
 \*Pour ces PCS, le processus de revalorisation intègre à la fois une hausse du temps de travail décompté et une hausse du salaire horaire.

### **3.3. Mesure des dépenses globales issues des revalorisations**

Pour estimer le coût des revalorisations et les variations induites des dépenses publiques, on multiplie simplement les coûts moyens calculés sur chaque cas-type par les effectifs actuels dans les secteurs public et privé sachant que lorsque la part d'un type d'employeur (privé/public) est inférieure à 15 %, on suppose qu'il n'y a que le type d'employeur majoritaire.

Ainsi, les mesures de revalorisation qui permettraient de ramener les professions du SLA au montant de rémunération correspondant à leur niveau de qualification atteignent respectivement 26,8 et 16,5 milliards pour les secteurs privé et public, soit un total de 43,3 milliards. Ces dépenses entraîneraient parallèlement plus de huit milliards de recettes pour l'État et la Sécurité sociale. Il faut rappeler que ces estimations n'intègrent pas les effets des mesures récentes, comme le Ségur de la Santé ou les revalorisations permises par l'application de l'avenant 43 de la Convention collective de la branche de l'aide à domicile associative. Ces évolutions correspondent à environ un cinquième du chemin nécessaire.

**Tableau 17 : Coût pour les employeurs et économies de dépenses publiques liés à la revalorisation des salaires**

Professions	Effectif (en milliers)	Part du public	Dépenses employeurs (en millions d'euros)		Baisse des dépenses publiques (en millions d'euros)		
			Privé	Public	Exo. de cotisations	Prime d'activité	Autres transferts sociaux et fiscaux
Aide à domicile	555	9 %	9 754		- 838	- 638	- 671
Assistant-e maternel-le	426	16 %	6 164		- 1 495	- 141	- 74
Éducateur-trice de jeunes enfants	20	31 %	337	87	- 45	- 3	- 29
Agent-e de service des étab. primaires	171	85 %	0	1 569		- 70	- 37
Infirmier-e	415	64 %	1 475	2 414	85	- 50	- 454
ASH	323	48 %	2 340	844	- 568	- 314	- 180
Éducateur-trice spécialisé-e et métiers connexes.	209	23 %	2 653	656	- 106	- 66	- 251
Assistant-e des services sociaux et métiers connexes	132	39 %	579	369	34	- 17	- 95
Professeur-e des écoles	344	94 %	0	6 013		- 21	- 424
Sage-femme	28	69 %	141	239	8	0	- 39
Puériculteur-trice	24	86 %	0	268		- 2	- 15
Auxiliaire de puériculture	109	62 %	606	290	- 140	- 30	- 75
Aide-soignant-e	459	58 %	2 018	980	- 492	- 100	- 225
Aide éducateur-trice – surveillant-e	98	80 %	262	1 262	- 64	- 134	- 122
Aide médico-psychologique	150	67 %	496	1 509	- 120	- 94	- 173
<b>Total</b>	<b>3 462</b>	<b>0 %</b>	<b>26 827</b>	<b>16 500</b>	<b>- 3 739</b>	<b>- 1 677</b>	<b>- 2 865</b>

Source : enquête Emploi 2019 ; Sofi 2021.

## 1. Les revalorisations récentes

La plupart des métiers au cœur de cette étude ont été profondément affectés par la pandémie du Covid-19. Considérés comme métiers essentiels de la « première » ou « deuxième » lignes, ils ont bénéficié d'un regain de visibilité et d'une reconnaissance symbolique importante mais également financière qui ont en partie modifié la situation par rapport à celle que nous utilisons comme référence, issue des données 2019. En effet, au cours de l'année 2020, au moins deux dispositifs majeurs ont été adoptés et s'appliquent progressivement à partir de septembre 2020 : le principal est constitué par les accords dits du « Ségur de la Santé »<sup>9</sup> (20 juillet 2020) ; le second concerne plus spécifiquement la branche de l'aide à domicile à travers l'avenant 43. Dans les deux cas, des revalorisations du salaire de base relativement conséquentes sont observables, mais elles dépendent de différents mécanismes d'application plus ou moins individualisés. Ainsi, dans le secteur public, les revalorisations pour les sages-femmes, les infirmier·es et les aides-soignant·es prennent la forme d'un complément de traitement indiciaire de 183 € à la fin 2020 alors que les revalorisations du secteur privé sont plutôt de l'ordre de 160 € et leurs modalités de versement dépendent des accords collectifs locaux.

Les prévisions budgétaires du coût global de ces mesures – 7,6 milliards de revalorisation salariale liés au Ségur et plus de 600 millions pour l'avenant 43 – fournissent cependant une estimation que nous pouvons comparer aux scénarios considérés dans ce rapport. Ainsi, certaines professions se rapprochent nettement (aides-soignant·es du secteur public) ou partiellement (aides-soignant·es du secteur privé, infirmières, aides à domicile) des revalorisations que nous avons calculées<sup>10</sup>. D'autres (secteur éducatif, petite enfance, action sociale) n'ont pas connu de hausse marquée des rémunérations. La situation du secteur sanitaire montre cependant que des changements salariaux non négligeables sont possibles et apparaissent légitimes de manière très majoritaire lorsque les circonstances mettent en exergue la complexité et l'importance de ces métiers.

La revalorisation de 183 € a été étendue aux professions socio-médicales de la fonction publique hospitalière en mai 2022. Cette prime Ségur, qui devrait être ensuite transformée en complément de traitement indiciaire comme pour les autres professions, ne concerne qu'une partie du périmètre de cette étude.

---

<sup>9</sup> [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/07/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_signature\\_des\\_accords\\_du\\_segur\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_13.07.2020.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/07/dossier_de_presse_-_signature_des_accords_du_segur_de_la_sante_-_13.07.2020.pdf)

<sup>10</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15208>



#### 4. COMBIEN D'EMPLOIS MANQUE-T-IL ?

L'ensemble des métiers inclus dans cette analyse visent à répondre à des besoins sociaux fondamentaux : ils permettent l'éducation des plus jeunes et l'amélioration de la qualité de vie des plus âgé-es ; ils apportent du lien social et favorisent des soins de qualité. A quels besoins cherchons-nous à répondre ?<sup>11</sup>

Parmi les besoins actuellement très mal couverts, ceux qui concernent des services à haute utilité sociale, répondant à des droits humains fondamentaux – le droit de vivre dignement sa vieillesse ou son handicap, le droit pour les parents de jeunes enfants de trouver à proximité des services d'accueil et de garde, le droit à la santé et à un enseignement de qualité, le droit à un accompagnement social en cas de difficultés majeures – sont reconnus comme essentiels.

Les emplois ne « naissent » pas d'eux-mêmes. Ils répondent à des demandes socialement construites. Un même pouvoir d'achat peut se traduire par des consommations bien différentes et la part du revenu que nous décidons de mettre en commun, tout comme les politiques publiques que nous choisissons de développer, ont des conséquences très importantes sur la nature des emplois créés<sup>12</sup>. Certains reposent ainsi d'abord sur des relations marchandes poussées par les inégalités de revenus – c'est de manière emblématique le cas du nombre d'employé-es de maison – tandis que d'autres s'appuient sur des politiques sociales favorisant des services améliorant la cohésion sociale et associés à des droits.

Les métiers que nous étudions sont ainsi portés par des activités dont l'utilité sociale est forte. Ils sont en ce sens non seulement les supports d'une richesse économique (distribution de pouvoir d'achat notamment) commune à tous les emplois mais ils constituent également en eux-mêmes une source de « bien-être » pour les services qu'ils rendent à la population. Le coût public éventuel d'une politique de soutien à la création de ces emplois ne se justifie ainsi pas seulement par les économies liées à l'évitement du chômage (calcul classique dans les évaluations du coût « net » des politiques de l'emploi<sup>13</sup>) mais aussi par la contribution qu'ils apportent à la cohésion sociale. Ces activités répondent à des droits humains existants ou à conquérir.

Au moins trois éléments permettent de souligner l'importance des besoins en termes de création de postes dans le champ du soin et du lien :

- l'existence d'une prise de conscience politique et administrative : un grand nombre de rapports pointent aujourd'hui les manques dans le secteur des métiers du vieillissement

---

<sup>11</sup>Déplaudé Marc-Olivier (2009), « 12. Une fiction d'institution : les 'besoins de santé' de la population », in Claude Gilbert, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, La Découverte, pp. 255-272.

<sup>12</sup>Gadrey Jean (2003), « Modèle nordique vs modèle anglo-saxon », *L'Économie politique*, 2003/3, n° 19, pp. 72-89.

<sup>13</sup>Carbonnier Clément, Allègre Guillaume (2014), « Le coût par emploi créé, un indicateur incomplet mais utile », *LIEPP Methodological Discussion Paper*, n° 3.

qu'il s'agisse de l'aide à domicile ou des Ehpad, dans le champ de la petite enfance ou encore dans la santé et l'éducation ;

- Les données issues de l'enquête Conditions de travail 2019 pointent l'intensité du manque de collègues ressenti par les salarié-es de ces secteurs : en moyenne, plus de 41 % d'entre elles et eux déclarent ne pas avoir suffisamment de collègues pour effectuer un travail correct contre 31 % pour l'ensemble des salarié-es ;
- Des comparaisons internationales, mêmes rapides, mettent en évidence que la France se situe à un niveau plutôt bas en termes d'effectifs dans ces métiers relativement à sa population. Atteindre un même taux d'emploi dans ces services que la Suède porterait même les besoins à plus de 1,7 million de postes : selon les données du BIT, les catégories des Professionnels de la santé, Professionnels de l'enseignement et les travailleurs du soin personnel (*personal care workers*) représentent 15,2 % des salarié-es en France et 21,8 % en Suède. Appliquer un taux de 21,8 % à la France impliquerait 1,7 million d'emplois additionnels.

Après avoir présenté la méthodologie et les données mobilisées, nous présentons les principaux résultats dans les cinq grands champs retenus : les emplois de la petite enfance, ceux concernant les personnes âgées ou en perte d'autonomie, le secteur de l'action socio-éducative, les activités liées à la santé et enfin les services d'éducation primaire.

#### **4.1. Méthodes et données**

Mesurer le nombre d'emplois nécessaires pour répondre aux besoins sociaux est un exercice particulièrement complexe qui dépend largement des attentes portées par les acteur-trices : quel doit être le taux d'enfants gardé-es de manière formelle ? Combien doit-il y avoir de places dans les Ehpad, et avec quel taux d'encadrement ? Quel temps, et donc combien d'emplois, doit être accordé aux personnes âgées à domicile ? Combien de personnels médicaux sont-ils nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital ?

L'objectif de ce rapport n'est pas de répondre précisément à ces multiples questions qui demandent des délibérations sociales complexes. Pour autant, des estimations globales nous semblent possibles à partir de l'identification des situations observées actuellement dans les territoires français. Les données permettent en effet de calculer un « taux de service » pour chaque secteur et chaque département. Ce calcul fait alors apparaître des inégalités entre départements sur et sous-dotés.

Notre hypothèse est que le taux de service effectif dans les départements les mieux dotés correspond à un objectif à la fois souhaitable et réaliste. Ainsi, nous quantifions le nombre d'emplois nécessaires pour aligner la situation de l'ensemble du territoire français sur celle du second (scénario haut) ou du 25<sup>e</sup> (scénario bas) département.

Concrètement, nous procédons en quatre étapes :

1. Nous mesurons tout d'abord l'emploi au niveau départemental pour les principales professions relevant des cinq champs retenus. Le choix d'entrer par les emplois/métiers, et non pas les secteurs, permet des calculs plus précis sur les activités ciblées ;
2. Nous regroupons ensuite les métiers sur la base des cinq « fonctions sociales » retenues (petite enfance, personnes âgées, action socio-éducative, santé, éducation primaire). Pour les professions marquées par une forme de poly-activité et s'adressant à deux champs que nous avons distingués – par exemple, les aides-soignant-es sont présent-es à la fois dans la santé et dans l'accompagnement des personnes âgées –, nous effectuons une répartition proportionnelle à ce que l'enquête Emploi permet d'estimer à partir du secteur (NAF) de l'employeur. Ainsi, 75 % des auxiliaires de puériculture sont rattaché-es à la petite enfance et 25 % à la santé ; 45 % des aides-soignant-es sont intégré-es dans le champ du vieillissement et 55 % dans la santé ; etc.

## 2. Enquête Emploi ou DADS ?

Les seules sources de données permettant une quantification des emplois au niveau des départements sont les Déclarations administratives de données sociales (DADS) analysées à partir d'un accès Centre d'accès sécurisé aux données (CASD). Le fait d'utiliser une mesure du nombre d'emplois issu d'une source administrative (DADS) tout en mobilisant les informations issues d'une autre source statistique (enquête Emploi) pour estimer les autres informations nécessaires (rémunérations, type d'employeur, secteur, etc.) est une limite à la précision de ce travail. Il s'agit cependant de deux dispositifs particulièrement fiables de la statistique publique française<sup>14</sup>. Dans tous les cas, l'absence de données territorialisées dans l'enquête Emploi ne permet pas d'envisager un usage de cette seule source. Le tableau 18 rappelle les effectifs pour chaque grande fonction sociale au niveau national.

3. Une fois le nombre d'emplois mesuré, nous rapportons celui-ci à la population destinataire des services (enfants âgé-es de moins de cinq ans, personnes de plus de 70 ans et/ou en situation de handicap...) afin d'estimer un « taux de service » pour chaque département. Ainsi, nous rapportons le nombre de professionnel-les de la petite enfance (assistant-es maternel-les, éducateur-trices de jeunes enfants et 75 % des auxiliaires de puériculture) au nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le département. La dernière colonne du tableau 18 précise les populations bénéficiaires de référence. Si leur identification est relativement consensuelle pour les services s'adressant à des tranches d'âges spécifiques (petite enfance, personnes âgées, éducation primaire), les hypothèses retenues pour le domaine de la santé et celui de l'action sociale sont plus délicates.

---

<sup>14</sup> Si certains écarts par métiers peuvent apparaître importants entre les deux sources, les différences au niveau des fonctions sociales identifiées sont faibles (par exemple, on observe plus d'AMP dans l'enquête Emploi mais moins d'aides-soignantes ou d'ASH), et l'écart global n'est ainsi que de 3,5 %. Voir annexe TA1.

Nous avons retenu : la population de moins de 65 ans +5 × la population de plus de 65 ans pour le domaine de la santé<sup>15</sup> ; la population sous le seuil de pauvreté+10 × la population handicapée pour le domaine de l'action sociale. Ces hypothèses demeurent discutables, mais les choix effectués n'impactent que modérément les estimations finales ;

4. La dernière étape consiste à projeter un taux de service cible à l'ensemble des départements. Deux scénarios sont proposés : un alignement au niveau du 25<sup>e</sup> département et un alignement au niveau du 2<sup>e</sup><sup>16</sup>.

Le scénario bas est peu ambitieux, car il ne permet que de limiter les inégalités territoriales actuelles. Le second scénario l'est davantage et demeure réaliste au sens où au moins deux départements français connaissent déjà les niveaux de services considérés comme devant être atteints.

Il ne s'agit ainsi pas d'imaginer une transformation majeure en se rapprochant des meilleurs standards internationaux – comme en calculant la création d'emplois nécessaire pour espérer une politique de lutte contre la dépendance équivalente à celle de certains pays du nord de l'Europe, par exemple – mais uniquement de simuler l'emploi de chaque département s'il atteignait les niveaux les plus élevés observés actuellement sur le territoire hexagonal.

---

<sup>15</sup> Grangier Juliette, Mikou Myriam, Roussel Romain, Solard Julie (2017), « Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 », *Études et Résultats*, n° 1025, septembre, Drees.

<sup>16</sup> Le choix du deuxième département plutôt que du premier tient aux spécificités que peuvent avoir les départements les mieux dotés, comme on peut le constater plus bas. La volonté d'atteindre une cible trop atypique pourrait mettre en question le reste des résultats.

<b>Tableau 18 : PCS et champs du lien et du soin</b>			
<b>PCS</b>	<b>Champs</b>	<b>Effectifs France</b>	<b>Bénéficiaires de référence</b>
563a Assistant-es maternel·les, gardien·nes d'enfants, familles d'accueil 526c Auxiliaires de puériculture [75 %] 434g Educateur·trices de jeunes enfants	<b>Petite enfance</b>	490 774	Population des 0-4 ans.
431f Infirmier·es en soins généraux, salarié·es [20 %] 563b Aides à domicile, aides ménagères, travailleur·ses familiaux·les 525d Agent·es de service hospitaliers [50 %] 526a Aides-soignant·es [45 %] 526d Aides médico-psychologiques	<b>Personnes âgées et handicapées</b>	967 638	Population des 65 ans et plus.
434a Cadres de l'intervention socio-éducative 434b Assistant·es de service social 434c Conseiller·es en économie sociale familiale 434d Educateur·trices spécialisés·es 434e Moniteur·trices éducateur·trices 434f Educateur·trices techniques spécialisés·es, moniteur·trices d'atelier	<b>Action sociale et médico-sociale</b>	194 807	Population sous le seuil de pauvreté (60 % du revenu médian) et population en situation en handicap
421a Instituteur·trices 421b Professeur·es des écoles 422e Surveillant·es et aides-éducateur·trices [15 %] 525a Agent·es de service des établissements primaires	<b>Education</b>	493 331	Population de 5 à 10 ans
431c Puériculteur·trices 431e Sages-femmes (libérales ou salariées) 431f Infirmier·es en soins généraux, salarié·es [80 %] 525d Agent·es de service hospitaliers [50 %] 526a Aides-soignant·es [55 %] 526c Auxiliaires de puériculture [25 %]	<b>Santé</b>	840 519	Population totale (pondérée par l'âge)
Source : DADS, Insee, 2019. Les chiffres entre crochets indiquent le pourcentage de la profession rattaché au domaine d'emploi.			

## **4.2. Estimation des créations par grande fonction sociale**

Les estimations sont détaillées par domaine.

### **4.2.1. Petite enfance**

Trois métiers directement liés à l'accompagnement de la petite enfance sont concernés : les assistant·es maternel·les, 75 % des auxiliaires de puéricultures et les éducateur·trices de jeunes enfants (tableau 19). Les effectifs de professionnel·les sont établis en proportion du nombre d'enfants de moins de cinq ans.

En moyenne nationale, les DADS permettent d'estimer un taux d'encadrement des jeunes enfants de 0,13, soit un·e professionnel·le pour 7,5 enfants. En 2019, 50 % des départements métropolitains affichent des taux entre 0,12 et 0,15, soit entre 6,9 et 8,7 enfants par professionnel·le. Deux départements affichent des taux élevés : Paris (0,28, soit 3,5 enfants par professionnelle) et les Hauts-de-Seine (0,19, soit 5,2 enfants par professionnelle). Les taux d'activité féminins élevés dans ces deux territoires expliquent en grande partie ces situations qui permettent ainsi de fournir une estimation des besoins garantissant un accès large aux modes de garde formels. A l'inverse, deux territoires présentent des taux de prise en charge professionnelle des jeunes enfants particulièrement bas : la Corse et la Seine Saint-Denis (0,08, soit plus de 12 enfants par professionnel·le).

Permettre à chaque département d'atteindre le taux d'encadrement du premier quartile (6,9 enfants par professionnel·le) implique ainsi la création de plus de 75 000 emplois. Un alignement sur le niveau de service des Hauts-de-Seine créerait près de 220 000 postes.

<b>Tableau 19 : Créations d'emplois dans le champ de la petite enfance</b>						
<b>Principaux métiers concernés</b>	<b>Effectifs France</b>	<b>Population servie de référence</b>	<b>Départements les mieux pourvus</b>	<b>Départements les moins bien pourvus</b>	<b>Scénario bas</b>	<b>Scénario haut</b>
563a Assistant·es maternel·les, gardien·nes d'enfants, familles d'accueil 526c Auxiliaires de puériculture 434g Educateur·trices de jeunes enfants	490 774	Population des 0-4 ans.	Paris, Hauts-de-Seine	Corse, Seine Saint-Denis	75 827 soit + 15 %	218 349 soit + 44 %

<b>Tableau 20. Créations d'emplois dans le champ du grand âge</b>						
<b>Principaux métiers concernés</b>	<b>Effectifs France</b>	<b>Population servie de référence</b>	<b>Départements les mieux pourvus</b>	<b>Départements les moins bien pourvus</b>	<b>Scénario bas</b>	<b>Scénario haut</b>
431f Infirmier·es en soins généraux, salarié·es [20 %] 563b Aides à domicile, aides ménagères, travailleur·ses familiaux·les 525d Agent·es de service hospitaliers [50 %] 526a Aides-soignant·es [45 %] 526d Aides médico-psychologiques	967 638	Population des 65 ans et plus.	Lozère, Haute-Garonne, Pas de Calais, Hérault	Loiret, Eure-et-Loir, Cher	48 329 soit + 5 %	222 979 soit + 23 %

#### **4.2.2. Personnes âgées et en perte d'autonomie**

Pour le domaine du grand âge, nous retenons en totalité les deux principaux métiers spécifiquement en charge de l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie, que ce soit en raison de l'âge ou du handicap : les aides à domicile d'une part et les aides médico-psychologiques de l'autre (tableau 20). Nous y ajoutons 45 % des aides-soignant-es et 50 % agent-es de service hospitalier conformément à la part de ces métiers relevant du secteur de l'hébergement social et médico-social (correspondant très majoritairement aux Ehpad). Le volume d'emplois liés au vieillissement est ainsi évalué à plus de 960 000 salarié-es.

Les effectifs de professionnel·les sont mis en relation avec la population âgée de plus de 65 ans, éligible à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ce critère demeure sommaire, car il ne prend pas en compte l'hétérogénéité des niveaux d'autonomie entre départements<sup>17</sup>. Ainsi, le taux de professionnel·les relativement élevé dans un département comme le Pas-de-Calais est largement justifié par un état de santé moyen des personnes âgées plus dégradé dans les anciens territoires industriels. Pour autant, si l'estimation département par département peut souffrir de cette imprécision, les résultats nationaux auxquels nous parvenons permettent d'estimer le déficit global de postes. Par ailleurs, la Haute-Garonne (département classé second et donc retenu pour le scénario haut) ne se démarque pas par un taux de limitations physiques ou cognitives particulièrement élevé<sup>16</sup>.

En moyenne nationale, les DADS permettent d'estimer un taux de prise en charge de 7,6, soit 13,1 personnes âgées par professionnel·le. En 2018, 50 % des départements métropolitains ont des taux d'encadrement allant de 6,9 et 8 %, soit entre 12,5 et 14,5 personnes âgées par professionnel·le. Les départements les mieux dotés sont la Lozère (8 personnes âgées/prof.), la Haute-Garonne (10,5), le Pas de Calais (11) et le département de l'Hérault (11,5) tandis que le Loiret, l'Eure-et-Loir et le Cher apparaissent moins bien dotés (plus de 15,5 personnes âgées/prof.)

Permettre à chaque département d'atteindre le taux d'encadrement du premier quartile implique ainsi la création de plus de 48 000 emplois. Un alignement sur le niveau de service de la Haute-Garonne créerait près de 223 000 postes.

---

<sup>17</sup> Brunel Mathieu, Carrère Amélie (2019), « La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Quelles disparités entre départements ? », *Les dossiers de la Drees*, n° 34.

### **4.2.3. Action sociale auprès des publics fragiles**

Le troisième champ étudié (tableau 21) est celui de l'action sociale auprès des familles en difficulté et des enfants et adultes en situation de handicap. Six métiers sont identifiés :

- 434a Cadres de l'intervention socio-éducative ;
- 434b Assistant·es de service social ;
- 434c Conseiller·es en économie sociale familiale ;
- 434d Educateur·trices spécialisés·es ;
- 434e Moniteur·trices éducateur·trices ;
- 434f Educateur·trices techniques spécialisés·es.

Les missions de ces professionnel·les sont orientées vers deux populations principales : les familles en situation de pauvreté d'une part, et les personnes en situation de handicap d'autre part. Il convient donc de mesurer les besoins en fonction de ces deux critères. Mais il n'est pas possible, statistiquement, de distinguer les salarié·es en fonction du public auquel elles et ils s'adressent. Il convient donc de construire un indicateur global d'estimation des besoins à partir de la quantification de ces deux populations. Pour autant, les « taux d'encadrement » sont très différents : selon les données de la Drees, nous pouvons estimer un taux d'accompagnement dix fois supérieur pour les personnes en situation de handicap par rapport aux personnes en insertion<sup>18</sup>. Nous avons donc choisi de construire un indicateur attribuant un poids supérieur au nombre de personnes handicapées par rapport au nombre de ménages en situation de pauvreté.

Sur cette base, on obtient au niveau national un taux de service médian de 2,44 %, et 50 % des départements affichent des taux compris entre 2,20 et 2,72 %. Les départements les plus mal positionnés sont les territoires corses, la Seine Saint-Denis et les Alpes-Maritimes. A l'opposé la Lozère, Paris, les Yvelines, la Savoie, la Haute-Savoie et les Hautes-Alpes apparaissent comme les départements les mieux pourvus.

Permettre à chaque département d'atteindre le taux d'encadrement du premier quartile implique ainsi la création de près de 42 000 emplois. Un alignement sur le niveau de service de Paris créerait plus de 150 000 postes.

---

<sup>18</sup> Ce taux est estimé en rapportant les dépenses liées à l'accueil ou l'accompagnement au nombre d'aides attribuées dans les deux domaines ([https://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/Vue%20d%E2%80%99ensemble\\_0.pdf](https://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/Vue%20d%E2%80%99ensemble_0.pdf)).

<b>Tableau 21 : Créations d'emplois dans le champ de l'action sociale</b>						
<b>Principaux métiers concernés</b>	<b>Effectifs France</b>	<b>Population servie de référence</b>	<b>Départements les mieux pourvus</b>	<b>Départements les moins bien pourvus</b>	<b>Scénario bas</b>	<b>Scénario haut</b>
434a Cadres de l'intervention socio-éducative 434b Assistant-es de service social 434c Conseiller-es en économie sociale familiale 434d Educateur-trices spécialisé-es 434e Moniteur-trices éducateur-trices 434f Educateur-trices techniques spécialisé-es, moniteur-trices d'atelier	194 807	Population sous le seuil de pauvreté + 10 * population en situation de handi.	Lozère, Paris, Yvelines, Savoie, Haute-Savoie, Hautes-Alpes	Corse, Seine Saint Denis, Alpes-Maritimes	41 941 soit +21%	154 675 soit +79%

<b>Tableau 22 : Créations d'emplois dans le champ de la santé</b>						
<b>Principaux métiers concernés</b>	<b>Effectifs France</b>	<b>Population servie de référence</b>	<b>Départements les mieux pourvus</b>	<b>Départements les moins bien pourvus</b>	<b>Scénario bas</b>	<b>Scénario haut</b>
431c Puériculteur-trices 431e Sages-femmes (libéraux-les ou salarié-es) 431f Infirmier-es en soins généraux, salarié-es [80 %] 525d Agent-es de service hospitaliers [50 %] 526a Aides-soignant-es [55 %] 526c Auxiliaires de puériculture [25 %]	860 787	Population des moins de 65 ans + 5* population des plus de 65 ans	Lozère, Paris, Territoire de Belfort	Corse, Seine Saint-Denis, Yvelines, Seine et Marne, Essonne	104 397 soit +12 %	355 233 soit + 41 %

<b>Tableau 23 : Créations d'emplois dans le champ de l'éducation maternelle et primaire</b>						
<b>Principaux métiers concernés</b>	<b>Effectifs France</b>	<b>Population servie de référence</b>	<b>Départements les mieux pourvus</b>	<b>Départements les moins bien pourvus</b>	<b>Scénario bas</b>	<b>Scénario haut</b>
421b Professeur-s des écoles 422e Surveillant-es et aides-éducateur-trices des établissements d'enseignement [15 %] 525a Agent-es de service des établissements primaires	493 331	Population de 5 à 10 ans	Lozère, Hautes-Alpes, Hautes Pyrénées, Paris	Eure, Seine et Marne, Hauts de Seine	30 038 soit + 12 %	127 261 soit + 26 %

#### **4.2.4. Santé**

Nous avons retenu six PCS relatives au domaine de la santé : puériculteur·rices, sages-femmes, infirmier·es, agent·es de service hospitalier, aides-soignant·es et auxiliaires de puériculture (tableau 22). Ces métiers occupent plus de 860 000 salarié·es selon les DADS 2018.

Pour estimer un taux de service, nous avons rapporté le nombre de professionnel·les à la population en majorant, *via* un coefficient 5, le poids des plus de 65 ans<sup>19</sup>. D'autres hypothèses ont été testées, en faisant varier le poids des personnes âgées ou en pondérant la population de moins de cinq ans, sans que les résultats finaux ne s'en trouvent fondamentalement modifiés.

A partir de ces éléments, les départements les mieux dotés sont la Lozère, Paris et le Territoire de Belfort tandis que la Corse et la Seine Saint-Denis apparaissent en bas de classement. En appliquant la même méthode que pour les autres domaines, le scénario bas nécessite la création de 105 000 postes, soit une hausse de 12 % des effectifs, et le scénario haut débouche sur une croissance de 355 000 emplois (41 % des effectifs).

#### **4.2.5. Éducation maternelle et primaire**

Enfin, en ce qui concerne le domaine de l'éducation primaire et maternelle (tableau 23), nous retenons les effectifs de professeur·es des écoles, d'agent·es de service des établissements primaires et 15 % des surveillant·es et aides-éducateur·trices (l'enquête Emploi permettant d'estimer la part de cette PCS travaillant dans les établissements primaires par rapport aux salarié·es intervenant au collège ou au lycée).

La population bénéficiaire quant à elle est estimée à partir de la tranche d'âge 5-10 ans.

Sur la base de ces hypothèses, un taux de service est calculé. En moyenne nationale, nous obtenons 8 enfants par professionnel·le et 50 % des départements se situent entre 7,7 et 8,4. Les départements les mieux pourvus sont la Lozère, les Hautes-Alpes, les Hautes-Pyrénées et Paris (affichant tous des taux inférieurs à 7 enfants par professionnel·le) tandis que l'Eure, la Seine-et-Marne et les Hauts-de-Seine sont en bas de classement avec des effectifs de plus de 9 enfants par professionnel·le.

L'application à tous les départements du taux d'encadrement du 25<sup>e</sup> département amènerait à une création d'environ 30 000 postes (+ 6 %) tandis qu'un alignement sur le niveau du second département demanderait la création de près de 130 000 emplois (+ 26 %).

#### **4.2.6. Synthèse**

Le tableau 24 synthétise ces estimations de créations d'emplois. Dans le scénario bas, ce sont 11 % de postes supplémentaires qui sont nécessaires pour ramener les trois-quarts des départements les plus mal lotis au niveau du 25<sup>e</sup> département. Un alignement sur le second

---

<sup>19</sup> Grangier J., Mikou M., Roussel R., Solard J., *op. cit.*

département rend nécessaire la création de plus de 1,1 million de postes, soit 600 000 de moins que ce que produirait un alignement sur les taux d'emploi dans ces secteurs observables en Suède.

Ces estimations peuvent enfin être considérées comme relativement restrictives au sens où elles ne tiennent pas compte de la dynamique des besoins, notamment ceux dus au vieillissement de la population. Ainsi, la Dares et France Stratégie estiment que les métiers d'aide à domicile (+ 98 000), d'aide-soignant-e (+ 110 000) ou encore d'infirmier-e (+ 113 000) seront parmi les principaux créateurs de postes à l'horizon 2030<sup>20</sup>. Si ces besoins de création ne peuvent pas s'ajouter mécaniquement à ceux que nous avons identifiés, il n'en demeure pas moins que le vieillissement de la population ne fera que renforcer les besoins dans les deux domaines « Personnes âgées » et « Santé ».

	<b>Effectifs actuels</b>	<b>Emplois nécessaires pour s'aligner sur le 3<sup>e</sup> quartile</b>	<b>Emplois nécessaires pour s'aligner sur le second département</b>
Petite enfance	491 000	76 000	218 500
Personnes âgées	967 500	48 500	223 000
Action sociale	306 500	42 000	154 500
Santé	861 000	103 500	327 000
Education maternelle et primaire	493 500	60 500	209 500
<b>Total</b>	<b>3 119 500</b>	<b>330 500</b>	<b>1 132 500</b>
Soit en %		11 %	36 %
Source : DADS, Insee.			

<sup>20</sup> <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/les-metiers-en-2030-rapport>

## 5. QUELS COÛTS REPRÉSENTENT CES EMPLOIS ?

La partie précédente de ce rapport a souligné les perspectives en termes de création d'emplois dans le champ du SLA afin de réduire les inégalités territoriales et d'améliorer la prise en compte des besoins sociaux. Cette évaluation demeure cependant restrictive et, aujourd'hui, la nécessité d'investir dans le développement des services d'utilité sociale ne fait pas débat. Mais quel coût représenterait la création d'emplois que nous avons estimée ? Nous procédons en trois étapes :

- Nous calculons le coût que ces créations représentent pour les employeurs publics et privés (5.1.) ;
- Nous estimons ensuite les répercussions de ces créations d'emplois sur les dépenses socio-fiscales (5.2.) ;
- Nous terminons enfin par une mesure des dépenses qui incombent aux finances publiques (5.3.).

### 5.1. Le coût des emplois créés pour les employeurs

Dans un premier temps, nous appliquons le coût employeur issu des données de l'enquête Emploi par PCS (tableau 25) au nombre de postes à créer. Le tableau 26 fournit une évaluation, sans revalorisation des emplois, et le tableau 27 donne l'estimation sur la base des emplois revalorisés selon la méthode présentée dans le chapitre 2 de cette partie du rapport.

Ainsi, le coût brut de la création d'emploi va de 10,7 milliards d'euros dans le cas du scénario bas (alignement sur le 25<sup>e</sup> meilleur département) et des emplois non revalorisés, à 50,6 milliards d'euros pour le scénario haut (alignement sur le 2<sup>e</sup> meilleur département) avec des emplois revalorisés. Si on ajoute le coût de la revalorisation des emplois préexistants, soit 43,3 milliards, on atteint alors un total de près de 94 milliards, soit 3,8 % du PIB, pour ce scénario le plus coûteux.

**Tableau 25 : Coût mensuel par emploi**

Profession	Sans revalorisation		Après revalorisation	
	coût empl. privé	coût empl. public	coût empl. privé	coût empl. public
Aide à domicile	1 309 €		2 773 €	0 €
Assistant-e maternel-le	1 397 €		2 603 €	0 €
Éducateur-trice de jeunes enfants	2 169 €	3 292 €	4 222 €	4 466 €
Agent-es de service des étab. primaires		2 341 €		3 104 €
Infirmier-e	3 399 €	3 709 €	4 222 €	4 466 €
ASH	1 765 €	2 653 €	2 922 €	3 110 €
Éducateur-trice spécialisé-e	2 846 €	3 339 €	4 226 €	4 471 €
Assistant-e des services sociaux (et métiers proches)	3 619 €	3 864 €	4 217 €	4 462 €
Professeur-e des écoles		3 901 €		5 360 €
Sage-femme	3 706 €	4 339 €	5 067 €	5 360 €
Puéricultrice		3 999 €		5 076 €
Auxiliaire de puériculture	1 921 €	2 987 €	3 160 €	3 343 €
Aide-soignant-e	2 264 €	3 032 €	3 131 €	3 340 €
Aides éducateurs – surveillants	1 749 €	1 767 €	2 875 €	3 107 €
Aides médico-psychologiques	2 015 €	1 646 €	2 857 €	2 893 €

Source : enquête Emploi, Sofi 2021.

<b>Tableau 26 : Coût de la création d'emplois pour les employeurs sans revalorisation à répartition privé/public inchangée</b>				
<b>Profession</b>	<b>Scénario bas</b>		<b>Scénario haut</b>	
	Effectif (en milliers)	Coût en millions d'euros	Effectif (en milliers)	Coût en millions d'euros
Aide à domicile	20	314	92	1 448
Assistante maternelle	61	1 124	175	3 238
Éducatrice de jeunes enfants	5	143	14	411
Agents de service étab. primaires	9	262	32	909
Infirmière	49	2 129	163	7 044
ASH	30	781	107	2 803
Éducatrice spécialisée	28	980	102	3 616
Assistante des services sociaux	14	639	53	2 357
Professeur des écoles	48	2 226	165	7 725
Sage-femme	2	113	7	357
Puéricultrice	2	101	8	319
Auxiliaire de puériculture	13	399	38	1 173
Aide-soignante	41	1 329	145	4 697
Aides éducateurs – surveillants	3	74	12	256
Aides médico-psychologiques	5	97	21	448
<b>Total</b>	<b>330</b>	<b>10 711</b>	<b>1 134</b>	<b>36 802</b>
Source : enquête Emploi, Sofi 2021.				

**Tableau 27 : Coût de la création d'emplois revalorisés pour les employeurs à répartition privé/public inchangée**

Profession	Scénario bas		Scénario haut	
	Effectif (en milliers)	Coût en millions d'euros	Effectif (en milliers)	Coût en millions d'euros
Aide à domicile	20	666	92	3 071
Assistante maternelle	61	1 902	175	5 477
Éducatrice de jeunes enfants	5	243	14	701
Agent-e de service étab. primaires	9	347	32	1 205
Infirmier-e	49	2 585	163	8 553
ASH	30	1 072	107	3 850
Éducateur-trice spécialisé-e	28	1 417	102	5 226
Assistant-e des services sociaux	14	741	53	2 733
Professeur-e des écoles	48	3 058	165	10 614
Sage-femme	2	143	7	453
Puériculteur-trice	2	121	8	383
Auxiliaire de puériculture	13	504	38	1 481
Aide-soignant-e	41	1 593	145	5 631
Aides éducateur-trice – surveillant-e	3	128	12	443
Aide médico-psychologique	5	166	21	765
<b>Total</b>	<b>330</b>	<b>14 687</b>	<b>1 134</b>	<b>50 586</b>
Source : enquête Emploi, Sofi 2021.				

## 5.2. Les économies pour les finances publiques

Nous avons d'ores et déjà estimé une partie des économies pour les comptes publics induites par les revalorisations des emplois existants. Ce sont celles liées aux baisses de prestations et primes d'activité à verser ainsi que celles liées aux hausses d'impôt. Le coût public de la revalorisation est alors réduit d'environ 8,5 milliards d'euros.

De même, le coût effectif des créations d'emplois implique de tenir compte des montants de transferts socio-fiscaux économisés du fait des reprises d'emploi de celles et ceux qui vont les occuper : les allocations de retour à l'emploi (ARE) si la personne qui prend l'emploi était en emploi auparavant ou le RSA selon les revenus éventuels de la ou du conjoint·e. Si on prend la perspective des comptes publics, toute création d'emploi accroît les montants d'exonérations de cotisations patronales et de prime d'activité à verser, mais réduit dans le même temps les montants de RSA, d'ARE reçus par les chômeur·ses et le montant net des transferts perçus par le ménage auquel appartient celle ou celui recruté·e sur le poste créé.

Pour évaluer le bilan financier des créations d'emploi en termes de comptes publics, nous avons supposé que, pour chacune des professions, les nouveaux emplois seront pourvus par des salarié·es qui détiennent le niveau de diplôme requis pour l'exercer<sup>21</sup>. Nous nous sommes appuyés sur la part des chômeur·ses rémunéré·es et les montants d'ARE des chômeur·ses renseignés dans l'enquête Emploi selon le niveau de diplôme<sup>22</sup>. Nous avons ensuite estimé le montant du RSA et des autres transferts sociaux et fiscaux avant et après la prise de poste selon la configuration familiale à l'aide du modèle Sofi2021, en supposant que les revenus des conjoint·es étaient similaires à ceux des conjoint·es des personnes déjà en poste. En considérant que la répartition en termes de configurations familiales et de répartition public/privé de ces nouveaux salarié·es est la même que pour les salarié·es déjà en poste, on peut alors, pour chaque profession, calculer les montants d'ARE et de transferts nets économisés selon la configuration familiale et en distinguant les chômeur·ses à l'ARE et non indemnisés. L'économie moyenne par emploi créé dans chaque profession est obtenue en tenant compte de la part des chômeurs indemnisés observée pour le niveau de diplôme requis et de la part de chaque configuration familiale. Le montant total d'économie par profession s'en déduit en multipliant par le nombre d'emplois créés envisagé. Il apparaît ci-après. Le tableau 28 estime les répercussions sur les dépenses socio-fiscales de la création d'emplois sans revalorisation – *i. e.* au niveau des salaires pratiqués en 2019. Le tableau 29 fournit ces estimations en appliquant les revalorisations aux nouveaux emplois créés (*cf.* chapitre 3).

---

<sup>21</sup> Il est évident que la détention d'un diplôme au niveau correspondant à ces emplois n'est pas suffisante pour être à même d'exercer les professions pour lesquelles les emplois sont créés. On peut supposer que les structures de formation existantes seront mobilisées mais il faudra néanmoins les financer pour les futurs salarié·e.s.

<sup>22</sup> Cinq niveaux de diplôme étant considérés pour les prérequis selon la profession (CAP-BEP, bac technologique, licence, maîtrise et Master ou plus), les montants moyens d'ARE par profession ne peuvent prendre que cinq valeurs, de 852 à 1 256 €, tandis que la part de chômeurs indemnisés varie de 45 à 54 %.

<b>Tableau 28 : Répercussions sur les dépenses socio-fiscales de la création d'emplois sans revalorisation à répartition privé/public inchangée</b> (en millions d'euros)						
<b>Profession</b>	<b>Scénario bas</b>			<b>Scénario haut</b>		
	Exonérations de cotisations	ARE	Autres transferts sociaux et fiscaux	Exonérations de cotisations	ARE	Autres transferts sociaux et fiscaux
Aide à domicile	110	- 93	- 33	509	- 429	- 154
Assistant-e maternel-le	478	- 283	- 105	1 376	- 815	- 303
Éducateur·trice de jeunes enfants	20	- 32	- 13	58	- 92	- 38
Agent-e de service des étab. primaires	0	- 53	- 56	0	- 184	- 196
Infirmier-e	42	- 332	- 185	139	- 1 100	- 613
ASH	87	- 138	- 82	314	- 497	- 294
Éducateur·trice spécialisé-e et métiers connexes.	76	- 186	- 99	281	- 687	- 363
Assistant-e des services sociaux et métiers connexes	22	- 97	- 57	81	- 356	- 210
Professeur-e des écoles	0	- 313	- 420	0	- 1 087	- 1 459
Sage-femme	2	- 15	- 11	6	- 47	- 36
Puériculteur·trice	0	- 19	- 13	0	- 61	- 42
Auxiliaire de puériculture	27	- 71	- 39	80	- 210	- 115
Aide-soignant-e	87	- 227	- 141	307	- 802	- 499
Aides éducateur·trice – surveillant-e	4	- 16	- 6	15	- 56	- 22
Aide médico-psychologique	8	- 21	- 9	38	- 98	- 44
<b>Total</b>	<b>964</b>	<b>- 1 898</b>	<b>- 1 272</b>	<b>3 203</b>	<b>- 6 521</b>	<b>- 4 388</b>

Source : enquête Emploi 2019, Sofi 2021.

La création d'emplois génère pour les finances publiques trois flux financiers principaux, qui, combinés, entraînent une économie importante :

- un accroissement des volumes d'exonérations de cotisations sociales, même après revalorisation des métiers, dès lors que les salaires demeurent inférieurs au seuil de 3,5 Smic et relèvent en partie du secteur privé. Ces dépenses sont cependant plus faibles après revalorisation du fait d'une baisse des taux d'exonération. Dans le scénario haut, les montants concernés atteignent 3,2 milliards d'euros pour des emplois non revalorisés et 2,3 milliards dans le scénario haut revalorisé ;
- une baisse des dépenses publiques liées à l'ARE, d'autant plus élevée que les nouveaux·elles salarié·es appartiennent à des groupes affichant des taux de chômage indemnisé et des montants d'ARE moyens élevés. Dans le scénario haut, ce sont 6,5 milliards d'euros (relativement indépendants de la revalorisation ou non des salaires) qui pourraient être ici récupérés (indépendamment du salaire offert) ;
- enfin une baisse des autres transferts socio-fiscaux (RSA, prime d'activité, allocations logement, etc.) et une augmentation des impôts dus d'autant plus importantes que les salaires offerts sont élevés. Dans le scénario haut, on peut estimer l'économie pour les finances publiques à environ 4,4 milliards d'euros pour des emplois aux salaires de 2019 et de plus de 5,6 milliards d'euros avec des salaires revalorisés.

Au total, dans le scénario haut, l'économie nette pour les finances publiques est estimée à 7,6 milliards d'euros avec des emplois aux salaires de 2019 et à près de 10 milliards d'euros pour des emplois revalorisés.

On peut remarquer que les économies d'ARE pour les chômeur·ses ayant repris un emploi font plus que compenser le montant des exonérations de cotisations associées aux emplois créés dans la plupart des professions. L'exception principale est la profession d'assistant·e maternel·le agré·e pour laquelle les exonérations de cotisations sociales sont spécifiques et particulièrement importantes. Plus les emplois créés sont diplômés et plus les économies en termes d'ARE sont importantes.

**Tableau 29 : Répercussions sur les dépenses socio-fiscales de la création d'emplois revalorisés à répartition privé/public inchangée**  
(en millions d'euros)

Profession	Scénario bas			Scénario haut		
	Exonérations de cotisations	ARE	Autres transferts sociaux et fiscaux	Exonérations de cotisations	ARE	Autres transferts sociaux et fiscaux
Aide à domicile	80	- 93	- 81	370	- 429	- 372
Assistant-e maternel-le	368	- 283	- 136	1 059	- 815	- 392
Éducateur-trice de jeunes enfants	10	- 32	- 21	28	- 92	- 60
Agent-e de service des étab. primaires	0	- 53	- 62	0	- 184	- 216
Infirmier-e	52	- 332	- 230	172	- 1 100	- 761
ASH	35	- 138	- 127	126	- 497	- 457
Éducateur-trice spécialisé-e et métiers connexes.	62	- 186	- 140	230	- 687	- 518
Assistant-e des services sociaux et métiers connexes	26	- 97	- 69	95	- 356	- 255
Professeur-e des écoles	0	- 313	- 482	0	- 1 087	- 1 673
Sage-femme	2	- 15	- 15	8	- 47	- 46
Puériculteur-trice	0	- 19	- 15	0	- 61	- 47
Auxiliaire de puériculture	11	- 71	- 52	31	- 210	- 152
Aide-soignant-e	43	- 227	- 170	153	- 802	- 601
Aides éducateur-trice – surveillant-e	2	- 16	- 15	7	- 56	- 53
Aide médico-psychologique	4	- 21	- 19	21	- 98	- 86
<b>Total</b>	<b>695</b>	<b>- 1 898</b>	<b>- 1 634</b>	<b>2 298</b>	<b>- 6 521</b>	<b>- 5 689</b>

Source : enquête Emploi 2019, Sofi 2021.

### 5.3. Bilan pour les finances publiques

Le bilan pour les finances publiques est cependant un peu plus complexe à établir, car, aux coûts en termes de masse salariale, il conviendrait, d'un côté, d'ajouter d'autres coûts de production (bâtiments, matériels, produits, formation, etc.) et de l'autre d'enlever les contributions que les ménages apportent pour les services dont ils bénéficient. Ces effets se retrouvent à la fois au niveau des créations d'emplois (5.3.1.) et des coûts liés à la revalorisation des emplois (5.3.2.).

#### 5.3.1. Coûts pour les finances publiques des créations d'emplois sans revalorisation

Le coût pour les finances publiques de la création d'emplois dépend du statut public ou privé des emplois concernés.

Dans le premier cas, les finances publiques supportent d'abord, en tant qu'employeur, l'intégralité des coûts de main-d'œuvre. Il convient ensuite d'ajouter des coûts de production non salariaux. Si ces éléments ne sont pas négligeables, les secteurs étudiés ont deux caractéristiques qui limitent l'ampleur de ces autres éléments de coût : d'une part, en moyenne, la main-d'œuvre y représente entre 68 % environ (santé) et quasiment 100 % (assistant-es maternel·les) du total des coûts<sup>23</sup>, et d'autre part, ces secteurs sont marqués par des manques d'effectifs importants qui ne nécessitent pas une croissance des coûts fixes (infrastructure, équipements) pour accroître le niveau de service. Nous avons ici adopté, par convention, un montant de coûts non salariaux qui représente 10 % du coût de production total. Enfin, il s'agit de retrancher aux coûts de production la part des services financés par les ménages bénéficiaires. Celle-ci diffère selon les services considérés : 17,5 % pour les services d'accueil de la petite enfance<sup>24</sup>, 21 % pour la prise en charge de la perte d'autonomie<sup>25</sup>, 7,2 % pour la santé<sup>26</sup> et 0 % pour l'éducation et l'action sociale.

Dans le cas des emplois privés, deux coûts publics principaux doivent être pris en compte. Le premier correspond aux montants liés aux exonérations de cotisations sociales, soit la part publique des coûts de main-d'œuvre. Le second renvoie à la part du coût de revient financée par des allocations ou subventions publiques à l'image de l'APA pour la perte d'autonomie, de la PAJE pour la petite enfance, etc.

Sur la base des données de la Drees (cf. notes 24, 25 et 26), on estime à 80 % la part du coût du service subventionné dans le cas de la petite enfance, 79 % dans celui de la perte

---

<sup>23</sup> Voir annexe, tableau A2.

<sup>24</sup> <https://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/er930.pdf>

<sup>25</sup> <https://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2015%20-%20L%E2%80%99allocation%20personnalis%C3%A9e%20d%E2%80%99autonomie%20%28APA%29.pdf>

<sup>26</sup> <https://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Vue%20d%E2%80%99ensemble.pdf>

d'autonomie, 90 % dans celui de la santé et 100 % dans ceux de l'action sociale et de l'éducation (ces dernières relevant essentiellement du secteur associatif).

Enfin, nous déduisons des coûts publics des emplois publics et des coûts publics des emplois privés, les économies réalisées sur les dépenses socio-fiscales grâce à la création des postes concernés.

Au total, nous parvenons à une estimation de 30,7 milliards d'euros de dépenses publiques additionnelles (1,3 % du PIB) nécessaires à la création de 1,13 million d'emplois, soit un coût par emploi d'environ 27 000 € par an.

L'annexe 3 présente une comparaison du coût d'un emploi créé selon le secteur (public/privé) et la fonction sociale ou la profession.

### ***5.3.2. Coûts de la création d'emplois revalorisés et de la revalorisation des emplois existants***

La création d'emplois revalorisés impliquerait une dépense publique additionnelle d'environ 44 milliards d'euros (1,8 % du PIB) pour 1,13 million d'emplois créés, soit environ 39 000 € par an par emploi (tableau 31). Plus de la moitié de la dépense (56 %) serait liée à l'augmentation des subventions aux usager-es sous l'hypothèse que leur reste-à-charge n'augmente pas suite aux revalorisations des salaires.

**Tableau 30 : Bilan pour les finances publiques de la création d'emplois non revalorisés à répartition privé/public inchangée**  
(scénario haut, en milliards d'euros)

		Petite enfance	Personnes âgées	Action sociale	Education maternelle et primaire	Santé	Total
Emplois publics	Coût de la main d'œuvre	0,8	2,5	1,9	8,8	7,8	<b>21,9</b>
	Coûts non salariaux <sup>1</sup>	0,1	0,3	0,2	1,0	0,9	<b>2,4</b>
	Contribution des usagers <sup>2</sup>	- 0,2	- 0,6	0,0	0,0	- 0,6	<b>-1,4</b>
Emplois privés	Exonérations de cotisations	1,5	0,8	0,4	0,0	0,5	<b>3,2</b>
	Subventions aux usagers <sup>2</sup>	3,0	2,8	5,0	0,1	4,5	<b>15,4</b>
Economies de dépenses socio-fiscales liées aux créations d'emploi		- 1,5	- 2,0	- 1,6	- 3,0	- 2,7	<b>- 10,9</b>
<b>Coût total</b>		<b>3,8</b>	<b>3,8</b>	<b>5,8</b>	<b>6,9</b>	<b>10,3</b>	<b>30,6</b>

Sources : enquête Emploi 2019, Sofi 2021, calculs des auteurs.

1 : On estime les coûts non salariaux (hors infrastructure) à 10 % du coût total sauf pour les assistant-es maternel-les où ces coûts sont supposés nuls.

2 : On estime les contributions des usager-es dans le cadre de l'emploi public et les subventions aux usager-es dans le cadre de l'emploi privé à partir des données de la Drees et de la Cnaf (cf. A3).

Lecture : Dans le secteur de la petite enfance, la création de 23 500 emplois publics (cf. tableau 25) sans revalorisation coûterait 0,8 Md € en rémunération, 0,1 Md € de coûts non salariaux (gestion, fournitures...). L'augmentation de l'offre de service générerait une hausse des contributions des usager-es de 0,2Md €. La création de 196 000 emplois privés conduirait l'État à financer 1,5 Md € de plus d'exonérations de cotisation et 3 Mds € de plus de subventions de services aux usager-es. Ces créations permettraient de réduire les dépenses en allocation chômage et prestations sociales et d'augmenter les rentrées fiscales pour une économie nette de 1,5 Md €.

**Tableau 31 : Bilan pour les finances publiques de la création d'emplois revalorisés à répartition privé/public inchangée**

(scénario haut, en milliards d'euros)

		Petite enfance	Personnes âgées	Action sociale	Education maternelle et primaire	Santé	Total
Emplois publics	Coût de la main d'œuvre	1,0	3,1	2,4	12,2	9,1	<b>27,7</b>
	Coûts non salariaux <sup>1</sup>	0,1	0,3	0,3	1,4	1,0	<b>3,1</b>
	Contribution des usagers <sup>2</sup>	- 0,2	- 0,6	0,0	0,0	- 0,6	<b>- 1,4</b>
Emplois privés	Exonérations de cotisations	1,1	0,5	0,3	0,0	0,3	<b>2,3</b>
	Subventions aux usagers <sup>2</sup>	5,6	5,6	6,8	0,1	6,3	<b>24,5</b>
Economies de dépenses socio-fiscales liées aux créations d'emploi		- 1,6	- 2,1	- 1,8	- 3,3	- 3,4	<b>- 12,2</b>
<b>Coût total</b>		<b>6,0</b>	<b>6,9</b>	<b>8,0</b>	<b>10,4</b>	<b>12,8</b>	<b>44,0</b>

Sources : enquête Emploi 2019, Sofi 2021, calculs des auteurs.

1 : On estime les coûts non salariaux (hors infrastructure) à 10 % du coût total sauf pour les assistant-es maternel-les où ces coûts sont supposés nuls.

2 : On estime les contributions des usager-es dans le cadre de l'emploi public et les subventions aux usager-es dans le cadre de l'emploi privé à partir des données de la Drees et de la Cnaf (cf. A3).

Lecture : Dans le secteur de la petite enfance, la création de 23 500 emplois publics (cf. tableau 25) avec des salaires revalorisés coûterait 1 Md € en rémunération, 0,1 Md € de coûts non salariaux (gestion, fournitures...). L'augmentation de l'offre de service générerait une hausse des contributions des usager-es de 0,2 Md €. La création de 196 000 emplois privés revalorisés conduirait l'État à financer 1,1 Md € de plus d'exonérations de cotisation et 5,6 Mds € de plus de subventions de services aux usager-es. Ces créations permettraient de réduire les dépenses en allocation chômage et prestations sociales et d'augmenter les rentrées fiscales pour une économie nette de 1,6 Md €.

De la même manière, l'estimation du coût, pour les finances publiques, de la revalorisation des emplois existants s'écarte de leur coût pour les employeurs (tableau 32). Dans le cas des emplois publics, il s'agit de compter un surcoût de main-d'œuvre tandis que dans celui des emplois privés, il s'agit d'intégrer les effets liés aux baisses des exonérations mais également le financement additionnel apporté aux usager-es pour éviter que la hausse des salaires ne se traduise par une augmentation du coût des services qu'ils supportent. L'ensemble de ces évaluations repose sur l'hypothèse que les revalorisations salariales sont neutres du point de vue des contributions des usager-es des services concernés, ce qui permet d'estimer un majorant du coût public des revalorisations. Enfin, comme précédemment, nous déduisons les économies réalisées en termes de transferts socio-fiscaux.

Au total, le coût, pour les finances publiques, des revalorisations salariales sont estimées, sur la base de la situation observée en 2019, à 35 milliards d'euros pour les emplois existants. Comme nous l'avons rappelé (encadré n° 1), entre un quart et un cinquième de ce coût a d'ores et déjà été engagé *via* la Ségur de la Santé et le financement de l'avenant 43 de la branche de l'aide à domicile.

Le tableau n° 33 synthétise les résultats précédents : la revalorisation des 3,5 millions existants implique une hausse des dépenses publiques de 35 milliards (1,4 % du PIB) tandis que la création de plus de 1,13 million d'emplois revalorisés nécessite un investissement de 44 milliards (1,8 % du PIB ou encore un montant très proche des scénarios de la CSI pour d'autres pays de l'OCDE).

**Tableau 32 : Bilan pour les finances publiques de la revalorisation des emplois existants (en milliards d'euros)**

		Petite enfance	Personnes âgées	Action sociale	Education maternelle et primaire	Santé	Total
Emplois publics	Surcoût de la main d'œuvre	0,3	2,9	1,0	8,8	3,5	<b>16,5</b>
Emplois privé	Exonérations de cotisations	-1,6	-1,4	-0,1	-0,1	-0,5	<b>-3,7</b>
	Subventions aux usager-es <sup>1</sup>	7,0	12,6	3,2	0,3	3,8	<b>26,8</b>
Économies de dépenses socio-fiscales liées aux créations d'emploi		-0,3	-2,1	-0,4	-0,8	-0,9	<b>-4,5</b>
<b>Coût total</b>		<b>5,3</b>	<b>12,0</b>	<b>3,8</b>	<b>8,2</b>	<b>5,8</b>	<b>35,0</b>

Sources : enquête Emploi 2019, Sofi 2021, calculs des auteurs.

1 : On estime les coûts non salariaux (hors infrastructure) à 10 % du coût total sauf pour les assistant-es maternel-les où ces coûts sont supposés nuls.

**Tableau 33 : Bilan pour les finances publiques de la revalorisation et de la création d'emplois revalorisés à répartition privé/public inchangée (scénario haut, en milliards d'euros)**

	Petite enfance	Personnes âgées	Action sociale	Education maternelle et primaire	Santé	Total	<i>En part du PIB</i>
Revalorisation des emplois existants	5,3	12,0	3,8	8,2	5,8	<b>35,0</b>	1,4 %
Création d'emplois revalorisés	6	6,9	8	10,4	12,8	<b>44,0</b>	1,8 %
<b>Total</b>	<b>11,3</b>	<b>18,7</b>	<b>11,8</b>	<b>18,8</b>	<b>18,5</b>	<b>79,1</b>	<b>3,2 %</b>
<i>En part du PIB</i>	0,5 %	0,8 %	0,5 %	0,7 %	0,7 %	<b>3,2 %</b>	

## **6. PLACE ET COÛT DE LA CONCURRENCE DANS LES CHAMPS DES MÉTIERS DU VIEILLISSEMENT ET DE LA PETITE ENFANCE**

Les cinq grandes fonctions liées au SLA que nous avons étudiées dans ce rapport répondent à des besoins sociaux fondamentaux et relèvent d'une logique de service public. Pour autant, la manière dont l'offre est construite n'est pas uniforme et différentes modalités organisationnelles se combinent. Une part importante relève de la fonction publique mais des pans majeurs de l'offre de service sont également délégués à des acteurs privés qu'ils soient à but lucratif ou non. Les champs de l'éducation et de l'action sociale sont très majoritairement organisés dans un cadre non marchand (secteur public dominant et délégation d'une partie de la production à des structures associatives). Dans le secteur hospitalier, les opérateurs non marchands regroupent environ 75 % de l'offre de soin : 60 % pour le secteur public et 15 % pour le secteur à but non lucratif<sup>27</sup>.

En revanche, la part du secteur public est bien plus réduite dans les deux autres domaines : l'emploi public regroupe moins de la moitié des effectifs dans les métiers liés au vieillissement et dans ceux de la prise en charge de la petite enfance. Or, le statut de l'employeur peut avoir des répercussions majeures tant sur l'accès aux services pour les bénéficiaires que sur les conditions d'emploi des salarié·es. Nous ouvrons ici quelques pistes d'analyse des différences observables entre statuts dans les deux domaines les plus ouverts à la concurrence entre secteurs public et privé. Pris ensemble, les métiers du vieillissement et ceux de la petite enfance couvrent plus de 1,1 million de salarié·es.

Dans un premier temps, nous rappelons comment ces secteurs sont « partagés » entre les différents types d'opérateurs (6.1.) puis nous cherchons à illustrer les écarts observables en matière de qualité de l'emploi (6.2.). Enfin, nous terminons en évoquant les enjeux de partage de la valeur en soulignant la grande opacité des plans comptables qui ne permet pas d'établir les niveaux de profit réalisés par les opérateurs privés dans ces secteurs (6.3.).

### **6.1. La place des différents statuts au sein des secteurs de la prise en charge des personnes âgées et de la petite enfance**

L'analyse de ces deux domaines – métiers du vieillissement et de la petite enfance – se heurte à la coexistence de deux formes organisationnelles très différenciées. En effet dans les deux cas, un système d'accueil en structures collectives (Ehpad et résidences sénior/résidence autonomie d'un côté, établissements d'accueil du jeune enfant de l'autre) cohabite avec une prise en charge à domicile (aides et soins à domicile et assistant·es maternel·les et gardes d'enfant à domicile). Cette distinction qui s'ajoute à celle reposant sur les publics bénéficiaires permet ainsi de repérer quatre espaces de production des services d'accompagnement, de soin ou d'éducation adressés aux personnes vulnérables :

---

<sup>27</sup> <https://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>

- l’action sociale avec hébergement adressée aux personnes âgées (NAF = 8710A) ;
- l’action sociale sans hébergement adressée aux personnes âgées et en situation de handicap (NAF = 8810A) ;
- les emplois de la petite enfance hors assistant·es maternel·les et gardes à domicile (NAF = 8899A) ;
- et enfin des assistant·es maternel·les et gardes d’enfant à domicile (PCS = 563A).

Dans ces quatre espaces, différents types d’employeurs cohabitent.

Dans le secteur des Ehpad, 46 % des places relèvent d’établissements publics, 30 % du secteur à but non lucratif et 24 % du secteur commercial<sup>28</sup>. En termes d’effectifs comptabilisés dans l’enquête Emploi, nous retrouvons une répartition assez proche : 45 % de salarié·es dans le secteur public, 25 % dans le secteur associatif et 30 % dans les entreprises commerciales.

Dans le champ de l’aide à domicile, le secteur public est bien moins important (10 % environ) tandis que le secteur associatif occupe une place plus forte historiquement (32 %). L’emploi direct joue un rôle majeur<sup>29</sup> avec près d’un tiers également des emplois (mais sensiblement moins en nombre d’heures de travail). Les entreprises sont arrivées plus récemment sur le marché au titre des « services à la personne » et représentent désormais presque un quart des emplois.

Du côté de la petite enfance, hors assistant·es maternel·les et gardes à domicile, les effectifs se partagent entre les trois statuts dans des proportions proches de celles des Ehpad : 45 % relèvent du secteur public, 21 % du monde associatif et 34 % des entreprises privées.

Enfin, si les assistant·es maternel·les et gardes d’enfants à domicile dépendent très majoritairement des particuliers employeurs (74 %), les salarié·es du secteur public (*via* les crèches familiales) occupent encore près de 14 % des effectifs tandis que les salarié·es d’entreprises privées voient leur nombre croître rapidement depuis quelques années (8 % des effectifs en 2019).

---

<sup>28</sup> [https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_-\\_situation\\_ehpad\\_2017-2018\\_vf.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_-_situation_ehpad_2017-2018_vf.pdf)

<sup>29</sup> Lagandré Véronique *et al.* (2019), « L’accompagnement des personnes âgées à domicile, Baromètre des emplois de la famille », *Observatoire des emplois de la famille*, n° 27, janvier.

**Tableaux 34 : Effectifs par type d'employeurs en 2008, 2013 et 2019**

<b>2019</b>	<b>Particuliers employeurs</b>	<b>Entreprises à but lucratif</b>	<b>Associations</b>	<b>Public</b>	<b>Total</b>
Aide à domicile	186 003	145 096	196 063	61 709	<b>603 897</b>
<i>en %</i>	31	24	32	10	
EAJE	1 160	45 067	28 485	58 182	<b>133 554</b>
<i>en %</i>	1	34	21	44	
Ehpad	151	100 530	81 974	148 707	<b>331 901</b>
<i>en %</i>	0	30	25	45	
Assistante maternelle	315 572	33 419	6 423	61 426	<b>425 790</b>
<i>en %</i>	74	8	2	14	
<b>Total</b>	<b>502 887</b>	<b>314 993</b>	<b>309 152</b>	<b>322 904</b>	<b>1 475 110</b>
<b>2013</b>	<b>Particuliers employeurs</b>	<b>Entreprises à but lucratif</b>	<b>Associations</b>	<b>Public</b>	<b>Total</b>
Aide à domicile	168 081	104 015	206 559	96 100	<b>591 299</b>
<i>en %</i>	28	18	35	16	
EAJE	1 199	20 376	22 090	62 226	<b>105 890</b>
<i>en %</i>	1	19	21	59	
Ehpad	-	61 760	71 848	129 988	<b>263 775</b>
<i>en %</i>	-	23	27	49	
Assistante maternelle	380 318	15 087	5 758	45 338	<b>466 375</b>
<i>en %</i>	82	3	1	10	
<b>Total</b>	<b>549 598</b>	<b>201 238</b>	<b>306 254</b>	<b>333 652</b>	<b>1 427 340</b>

**Tableaux 34 : Effectifs par type d'employeurs en 2008, 2013 et 2019 (suite)**

<b>2008</b>	<b>Particuliers employeurs</b>	<b>Entreprises à but lucratif</b>	<b>Associations</b>	<b>Public</b>	<b>Total</b>
Aide à domicile	173 611	79 905	191 322	90 222	<b>547 651</b>
<i>en %</i>	32	15	35	16	
EAJE	-	4 832	15 796	38 107	<b>58 735</b>
<i>en %</i>	-	8	27	65	
Ehpad	-	27 102	49 769	97 302	<b>175 824</b>
<i>en %</i>	-	15	28	55	
Assistante maternelle	334 770	12 470	14 449	52 201	<b>421 835</b>
<i>en %</i>	79	3	3	12	
<b>Total</b>	<b>508 381</b>	<b>124 308</b>	<b>271 336</b>	<b>277 833</b>	<b>1 208 587</b>
Source : enquête Emploi, Insee.					

Si les répartitions sont parfois différentes selon les domaines, la tendance est au contraire assez uniforme : les poids du secteur public, du particulier employeur et du monde associatif régressent au profit d'une croissance très vive des entreprises. Entre 2008 et 2019, celles-ci passent de 8 à 24 % des effectifs dans l'aide à domicile, de 8 à 34 % des salarié-es dans la petite enfance hors assistant-es maternel·les, et de 15 à 30 % des salarié-es des établissements d'accueil des personnes âgées. Ainsi, la forte hausse des effectifs de l'ensemble de ce champs (+ 270 000 emplois) s'explique par une multiplication, par plus de 2,5, des salarié-es du privé commercial (+ 190 000) tandis que ceux du secteur public ne voient leur nombre progresser que légèrement (+ 45 000).

<b>Tableaux 35 : Effectifs par type d'employeur et départements dans l'aide à domicile : répartition des emplois dans les dix premiers départements pour chaque type d'employeur</b> (en % du nombre d'heures)				
<b>Département</b>	<b>Public</b>	<b>Associatif</b>	<b>Privé</b>	<b>Part.</b>
Landes	74	14	6	6
Aude	59	10	19	12
Deux-Sèvres	56	33	6	4
Dordogne	56	33	4	7
Côtes-d'Armor	54	34	9	3
Gers	54	31	2	14
Puy de Dôme	51	29	12	7
Savoie	50	27	13	9
Vendée	46	39	11	4
Eure	42	35	16	7
<b>Département</b>	<b>Public</b>	<b>Associatif</b>	<b>Privé</b>	<b>Part.</b>
Lot-et-Garonne	5	83	7	4
Indre	2	82	7	9
Creuse	2	81	0	16
Orne	8	81	5	6
Haute-Loire	10	79	5	6
Lozère	16	77	1	6
Nièvre	8	75	8	8
Haute-Marne	11	75	5	9
Cantal	10	75	8	6
Vosges	13	74	8	5

Département	Public	Associatif	Privé	Part.
Lot*	11	33	50	6
Yvelines	18	18	44	20
Alpes-Maritimes	19	21	42	18
Rhône	8	39	42	11
Seine-et-Marne	14	36	37	13
Val d'Oise	17	22	37	24
Hauts-de-Seine	30	11	37	22
Vaucluse	16	37	36	11
Bas-Rhin	9	41	35	15
Paris	16	22	34	28
Département	Public	Associatif	Privé	Part.
Haute-Corse	5	64	2	30
Paris	16	22	34	28
Val d'Oise	17	22	37	24
Corse du Sud	12	47	17	24
Hauts-de-Seine	30	11	37	22
Yvelines	18	18	44	20
Seine-Saint-Denis	30	24	26	20
Val de Marne	28	22	31	19
Alpes-Maritimes	19	21	42	18
Essonne	15	34	33	17
Source : DADS, 2019				

Il est cependant essentiel d'insister sur l'hétérogénéité territoriale de la place du secteur public dans ces différents métiers. En effet, ils dépendent, pour une part importante, de contextes locaux spécifiques mais surtout de politiques départementales qui prennent parfois des trajectoires opposées. Ce constat, que seuls les DADS permettent de documenter, est particulièrement net dans le champ de la perte d'autonomie, tant au niveau des structures d'hébergements que de l'aide à domicile. L'objectif ici ne peut pas être de dresser un constat exhaustif, mais il nous semble néanmoins important d'illustrer les différentes départementales. Le tableau 35 porte sur l'aide à domicile et le tableau 36 sur les établissements d'hébergement.

<b>Tableau 36 : Effectifs par type d'employeur et départements dans le champ des établissements d'hébergements pour personnes âgées (extrait) (en %)</b>			
<b>Département</b>	<b>Part publique</b>	<b>Part associative</b>	<b>Part privée</b>
Landes	88	12	0
Haute-Vienne	86	14	0
Creuse	84	16	0
Meuse	84	4	12
Lot	76	19	5
Yonne	74	18	8
Haute-Marne	73	27	0
Vendée	73	16	10
Puy de Dôme	72	15	13
Ariège	71	22	7
<b>Département</b>	<b>Part publique</b>	<b>Part associative</b>	<b>Part privée</b>
Territoires de Belfort	1	99	0
Moselle	10	84	6
Loire-Atlantique	13	76	11
Bas-Rhin	40	57	3
Aveyron	43	57	0
Meurthe & Moselle	30	56	15
Pas de Calais	21	56	23
Corse du Sud	0	55	45
Maine et Loire	40	55	5
Gard	32	54	13
<b>Département</b>	<b>Part publique</b>	<b>Part associative</b>	<b>Part privée</b>
Alpes maritimes	17	17	65
Val d'Oise	3	36	61
Yvelines	10	30	59
Charente maritime	30	13	58
Bouches du Rhône	22	23	55
Essonne	19	28	53
Var	22	25	53
Eure	45	6	49
Haute-Corse	0	53	47
Gironde	18	34	47
Source : DADS 2019			

De même, dans le champ de la petite enfance (tableau 37), la place des acteurs publics est très diverse, que l'on regarde sur l'ensemble des métiers – ce qui donne donc une illustration des choix faits en matière de garde collective ou individuelle – ou qu'on analyse séparément les assistant·es maternel·les (place accordée aux crèches familiales) et les autres métiers (poids des micro-crèches privées).

**Tableau 37 : Effectifs d'assistantes maternelles par type d'employeur et départements (extrait) (en %)**

Département	Part PE	Part publique	Part privée	Département	Part PE	Part publique	Part privée
Ariège	60	35	1	Corse du Sud	65	14	10
Nièvre	68	30	0	Bouches du Rhône	76	10	8
Creuse	69	29	0	Paris	85	5	8
Aude	68	28	3	Seine Saint Denis	79	9	7
Hautes-Pyrénées	66	28	3	Corrèze	68	22	7
Gers	74	24	0	Var	73	13	7
Cotes d'Armor	74	23	2	Haute-Garonne	81	9	6
Corrèze	68	22	7	Hauts-de-Seine	89	4	6
Pas-de-Calais	73	22	3	Rhône	88	4	6
Tarn-et-Garonne	69	22	3	Val-de-Marne	85	7	6

Source DADS 2019

<b>Tableau 38 : Effectifs métiers de la petite enfance (hors gardes à domicile) par type d'employeur et départements (extrait) (en %)</b>	
<b>Département</b>	<b>Part privée</b>
Haute Corse	36
Loiret	34
Bas-Rhin	33
Côte d'Or	33
Yvelines	33
Ain	32
Nord	31
Haute-Savoie	31
Pyrénées-Atlantiques	31
Loir-et-Cher	29
Source DADS, 2019. Note : le reste des effectifs relèvent du secteur public et associatif.	

## **6.2. Quelles conséquences pour les salarié-es et la qualité des emplois ?**

L'objectif ici ne peut être d'établir un comparatif détaillé entre modalités d'emploi. Pour autant, les données statistiques issues de l'enquête Emploi comme des DADS convergent pour souligner l'existence de meilleures rémunérations dans le secteur public. A quelques nuances près, une hiérarchie proche s'observe dans les quatre domaines étudiés : l'emploi direct offre les salaires mensuels les plus faibles puis viennent les employeurs privés et associatifs et enfin le secteur public qui affiche des salaires mensuels moyens sensiblement meilleurs.

**Tableau 39 : Salaires mensuels nets par domaine et par type d'employeur (employés et ouvriers)**

	<b>Statut</b>	<b>Nombre d'obs</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Quartile inférieur</b>	<b>Médiane</b>	<b>Quartile supérieur</b>
<b>Aides à domicile</b>	Particulier	1 546	679 €	300 €	600 €	950 €
	Privé	1 028	938 €	600 €	950 €	1 200 €
	Associatif	1 295	993 €	783 €	1 006 €	1 200 €
	Public	446	1 118 €	900 €	1 199 €	1 400 €
<b>Petite enfance (hors assistantes maternelles)</b>	Privé	150	1 202 €	958 €	1 200 €	1 300 €
	Associatif	97	1 220 €	868 €	1 325 €	1 446 €
	Public	229	1 396 €	1 232 €	1 450 €	1 600 €
<b>Ehpad</b>	Privé	442	1 337 €	1 200 €	1 300 €	1 500 €
	Associatif	452	1 299 €	1 155 €	1 350 €	1 456 €
	Public	890	1 477 €	1 300 €	1 483 €	1 687 €
<b>Assistants maternelles</b>	Particulier	2 329	1 169 €	700 €	1 177 €	1 500 €
	Privé	231	762 €	229 €	515 €	1 200 €
	Associatif	54	1 378 €	980 €	1 350 €	1 660 €
	Public	514	1 808 €	1 234 €	1 584 €	2 025 €

Source : enquête Emploi 2019. Champs : employé-es et ouvrier-es

La comparaison sur d'autres éléments des conditions de travail est plus délicate à établir sur un plan purement statistique et demande des analyses plus approfondies et qualitatives.

Dans le cas de l'aide à domicile, il apparaît, par exemple, que le décompte du temps de travail et le rapport aux temps dits « non productifs » est bien moins restrictif dans le secteur public – et une partie du monde associatif – qu'au sein de la majorité des entreprises privées commerciales. De même, le rapport à la formation et à la qualification et, plus largement, à l'identité professionnelle diffère également selon les types d'employeurs. L'écart sur ce point est surtout majeur entre les structures prestataires et le système du particulier employeur mais également entre associations et entreprises, notamment en matière de financement de la formation. Alors que le taux de cotisations sociales finançant la formation professionnelle est de 1,4 % de la masse salariale pour les entreprises, il atteint 2,04 % pour la branche associative de l'aide à domicile et 0,55 % pour le particulier employeur. La situation du secteur public est ici plus hétérogène selon l'engagement du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) et du Centre de gestion du département mais les analyses plus spécifiques que nous avons pu mener sur le département des Landes – où le secteur public est très largement dominant – montre combien la mutualisation de certains services support peut jouer un rôle déterminant : les temps de coordination sont renforcés, le catalogue de formations particulièrement étoffé et l'accompagnement/incitation au suivi de formations semble sensiblement plus important<sup>30</sup>.

Au-delà des effets directs de la qualité de l'emploi et de la formation sur la qualité du service, un effet indirect peut également être envisagé *via* le rôle de l'absentéisme et du taux de rotation du personnel. En effet, la stabilité de la main-d'œuvre permettant une sécurisation des relations entre intervenant-es et bénéficiaires constitue une dimension essentielle de la qualité dans les services d'aide à domicile<sup>31</sup>. Or, le taux d'absentéisme, s'il est élevé dans l'ensemble du secteur, apparaît nettement plus faible dans les structures publiques. Ainsi, dans les enquêtes Emploi 2015-2019, le pourcentage de salarié-es absentes la semaine de référence, pour maladie ou accident du travail, est de 6,5 % dans les entreprises, de 7 % dans les associations et inférieur à 5 % dans le secteur public. L'effet du statut sur l'ancienneté est encore plus marqué : alors que 12 % des aides à domicile des secteurs non marchands ont moins d'un an d'ancienneté, c'est le cas de plus d'un quart de celles et ceux relevant d'une entreprise à but lucratif.

---

<sup>30</sup> Trabut Loïc (2014), « Aides à domicile : la formation améliore-t-elle l'emploi ? », *Formation emploi*, n° 127, pp. 71-90.

<sup>31</sup> Hugentobler Valérie, Dallera Corinne (2017), « Tous égaux face à la relation d'aide et de soin à domicile ? Derrière la vitrine du Libre-choix », in Burnay Nathalie, Hummel Cornélia, *Vieillesse et classes sociales*. Peter Lang AG, Internationaler Verlag der Wissenschaften.

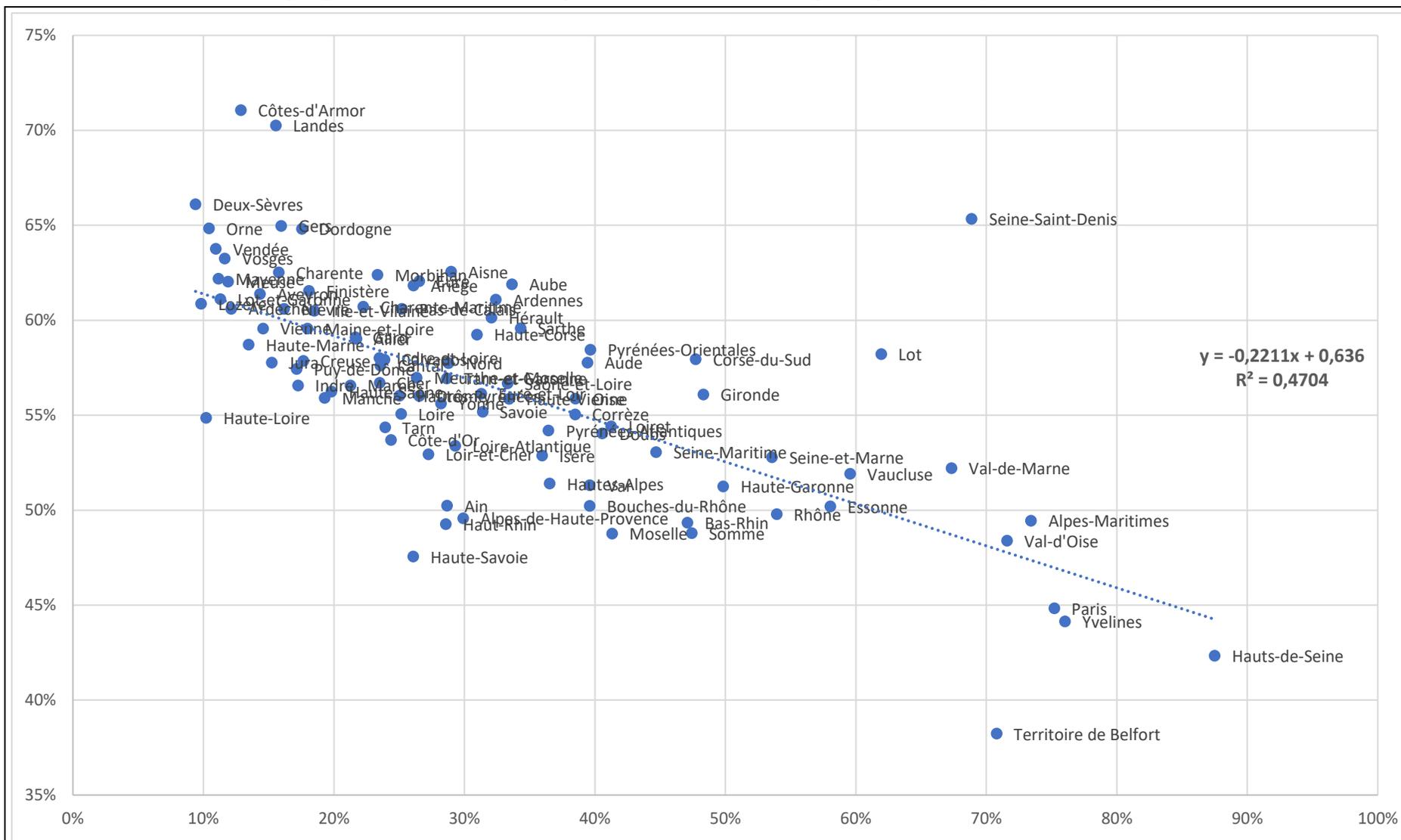
Enfin, il est important de remarquer à quel point ces différences rejaillissent sur les inégalités territoriales. En effet, les différentes structurations des organisations productives départementales sont à la source de différentiels de qualité de l'emploi et induisent une réelle inégalité territoriale entre départements. Les niveaux de rémunération des aides à domicile sont ainsi bien plus dépendants du contexte départemental que pour la plupart des autres professions<sup>32</sup>.

Le graphique n° 2 illustre ce constat : plus la part du secteur non marchand (associatif et public) est faible, plus la rémunération mensuelle des intervenant·es à domicile est faible en proportion du niveau de vie départemental médian. Alors que dans les Landes ou les Côtes d'Armor (où le secteur non-marchand est très majoritaire) les aides à domicile touchent en moyenne un salaire correspondant à plus de 70 % du niveau de vie médian, elles et ils en gagnent moins de 50 % dans les Alpes-Maritimes ou les départements d'Ile-de-France où le secteur privé occupe une place prépondérante.

---

<sup>32</sup> Devetter François-Xavier, Dussuet Annie, Puissant Emmanuelle (2017), « Pourquoi les aides à domicile sont-elles davantage rémunérées dans certains départements ? », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 2017/2, février, pp. 239-270.

**Graphique 2 : Rémunérations et part du secteur marchand par département (source DADS 2019)**



**Axe (vertical) des ordonnées** : salaire des AD en % du niveau de vie médian ; **axe (horizontal) des abscisses** : % d'activité « marchande » (PE + EBL)

La monographie que nous avons pu réaliser dans les Landes souligne le rôle que peut avoir la régulation initiée par l'acteur public. La priorité accordée aux CCAS/CIAS facilite la forte mutualisation de moyens et le développement de fonctions support qui accompagnent les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) dans leurs pratiques de gestion des ressources humaines. L'inscription de ces emplois dans un cadre non marchand facilite également l'ancrage dans le champ médico-social et la défense d'une identité professionnelle associée au soin bien plus qu'aux travaux domestiques. Les entreprises défendent au contraire plus fréquemment un positionnement lié à une vision large des « services à la personne » qui n'encourage pas l'affirmation d'une identité professionnelle « médico-sociale » alors que cette vision est pourtant associée à une plus grande satisfaction au travail<sup>33</sup>. Des résultats comparables se retrouvent dans les autres domaines étudiés : c'est le cas des Ehpad comme de la petite enfance.

Enfin, ces différences en termes de qualité de l'emploi peuvent aussi avoir des conséquences en matière de qualité de service, même si la mesure de cette dernière est évidemment très complexe et n'est pas l'objet de ce rapport. Les travaux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) font néanmoins apparaître un taux d'encadrement (nombre de personnels rapporté au nombre de bénéficiaires) sensiblement plus important dans le secteur public que dans le secteur privé commercial : on observe, en 2019, que les Ehpad publics affichent un taux d'encadrement supérieur à 69 intervenants pour 100 places contre 61 dans le secteur associatif et 51,6 dans le privé commercial<sup>34</sup>. Ce taux plus faible d'encadrement s'accompagne pourtant de prix, en moyenne, bien plus importants<sup>35</sup>.

En revanche, la contraction des coûts salariaux, pour une qualité de service au mieux équivalente, se traduit par des modifications dans le partage de la valeur ajoutée entre profits et rémunérations. C'est ce dernier que nous évoquons dans une dernière section.

---

<sup>33</sup> Devetter François-Xavier (2022), « Entre soin et tâches d'entretien, quel positionnement des aides à domicile ? », symposium Profam, Nantes.

<sup>34</sup> [https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa\\_portrait\\_ehpad\\_2017\\_vf.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_portrait_ehpad_2017_vf.pdf)

<sup>35</sup> Voir notamment les tableaux de la page 7 du rapport de la CNSA sur le prix des Ehpad : [https://www.cnsa.fr/documentation/analyse\\_statistique\\_prix\\_2019\\_des\\_ehpad\\_vf.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_prix_2019_des_ehpad_vf.pdf)

### 6.3. Peut-on repérer les profits générés par ces activités ?

Repérer les profits générés par ces activités lorsqu'elles sont confiées à des acteurs commerciaux est loin d'être aisé. Les sources statistiques existantes (Fare-Esane<sup>36</sup>) s'avèrent difficilement exploitables en raison des stratégies organisationnelles des entreprises (7.3.1.) et cela d'autant plus qu'une partie importante des rémunérations revient aux salarié-es de l'encadrement et plus encore de l'encadrement supérieur (7.3.2.).

L'Insee fournit, *via* l'enquête Esane, les données des plans comptables et financiers des entreprises. Il est ainsi possible de repérer les informations par secteur d'activité à un niveau suffisamment fin pour pouvoir identifier les activités au cœur de cette étude. Nous isolons ici les trois secteurs : action sociale avec hébergement, action sociale sans hébergement et accueil de la petite enfance. Les données ne concernent que les entreprises privées.

Ces données confirment tout d'abord que la masse salariale représente pour l'ensemble de ces secteurs un part prépondérante du chiffre d'affaires, de 51 % pour les Ehpad à 75 % pour l'aide à domicile.

Elles permettent surtout de distinguer les trois secteurs retenus selon leur degré de rentabilité, qui correspond par ailleurs au « stade de maturité » de la concurrence. Mais ce travail ne peut livrer que quelques indications, car les groupes présents dans ces secteurs sont en capacité de fixer les niveaux de rentabilité à leur guise *via* la ventilation entre filiales des chiffres d'affaires, des marges et des coûts. Des différences de rentabilité entre secteurs sont néanmoins perceptibles.

Ainsi, le secteur où les entreprises sont entrées le plus récemment, celui de l'accueil du jeune enfant, ne dégagne pas de profit apparent. Le résultat global au niveau de la branche est négatif. Cette branche apparaît en effet à un stade de forte croissance et le marché des crèches privées est loin d'être stabilisé. Il est dominé par Babilou, Grandir, La maison Bleue, People & Baby et Crèche Attitude. À eux seuls, ces cinq acteurs sont à la tête de près des deux tiers des capacités d'accueil des structures privées.

Le secteur de l'aide à domicile enregistre une rentabilité positive mais relativement faible. Les résultats représentent entre 2 et 3,8 % du chiffre d'affaires, ce qui correspond à un résultat par salarié-e de 554 € par an. Les bénéfices globaux au niveau de la branche atteignent 46 millions et les dividendes versés près de 15 millions.

---

<sup>36</sup> Le fichier FARE est le fichier des données individuelles comptables des entreprises françaises. Il est un des deux éléments fondamentaux (sources administratives) du dispositif Esane. Le dispositif Esane (Élaboration des statistiques annuelles d'entreprise) qui combine des données administratives (obtenues à partir des déclarations annuelles de bénéficiés que font les entreprises à l'administration fiscale, et à partir des données annuelles de données sociales qui fournissent des informations sur les salarié.e.s) et des données obtenues à partir d'un échantillon d'entreprises enquêtées par un questionnaire spécifique pour produire les statistiques structurelles d'entreprises.

Enfin, le secteur de l'hébergement des personnes âgées se distingue par un taux de profit très élevé (entre 6,5 et 13,6 %, selon les sources). Le résultat net par salarié dépasse 9 500 € et les dividendes versés atteignent 330 millions. Trois groupes dominent le secteur : Korian, Orpéa et DomusVi. À leurs côtés, évoluent des opérateurs de plus petite taille tels que Colisée, Domidep, LNA Santé ou encore Emera. La plupart des groupes d'Ehpad sont par ailleurs liés à des enseignes présentes dans l'aide à domicile.

<b>Tableau 40 : Indicateurs financiers par branche</b>			
	<b>Petite enfance</b>	<b>Aide à domicile</b>	<b>Ehpad</b>
Effectif salarié en personnes physiques au 31-12, (source fiscale)	33 758	44 052	116 375
Charges d'exploitation : salaires et traitements	675 323	790 466	3 149 653
Charges d'exploitation : charges sociales	180 122	116 020	1 041 489
Résultat comptable (bénéfice ou perte)	- 30 915	24 413	1 113 111
Affectations : dividendes	3 291	14 451	329 317
Chiffre d'affaires net total résultant de la réconciliation enquêtes/source fiscale	1 253 367	1 230 145	8 175 715
Caractéristiques IEG C liées réconciliées de Résultat d'exploitation	34 888	48 833	587 993
Salaire/effectifs (en K €)	20	18	27
Résultat/effectifs (en €)	- 916	554	9 565
Résultat/CA	- 2,5 %	2,0 %	13,6 %
Résultat d'exploitation/CA	2,8 %	4,0 %	7,2 %
Source : Esane, Insee, 2019			

Ainsi, si les entreprises de crèches n'affichent pas encore de bénéfices, les groupes privés présents dans le champ du vieillissement génèrent des profits importants... alors même que le repérage de ces derniers demeure très imparfait. En effet, au moins deux mécanismes complémentaires permettent aux entreprises concernées de distribuer une partie de la valeur créée à un nombre réduit d'acteurs sans que cela ne passe par les bénéfices repérés dans la branche. Le premier renvoie aux mécanismes comptables de transferts de profits à des maisons mères ou des holdings non directement répertoriées dans le secteur. Le second transite par un partage de la masse salariale à l'avantage de l'encadrement et surtout de l'encadrement supérieur.



## CONCLUSION

Au total, les différents scénarios étudiés débouchent sur des montants considérables. Pour une pleine revalorisation des emplois et un niveau de création d'emplois qui rendent les territoires homogènes, l'ordre de grandeur est de 80 milliards ou encore 3,8 % du PIB. Aussi élevée que cela puisse paraître, ce montant est en deçà de celui des niches sociales que la Cour des comptes évaluait à plus de 90 milliards dans son rapport de 2019<sup>37</sup>, alors même que les exonérations de cotisations n'avaient pas atteint leur niveau maximal. Mais c'est surtout en mettant ces dépenses en regard des effets attendus que l'on perçoit leur nécessité : la création d'emplois au regard des besoins sociaux et la revalorisation salariale au regard du défaut de reconnaissance de ces emplois. Le montant final doit ainsi être décomposé en trois grandes dimensions.

La première dimension à prendre en compte pour apprécier l'importance des dépenses est l'utilité sociale des emplois créés. Dans le scénario haut, le financement des postes permettant d'améliorer la prise en charge de la petite enfance, des personnes âgées, des élèves ou encore des populations en situation vulnérable représente 44 milliards d'euros. L'actualité récente a souligné pour la petite enfance comme pour les personnes âgées les répercussions de l'insuffisance des effectifs. C'est un cercle vicieux d'usure des personnels et de soins manquants qui se met en place pour alimenter une même maltraitance qui ne peut déboucher que sur le retrait des salarié-es et des drames humains. Ces créations d'emplois relèvent ainsi d'un investissement fondamental pour améliorer la qualité de vie et la cohésion sociale. Contrairement à d'autres politiques de l'emploi centrées sur la demande privée, le scénario envisagé vise ainsi un « double dividende » : répondre à des besoins sociaux et créer des emplois qui ont du sens.

La seconde dimension qui justifie les dépenses envisagées est celle de la dignité du travail. Ce sont 35 milliards qui sont nécessaires. Pour certain-es, la hausse des salaires est la condition pour sortir de la précarité, voire de la pauvreté. Pour d'autres, l'objectif est de combler l'écart qui les sépare d'autres métiers de qualification équivalente en raison d'une pénalité salariale qui paraît intrinsèquement liée à l'essentialisation des qualités féminines au cœur des métiers du SLA. Les mesures dessinées dans ce rapport permettraient ainsi une réduction massive des inégalités salariales entre femmes et hommes en ciblant des secteurs où la ségrégation professionnelle est forte.

La troisième dimension que fait ressortir ce travail d'évaluation est la nécessité de replacer les salaires au centre des revenus salariaux. La revalorisation consiste ainsi à modifier la nature des revenus plus encore que de les accroître : là où des transferts sociaux qui n'alimentent pas les revenus de remplacement étaient nécessaires, ce sont des revenus du travail, générateurs de droits futurs, qui sont mis en avant. Cet aspect va plus loin : il rappelle

---

<sup>37</sup> <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/RALFSS-2019-02-niches-sociales.pdf> cf. p. 104.

également que les services du soin et du lien ont une dimension fondamentale d'utilité sociale dont le financement est nécessairement socialisé. Mais alors que le modèle actuel permet en partie l'accès à ces services par une dévalorisation du travail effectué, le scénario que nous esquissons ici indique un chemin inverse : celui d'un financement public explicite de services complexes. De cette position découle la nécessité d'éviter que la mutualisation des revenus mise en œuvre *via* la fourniture d'un service public ne soit l'occasion d'une captation, par des acteurs privés, d'une partie des efforts financiers consentis.

## **II. Résultats de la consultation**

### **« Mon travail le vaut bien »**

Louisa Chassoulier, Séverine Lemière, Rachel Silvera  
avec la collaboration de Louis Alexandre Erb



## INTRODUCTION

La crise sanitaire a permis à toutes et tous de prendre conscience de l'utilité sociale des métiers du soin et du lien aux autres. Pourtant, ces fonctions, essentiellement assumées par les femmes, sont invisibilisées, délaissées et dévalorisées.

Rappelons que la dévalorisation des métiers féminisés est l'une des causes principales des inégalités salariales entre les femmes et les hommes. En effet, comme la première partie de ce rapport l'a montré, les rémunérations de ces professions sont particulièrement faibles : en moyenne, 900 € mensuels pour les accompagnant·es d'élèves en situation de handicap (AESH) ou les aides à domicile ; autour du Smic mensuel (1 250 € nets) pour les aides-soignant·es et les agent·es territoriaux·les spécialisé·es des écoles maternelles (Atsem) ; à peine le salaire médian (1 900 €) pour les professions intermédiaires (infirmier·es, travailleur·ses du social...). Si ces emplois sont dévalorisés, c'est parce qu'ils sont très féminisés – entre 80 et 99 % de femmes les occupent – et que l'on considère qu'ils font appel à des compétences « naturelles » pour les femmes, celles qu'elles mettent en œuvre au sein de leur famille. Du coup, on ne reconnaît pas la totalité de leur qualification. Les responsabilités et les techniques mises en œuvre sont niées et la pénibilité est invisibilisée. Par ailleurs, bon nombre de ces professions subissent un temps partiel imposé, avec des horaires hachés et n'ont pas de véritable déroulement de carrière.

La consultation en ligne « Mon travail le vaut bien »<sup>38</sup>, sur la revalorisation des métiers du soin et du lien aux autres, vise à donner la parole à ces professionnel·les sur le contenu et la complexité de leur travail. Elle cible quinze professions du soin et du lien aux autres : AESH, aide-soignant·e, aide-médico-psychologique (AMP), agent·e d'entretien ou agent·e des services hospitaliers (ASH), Atsem, aides à domicile ou auxiliaires de vie, assistant·e maternel·le, assistant·e des services sociaux, auxiliaire de puériculture, éducateur·trice de jeunes enfants (EJE), éducateur·trice spécialisé·e, infirmier·e, professeur·e des écoles ou sage-femme. En France, environ trois millions et demi de salarié·es occupent ces métiers<sup>39</sup>. Cette consultation s'est adressée à elles et eux, qu'elles et ils soient ou non syndiqué·es.

L'objectif de cette consultation « Mon travail le vaut bien » est de donner la parole à ces professionnel·les pour mieux cerner le contenu du travail réel, les responsabilités, les contraintes physiques et nerveuses, ainsi que leurs attentes. Cette parole est par la suite analysée et située sous l'angle des critères de détermination de la valeur du travail. Il s'agit en réalité de reprendre l'esprit de la loi Roudy de 1983 qui définit le principe d'un salaire égal pour un travail de valeur égale : « *Sont considérés comme ayant une valeur égale les travaux qui exigent des salariés un ensemble comparable de connaissances professionnelles consacrées par un titre, un diplôme ou une pratique professionnelle, de capacités découlant de*

---

<sup>38</sup> <https://montravaillevautbien.fr/>

<sup>39</sup> Voir la première partie de ce rapport.

*l'expérience acquise, de responsabilités et de charge physique ou nerveuse* » (art. L3221-4 du Code du travail).

Après avoir présenté la consultation et les spécificités de cet échantillon, nous analyserons les quatre grands critères de la valeur des emplois à partir des réponses et des verbatims de la consultation (analyse des réponses aux questions ouvertes). Nous mettrons ensuite en évidence les revendications portées par les professionnel·les, car si en très grande majorité elles et ils sont fier·es de leur travail, à peine la moitié le recommanderait...

## 1. PRÉSENTATION MÉTHODOLOGIQUE ET ÉCHANTILLON DE LA CONSULTATION

Accessible en ligne et auto-administré, le questionnaire « Mon travail le vaut bien » a reçu 6 977 réponses exploitables. Par ailleurs, plus de 19 000 personnes l'ont consulté. La consultation a duré cinq mois, de novembre 2021 à mars 2022, et son traitement a été réalisé en collaboration avec Louis-Alexandre Erb, doctorant en économie<sup>40</sup>. Certaines questions et formulations ont par ailleurs été empruntées à des enquêtes de statistiques publiques comme l'enquête Conditions de travail réalisée par la Dares. Afin d'appréhender la typicité ou, au contraire, les particularités des répondant·es, certains résultats de la consultation ont été comparés avec les données sur les métiers du soin et du lien issues de l'enquête Conditions de travail et de l'enquête Emploi de 2019. Quelques régressions complémentaires ont été effectuées sur ces données. Le questionnaire comporte 58 questions, dont sept questions ouvertes qui ont fait l'objet de 2 à 3 000 réponses souvent détaillées et d'où sont extraits plus de 200 témoignages exposés dans ce rapport.

La grande diffusion du questionnaire est le résultat du travail des équipes syndicales de la CGT et en particulier celui de son collectif Femmes-Mixité avec l'aide des représentants syndicaux, ainsi que des diffusions auprès de réseaux professionnels et lors de nombreuses conférences centrées sur les questions de revalorisation des métiers féminisés. Aucun tirage d'échantillon aléatoire n'a été réalisé et les résultats de cette enquête n'ont pas fait l'objet d'un redressement vis-à-vis des données disponibles en population générale mais satisfont néanmoins une forte cohérence avec les statistiques fournies en première partie de ce rapport, notamment concernant les caractéristiques générales de la population étudiée.

Bien que la campagne ait été adressée à l'ensemble des professionnel·les du soin et du lien, l'exploitation du questionnaire a été recentrée sur les quinze métiers cibles à forte prédominance féminine et listés plus haut. Mais au regard des réponses collectées auprès d'autres professions du soin et du lien, deux catégories « Autres métiers du soin » et « Autres métiers du lien » ont été construites, afin de mener une analyse descriptive de l'ensemble des données recueillies. La première catégorie regroupe des professions relevant en majorité du secteur paramédical : des psychologues, orthophonistes, psychomotricien·nes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes ou encore manipulateur·trices en électroradiologie médicale. La deuxième catégorie, plus dense, regroupe des professions relevant à la fois du travail social, de l'animation et de l'enseignement secondaire et spécialisé. Elle comprend entre autres des moniteur·trices éducateur·trices, des enseignant·es et accompagnant·es éducatif·ves et social·es ou encore des animateur·trices.

---

<sup>40</sup> Laboratoire Erudite, TEPP-CNRS, Université Gustave Eiffel.

**Tableau 41 : Caractéristiques générales des répondant-es**

<b>Professions</b>	<b>Effectif</b>	<b>Part de femmes</b> (Taux de féminisation, enquête Emploi 2019)	<b>Part des 40 ans et plus</b> (Part des plus de 40 ans dans la population en emploi)*	<b>Taux de syndicalisation</b>
<b>Ensemble</b>	<b>6 977</b>	<b>88</b>	<b>62,9</b> <b>(56,3)</b>	<b>42,2</b>
Accompagnant-e des élèves en situation de handicap (ou ex AVS) (AESH)	359	92,8 (99,7)	71,3	36,8
Agent-e d'entretien ou agent-e des services hospitaliers (ASH)	173	80,9 (73)	76,3	54,9
Agent-e territorial-le des écoles maternelles (Atsem)	406	97,3 (98)	71,19	34
Aide médico-psychologique (AMP)	89	83,4 (91,5)	70,8	58,4
Aide à domicile ou auxiliaire de vie	585	94,5 (94)	68,9	30,8
Aide-soignant-e	672	85,1 (88)	68,8	61,8
Assistant-e des services sociaux	601	90,9 (80)	52,9	32,3
Assistant-e familial-e	64	89,1 (91) Drees	87,5	53,1
Assistant-e maternel-le	200	98,5 (97)	76	39,5
Auxiliaire de puériculture	219	95,9 (99)	57,5	33,8
Éducateur-trice de jeunes enfants (EJE)	288	95,5 (96)	47,2	19,1
Éducateur-trice spécialisé-e	805	76,7 (69)	55	42,9
Infirmier-e	876	84,1 (86)	64,7	48,2
Professeur-e des écoles	508	87,6 (84)	74,2	49,4
Sage-femme	461	96,6 (98)	45,1	36,2
Autres métiers du lien	447	79,4	62,6	48,1
Autres métiers du soin	224	83,9	54,9	42,4

Lecture : Parmi les 585 aides à domicile qui ont répondu à l'enquête, 94,5 % sont des femmes, soit un taux de féminisation de la profession très proche du niveau national (94 %) ; 68,9 % ont plus de 40 ans et 30,8 % sont syndiqué-es.

\*Enquête Conditions de travail 2019

88 % des répondant·es de l'enquête sont des femmes, 10,4 % des hommes et respectivement 0,3 % et 1,3 % sont non binaires ou n'ont pas souhaité répondre à cette question. Les métiers interrogés sont globalement très féminisés et l'échantillon de la consultation s'écarte peu de l'enquête Emploi de 2019. Il est cependant légèrement plus féminisé pour les assistant·es des services sociaux, les agent·es d'entretien et les éducateur·rices spécialisé·es. Le métier d'éducateur·trice spécialisé·e est celui où le taux de féminisation des répondant·es est relativement plus bas, comme au niveau national, avec 76,7 % de femmes. Au plus haut, nous retrouvons les assistant·es maternel·les avec 98,5 % de répondantes.

Les répondant·es sont également plus âgées : 62,9 % ont 40 ans et plus tandis que c'est le cas de 56,3 % de la population en emploi (enquête Conditions de travail 2019).

Nous relevons aussi la forte particularité de l'enquête concernant le taux de syndicalisation des répondant·es puisque 42,2 % sont adhérents à une organisation syndicale. Ce résultat élevé, bien au-delà des 10,5 % au niveau national pour le même secteur, est en lien avec une mobilisation importante des représentants syndicaux des filières du soin et du lien et du collectif Femmes-Mixité de la CGT pour valoriser largement la consultation.

**Tableau 42 : Niveau de diplôme pour l'ensemble des professionnel·les interrogé·es et par profession (en %)**

	Minimum requis	Sans diplôme	Infra bac	Bac	Bac +1 à +4	Bac+5 et plus	NSP
Nomenclature par niveau	-		Niveau 3	Niveau 4	Niveaux 5 et 6	Niveaux 7 et 8	-
Ensemble de la population en emploi (Enquête CT2019)	-	6,6	30,2	19,6	28,8	14,7	-
Ensemble des professionnel·les du soin et du lien (Enquête CT2019)	-	6,9	33,9	18,1	33,3	7,9	-
Ensemble de l'échantillon	-	1	14,5	18,2	<b>50,7</b>	14,1	1,5
AESH	Niveau 3 (CAP, BEP)	0	16,2	36,2	<b>42,9</b>	3,6	1,1
ASH	Pas de diplôme requis	11	<b>51,4</b>	28,9	6,9	0	1,7
Atsem	Niveau 3 (CAP, BEP) et/ou concours	1	<b>49,7</b>	30,1	17,2	0	2
AMP	Niveau 3 (CAP, BEP)	0	21,4	<b>66,3</b>	9	0	3,4
Aide à domicile ou auxiliaire de vie	Pas de diplôme requis	5,3	<b>45,6</b>	31,8	13,7	0,5	3,1
Aide-soignant·e	DEAS, niveau 4 (bac)	0,9	32,3	<b>52,1</b>	12,1	0,7	1,9
Assistant·e des services sociaux	DEASS, niveau 6 (bac+3)	0	0	0,5	<b>91,8</b>	6,3	1,3
Assistant·e familial·e	DEAF, niveau 3 (CAP, BEP)	0	18,8	34,4	<b>42,2</b>	1,6	3,1
Assistant·e maternel·le	Niveau 3 (CAP, BEP)	4	26,5	31	<b>34</b>	3,5	1
Auxiliaire de puériculture	DEAP, niveau 4 (bac)	0	24,7	<b>53,9</b>	17,4	0,9	3,2
Infirmier·e	DE infirmier·e, niveau 6 (bac+3)	0	0,2	0,9	<b>92,1</b>	5,7	1
Professeur·e des écoles	Niveau 7 et concours	0	0	0	<b>51,4</b>	47,6	1
Sage-femme	Niveau 7 (bac+5)	0	0	0	21	<b>78,5</b>	0,4
EJE	DE EJE, niveau 6 (bac+3)	0	0	1	<b>89,9</b>	6,9	2,1
Éducateur·trice spécialisé·e	DEES, niveau 6 (bac+3)	0,1	0,1	4,1	<b>89,5</b>	5	1,2

Lecture : Les cases grisées renvoient au niveau de diplôme requis. Par exemple, pour les AESH, ce niveau est inférieur au bac alors que ce niveau ne concerne que 16,2 % des professionnel·les de l'échantillon. On constate un écart entre le niveau de diplôme requis et acquis par la majorité des professionnel·les lorsque la case grisée ne correspond pas au pourcentage en gras.

Au sein de l'échantillon, les professionnel·les se distinguent par des niveaux de diplôme plutôt hétérogènes et plus élevés que ce que l'on observe dans les métiers du soin et du lien de l'enquête Conditions de travail 2019. 33,7 % ont un diplôme de niveau bac ou inférieur. 50,7 % niveau bac+1 à bac+4 et 14,1 % ont un niveau bac+5 ou supérieur. Ainsi, les diplômé·es du supérieur sont plus nombreux·ses au sein de l'échantillon : le niveau bac+3 est le plus observé et regroupe en particulier les professions d'infirmier·e, d'assistant·e de services sociaux, d'EJE et éducateur·trice spécialisé·e, professions parmi les plus nombreuses à avoir répondu au questionnaire. Ces métiers sont encadrés par un diplôme d'État. Il s'y dégage donc une forte cohérence entre le niveau de diplôme le plus fréquemment observé et le niveau de qualification requis pour exercer. Les professionnel·les les plus diplômé·es, également nombreux·ses dans la consultation, sont les sages-femmes (78,5 % diplômé·es à bac+5) et les professeur·es des écoles (71,3 % diplômé·es à bac+4 et plus).

Parmi les 15 professions étudiées, plus de la moitié relève du champ des professions réglementées diplômées d'État. On y observe logiquement une forte cohérence entre les niveaux de diplôme requis et acquis, bien que dans certains cas, et notamment parmi les métiers moins qualifiés, des personnes exercent sans avoir le niveau de diplôme requis. C'est le cas des aides-soignant·es et auxiliaires de puériculture où respectivement 32,3 et 24,7 % des répondant·es ont renseigné un niveau de diplôme inférieur au bac.

On peut en partie expliquer ces résultats par les évolutions récentes de la formation et des diplômes : ce n'est que depuis 2007 que les formations d'aide-soignant·e et d'auxiliaire de puériculture sont sanctionnées par un diplôme d'État de niveau 4 (bac) ; elles délivraient auparavant un certificat d'aptitude – le CAFAS et le CAFAP – de niveau 3 (CAP/BEP).

Aussi, sans doute, ces résultats peuvent interroger le recours à un personnel non diplômé « faisant fonction ». Les AMP de l'échantillon ont très majoritairement un niveau de diplôme supérieur au niveau requis : elles et ils sont 66,3 % titulaires d'un diplôme de niveau 4 (bac) alors que le diplôme de référence n'est reconnu que de niveau 3. Mais attention, seul·es 89 AMP ont répondu à la consultation.

On remarque que dans la majorité des professions demandant peu ou pas de diplôme, nombreux·ses sont les professionnel·les à avoir en réalité un niveau de formation supérieur au niveau requis. Par exemple, 80,3 % des ASH et 77,4 % des aides à domicile ont un diplôme de niveau bac ou inférieur ; 6,9 % et 13,7 % ont même un diplôme supérieur au bac et parmi les assistant·es maternel·les et AESH, certain·es sont diplômé·es, jusqu'à bac+2, voire bac+3.

Sur l'ensemble des répondant·es, 45,4 % sont fonctionnaires, 42,2 % sont salarié·es en contrat de durée indéterminée et 10,5 % en contrat temporaire<sup>41</sup>. Le recours à des contrats temporaires est particulièrement élevé chez les AESH puisque 33,7 % de ces contrats concernent la profession, bien au-dessus des 10,5 % pour l'ensemble. Les fonctionnaires sont donc sur-représentés dans notre échantillon puisque l'enquête Conditions de travail de 2019 estimait qu'ils occupaient 32,7 % des métiers du soin et du lien, 46,1 % en CDI et 21,2 % en contrat temporaire.

Les professionnel·les de l'enquête relèvent majoritairement des secteurs public (58,4 %) et non lucratif (30,8 %). Dans le secteur de l'enseignement scolaire, les AESH, les Atsem et les professeur·es des écoles relèvent à plus de 90 % de la fonction publique. C'est aussi le cas pour plus des deux tiers des auxiliaires de puériculture (80,8 %), des assistant·es de services sociaux (75,4 %), des sage-femmes (72,7 %) et des assistant·es familiaux (70,3 %, mais avec un petit effectif).

Du côté du secteur non marchand, on retrouve majoritairement les éducateur·trices spécialisé·es (78,8 %), les AMP (73 %) et les aides à domicile (67,9 %).

Le privé lucratif est quant à lui moins présent parmi les professionnel·les interrogé·es (6,6 %). On note toutefois une surreprésentation des EJE (19,4 %) dans ce secteur par rapport à l'ensemble. Enfin, certaines professions dépendent également de particuliers employeurs. C'est le cas notamment des assistant·es maternel·les (91,5 %) et, dans une moindre mesure, du secteur de l'aide à domicile avec 15,4 % de professionnel·les en contrat particulier employeur contre 4,6 % de l'ensemble. Le secteur public est légèrement plus représenté dans notre échantillon puisqu'au niveau national, en 2019, selon l'enquête Conditions de travail, 49,5 % des métiers du soin et du lien relevaient de ce secteur ; le secteur privé non lucratif en rassemblait quant à lui 10,9 % et le privé lucratif 39,6 %, ce dernier étant dès lors sous-représenté dans notre consultation.

---

<sup>41</sup> Ce résultat comprend les CDD, contractuel·les, les vacataires, les contrats intérimaires, les emplois aidés, les apprenti·es et les stagiaires. Les autres répondant·es sont indépendants (1,8 %) ou n'ont pas renseigné leur statut (0,1 %).

## 1.1. Le temps de travail

<b>Tableau 43 : Le temps de travail moyen des professionnel·les du soin et du lien</b>			
	Durée moyenne hebdomadaire (en h) <sup>42</sup>	Durée médiane hebdomadaire (en h)	Part de temps partiel (en %)
<b>Ensemble Enquête Conditions de travail 2019</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>14,7</b>
<b>Ensemble des professionnel·les du soin et du lien (enquête CT2019)</b>	<b>33,3</b>	<b>35</b>	<b>34,7</b>
<b>Ensemble de l'échantillon*</b>	<b>38,3</b>	<b>40</b>	<b>25,1</b>
AESH	28,2	25	92,2
ASH	36,9	36	16,8
Atsem	39,1	40	25,4
Aide à domicile ou auxiliaire de vie	34,7	35	70,6
AMP	38,5	40	13,5
Aide-soignant·e	39,1	40	15,2
Assistant·e des services sociaux	37,9	40	21
Assistant·e familial·e <sup>43</sup>	79,1	84	3,1
Assistant·e maternel·le	48,5	50	6
Autres métiers du lien	37,8	40	10,3
Autres métiers du soin	36,5	36	26,8
Auxiliaire de puériculture	36,5	35	22,4
EJE	37,4	36	13,9
Éducateur·trice spécialisé·e	37,9	40	11,2
Infirmier·e	39	40	20,3
Professeur·e des écoles	40,6	40	9,1
Sage-femme	39,1	36	24,5
*Les personnes n'ayant pas renseigné être à temps plein ou temps partiel ont été retirées des calculs de la moyenne et de la médiane ; ces deux informations reposent donc sur un échantillon de 6 962 individus (contre 6 977 pour le reste des statistiques présentées dans le rapport). Par ailleurs, 99 personnes n'ont pas indiqué le nombre de jours travaillés par semaine ou le nombre d'heures travaillées par jour, nous avons donc choisi d'imputer à ces personnes la durée moyenne de travail de leur profession pour limiter leur impact sur l'ensemble.			

Dans les secteurs du soin et du lien, la durée moyenne du travail hebdomadaire est de 33,3 h (enquête Conditions de travail, 2019) et les professionnel·les sont plus nombreux·ses à exercer à temps partiel (34,7 % contre 14,7 % de la population active). Au sein de notre enquête, les professionnel·les travaillent 38,3 h par semaine en moyenne, la majorité sur cinq jours (56 %). Notre échantillon est donc moins souvent à temps partiel et a une durée du travail plus élevée. 25,1 % sont à temps partiel, une donnée qui cache de fortes disparités entre les professions

<sup>42</sup> Le calcul du temps de travail moyen comprend à la fois les temps complets et les temps partiels.

<sup>43</sup> Les horaires particulièrement élevés des assistant·es familiaux·les s'expliquent par un statut atypique de famille d'accueil. Le faible effectif d'assistant·es familiaux·les dans notre échantillon ne modifie pas les temps de travail moyen et médian de l'ensemble.

puisque les plus touché·es sont les AESH – 92,2 % sont à temps partiel – et les aides à domicile (70,6 %).

Si parmi les personnes à temps partiel, 58,4 % disent l’avoir demandé, la très grande majorité des AESH déclarent un temps partiel contraint : ils et elles sont 81,4 % à ne pas l’avoir demandé. C’est le cas aussi des Atsem (76,4 %), des AMP (46,1 %) et des aides à domicile (40 %) pour qui il s’agit la plupart du temps d’emplois créés à temps partiel ou incomplet. D’autre part, 30 % des personnes à temps partiel souhaiteraient travailler davantage, (pour quelques heures de plus ou à temps complet). C’est en particulier le cas des AESH dont 66,7 % sont en situation de sous-emploi<sup>44</sup>. Aussi, 24,3 % des temps partiels déclarent ne pas pouvoir travailler plus même s’ils le souhaitaient.

## **1.2. Les rémunérations**

Comme l’a montré la première partie du rapport, les métiers féminisés du soin et du lien partagent des rémunérations relativement faibles. A titre de comparaison, leur salaire médian est de 1 450 € contre 1 733 € pour l’ensemble de la population en emploi (enquête Emploi 2019). Parmi les répondant·es de l’enquête, les AESH déclarent les plus faibles rémunérations puisque 83,2 % d’entre eux/elles touchent moins de 1 000 € nets mensuels (du fait du temps partiel), un résultat qui explique évidemment la volonté de nombreux professionnel·es de travailler davantage pour puisqu’on rappelle qu’il s’agit de la profession la plus concernée par le temps partiel, notamment imposé. Les aides à domicile, les assistant·es familiaux·les et assistant·es maternel·les font également partie de la frange basse des rémunérations au sein de l’échantillon.

Les assistant·es de services sociaux, les infirmier·es, professeur·es de écoles et sages-femmes se répartissent plus largement sur des rémunérations allant de 1 500 à 2 500 €.

---

<sup>44</sup> Le sous-emploi caractérise ici le fait d’occuper un poste à temps partiel, de souhaiter travailler davantage et d’être justement disponible pour augmenter son temps de travail (selon la définition de la Drees).

**Tableau 44 : Niveau de rémunération des professionnel-les interrogé-es (en %)**

Rémunération	Salaire net médian (% temps partiel)	Moins de 1 000 €	De 1 000 à 1 500 €	De 1 500 à 2 000 €	De 2 000 à 2 500 €	Plus de 2 500 €	NSP	Part de temps partiels (en %)
<b>Ensemble</b>		<b>9,3</b>	<b>23,5</b>	<b>37,8</b>	<b>21,8</b>	<b>5,7</b>	<b>2</b>	<b>25,1</b>
AESH	-	83,3	14,21	1,11	0	0	1,4	92,2
ASH	1 330 € (29)	5,8	<b>56,7</b>	34,1	1,2	0	2,3	16,8
Atsem	1 300 € (45)	8,4	<b>63,8</b>	25,6	0	0	2,2	25,4
AMP	877 € (67,5)	1,1	46,1	<b>49,4</b>	0	0	3,4	13,5
Aide à domicile ou auxiliaire de vie	9 00 € (75)	31,6	<b>54</b>	10,3	0,5	0	3,6	70,6
Aide-soignant-e	1 548 € (22)	1,2	23,4	<b>65,8</b>	7	0	2,7	15,2
Assistant-e des services sociaux	1 983 € (24)	1,2	10,7	<b>47,1</b>	33,1	6,5	1,5	21
Assistant-e familial-e	-	23,4	37,5	18,8	3,1	12,5	4,7	3,1
Assistant-e maternel-le	1 200 € (29)	21,5	28,5	<b>30</b>	12	6	2	6
Auxiliaire de puériculture	1 500 € (26)	1,4	43,4	<b>48</b>	3,7	0	3,7	22,4
Infirmier-e	1 932 € (25)	0,7	3,4	37,6	<b>47,2</b>	9,5	1,7	20,3
Professeur-e des écoles	2 079 € (17)	0	1,6	34,3	<b>48,2</b>	14	2	9,1
Sage-femme	2 083 € (33)	1,3	2	22,3	<b>45,3</b>	28,2	0,9	24,5
EJE	1 480 € (21)	1,4	23,3	<b>50,7</b>	20,5	1,7	2,4	13,9
Éducateur-trice spécialisé-e	1 650 € (20)	1	21,5	<b>57,1</b>	18,3	0,6	1,5	1,2

Lecture : Les cases grisées correspondent au salaire médian de l'enquête Emploi. On peut lire les écarts éventuels entre la tranche salariale la plus fréquente et le salaire médian de la profession. Par exemple, le salaire médian des EJE et de 1 480 € avec un taux de temps partiel de 21 % dans l'enquête Emploi, dans notre échantillon, 50,7 % perçoivent un salaire compris entre 1500 et 2000 € avec un taux de temps partiel à 13,9 %.

La consultation offre un échantillon très riche de la diversité des métiers du soin et du lien. Néanmoins, il importe de bien comprendre les spécificités de la population interrogée : les professionnel·les ayant répondu sont ainsi plus âgé·es, travaillent plus souvent dans la fonction publique et sont davantage fonctionnaires, sont moins souvent à temps partiel, elles et ils sont surtout beaucoup plus souvent syndiqué·es. Ces spécificités peuvent avoir des conséquences sur leurs niveaux de rémunération légèrement plus élevés mais aussi sur l'analyse et la conscientisation de leurs réalités professionnelles. Ces « biais » sont inhérents à la méthodologie de la présente étude : la consultation des professionnel·les s'est déployée par l'entrée syndicale, a été relayée par les différents réseaux CGT. L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population nationale des professions du soin et du lien, mais il ne s'agissait pas d'un objectif préalable à l'étude. Le seul objectif était de permettre aux professionnel·les de s'exprimer, de décrire leur travail et de rassembler dans un même questionnaire les métiers très féminisés du soin et du lien. A ce titre, collecter la parole de 15 professions et presque 7 000 professionnel·les est l'apport majeur de cette étude.

## 2. UNE COMPLEXITÉ DU TRAVAIL SOUS-ESTIMÉE

La complexité du travail renvoie à une grande diversité de capacités professionnelles et de savoir-faire mobilisés. Il s'agit à la fois de la diversité des tâches réalisées, des techniques maîtrisées, des demandes auxquelles l'emploi a à faire face.

### 2.1. La complexité de métiers « tout en un »

Les professions du soin et du lien sont définies par le fait de réaliser une multitude d'activités à la fois au sein du périmètre d'un même emploi mais aussi des activités en dehors de ce périmètre. Ce caractère multidimensionnel correspond à un type de polyvalence interne au poste occupé, au fait qu'au sein d'un même poste, la ou le titulaire ait une importante diversité d'activités, d'interaction, de responsabilités. De plus, 86 % des répondant-es disent effectuer souvent plusieurs tâches à la fois. Soulignons que les hommes sont un peu moins nombreux dans ce cas (81 %).

Tableau 45 : Votre profession exige-t-elle (en %)			
	Oui	Non	NSP
De faire plusieurs tâches à la fois	85,9	13,9	0,2
D'être interrompu·e fréquemment	74,6	24,4	1

#### 2.1.1. Des tâches effectuées simultanément

Quand on demande de donner un exemple de tâches effectuées simultanément, les réponses sont nombreuses et soulignent aussi la diversité des tâches à réaliser en même temps. Il faut faire en même temps des tâches qui demandent des compétences très différentes, comme s'il fallait simultanément occuper deux postes, être deux personnes, détenir deux types de compétences, par exemple, « répondre à un appel téléphonique dit 'urgent' tout en rédigeant un rapport exigeant beaucoup de concentration » pour cette assistante de service social (ID 1712)<sup>45</sup>, ou pour cette sage-femme (ID 1836) : « suivre plusieurs patientes en même temps : examiner une dame en travail, écrire mon dossier et répondre au téléphone à une autre personne, aller voir une dame qui arrive en consultation et répondre à la sonnette de ma dame qui est en travail ». Une infirmière résume « les interruptions de tâches sont notre quotidien : écouter les patients, répondre au téléphone, distribuer les médicaments... Les sollicitations sont nombreuses, surtout qu'on nous demande des tâches administratives contraignantes... Et il faut tout faire en même temps » (ID 10648). La multiplication des activités est aussi générée par l'organisation des emplois et des responsabilités. Des professeur-es des écoles expliquent ainsi : « J'ai un double niveau plus deux élèves en situation de handicap, qui ont un programme individuel. Je fais donc quatre choses simultanées au quotidien » (femme, ID 6809) ou « faire classe et gérer la direction de l'école » (homme, ID 6854).

<sup>45</sup> Le numéro d'identification des professionnel·les interrogé·es dans la consultation.

Faire tout en même temps est parfois « physiquement » impossible. Cette Atsem (ID 7714), s'interroge ainsi : « *Un enfant aux toilettes, un groupe à surveiller dans la cour. A deux endroits en même temps...* » ? Cette infirmière (ID 3746) conclut « *être partout et nulle part à la fois* », ou encore cette aide-soignante (ID 3891) : « *Tout le monde veut tout en même temps* ». Par exemple, une autre aide-soignante précise : « *Je prends les constantes d'un patient, en répondant aux questions du voisin, tout en prenant la commande de collation du premier pendant que j'aide le second à s'habiller.* » (ID 4003)

### **2.1.2. Faire en plus de son poste**

L'analyse de la question ouverte : « Pouvez-vous donner un exemple de tâches réalisées en dehors de votre fonction » témoigne de la grande diversité des activités menées. On distingue des situations de dépassement, lorsque la ou le professionnel·le réalise des tâches d'un niveau de responsabilité et/ou de qualification supérieure à celle de son poste, pouvant ne pas y être formé·e ou habilité·e. C'est le phénomène bien connu de glissement des tâches parmi les personnels soignants. Par exemple, ce sont ces aides-soignantes qui « *distribuent les médicaments* ».

Un dépassement ou glissement de tâche intervient lorsqu'un·e professionnel·le exerce une compétence ou un acte qui, juridiquement, ne relève pas du cadre réglementaire de sa profession<sup>46</sup>. Certes, pour ces professions de la santé, un élargissement des tâches est désormais acté depuis 2021. Cela intervient avec le passage en catégorie B des aides-soignant·es, qui officialise l'exercice de certaines activités auparavant dévolues aux infirmier·es<sup>47</sup>. La distribution de médicaments est d'ailleurs souvent évoquée par des professionnel·les très différent·es, comme cette éducatrice spécialisée (ID 717) qui dit donner des médicaments en soulignant qu'elle n'est pas « *habilitée* », ou encore cette ASH (ID 786) qui déclare aussi « *donner des médicaments* ». De même, cette aide-soignant·e (ID 2211) affirme « *mettre, enlever ou modifier le débit d'oxygène délivré au patient, enlever le cathéter, des tests de déglutition, des prélèvements pour analyse d'urine en stérile* », et cet aide à domicile (ID 4753) précise que « *des gestes médicaux interdits par le diplôme font pourtant quasi systématiquement partie de la fiche de poste* ». De même, un·e aide à domicile (non binaire, ID 8135) indique : « *Un homme qui perd son pennyflow<sup>48</sup>, c'est à l'infirmière de le remettre. Mais souvent, on le remet nous pour éviter que la personne soit assise dans son urine (parfois, les infirmières ne reviennent que le lendemain)<sup>49</sup>* » De même, cette sage-femme

---

<sup>46</sup> Voir par exemple : Buchet-Molfessis Christine (2008), « Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés », *Recherche en soins infirmiers*, n° 92, pp. 68-94 ; Garabige Alexandra, Trabut Loïc (2020), « Le glissement de tâches comme aporie de la construction d'un territoire professionnel : le cas des aides à domicile », *Socio-économie du travail*, n° 7.

<sup>47</sup> Voir la section consacrée aux aides-soignant·es dans la troisième partie du rapport.

<sup>48</sup> Étui pénien pour recueillir les urines dans une poche.

<sup>49</sup> Les propos tenus entre parenthèses dans les verbatim sont aussi le fait des répondant·es.

(ID 16417) déplore les « *injections d'anesthésiants dans le cathéter de péridurale sous prescription orale de l'anesthésiste, car celui-ci ne souhaite pas se déplacer et se lever la nuit... »* ».

Ces glissements de tâches ne sont pas toujours ascendants : ils sont aussi descendants ou horizontaux, la ou le professionnel·le prenant par exemple en charge les tâches de personnel au même niveau ou moins qualifié, souvent pour combler des manques d'effectifs, des absences ou des problèmes organisationnels. Cette aide-soignante (ID 1282) explique faire le « *service lorsque les ASH sont absents et non remplacés* » mais aussi assurer les « *soins infirmiers délégués par manque de temps* ». De même, cette professeure des écoles (ID 2163) nous dit : « *Je fais l'infirmière, l'assistante sociale par exemple, car des élèves sont en très grande difficulté* ». Il y a aussi cette Atsem (ID 1019) qui explique « *garder les enfants quand l'institut. est absente pour éviter de surcharger les autres classes, alors qu'on devrait les répartir dans les autres classes* ». Et une infirmière (ID 15859) précise : « *Je fais également beaucoup de ménage : entretien de mon environnement personnel, entretien de l'environnement professionnel, comme la salle de soins et la salle d'attente.* »

Le côté « multitâche » est explicite pour cette assistante de service social (ID 5132) : « *Archivage, accueil, organisation de plannings, nettoyage des bureaux et cuisine, entretien de l'imprimante et des ordinateurs, premiers secours ou gestion de conflits, secrétariat téléphonique, comptabilité /gestion, etc., on est très polyvalent(e)s.* » Dans le même esprit, cette professeure des écoles (ID 5698) détaille toutes les activités complémentaires à son métier : « *Accompagnement psychologique et social des familles, accompagnement orthophonique, psychomoteur des enfants, rôle de manageuse pour organiser les emplois du temps et tâches des collègues AESH, contrôle sécurité des bâtiments, maintenance informatique, conscientisation des collègues à l'adaptation de l'environnement pour favoriser le bien-être des élèves à besoin particulier.* » D'autres professeures des écoles (ID 8462 et 10131) listent leurs fonctions implicites : « *Psychologue, assistance sociale, traductrice, écrivaine publique, infirmière, thérapeute familiale* » ; « *infirmière, psychologue, femme de ménage, bricoleuse, etc.* » Une sage-femme (ID 16223) explique elle aussi sa situation : « *En service, une sage-femme pour 30 mamans et 30 bébés. Je fais donc sage-femme, puéricultrice, infirmière, aide-soignante et ASH, mais je dois aussi faire assistance sociale pour les plus précaires, psychologue pour les situations dramatiques... et j'assure toute la partie administrative. En cas d'hébergement d'autres services, je dois aussi effectuer des actes dont je n'ai aucune connaissance (par exemple, la pose d'une sonde gastrique chez un adulte ou la toilette mortuaire d'une femme âgée).* »

Face à la multitude des tâches, une infirmière (ID 12820) s'excuse auprès des enquêtrices car il y a bien plus qu'un exemple de tâches qu'elle réalise en plus : « *Il y a le travail prescrit mais aussi le travail réel. Quand un patient pleure ou souffre, je prends plus de temps ou quand il*

*est tombé ou qu'il y a une urgence vitale. Quand les médecins me demandent de les accompagner pour un geste ou pour une annonce particulière, je le fais en plus, ce qui est normal. Je me détache pour faire du brancardage en binôme avec l'aide-soignante. Désolée, j'en ai dit un peu plus qu'une, mais il y aurait tellement à dire... »*

Cette éducatrice spécialisée (ID 7798) conclut : « *Nous sommes de véritables couteaux suisses : on fait des soins aide-soignant, puis on écrit un rapport, puis encore, on remplace la secrétaire, puis on range le garage, etc., etc. Plus une structure est petite, plus tu réalises de multiples tâches. »*

## **2.2. La complexité du travail accentué par un rapport au temps paradoxal et intenable**

Les témoignages mettent en avant un rapport au temps très complexe dans l'organisation de son travail. D'un côté, ces professionnel·les insistent sur la nécessité de prendre du temps pour bien faire son travail et être à l'écoute des usager·es et patient·es. Mais de l'autre, elles et ils dénoncent le fait de ne pas avoir assez de temps pour bien travailler, des délais de plus en plus contraints et le fait d'être fréquemment interrompu·es.

### **2.2.1. Prendre du temps pour accompagner et soigner...**

Une aide-soignante (ID 10291) indique : « *La durée du prendre soins est imprévisible. La relation de confiance entre la personne à prendre en charge et le professionnel est indispensable et n'est pas un copier-coller. Elle tient compte de multiples critères. Cette confiance s'acquiert et se mérite. Sinon, c'est un rapport de force et on est dans la maltraitance. Mais ce temps indispensable, incontournable n'est pas prévu sur nos fiches métiers, pas plus que sur nos fiches de poste. Les temps sont inquantifiables dans leurs durées et leur multiplicité, donc inquantifiables dans leurs retombées financières. Il n'y a pas d'unité de mesure pour les valeurs humaines ! »*

### **2.2.2. ...tout en faisant face à des temps de plus en plus contraints**

51,4 % des professionnel·les déclarent ne pas avoir assez de temps pour bien faire leur travail. Ils et elles sont plus nombreux·ses à effectuer des tâches supplémentaires non prévues par leur fiche de poste (51,5 contre 46,4 % pour l'ensemble) et sont plus nombreux·ses à réaliser plusieurs tâches en même temps : 84,5 % des professionnel·les qui n'ont pas assez de temps exécutent plusieurs tâches ; 74,6 % pour toutes les répondant·es. Ce sont surtout les professeur·es d'école (71,7 %), les sages-femmes (60 %), les assistant·es de services sociaux (60,9 %) qui le ressentent le plus. Pour cette assistante de service social (ID 1243) : « *Les personnes que j'accompagne vont très mal psychologiquement et souvent physiquement mais nous n'avons pas le temps de prendre en considération ce mal être et d'en échanger en équipe. »* Ou pour cette aide-soignante (ID 1444) : « *Devoir faire vite dans l'accompagnement quotidien des personnes âgées en Ehpad, alors qu'elles ont besoin de temps auprès d'elles et d'écoute. »*

Enfin, selon cette AESH (ID 2650), « avec la mutualisation et le Pia<sup>50</sup> nous sommes amenées à nous occuper de cinq/six parfois huit enfants en situation de handicap, ce qui est ingérable et qui surtout ne leur apporte pas ce qui faudrait pour avancer dans leur scolarité ». Ou pour une Atsem (ID 1381) : « L'amplitude horaire atteint plus de dix heures par jour avec l'enfant de moins de six ans. Cela peut représenter jusqu'à 44 h certaines semaines. Et il n'y a pas de remplacement des Atsem absentes. Donc, on fait parfois le double du travail... On se repose trop sur nous, mais personne ne prend conscience que nous sommes tout le temps là... » Pour une infirmière (ID 2393) : « Je travaille de jour et de nuit et cela dans la même semaine. C'est très fatigant ! Je fais des journées longues, de 10 h, et les postes de nuit sont des postes de 12 h. C'est épuisant ! » Ou pour cette éducatrice spécialisée (ID 2010) : « Je peux assurer certaines tâches administratives tout en discutant avec les résidents qui le souhaitent et passent par le bureau, car le bureau doit être le plus possible ouvert. Mes matinées me font alterner entre l'accompagnement aux douches, les services de petit déjeuner, les changements de draps et la vaisselle du matin. Je jongle entre tout ça chaque jour ». Une autre complète (ID 9581) : « Accueillir au petit déjeuner, répondre au téléphone, accompagner à la sortie de la structure, faire la vaisselle, appeler ceux qui loupent le réveil, se déplacer dans les studios de ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas aller travailler... Tout cela de 6 h 30 à 8 h, en étant seule. » Dans le même sens, une aide-soignante (ID 2306) nous dit « donner à manger à six personnes en 30 minutes », et cette autre (ID 12379) : « Distribution de petit déjeuner, en même temps que mise d'un bassin, transmission écrite de données chiffrées (TA, température, saturation...) et transmission à l'orale si difficulté, et réconfort de patient en pleurs ou en panique, car ayant des difficultés à respirer, et retrait de bassin. Tout ça, ce matin en l'espace de cinq minutes. »

Les dépassements se font en empiétant de plus en plus sur le temps personnel, soit hors travail, soit sur les pauses. Par exemple, cette aide à domicile (ID 12522) explique « rendre visite en dehors de mes heures de travail (dire bonjour, voir si tout va bien etc.) ». Pour cette sage-femme (ID 1030), « pas possible parfois d'avoir le temps de prendre un repas ou aller aux toilettes sur 12 h de travail d'affilé... ». Idem pour cette infirmière (ID 1142) : « Pas le temps de prendre nos pauses... Donc, pas de repas sur une journée de 12 h parfois. Notre bouteille d'eau et un morceau de pain pour tenir. »

« Mon temps du repas est un temps de travail pour moi, par exemple. Je dois aider au service d'un groupe de douze personnes, manger moi-même en même temps qu'eux, animer et réguler ce temps de repas tout en assurant les tâches ménagères telles que la vaisselle, le lavage des tables, etc. », explique aussi cette éducatrice spécialisée (ID 2010).

---

<sup>50</sup> Pia : pôles inclusifs d'accompagnement localisés.

### **2.2.3. Et des interruptions fréquentes inhérentes au travail**

La multidimensionnalité des métiers du soin et du lien va de pair avec le fait d'être souvent interrompu.e dans son travail, trois quarts des répondant-es disent être fréquemment interrompu-es pour effectuer une autre tâche imprévue. C'est le cas de plus de 90 % des infirmier-es et des assistant-es des services sociaux, les aides à domicile étant celles semblant les moins concernées, leur isolement professionnel pouvant l'expliquer. Soulignons que compte tenu de l'évolution des modes de travail et de communication, 65 % des personnes en emploi déclarent être interrompues fréquemment pour faire une tâche imprévue (enquête Conditions de travail T2019). L'enquête Conditions de travail montre que les métiers du soin et du lien ne sont pas sensiblement plus concernés par des interruptions fréquentes (67 %). Néanmoins, il s'agit d'une caractéristique professionnelle plus fortement exprimée par les personnes interrogées dans la consultation, ce dont les verbatims témoignent.

Être constamment interrompu.e est ainsi très présent dans de nombreux témoignages. Une sage-femme (ID 971) explique « *gérer une patiente en début de travail et faire le tour des patientes en même temps, gérer plusieurs patientes en travail, poser un monitoring et devoir faire d'autres tâches en espérant qu'il n'y ait pas de problème au monitoring, examiner une patiente en lui expliquant d'autres choses en même temps pour gagner du temps...* ». Une infirmière (ID 1315) nous dit « *perfuser un patient tout en pensant au traitement d'un autre patient qui va arriver pendant qu'un troisième parle* ». Un exemple est précisé par cette Atsem (ID 5867) : « *Le passage aux toilettes avec les enfants est un bon exemple : on doit aider les enfants à se déshabiller, à s'habiller, leur donner du papier toilette, les surveiller au lavage des mains (qu'ils ne prennent pas trop de savon) leur donner un papier pour essuyer leurs mains, donner un verre d'eau, leur demander de se ranger et pendant qu'ils se rangent, de nettoyer les toilettes avant que le deuxième groupe passe. Et tout ça avec un enfant handicapé à votre charge. Certains enseignants nous aident mais d'autres considèrent que ce n'est pas leur job et nous laissent tout faire.* » Nous imaginons aussi les scènes de : cette assistante maternelle (ID 688) qui dit « *donner le biberon à un bébé ou le changer tout en jouant avec les trois autres* » ; cette aide-soignante (ID 1444) qui raconte « *commencer une toilette au lit et devoir mettre la personne en sécurité pour courir répondre à une sonnette* ». De même, nous imaginons de toutes ces situations ubuesques : « *le brossage des dents dans la douche* » pour cette aide-soignante (ID 15895), effectuer « *un suivi de travail et un entretien d'IVG en même temps* » pour cette sage-femme (ID 16245), ou cette AESH (ID 18324) qui « *doit gérer une dispute dans le car tout en conduisant* » ou encore cette éducatrice spécialisée (ID 18757) qui explique « *faire les courses pour l'hébergement dans un supermarché et répondre à une femme victime de violences qui a besoin de parler, immédiatement* ».

A cela s'ajoute les urgences auxquelles ont à faire face les professionnel-les en plus du travail quotidien. Par exemple, cette assistante de service social (ID 2648) explique « *quand une*

*urgence nous fait rédiger un signalement pour demander le placement d'un enfant et organiser le placement (ne rien dire à la famille, accueillir les éducateurs ASE, rassurer l'élève) mais que dans la journée, il y avait tout de même un certain nombre de choses prévues : rendez-vous, réunions, commissions ... Les urgences sont notre lot quotidien et nous devons les régler tout en continuant au maximum le travail prévu pour le jour même ». Une autre (ID 11314) ajoute que « la réponse à l'urgence implique de la réactivité et donc génère une accumulation et simultanéité des tâches ».*

La technologie semble être au service de ces interruptions : le mail et le téléphone sont très fréquemment évoqués, venant interrompre un soin, la rédaction d'un écrit, un entretien... L'organisation du travail ne semble pas prévoir de sas, par exemple des plages horaires spécifiques sans interruption, ou du personnel intermédiaire et/ou administratif permettant de faire « tampon » face aux nombreuses interruptions. Les professionnel·les du soin et du lien semblent ainsi devoir avoir une disponibilité permanente. La « sonnette » est très fréquemment évoquée par les infirmier·es et aides-soignant·es : « *Faire une toilette et devoir aller mettre un bassin à un autre patient, tout en devant répondre à une autre sonnette lorsque que je traverse le couloir, sans parler d'expliquer au cadre pourquoi je suis dans le couloir au lieu d'être dans la chambre qui sonne !* » (aide-soignante, ID 5614).

Ces fréquentes interruptions du travail ont des conséquences importantes en termes de charge mentale et cognitive, accroissant encore la complexité du travail. Une assistante de service social (ID 8219) explique « *être en train de rédiger un rapport social qui demande de la concentration, le téléphone sonne ou un usager se présente à l'accueil du service, je prends en compte la situation en délaissant ce que j'étais en train de faire. Ou un chef, le secrétariat ou un collègue me sollicite. Je prends le temps de répondre en abandonnant mon écrit... Le fait d'être multitâches et de passer 'du coq à l'âne' demande de la concentration, une bonne mémoire, et à la longue, c'est très usant. On peut rarement finir une tâche entreprise en une seule fois, sauf en télétravail où le cadre de travail est plus serein* ». Car comme le mentionne cette aide-soignante (ID 10291) « *reprendre le fil demande de la concentration, identifier les priorités peut avoir des conséquences psychologiques* ». Une professeure des écoles (ID 10959) partage sa fatigue : « *Diriger un atelier tout en gérant trois autres tâches effectuées en 'autonomie' par des enfants. Cela implique de sauter d'une activité à une autre, d'un schéma de pensée à un autre afin de comprendre le raisonnement, les difficultés d'élèves tous différents (une AESH m'a dit qu'elle serait incapable de faire cela, car trop compliqué)... tout en gérant le bruit de la classe, les crises éventuelles d'un enfant en situation de handicap ne bénéficiant pas d'AESH. Six heures, c'est parfois épuisant psychologiquement...* » Cette éducatrice spécialisée (ID 13916) nous alerte : « *Je veux parler de la disponibilité psychique qui rend souvent difficile de passer d'une situation à une autre.* » Les conditions de travail sont aussi dégradées par le travail interrompu et en urgence, les professionnel·les expliquant les astuces utilisées pour gagner du temps, au détriment de temps de repos ou des conditions de sécurité.

Par exemple, « *donner à manger à plusieurs personnes polyhandicapées tout en animant le repas et en prenant moi-même mon repas* » (aide-soignante, ID 2708) ou « *très factuellement : mon secteur d'intervention ne fait que s'agrandir encore et encore. Je suis dans l'obligation de faire des entretiens téléphoniques en voiture pour optimiser mon temps déjà réduit dans les familles* » (assistante de service social, ID 5236).

Enfin, ces professionnel·les ne prennent même plus le temps d'être malades : près de 70 % déclarent avoir travaillé en étant malades. Deux motifs sont à distinguer : pour plus de 30 % de ces personnes, c'est parce que leur travail ne serait pas fait. Ce motif est évoqué surtout par les assistant·es familial·es (65,6 %), les assistant·es de services sociaux (46 %), les professeur·es des écoles (44,3 %) et les EJE (43 %). L'autre raison est celles des conséquences financières d'une interruption pour 39,5 % des réponses. Ce motif est surtout mis en avant par les assistant·es maternel·les (68 %), les aide-soignant·es (59,7 %) et les auxiliaires de puériculture (58 %).

### **2.3. Ne pas seulement répondre aux besoins exprimés mais les anticiper : une complexité quotidienne et peu visible**

<b>Tableau 46 : Anticiper les demandes ou les besoins (en %)</b>	
Oui, c'est le cœur de mon travail	60,3
Oui, j'essaie quand mon temps de travail me le permet	35,5
Non, je réponds seulement aux besoins exprimés	3,6
NSP	0,6

La complexité du travail réside aussi dans le fait d'anticiper les demandes ou besoins des publics. Seulement 3,5 % des répondant·es expliquent que leur métier demande seulement de répondre aux besoins exprimés alors que plus de 60 % expliquent qu'anticiper des demandes ou des besoins avant même que les personnes accompagnées ne les expriment est le cœur de leur travail. Seul·es les agent·es d'entretien ou des services hospitaliers nuancent cette anticipation en répondant en majorité essayer d'anticiper quand leur temps de travail le permet.

Dans le secteur de l'aide et du soin à domicile par exemple, plusieurs témoignages montrent une forte responsabilité des professionnel·les sur l'anticipation de l'état de santé physique et psychologique des personnes accompagnées, une responsabilité d'autant plus ressentie que ces professionnel·les travaillent souvent seul·es au domicile des patient·es. Pour cette aide à domicile, il s'agit notamment de « *faire des retours au bureau, aux soignants et aux familles, d'anticiper les problèmes d'accès au domicile, d'analyser les risques soit de santé, soit de laisser une personne seule au domicile, de détecter la malnutrition, les escarres, le risque de chutes, un début de dépression ou un changement brutal de l'état de la personne (physique et/ou cognitif...)* » (ID 5139).

### 3. LOIN DU PRISME HIÉRARCHIQUE ET BUDGÉTAIRE, LES RESPONSABILITÉS HUMAINES DES MÉTIERS DU SOIN ET DU LIEN

Un des critères définissant la « valeur comparable » des emplois est celui des responsabilités. Les responsabilités ont une dimension plurielle. Il s'agit à la fois des responsabilités des personnes, sur des équipements ou encore sur des données, et surtout, elles ne se mesurent pas seulement en termes budgétaires et hiérarchiques<sup>51</sup>. Ainsi, on peut être responsable du travail d'autres personnes (collègues, étudiants, débutants) comme on peut l'être de la sécurité, de la santé ou du bien-être des usagers ; responsable de la confidentialité des informations comme de la gestion et de la transmission des dossiers ; responsable de l'image de son établissement auprès d'un réseau de partenaires comme auprès des usager-es et de leurs proches. L'autonomie des emplois peut aussi servir d'indicateur de niveau de responsabilité assumé dans l'emploi.

Ainsi, quels que soient le niveau hiérarchique et le diplôme, plus de 98 % des professions interrogées disent que leur métier demande un fort engagement et de prendre des responsabilités, un léger écart existe pour les ASH avec 82 %.

	Oui	Non	NSP
Budget	28,5	48,3	23,2
Confidentialité des données	89,6	7,7	2,7
Sécurité et protection des personnes	95,4	3,2	1,4
Bien-être et santé des personnes	96,5	2,1	1,4
Équipe ou collègues	70,9	22,1	7

Le bien-être et la santé des personnes est une responsabilité partagée par 96,5 % des interrogé-es et concerne autant les personnels soignants que les travailleur-ses du social. Beaucoup de professions affirment cette responsabilité à hauteur de 95 % et plus. S'il est logique que les sages-femmes soient les plus nombreux-ses à l'affirmer (99,1 %), c'est aussi le cas des assistant-es maternel-les (99 %) et des EJE (99 %). Suivent de très près les infirmier-es (98,3 %), les éducateur-trices spécialisé-es (97,8 %), mais aussi les Atsem (97,5 %), comme celle-ci (ID 1880) en témoigne : « [la] plus grosse responsabilité reste la sécurité des enfants ainsi que leur bien-être en répondant à leurs besoins. Ensuite, bien sûr, assister l'enseignante puis maintenir les locaux et le matériel propres. »

De plus, 95,4 % de l'ensemble des professions interrogées ont la charge de la sécurité et de la protection des personnes, ce qui élève cette dimension au deuxième rang des responsabilités déclarées. Cette affirmation dépasse les 95 % pour une majorité des professions : infirmier-es (97,9 %), EJE (97,9 %), sages-femmes (97,6 %), professeur-es des écoles (97,2 %),

<sup>51</sup> Lemièrre S., Silvera R. (2010), « Un salaire égal pour un travail de valeur comparable entre les femmes et les hommes. Comparaisons d'emplois », *op.cit.*

éducateur-trices spécialisé-es (96,8 %), aides-soignant-es (96,7 %). Cela est moins vrai pour les assistant-es de service social (93,5 %), les AESH (88 %) et les ASH (79,8 %).

La confidentialité des informations et le secret professionnel sont souvent évoqués et font partie intégrante des exigences professionnelles des métiers du soin et du lien. 89,6 % des personnes interrogées déclarent être responsables de la confidentialité des données dans le cadre de leur travail. Les assistant-es de service social sont les plus concerné-es (99,5 %) et sont suivi-es des sages-femmes (97,8 %), des infirmier-es (97,4 %), des EJE (94,8 %) et des éducateur-trices spécialisé-es (93,3 %).

Pour cette assistante de service social, il s'agit notamment de « *permettre un accueil digne et inconditionnel, la coordination des différents acteurs sur une même situation tout en maintenant une confidentialité et une discrétion pour la personne accompagnée* » (ID 9494).

Ce sont aussi des activités de supervision ou de coordination, non reconnues comme de véritables responsabilités hiérarchiques « officielles » : 70,9 % déclarent avoir la responsabilité d'une équipe ou de collègues. C'est surtout le cas des EJE (91,3 %), des infirmier-es (87,3 %) et des sages-femmes (86,5 %). Le métier d'aide-soignant-es est également fortement concerné (81,4 %). On retrouve, dans de nombreux témoignages, une forte responsabilité concernant l'encadrement des étudiant-es, des stagiaires et des personnes débutantes ou nouvelles arrivantes dans l'établissement, un encadrement nécessaire et important pour ces professionnel·les et qui demande du temps. Pour cette aide-soignante « *l'encadrement des élèves ainsi que des nouvelles collègues prend beaucoup de temps et d'énergie, en plus de notre charge de travail* » (ID 2763). De même, une infirmière (ID 407) assure la « *surveillance technico-administrative d'un Ehpad de 90 résidents pendant les week-end en plus des soins infirmiers* » ; cette éducatrice spécialisée (ID 2010) explique assurer « *une fonction de coordination qui est peu développée dans la fiche de poste* ». Aussi cette aide-soignante (ID 11195) dit « *encadrer les jeunes diplômés infirmiers ! Cela m'oblige de surveiller les prescriptions médicales qui tombent et de faire en plus mon travail d'aide-soignante !* ».

48,3 % des répondant-es n'ont pas ou peu de responsabilité sur un budget dans le cadre de leur travail. A l'inverse, 28,5 % gère toujours ou la plupart du temps un budget, une responsabilité très forte pour les assistant-es familial-es (73,4 %).

Certaines responsabilités semblent difficiles à tenir face à des objectifs institutionnels imposés au détriment de l'accompagnement des usager-es. Moins de 23 % des personnes interrogées ont des objectifs chiffrés à respecter (c'est 35 % des personnes en emploi en dehors de ce secteur selon l'enquête Conditions de travail 2019), mais 41 % des EJE et 37,1 % des aides-soignant-es sont concerné-es. Parmi ces deux groupes, 76,3 % des EJE ayant des objectifs affirment que ces derniers sont difficiles à atteindre. C'est le cas également pour 94 % des aides-soignant-es soumis-es à des objectifs. Pour cette aide-soignante (ID 10291), ce constat

implique de « *devoir veiller au respect des bonnes pratiques humaines de la part de collègues ou d'équipes qui sont dans la course à des objectifs fixés qui ne laisse plus la place à l'humain [et de les] rassurer et les déculpabiliser dans l'impossibilité des objectifs...* » Pour cette infirmière (ID 17121), les « *objectifs institutionnels à atteindre en plus du travail courant peuvent nécessiter un surinvestissement professionnel* ».

77 % font également face à des attentes contradictoires des usagers, familles et employeurs : c'est surtout vrai pour les assistant·es de services sociaux (88,5 %), les professeur·es des écoles (88,4 %), et les éducateur·rices spécialisé·es (84,6 %). Pour cette EJE (ID2783) : « *Mon cœur de métier est d'être en construction et de leur apporter un environnement de qualité répondant à leurs besoins de sécurité et de bien-être physique et psychologique... Actuellement, les politiques de la petite enfance et le manque de personnel qualifié nous entraînent petit à petit à faire juste de la garde d'enfant...* » Cette AMP (ID 7301) affirme qu'elle doit « *apporter un accompagnement de qualité tout en étant obligé de suivre des consignes de restriction budgétaire. Par exemple, la quantité et la qualité des aliments diminuent fortement pour répondre à un prix fixé d'avance par la direction, prix qui est tiré vers le bas* ». Cette assistante de service social (ID 1340) résume la difficulté de concilier ses responsabilités et les objectifs de son institution, et dénonce la « *pression pour faire sortir les patients à n'importe quel prix* ».

Le niveau d'autonomie est aussi significatif du niveau de responsabilité que l'organisation octroie à l'emploi.

<b>Tableau 48 : Êtes-vous autonome ? (en %)</b>	
Oui, je suis tout-à-fait autonome, j'ai beaucoup de liberté dans mon travail	19,3
Oui, je suis plutôt autonome, j'ai des vraies marges de manœuvre, même si je suis contrôlé·e	56
Non	24,2
NSP	0,5

Moins d'un quart des répondant·es se dit peu ou pas autonome dans son travail, soit en étant sans cesse contrôlé·e (3,6 %), soit parce que des consignes précises doivent être respectées (20,6 %). Ainsi, la grande majorité des professionnel·les relève l'autonomie de leur travail. 56 % elles ont de vraies marges de manœuvre même si elles sont contrôlées et près de 20 % sont même tout à fait autonomes. Si ce résultat peut être relié au niveau de diplôme des métiers, soulignons néanmoins que les aides à domicile, auxiliaires de vie ou assistant·es maternel·les sont aussi très autonomes. Travailler à domicile sans hiérarchie directe sur place explique certainement cette réalité même si ces salarié·es sont soumis·es à un contrôle de l'organisation de leur travail.

La gestion d'un incident ou d'une situation inhabituelle rend aussi compte du degré d'autonomie et de responsabilité des emplois. En cas d'incident, 42,3 % des personnes interrogées font généralement appel à une autre personne qu'il s'agisse d'un·e supérieur·e

hiérarchique, d'un·e collègue et d'un service spécialisé ; 21,4 % d'entre elles et eux règlent en général l'incident selon une procédure prévue d'avance ; 60 % des auxiliaires de puériculture font généralement appel à une autre personne et c'est le cas aussi des AESH (53,5 %), des aides-soignant·es (52,8 %) et ASH (52 %). Si on ajoute à cela l'existence de procédures, 79 % des auxiliaires de puériculture règlent les incidents selon un protocole établi ou en faisant appel à une autre personne. C'est le cas également des aides-soignant·es (76,8 %), des ASH (74,6 %) et des AMP (71,9 %). On note toutefois que 30 % de l'ensemble gèrent personnellement ces incidents sans procédure, et c'est nettement plus le cas pour les assistant·es maternel·les (54 %) et les professeur·es des écoles (53 %), deux professions pourtant bien différentes, situées aux deux extrémités de l'échelle des diplômes et qualifications reconnus. L'enquête Conditions de travail pose une question similaire. Ses résultats montrent que 40 % des métiers du soin et du lien règlent la plupart du temps personnellement l'incident, c'est 48 % pour les autres métiers. Cette différence avec nos résultats peut s'expliquer par les caractéristiques de notre échantillon plus syndiqué, plus fonctionnaire et par sa composition (proportionnellement moins d'aides à domicile et d'assistant·es maternel·les, professions travaillant seules).

#### 4. DES MÉTIERS ÉCRASÉS PAR LES EXIGENCES ORGANISATIONNELLES

Selon la définition retenue dans la loi Roudy de 1983, la « valeur comparable » des emplois se définit aussi par des « charges physiques et nerveuses » comparables. Lors de nos analyses précédentes et notamment dans le Guide du Défenseur des droits<sup>52</sup>, nous avons adapté ce terme de charges physiques ou nerveuses en reprenant la notion « d'exigences organisationnelles », telle que définie par Michel Gollac<sup>53</sup>. Bien souvent ces études montrent que ces exigences ont été masquées ou minimisées dans les emplois à prédominance féminine. L'enjeu de ce chapitre est de montrer leur importance dans les métiers du soin et du lien aux autres. Nous décomposerons ici ces exigences en trois axes : les contraintes physiques que subissent les professionnel·les, les contraintes horaires et les exigences dites « émotionnelles » auxquelles doivent faire face ces métiers et qui demandent de développer des savoirs et des compétences professionnelles spécifiques.

Au total, 97 % des répondant·es disent que le métier est difficile sur le plan émotionnel et 84 % considèrent que ce métier est difficile physiquement. L'une des principales caractéristiques de ces professions du soin et du lien est en effet de cumuler ces différentes exigences organisationnelles.

##### 4.1. S'abîmer au travail : les fortes contraintes physiques des métiers du soin et du lien

	Oui
Charges physiques (port de personnes, charges lourdes...)	66,7
Postures pénibles (piétiner, être assis·e sur des petites chaises, rester longtemps debout...)	82,6
Bruit	74,2
Gestes répétitifs	65,3
Promiscuité physique très grande avec des personnes	81,5
Risques liés à des produits, des équipements ou engins dangereux	33
Exposition aux saletés	60,1
Des trajets entre vos différents lieux de travail	39,8

Rappelons que pour 84 % de l'ensemble des interrogé·es, leur métier est dur physiquement. C'est même davantage pour les auxiliaires de puériculture (98,2 %), les Atsem (99 %) ou les aides-soignant·es (99,2 %). Parmi les différentes dimensions que recouvrent les exigences physiques figure en premier, pour l'ensemble des professions, le fait d'avoir des postures pénibles au travail (82,6 %). Les Atsem en sont victimes massivement (99,5 %), ainsi que les

<sup>52</sup> Voir la contribution de Florence Chappert de l'Anact dans le guide Becker M., Lemièrre S., Silvera R., *op. cit.*, p. 118, ainsi que tous les travaux de l'Anact sur la dimension du genre dans les conditions de travail.

<sup>53</sup> Voir Gollac Michel (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psycho-sociaux piloté, mai.

ASH (98,3 %) et les aides-soignant-es (98,2 %). Cette Atsem (ID 1920) évoque ainsi le « *mobilier adapté aux enfants de ce fait tout le temps accroupie ou baissée...* ». Il en va de même pour les assistant-es maternel·les (95 %) : « *Être à la hauteur des enfants (dans les deux sens du terme), les prendre dans les bras et être toujours vigilante, cela crée des contraintes physiques* » (assistante maternelle, ID 1374).

« Toutes choses égales par ailleurs » selon l'enquête Conditions de travail 2019, les professionnel·les du soin et du lien ont 4,9 fois plus de risques de rester longtemps debout.<sup>54</sup>

On pourrait penser que le bruit serait une exigence peu fréquente pour ces métiers, mais 74 % estiment être concerné·es. C'est surtout le cas des métiers de la petite enfance : Atsem (99,8 %), professeur·es des écoles (98,4 %), assistant-es maternel·les (97,5 %), auxiliaires de puériculture (94,1 %) et EJE (93,4 %). Pour cette professeure des écoles (ID 11762), « *l'exposition au bruit en classe de maternelle est très épuisante nerveusement. Le soir, une heure de silence, voire parfois plus, est nécessaire pour récupérer de la fatigue sonore de la journée. Exercer le métier d'enseignante demande d'être toujours en forme physique et en bonne condition psychique ou psychologique pour pouvoir 'tenir' sa classe six heures par jour devant 30 élèves de maternelle en restant disponible et sereine !* »

La contrainte du bruit peut se transformer en difficulté professionnelle et en sentiment de mal faire son travail pour cette EJE (ID 2911) : « *Tous les jours, nous accueillons des pleurs d'enfants. Certains ont plus de mal que d'autres. J'ai en tête l'exemple d'un bébé qui peut avoir des cris stridents et au début de son accueil, elle a pleuré non-stop avec ces cris, qu'elle soit portée dans les bras (avec un certain poids) ou pas. Nous avons vraiment fait preuve de la plus belle bienveillance dont nous étions capables en nous passant le relais, mais il faut avouer que nous avons frôlé la surdité, le découragement de parfois ne pas pouvoir l'apaiser, la culpabilité de la laisser quelques minutes hurlant sur le tapis pour s'occuper d'autres enfants... Il faut être très solide pour se contenir et avoir une empathie sans faille dans ce genre de cas qui arrive chaque année à la rentrée scolaire qui est aussi le temps des adaptations pour les plus petits. Avec un adulte pour cinq bébés, c'est souvent mission impossible d'apaiser tout le monde surtout en début d'année et nous faisons au mieux mais jamais correctement notre travail.* »

Les contraintes physiques sont généralement associées au « port de charges lourdes » et renvoient davantage aux emplois à prédominance masculine de l'industrie et du bâtiment. Tous secteurs confondus, l'économiste et statisticienne Karine Briard montre que l'inégale répartition des femmes et des hommes entre professions, mais également en leur sein même, entraîne une exposition plus forte des hommes aux pénibilités physiques et des femmes aux

---

<sup>54</sup> L'analyse « toute chose égale par ailleurs » obtenue par régression logistique nous permet de mesurer le risque d'être exposé·e à un facteur de pénibilité, en l'occurrence la station debout prolongée, lorsque l'on est professionnel·le du soin ou du lien par rapport au reste des travailleurs·ses.

pressions temporelles et exigences émotionnelles<sup>55</sup>. Mais à cette répartition sexuée des pénibilités et risques pour la santé, il convient d'adopter un regard critique de la construction des données comme facteurs de visibilisation ou d'invisibilisation des risques selon le genre : pour les sociologues Christelle Avril et Pascal Marichalar, la définition même des risques professionnels ainsi que les processus de reconnaissance et d'indemnisation des maladies professionnelles et des accidents du travail varient fortement selon le genre et « *les 'facteurs de pénibilité' ne sont des conditions majoritairement masculines que dans la mesure où l'on continue d'ignorer et de minimiser les contraintes rencontrées par les femmes dans leur travail* »<sup>56</sup>.

Dans les métiers du soin et du lien toutefois, les professionnel·les témoignent de nombreuses contraintes physiques, y compris le port de charges lourdes lorsqu'il s'agit de porter, déplacer et manipuler des personnes. Sur l'ensemble des professions interrogées, 66,7 % affirment que leur métier est concerné par cette contrainte alors que c'est le cas de 40,9 % de l'ensemble des personnes en emploi (enquête Conditions de travail 2019). Des disparités importantes existent selon les professions interrogées : cette contrainte est très forte pour les aides-soignant·es (pour 99,1 % d'entre elles), les aides à domicile (96,2 %) et les professions de la petite enfance : assistantes maternelles (99 %), Atsem (92 %) et auxiliaires de puériculture (96 %). De nombreuses assistantes maternelles évoquent cette dimension : « *Le portage des enfants et l'usage de la poussette (40 kg en charge complète) à utiliser en côte.... pour une promenade d'une heure* » (ID 607).

« Toutes choses égales par ailleurs », selon l'enquête Conditions de travail 2019, les professionnel·les du soin et du lien ont 3,6 fois plus de risques de porter ou de déplacer des charges lourdes.

Pour la plupart des soignant·es, le port de charge est normalement facilité par l'utilisation de matériel, mais il s'avère que la manipulation de ces équipements nécessite également des efforts physiques ou que ce matériel est inexistant. Cette aide à domicile (ID 1035) doit ainsi « *lever des personnes, car manque de matériel extérieur élévateur* ». Cette autre (ID 17685) indique un « *enchaînement des personnes pour des actes lourds (trois ou quatre douches dans la matinée pour des gens pas du tout autonomes) puis enchaînement pour les repas. Surveillance de deux à six personnes en même temps seule, fatigue des horaires et du surplus de travail* ».

---

<sup>55</sup> Briard Karine (2022), « Métiers 'de femmes', métiers 'd'hommes'. En quoi les conditions de travail des femmes et des hommes différent-elles ? », in Insee Référence, *Femmes et hommes, l'égalité en question*, 3 mars.

<sup>56</sup> Avril Christelle, Marichalar Pascal (2016), « Quand la pénibilité du travail s'invite à la maison. Perspectives féministes en santé au travail », *Travail et Emploi*, n° 147, pp. 5-26.

De plus, 65,2 % de l'ensemble affirment supporter des gestes répétitifs (contre 42,9 % des personnes en emploi dans l'enquête Conditions de travail 2019). Ce sont surtout les ASH (95,4 %), les Atsem (96,3 %) et les aides à domicile (96 %) qui sont concerné-es.

Les autres aspects des exigences physiques – travailler en extérieur, contact avec des produits dangereux... – concernent moins ces professionnel·les, exception faite du contact aux produits dangereux pour les ASH (75,1 %), les infirmier·es (61,9 %) et les aides-soignant·es (58 %). De même, le risque de contagion au Covid est largement évoqué dans les réponses ouvertes ainsi que « l'exposition au sang ». Cela renvoie aux risques associés à la promiscuité très grande avec des personnes (pouvant être contagieuses) : 81,5 % des professionnel·les soulignent cette contrainte. Ce sont surtout les professions de la santé qui sont concernées : aides-soignant·es (88,5 %), sages-femmes (89,8 %) et infirmier·es (86,8 %). De plus, 60 % de notre échantillon déclarent être exposé aux saletés, soit deux fois plus que pour l'ensemble des personnes en emploi (30,5 % selon l'enquête Conditions de travail 2019).

Par ailleurs, les aides à domicile reconnaissent à 94,7 % avoir beaucoup des trajets entre différents lieux de travail, comme celle-ci (ID 267) : « *Dans la région Ile-de-France, on ressent une très grande fatigue de se rendre de chez une personne à l'autre, avec la circulation, la difficulté pour se garer où alors loin... et ensuite monter les étages. Même scénario pour aller faire les courses. Le logiciel employeur ne correspond pas à cette réalité. A ce jour, le prix du carburant d'un point à l'autre n'est remboursé que de 0,33 centimes du kilomètre. En plus, s'il y a une pause, il n'y aura pas une prise en compte complète. Là, il faut des mesures d'urgences. Ce métier difficile n'est pas reconnu et bientôt, il va falloir payer pour le faire ?* »

Lorsque l'on demande à ces personnes si elles ont d'autres contraintes physiques à mentionner, ce professeur des écoles (ID 542) répond : « *La voix est également très sollicitée surtout avec le port d'un masque, entraînant des difficultés respiratoires et auditives.* »

Enfin, de nombreuses professionnelles font un lien entre contraintes physiques et nerveuses. Une infirmière (ID 444) précise ainsi : « *Il s'agirait plus des conséquences physiques de la charge mentale que d'une contrainte physique en elle-même.* » Cette remarque est partagée par bon nombre d'aides à domicile ou d'infirmier·es et aides-soignant·es, comme cette aide à domicile (ID 439) : « *Les charges mentales (physique et psychique) sont liées* », ou encore cette assistante de service social (ID 1194) : « *La fatigue émotionnelle a des répercussions au niveau physique.* »

## 4.2. Le poids des horaires atypiques

Dans un rapport publié en 2021, la Dares<sup>57</sup> relève que « *les horaires atypiques concernent principalement les professions qui assurent la continuité de la vie sociale, la permanence des services de soins et la sécurité des personnes* ». La même année, une étude de la Drees<sup>58</sup> a montré que l'exposition aux contraintes horaires et aux horaires atypiques est plus forte dans le secteur hospitalier<sup>59</sup> où 69 % des agent-es travaillent le samedi et 62 % le dimanche contre 47 % et 28 % respectivement de l'ensemble des salarié-es. De la même manière, plus de la moitié des ASH travaille tôt le matin ou tard le soir quand ces horaires concernent moins d'un tiers de l'ensembles des salarié-es.

Le matin tôt (entre 5 et 8 h)	36,2
Le soir (entre 18 h et minuit)	42,9
La nuit (de minuit à 5 h)	12,3
Le samedi	40,7
Le dimanche	38,2
Des heures d'astreintes	7,2
En équipes alternées (jour et nuit), ou en 12 heures...	14,9
Avec des coupures, de plus de deux heures dans la journée	11,7

Selon l'enquête Conditions de travail 2019, les travailleur-euses du SLA ont 1,9 fois et 3,2 fois plus de risque que le reste de la population active de travailler respectivement le samedi et le dimanche<sup>60</sup>.

Dans notre consultation, le travail le dimanche est particulièrement fréquent (38 %) et nettement plus répandu que dans le reste de la population en emploi (28 % selon l'enquête Conditions de travail 2019). Ce sont surtout les assistant-es familiaux (93,7 %), les AMP (88,8 %), les aides-soignant-es (85,7 %), les sages-femmes (70,9 %), les infirmier.es (62 %), et les aides à domiciles (61,4 %).

Les horaires atypiques correspondent également à une présence au travail au petit matin (entre 5 et 8 h) et tard le soir (entre 18 h et minuit), voire la nuit (de minuit à 5 h) pour certaines professions. Au sein de notre échantillon, les horaires tôt le matin sont plus

<sup>57</sup> Dares (2021), « Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail », *Synthèse Stat'*, n° 37, août.

<sup>58</sup> Pisarik Jacques (2021), « L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs », *Etudes et résultats*, n° 1215, novembre, Drees.

<sup>59</sup> Du fait de la permanence et de l'organisation des soins, les aides-soignant-es, infirmier-es, sages-femmes et médecins (ou assimilés) sont le plus concerné-es par le travail le week-end et les horaires atypiques.

<sup>60</sup> Données issues de l'enquête Conditions de travail 2019 de la Dares.

fréquents chez les professionnel·les de santé, de la petite enfance et chez les AMP. Le travail le soir est plus répandu encore et concerne 42,8 % de l'ensemble : c'est le cas de 80,9 % des AMP, 70,5 % des sages-femmes, 69 % des aides-soignant·es et 59,7 % des infirmier·es.

Travailler à temps partiel augmente par ailleurs le risque de travailler tôt le matin ou le soir : parmi les personnes à temps partiel, 39 % travaillent tôt (28,2 % des personnes à temps complet) et 45,8 % le soir (34,4 %). Cette différence entre temps partiel et temps complet se perçoit pour les autres types d'horaires atypiques mais dans une moindre mesure.

Dans notre consultation, en plus de travailler le week-end, tôt le matin ou à des horaires tardifs, les sages-femmes, infirmier·es et aides-soignant·es sont également plus concerné·es par le travail de nuit et les horaires alternés. Ils/elles sont plus de 60 % de sages-femmes et un peu plus d'un quart d'infirmier·es et d'aides-soignant·es à déclarer des horaires de nuit tandis que seulement 12,3 % de l'ensemble sont concerné·es. L'organisation du travail se fait également plus souvent en équipes alternées. Dans la fonction publique hospitalière, le régime de temps de travail en 12 h est répandu. Au sein de l'échantillon, le travail en équipe alternée ne concerne que 14,9 % de l'ensemble mais environ 30 % des infirmier·es et 33 % des aides-soignant·es et plus de 70 % des sages-femmes.

#### **4.2.1. Un temps de travail morcelé**

Certaines professions du SLA se distinguent également par un morcellement important de l'activité professionnelle. Si seulement 11,7 % de l'ensemble déclarent avoir des coupures de plus de deux heures dans la journée, c'est le cas de 53,3 % des aides à domicile, loin devant les aides-soignant·es (16,5 %) ou les AESH (18,7 %). Ce morcellement de l'activité se cumule bien souvent au temps de travail partiel puisqu'on rappelle que les aides à domicile et les AESH sont les professions les plus concernées par le temps partiel, notamment imposé.

32 % des professionnel·les disent avoir régulièrement des changements d'horaires (toujours ou la plupart du temps). Ce sont aussi les aides à domicile qui sont le plus concerné·es (à 74,7 %), puis les auxiliaires de puériculture (60,2 %), loin devant les AMP (46,1 %), les EJE (46,5 %) et les aides-soignant·es (45,2 %). Parmi ces salarié·es aux horaires changeants, 57 % déclarent n'être pas prévenu·es assez tôt : 72,9 % des aides à domicile et 64,1 % des aides-soignant·es sont dans ce cas. Notons là encore que ces changements d'horaires sont plus fréquents pour les temps partiels (35 % d'entre eux) contre 30 % des personnes à temps complets.

#### 4.2.2. Des contraintes horaires qui mettent en difficulté l'articulation entre vies professionnelle et personnelle

Toujours d'après l'étude de la Drees<sup>61</sup>, « les femmes sont en effet plus nombreuses dans les familles professionnelles où la conciliation [vies professionnelle et personnelle] est la plus difficile ». C'est ce dont témoigne cette infirmière (ID 13025) « Bien que le métier d'infirmière soit intéressant et porteur de valeurs, ces dernières sont de plus en plus bafouées par un rythme qui devient insoutenable notamment avec l'instauration de plus en plus fréquente des 12 heures et le travail administratif qui prend de plus en plus de temps. Le travail est souvent pénible psychologiquement (décès, misère, détresse psychologique des patients...) et physiquement (soulèvement des personnes alitées ...) [et] est souvent incompatible avec une vie familiale harmonieuse (horaires décalés, travail du week-end et jours fériés) ».

Pour cette auxiliaire de puériculture à l'hôpital (ID 7965), le métier comporte « trop de contraintes horaires : week-end, jour férié, nuit. [Les] planning [sont] donnés tard, ce qui engendre des difficultés dans l'organisation personnelle. Le salaire n'est pas en adéquation avec ces contraintes. La façon de manager qui ne respecte pas l'humain. Pour prendre soins des autres, il faut prendre soins de soi et l'hôpital d'aujourd'hui manque d'humanité, de bienveillance, de compassion. Les chiffres, la rentabilité dictent nos dirigeants d'aujourd'hui ».

#### 4.3. Faire face aux exigences émotionnelles inhérentes aux professions du soin et du lien aux autres

Tableau 51 : Les contraintes émotionnelles des métiers du soin et du lien (en %)	
Avez-vous peur parfois ? (à cause de certains comportements, de machines, de situations...)	70,6
Faites-vous face à la souffrance des autres ?	94,1
Devez-vous gérer des personnes agressives ou violentes ?	77,2
Devez-vous cacher vos émotions ?	89
Vous sentez-vous isolé-e dans votre travail ?	52,4
Êtes-vous inquiet-e ? (par ex, de ne pas maîtriser votre travail, de ne plus faire face à la surcharge de travail et au manque de personnel qualifié)	79,9
Devez-vous faire face à des ordres contradictoires de votre employeur ?	64,5
Devez-vous faire face à des attentes contradictoires émanant de différents acteurs (employeurs, usagers, famille...) ?	76,9

97 % des répondant-es considèrent leur métier comme difficile sur le plan émotionnel. Ce chiffre frise ou dépasse les 99 % pour les AMP, les aides-soignant-es, les assistant-es de services sociaux, les sages-femmes et les éducateur-trices spécialisé-es, comme l'explique cette assistante de service social (ID 5236) : « *Franchement chaque minute de mon travail est*

<sup>61</sup> Pissarik J. (2021), *op. cit.*

*une contrainte émotionnelle. Effectuer des mesure AEMO<sup>62</sup> est un travail très complexe en tous sens. Mais le fait de ne pas être soutenue par ma hiérarchie et de devoir faire un travail dégradé à cause du manque de temps et de moyens, c'est ça ma plus grande contrainte émotionnelle. »*

94 % déclarent faire face à la souffrance des autres. C'est surtout le cas des travailleur·ses du social : 99,5 % pour les assistant·es de services sociaux et 99 % pour les éducateur·trices spécialisé·es. Ce que résume cette assistante de service social (ID 197) : *« Gérer la détresse de familles pour lesquelles le dossier Caf est bloqué, qui n'ont que les prestations familiales pour vivre et que je ne peux pas aider par manque d'interlocuteurs et de circuits rapides dans mon institution. »* De même pour cette autre assistante de service social (ID 3901) : *« Je suis assistante sociale dans une unité fermée de pédo-psy et je dois contentionner des enfants ! Faire face à leur agressivité, gérer le rejet des différentes institutions face aux 'hors case'. Je dois me payer mes séances de psy. ! »* Ou encore celle-ci (ID 4362) : *« C'est mon cœur de métier d'accueillir la souffrance des personnes que je reçois : tristesse face au deuil, à la pathologie, incompréhension par rapport aux décisions administratives et/ou judiciaires, impression des personnes reçues de ne pas être entendues, soutenues par nos institutions... »* Cette éducatrice spécialisée (ID 4496) se confie aussi : *« Difficile de ne plus penser en dehors du travail aux jeunes qui nous livrent leur souffrance au quotidien, la charge mentale est importante. »*

« Toutes choses égales par ailleurs », selon l'enquête Conditions de travail 2019, les professionnel·les du SLA ont 50 % de risques supplémentaires d'être bouleversé·es, secoué·es ou ému·es dans le travail.

Faire face à la souffrance est aussi la réalité des soignant·es – 99 % des sages-femmes, 98,6 % des infirmier·es et 98,7 % des aides-soignant·es – comme l'évoque cette infirmière (ID 407) : *« Prendre la décision de garder un résident qui était en train de décéder suite à une fausse route qui datait de la veille et pour qui le Samu n'a rien pu faire afin qu'il puisse mourir avec nous plutôt que sur un brancard aux urgences. »* De même, cette infirmière (ID 12820) explique : *« Un médecin qui n'annonce pas une fin de vie à la famille ou même un décès, ce doit être nous, les infirmiers. Lorsque des patients souffrent beaucoup, gémissent, pleurent... Plus le temps d'être auprès d'eux, de les écouter car manque de temps et beaucoup plus de travail administratif. Et j'essaie de le faire mais je fais des heures sup. donc épuisement... »*. Ou cette sage-femme (ID 971) : *« Prendre en charge des patientes avec lourds antécédents, suspicion de violences conjugales, morts fœtales in utéro, fausses couches, situations où l'accouchement ne se passe pas bien, où le bébé ne va pas bien... La charge mentale de la gestion de la situation, la prise en charge, le recul émotionnel est important. »*

---

<sup>62</sup> AEMO : action éducative en milieu ouvert.

A la souffrance s'ajoute la question de l'isolement pour les aides à domicile. Pour cette aide à domicile (ID 624) : « *Entendre une personne crier de douleur et être impuissante, n'avoir que la parole pour la rassurer.* » Ou cette autre (ID 1760) : « *Le soir quand on ferme la porte à clef de l'usager, j'entends ses cris, la peur d'être seul la nuit.* » Cette aide à domicile (ID 852) va plus loin : « *Beaucoup de personnes âgées souffrent de grande solitude. Il est difficile de rester une heure pour un repas et repartir aussitôt. J'aimerais que soit reconnu d'intérêt médical l'accompagnement 'social'. Des heures juste pour prendre un café et juste pour jouer à des jeux et discuter. Quand on repart, on voit cette solitude...* » Si plus largement 53,4 % se sentent isolé-es au travail, c'est surtout le fait des assistant-es maternel·les (77 %), des assistantes familiales (86 %) et, dans une moindre mesure mais plus que l'ensemble, des professeur-es d'école (68,5 %) et des aides à domicile (63,8 %).

La souffrance va jusqu'à l'accompagnement des fins de vie. Pour cette infirmière (ID 2383) : « *La mort des patients, leur souffrance, la douleur des familles, les douleurs non soulagées, la peur de la mort, des entretiens infirmiers sur les choix de fin de vie... Autant de soins qui me demandent de m'investir émotionnellement. Cela est terrible quand les exigences économiques ne me permettent plus de prendre le temps de bien faire mon travail que j'aime tant.* » Cette aide à domicile (ID 2202) explique la dureté de ces situations : « *Assister à un décès, et se faire entendre dire par son supérieur : attendez le médecin mais continuez votre tournée... en laissant la veuve seule.* » Ou celle-ci (ID 5539) : « *En fin de vie, certains bénéficiaires nous confient, nous livrent des choses que même leurs enfants ne savent pas. Et nous n'avons aucun débriefing avec une psycho alors que le SSIAD<sup>63</sup> en fait plusieurs fois par semaine pour d'autres professionnels, et souvent, nous sommes dans les mêmes domiciles qu'eux.* »

70,6 % disent avoir parfois peur. À la question de l'enquête Conditions de travail 2019 posée un peu différemment « Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail pour ma sécurité ou celle des autres », 7,5 % des personnes en emploi disent oui. Dans notre consultation, c'est surtout le cas des sages-femmes (86,6 %), des assistant-es familiaux·les (79,7 %), des aides-soignant-es (77,7 %) et des AMP (75,3 %). Le mot « peur » revient sans cesse pour cette aide-soignante (ID 18683) : « *Peur de ne pas finir à temps les toilettes, peur d'oublier une tâche ou patient dans la précipitation, peur de ne jamais en faire assez, peur de passer à côté de quelque chose. Regret de ne pas accorder assez de temps au patient à cause de la charge de travail* », ou pour cette sage-femme (ID 16223) : « *Peur de ne pas détecter un enfant à venir en détresse, car je suis sur un autre accouchement ; peur de ne pas diagnostiquer une pathologie grave pouvant entraîner une mort fœtale ou maternelle, car j'ai 20 min pour effectuer ma consultation et que je dois en voir 15 par jour ; peur de ne pas pouvoir être là en cas de problème, car on nous a*

---

<sup>63</sup> Service de soins infirmiers à domicile.

*imposé une salle à l'extérieur du bloc obstétrical.* » Il s'agit ici d'avoir peur pour les autres, dans la réalisation de son travail.

80 % se disent aussi inquiet·es de ne pas maîtriser leur travail ou de ne plus faire face à la charge de travail. C'est en premier lieu le cas des soignant·es : sages-femmes (90 %), aides-soignant·es (87 %), infirmier·es (84 %), et des aides à domicile (72 %). Cette aide à domicile (ID7831) témoigne de l'ampleur de son travail, loin de ses prérogatives ou de sa formation : « *Il m'arrive de travailler avec des personnes ayant des troubles neurologiques pour lesquels on ne m'a donné aucun conseil ni formation, certains ayant des troubles psychologiques. Je suis souvent en contact avec des personnes fragiles, isolées ou dépressives. Il m'est déjà arrivé de devoir gérer une personne en train de faire un AVC.* » Ou encore pour cette autre assistante de service social (ID 8209) : « *Charge de travail importante et pas toujours le temps de faire ce que j'ai à faire, ce qui amène du stress. Employeur qui donne de nouvelles missions alors qu'il est difficile de faire ce que nous avons déjà à faire. Employeur qui considère qu'on exagère et n'entend pas les plaintes. Situations émotionnellement chargées auxquelles il faut faire face et souvent sans solution à proposer aux personnes. Délai de traitement des dossiers par les administrations anormalement long et administrations qui ne répondent plus aux usagers ni aux professionnels. Usagers qui viennent nous voir en l'absence de réponse mais on ne peut rien faire* ». Idem pour cette autre assistante de service social (ID 8630) : « *Devoir refuser une aide à une personne qui dépasse un barème de 1 €, participer au placement d'enfants dans des lieux lointains ou inadaptés à leur situation. Devoir supporter les exigences de certaines personnes sans avoir de réponse possible. Être menacée, insultée, intimidée dans le cadre de mon travail. Supporter des collègues avec lesquelles la 'carte du monde' est totalement opposée.* »

Parmi les exigences émotionnelles, gérer des personnes violentes est très fréquemment exprimé : 77,2 % de l'ensemble et surtout les AMP (96,6 %), les éducateur·trices spécialisées (91,4 %) et les aides-soignant·es (92,9 %). Cette AMP (ID 612) dénonce « *les agressions physiques des résidents (griffures, coups, morsures, cheveux tirés/arrachés...)* ». Ou cette infirmière (ID 1158) parlant des violences de la part des familles : « *Avec la restriction des visites due au Covid, les familles se défoulent sur le personnel et parfois, en plus d'être virulents oralement, le sont physiquement.* » Cette Atsem (ID 1738) précise : « *J'encadre les enfants dans le respect et la bienveillance. Le comportement des enfants à l'heure actuelle a beaucoup changé, et il est parfois difficile de faire face à leur agressivité, voire leur violence, de garder son calme et de trouver rapidement un moyen de les apaiser en restant positif et calme.* » Ou encore cette assistante de service social (ID 4934) : « *L'agressivité d'un public qui ne comprend pas de ne plus avoir d'interlocuteur dans les autres services publics. Nous sommes les derniers à les recevoir physiquement.* » Et cette AESH (ID 6616) : « *Une élève qui mord, car elle n'a aucun moyen (verbal, langue des signes ou pictos) pour communiquer, un directeur qui me rend seule responsable de l'élève en question.* » Cette éducatrice spécialisée (ID 1226) évoque

la violence de certaines situations professionnelles : « *Des agressions multiples de la part des usagers, familles et enfants. Des partenaires qui me reprochent de ne pas faire assez, ni assez bien, ni assez vite.* »

Qui plus est, 40 % des professionnel·les témoignent de violences sexistes et sexuelles au travail et 25 % d'entre eux/elles ont directement été concerné·es. Ce chiffre est plus élevé pour les aides à domicile (38 %), les infirmier·es (34,5 %) et les sages-femmes (33 %).

Ces situations à forte charge émotionnelle sont accentuées par le fait de devoir cacher ses émotions : c'est le cas de 89 % de l'ensemble des répondant·es, et notamment des sages-femmes, des professeur·es d'école et des infirmier·es. Pour cette AMP (ID 612) : « *Contenir avec un collègue un résident en crise à l'extérieur en attendant le renfort... Ne pas être à l'aise dans la situation, être tendue, et malgré tout cacher nos émotions pour rassurer le reste du groupe.* » Cette infirmière (ID 721) confirme devoir « *rester professionnelle, éviter de montrer ses sentiments aux familles quand la personne soignée est en fin de vie ou quand nous connaissons un diagnostic et que le patient ne le sait pas* ». Ou pour cette Atsem (ID 7689) : « *Si je suis fatiguée ou triste, je dois être au contraire de bonne humeur pour les enfants et les familles.* »

Certain·es professionnel·les expriment également le fait de subir des pressions hiérarchiques insupportables. Pour cette Atsem (ID 1381) : « *Relation difficile due à notre double hiérarchie, ce qui a un impact sur nous. Parents et prof. parfois agressifs. Chef autoritaire et pas humain qui rabaisse ses agents, car il ne connaît pas notre travail et pour lui, nous sommes des catégories C, et enfin, les enfants qui ont des troubles, des besoins particuliers, difficultés familiales. Les parents viennent plus facilement vers les Atsem pour se confier. Il faut apprendre à faire la part des choses mais nous faisons un métier de la bienveillance. Donc, personnellement, je suis une éponge à émotion.* »

Le témoignage de cet éducateur spécialisé (ID 3225) résume toutes les formes de contraintes évoquées précédemment : « *Ces contraintes sont multiples et très fréquentes. Exemples : repérer, évaluer et accompagner une souffrance physique (douleurs multiples) et/ou psychologique (angoisses en particulier) ; repérer, observer et alerter de manière adaptée face à des risques vitaux (crises d'épilepsie, fausses routes, traumatismes, détresse respiratoire...) ; accompagner des comportements agressifs, d'auto-mutilation, à risques... ; accompagner la souffrance des familles qui peut prendre la forme de colère, de détresse... ; soutenir des collègues en difficulté, d'autant que les contraintes s'accumulent en même temps que la reconnaissance s'amenuise.* »

#### 4.4. Des métiers impossibles à tenir jusqu'à la retraite

Face à l'ensemble de ces exigences, 72,8 % de l'ensemble des métiers interrogés déclarent ressentir une dégradation de leur santé du fait du travail. 10 professions sur les 15 retenues dépassent ce chiffre. C'est surtout le fait des auxiliaires de puériculture (88,1 %), des aides-soignant-es (86,9 %), des Atsem (86 %) et des AMP (85,4 %). C'est aussi le cas des aides à domicile (77,1 %), des infirmier-es (77,2 %) et des professeur-es d'école (77,4 %). En toute logique, les contraintes physiques, dont nous avons parlé précédemment, renforcent ce sentiment de dégradation : 87,5 % des personnes ayant des postures pénibles et 85,7 % des personnes subissant une promiscuité forte ressentent cette dégradation de leur santé. Il en va de même des horaires atypiques : c'est le cas de 81 % des personnes travaillant tôt le matin, 83,3 % travaillant de nuit et 80 % le week-end. A noter que ce sentiment de dégradation est plus fort chez les syndiqué-es (78 %) et les sympathisant-es (75,8 %) que chez les autres (67 %).

Finalement, 64,1 % de l'ensemble ne se sentent pas capables de faire ce métier jusqu'à leur retraite (c'est seulement le cas de 42,8 % des personnes en emploi dans l'enquête Conditions de travail 2019) et c'est encore plus vrai parmi les plus jeunes de l'échantillon (plus de 70 % des moins de 30 ans). Selon la consultation, c'est le cas de 82 % déclarant une dégradation de leur santé liée au travail... C'est surtout vrai pour les Atsem (75,1 %), les professeur-es des écoles (74 %), les auxiliaires de puériculture (72,2 %), les aides-soignant-es (71 %) et les AMP (70,8 %). Selon cette aide-soignante (ID 613) : « *La vétusté du matériel à l'hôpital nous oblige à avoir plus de contraintes physiques. Nous sommes très peu nombreux à finir notre carrière et à partir à la retraite dans de bonnes conditions et avec une retraite correcte.* » « *Je travaille à 90 %, car je ne suis plus capable à 50 ans d'exercer à 100 %. La pénibilité de notre métier mérite d'être prise en compte. Nos collègues qui partent à retraite sont épuisées. Les plus jeunes font les manutentions pour elles : descendre et monter par exemple 60 lits par jours à deux !* », témoigne une Atsem (ID 1381)

« *Le milieu est tellement critique et tendu que plus personne ne veut travailler dans la petite enfance... les jeunes diplômées ne veulent pas travailler dans ces conditions, au détriment de celles qui restent, celles qui ont de l'ancienneté et de l'expérience mais qui sont usées, et qui bossent à s'en épuiser pour arriver péniblement à leur retraite, le dos fracassé à force d'avoir porté des bébés mais aussi du matériel (transats, petites chaises en bois, tables basses qu'il faut tirer, tapis de jeu...). Tout est lourd et au sol, et le dos 'ramasse' au bout de 40 années de cotisation (ou plus)* », selon cette EJE (ID 15627).

Cette Atsem (ID 1733) explique : « *Ce n'est pas un métier dans lequel on peut vieillir. Le bruit, les sollicitations des enfants, la non considération des parents, la pression des enseignants, la manipulation des matériels (lits, tables, chaises et...), les postures professionnelles à la-va-vite (notamment lorsque l'on doit changer des enfants sans matériel adéquats), le bruit... font qu'à*

*partir de 55 ans, il devient vraiment difficile d'échapper à de gros problèmes de santé souvent non reconnus par la médecine du travail. »*

Cette aide à domicile (ID 15066) conclut : *« Beaucoup d'usure physique : problème avec la coiffe des rotateurs (épaule), mal de dos, de poignets... Beaucoup finissent en invalidité ou incapacité, donc ne terminent pas leur carrière et perdent beaucoup pour leur retraite. »*

Cette usure au travail peut aussi prendre la forme d'un burn-out, comme le témoigne cette assistante de service social (ID 3022) : *« Charge psychologique importante au quotidien, à l'écoute de la détresse et de la misère humaines en permanence, à la maltraitance infantile... On a toujours envie de faire plus, de faire mieux ! Cela m'a conduite à ne plus être à l'écoute de moi-même, à faire plus d'heures parce qu'il y a de plus en plus de travail, à l'épuisement physique et psychologique, avec des répercussions dans ma sphère privée, familiale : j'ai fait un burn-out ! (...) Nous sommes essorées, vidées jusqu'à notre dernier souffle d'énergie par les usagers, les partenaires, les équipes de direction dans les établissements, et notre hiérarchie... »*

Rappelons que selon l'Anact<sup>64</sup>, l'évolution générale des accidents du travail et des maladies professionnelles masque d'importantes différences entre les femmes et les hommes : entre 2001 et 2019, la baisse générale des accidents du travail (- 11 %) est due à un recul pour les hommes (- 27 %), mais à une augmentation de 41 % pour les femmes. La progression générale des maladies professionnelles (+ 108 %) correspond à une forte augmentation pour les femmes (+ 158 %), alors qu'elles régressent pour les hommes de 73,6 %. Ce sont surtout les secteurs de la santé, de l'action sociale et du nettoyage qui expliquent cette forte exposition des femmes.

Compte tenu de l'ensemble de ces contraintes physiques et émotionnelles, plus de la moitié des répondant-es demande la reconnaissance de la pénibilité avec un départ anticipé en retraite. C'est même la mesure prioritaire pour 82,3 % des Atsem et 81,3 % des aides-soignant-es. C'est aussi une demande des auxiliaires de puériculture (75,8 %), des infirmier-es (74,8 %), des AMP (73 %), des ASH (70,5 %), des aides à domicile (69,9 %) et des assistant-es maternel·les (67,5 %). Plus de la moitié des EJE, des éducateur·rices spécialisé·es et des sages-femmes exigent également cette reconnaissance. Sans surprise, la priorité donnée au départ anticipé concerne encore plus fortement les professionnel·les dont l'état de santé est dégradé : parmi l'ensemble, 65 % ont retenu cette proposition.

« Toutes choses égales par ailleurs », selon l'enquête Conditions de travail 2019, les professionnel·les du SLA déclarent 1,8 fois plus souvent ne pas être en capacité à faire le même travail jusqu'à la retraite.

<sup>64</sup> Anact (2022), *Photographie statistique de la sinistralité au travail en France selon le sexe entre 2001 et 2019*, juin.



## 5. L'INVISIBILITÉ DES QUALIFICATIONS RÉELLES DES MÉTIERS DU SOIN ET DU LIEN

### 5.1. Des connaissances et du temps pour maîtriser le métier

L'ensemble des résultats mis en évidence par la consultation montre que les qualifications généralement reconnues dans ces professions du SLA sont bien en deçà de la pratique de ces professionnel·les.

En reprenant le tableau 42, on observe un déclassement professionnel – c'est-à-dire le fait d'occuper un emploi dont le niveau de qualification est en dessous de son niveau de formation – dans les professions demandant peu ou pas de formation. Les ASH et les aides à domicile par exemple n'ont pas officiellement de diplôme requis, alors que près de 35 % des ASH et 45 % des aides à domicile ont un diplôme supérieur ou égal au bac. Par ailleurs, alors que 69,5 % de l'ensemble de répondant·es affirment que leur diplôme correspond à leur emploi, plus de la moitié des professions citées précédemment déclarent avoir un diplôme sans aucun lien avec leur métier. C'est aussi le cas pour un peu plus de quatre aides à domicile sur dix. Ce déclassement quasi systématique au sein des professions féminisées moins qualifiées et moins réglementées est alors, comme le rappelle Le Guide du Défenseur des droits, « susceptible de modifier à la hausse la qualité de la prestation de travail réalisée [par les professionnel·les qui mobilisent alors les connaissances et savoir-faire acquis dans leur formation et améliorent] les 'process de travail' (...) sans que cette contribution soit valorisée en termes de rémunération »<sup>65</sup>.

Un autre indicateur de ces qualifications non reconnues est synthétisé par le temps nécessaire à la bonne maîtrise de son métier.

Tableau 52 : Combien de temps pour bien maîtriser son travail ? (en %)	
Moins de 6 mois	23,6
De 6 mois à 1 an	22,2
Plus de 1 an	54
NSP	0,2

On a coutume de considérer que ces métiers reposent sur des qualités « innées » ou « naturelles » en lien bien sûr avec l'assignation traditionnelle des femmes aux tâches relevant du soin, de l'aide et de l'assistance aux personnes en difficultés que recouvre finalement la dénomination anglaise du *care*<sup>66</sup>. La sur-représentation des femmes dans le travail social par exemple, nous dit Marc Bessin<sup>67</sup>, comme dans les secteurs de la santé ou de la petite enfance, « reflète le poids de la norme qui affecte des tâches à chaque sexe ». C'est ce poids qui pèse

<sup>65</sup> Becker M., Lemièrre S., Silvera R. (2013), *Guide pour une évaluation non discriminante des emplois à prédominance féminine*, op.cit., p. 54.

<sup>66</sup> Molinier Pascale (2013). *Le travail du care*, Paris, La Dispute, coll. « Le genre du monde ».

<sup>67</sup> Bessin Marc (2005), « Le travail social est-il féminin ? », in J. Ion, *Le travail social en débat(s)*, La Découverte, coll. « Alternatives sociales ».

ainsi fortement sur la faible reconnaissance de ces métiers féminisés – dont les contours restent parfois encore flous – et de leur niveau de qualification. La reconnaissance des formations propres à chaque métier illustre en partie la difficulté de sortir de la distribution des rôles sexués et à faire reconnaître les qualifications des professionnel·les. Sur cette question, le positionnement des professionnel·les est pourtant clair.

D’abord, plus de la moitié (54 %) des personnes interrogées considèrent que la durée nécessaire pour bien maîtriser son travail est de plus d’un an. Bien sûr, cette part augmente pour les emplois les plus qualifiés, comme les professeur·es des écoles et les sages-femmes. Mais c’est aussi le cas de plus de 46 % des AESH ou de 57 % des assistant·es maternel·les, alors que ce sont des professions considérées comme peu qualifiées, exigeant peu de temps d’adaptation et de formation... Seules les ASH, et dans une moindre mesure les aides à domicile, ne positionnent pas « plus d’un an » comme la réponse la plus fréquente. Soulignons que les hommes sont encore plus nombreux à exprimer ce temps nécessaire pour la bonne maîtrise du travail.

<b>Tableau 53 : Diriez-vous que votre métier... (en %)</b>	
Demande des connaissances théoriques	98,3
Exige des savoirs faire techniques	95,5
Exige de plus en plus de procédures administratives	84,5
Peut être fait sans diplôme	14,5

Plus de 98 % des personnes interrogées précisent que leur métier demande des connaissances théoriques et très peu de différences existent entre les métiers. Dans le même sens, seulement 14,5 % des personnes pensent que leur métier peut être fait sans diplôme mais cette moyenne cache des écarts importants entre métiers : 75 % des ASH et 50 % des assistant·es maternel·les disent que le diplôme n’est pas forcément nécessaire alors que ce n’est absolument pas le cas des métiers exigeant des diplômes d’État comme les infirmières, les sages-femmes ou les assistant·es de services sociaux et les éducateur·rices spécialisé·es ou de jeunes enfants.

En plus des connaissances théoriques, les savoir-faire techniques sont également très largement mis en avant, à plus de 95,5 %, et par tous les métiers.

Plus de 84 % des répondant·es indiquent que leur métier exige de plus en plus de procédures administratives et gestionnaires. Ce pourcentage est encore plus important pour les métiers les plus qualifiés : presque 95 % des éducateur·rices spécialisé·es, 96 % des professeur·es des écoles et 98 % des sages-femmes. Cette infirmière (ID 538) explique qu’il y a « *de plus en plus de réunions pour rendre des comptes et de plus en plus de tâches administratives pour satisfaire la hiérarchie à vouloir mettre les choses dans des cases* ». Une autre (ID 3566) concernant les tâches administratives ajoute : « *Notre établissement compte toujours sur la polyvalence, demande aux infirmières de faire des inventaires, de stocks par exemple, de*

*procéder à des devis pour matériel paramédical. Ce sont des fonctions administratives qui ne relèvent pas de notre cœur de métier !* » Une assistante de service social (ID 4929) précise « *faire des tâches de secrétariat quotidiennement, car les secrétaires de service social n'existent plus* ». Une infirmière (ID 15859) témoigne également du poids du « *glissement de différentes tâches afférentes au métier de secrétaire : répondre au téléphone, validation informatique de l'entrée des patients, rédaction de compte-rendu d'entretiens infirmiers avec les patients...* » Cette sage-femme explique aussi (ID 16012) : « *Les femmes qui donnent naissance ont besoin de présence et d'accompagnement. J'ai tellement de papiers à faire pour une naissance que je ne peux pas rester autant qu'il le faudrait auprès d'elles pour leur apporter de la sécurité et toutes choses qui pourraient réduire leur douleur ou leur angoisse (massage, paroles réconfortantes...)*. »

Une assistante sociale confirme : « *Le travail social est malade. Trop de travail administratif au détriment du travail d'accompagnement.* » (ID 17664) Cette autre (ID 4934) explique : « *La difficulté est le peu de temps à consacrer aux personnes accompagnées avec l'accroissement des tâches administratives. [Elle parle d'une] dissonance entre les attentes des usagers, le discours politique et nos directives hiérarchiques.* »

Par ailleurs, au-delà de la formation ou du diplôme, près de 96 % des professionnel·les expliquent que leur métier permet d'apprendre de nouvelles choses. Face à la diversité des tâches à effectuer, le besoin d'informations et de formation se fait ressentir et il devient alors une nouvelle activité dont se chargent les professionnel·les le plus souvent en dehors de leur temps de travail : c'est « *beaucoup de recherches personnelles* » pour cette AESH (ID 10482). Une professeure des écoles (ID 10671) indique se « *former à l'extérieur de l'Éducation nationale en formation continue, sur mon temps personnel, en assistant à des conférences ou des colloques* ». Aussi, cette AESH (ID 2650) parle de ses « *recherches sur Internet sur les handicaps concernant le ou les enfants dont j'ai la charge* ». Le niveau de qualification reconnu semble ici bien loin du besoin de formation et d'élévation du niveau et de la diversité des connaissances nécessaires pour bien occuper ces métiers.

D'ailleurs, si plus de 83 % des professionnel·les estiment ne pas avoir les moyens de bien faire son travail, ils/elles sont 61 % à dire trouver des solutions par eux·elles-mêmes. Si les professeur·es des écoles trouvent en grande majorité des solutions (69,3 %), c'est moins souvent le cas des soignant·es : 55 % des aides-soignant·es, 58 % des infirmier·es et 59,4 % des sages-femmes. Trouver des solutions par soi-même signifie obligatoirement développer ses compétences, comprendre quelles ressources trouver dans l'organisation, quels acteurs internes ou externes solliciter... Bref des savoirs, des savoir-faire et des comportements professionnels développés individuellement, utilisés en situation de travail ... de réelles compétences indispensables mais non reconnues et non formalisées dans la fiche de poste.

## 5.2. Des fiches de poste insuffisantes et lacunaires face à la multi-dimensionnalité des métiers

Oui, et je la respecte	21,9
Oui, mais elle ne correspond pas à la réalité de mon travail et il m'arrive de faire des activités supplémentaires	46,4
Oui, mais elle ne correspond pas à la réalité de mon travail et je ne fais que certaines des activités que je devrais effectuer	9,8
Non, je n'ai pas de fiche de poste	16,7
NSP	5,2

Environ 22 % des professionnel·les ont une fiche de poste et la respectent. C'est la même proportion de celles/ceux qui n'en ont pas ou qui ne le savent pas. Près de 60 % des assistant·es maternel·les et 50 % des professeur·es des écoles sont dans cette situation (de ne pas avoir ou ne pas connaître leur fiche de poste). Les professionnel·les les plus nombreux·ses à respecter leur fiche de poste sont les assistant·es des services sociaux et les EJE (environ 35 % pour chacune de ces professions).

Plus de la moitié des répondant·es (56 %) disent avoir une fiche de poste ne correspondant pas à la réalité de leur travail, car il leur arrive de faire des activités supplémentaires. A l'inverse, moins de 10 % disent qu'ils/elles ne font que certaines activités devant être réalisées. Ce sont plus particulièrement des professionnel·les du soin qui effectuent des activités supplémentaires : 60 % des aides-soignant·es ou 54 % des infirmière·s. Or, parmi les personnes réalisant ces tâches supplémentaires, plus de 76 % estiment que ces activités sont indispensables à la bonne réalisation de leur travail. Cette aide à domicile (ID 5472) explique : « *On a de plus en plus d'usagers âgés avec des pathologies de plus en plus lourdes. De plus en plus, on nous demande de faire des actes qui ne sont pas dans nos attributions et notre fiche de poste.* »

Une éducatrice spécialisée (ID 2010) précise : « *La fiche de poste qui décrit le travail dans sa globalité mais qui ne peut quantifier de manière concrète tout le travail effectué auprès de l'utilisateur (et ce n'est pas une critique, notre travail ne peut être quantifié et ne doit pas l'être !), contrairement à ce que certains dirigeants voudraient tenter de faire. Mais de fait, on fait souvent bien plus que ce qu'une fiche de poste ne peut refléter dans la réalité.* »

## 5.3. Quand la multi-dimensionnalité des métiers nie leurs qualifications

Cette sage-femme en libéral (ID 16884) revendique « *une reconnaissance du grand panel d'activités et de responsabilités des sages-femmes. Qu'on arrête de penser que les sages-femmes ne font que des bains aux bébés (ce que nous ne faisons jamais, car c'est le travail des auxiliaires de puériculture) ou que des accouchements : parler de toutes les compétences : consultation obstétrique et gynécologique à tout âge, examens de prévention et*

*contraception, réalisation de frottis, palpation mammaire, pose et retraite de stérilet et implant, échographies gynéco et obstétrique, suivi nouveau-né pendant un mois avec visite à domicile, cours de préparation à la naissance, rééducation périnéale, homéopathe, sexologue, psy par expérience dans mon domaine... de fait, secrétaire, comptable et chef d'entreprise puisqu'en libéral... Et je dois en oublier... Les sages-femmes sont fatiguées d'être dans l'ombre de ce qui touche absolument tout le monde : la vie de la femme et ses maternités ! ».*

Derrière la reconnaissance du travail réalisé, certain·es professionnel·les se heurtent aussi à l'invisibilité des résultats de leur travail. Cette assistante de service social à l'hôpital explique : « *On a l'impression que le social est une option. On dénigre la fonction par ignorance, mais lorsque l'on n'est pas là, c'est la catastrophe.* » (ID 15705) Cette ASH précise : « *Le métier de femme de ménage est appauvrissant intellectuellement et socialement. On n'est jamais ou presque félicité quand le travail est bien fait et toujours critiqué quand quelque chose n'est pas fait comme les 'usagers' le souhaitaient.* » (ID 15114)

Les professeur·es des écoles évoquent beaucoup « le travail invisible », en dehors des heures de présence à l'école, comme la préparation des cours qui empiète largement sur le temps hors travail. Certain·es disent travailler tous les week-ends, sur les congés et ne pas s'en sortir. Ce temps de travail invisible renvoie à ce que Pascale Molinier appelle les « savoir-faire discrets » du *care* qui implique alors ce « supplément » indispensable au travail bien fait<sup>68</sup>.

On relève un paradoxe dans la reconnaissance des qualifications des métiers du SLA : la plupart de ces métiers exige un diplôme d'État, leurs qualifications sont ainsi réglementées et précises mais en même temps, notre enquête témoigne des nombreuses activités menées en dehors de la fiche de poste, pourtant indispensables, et du caractère multidimensionnel des emplois. Soulignons que 64,5 % des professionnel·les disent faire face à des ordres contradictoires de leur employeur. C'est le cas de 41,2 % des personnes en emploi selon l'enquête Conditions de travail 2019. Dans la consultation, c'est massivement le cas des professeur·es des écoles (85 %), des AMP (75,3 %) et des infirmier·es (73,5 %). Cette Atsem (ID 7689) explique : « *Je jongle entre les besoins de l'école, de la mairie, de la famille, des enfants, qui ne sont pas toujours les mêmes.* »

Les employeurs semblent ainsi faire reposer sur ces métiers beaucoup de dysfonctionnements organisationnels rendant le périmètre de ces emplois flou. Or les frontières poreuses de ces métiers et leur caractère « fourre-tout » constituent des freins importants à la reconnaissance de leurs qualifications.

D'ailleurs, certain·es professionnel·les craignent de détériorer la qualité de leur travail. Cette éducatrice de jeunes enfants (ID 15627) conclut ainsi : « *On commence tout, on s'interrompt*

---

<sup>68</sup> Molinier Pascale (2010), « Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du *care* », *Champ psy*, n° 58, pp. 161-174.

*et une heure avant la fin de la journée, on se dépêche de tout boucler. » Cette sage-femme ajoute (ID 16092) : « Tout ça en même temps, ce qui ne permet pas de le faire correctement... » Et après avoir lister toutes les activités réalisées en même temps, cette professeure des écoles (ID 5698) s'étonne elle-même : « C'est flippant, quand j'y pense », ce que sous-entend aussi cette assistante de service social (ID 18796) en finissant son propos par deux points d'exclamation : « Avoir la situation de plus de 60 familles en tête ! »*

L'enquête montre la grande diversité des activités et compétences nécessaires à la réalisation des métiers du SLA, mais on comprend aussi que « travailler avec l'humain » exige une remise en cause constante de ses pratiques professionnelles et donc un développement empirique des compétences.

#### **5.4. Au-delà du diplôme, des compétences qui se développent de manière empirique en analysant ses pratiques professionnelles**

Faire face aux exigences émotionnelles de ces métiers du SLA demande de développer des compétences, c'est-à-dire des savoir-faire et des comportements professionnels spécifiques et adaptés. Ce ne sont donc pas seulement des contraintes, des conditions de travail ou des risques professionnels qui s'imposent aux professionnel·les. Faire face à toutes ces exigences organisationnelles est au cœur de la valeur de ces emplois et des compétences nécessaires pour les occuper. C'est ce qu'explique cette éducatrice spécialisée (ID 3510) : « Une personne accompagnée qui explique sa situation et qui se met à pleurer = trouver la posture juste pour être en empathie sans tomber dans le pathos. Une personne qui met des freins à tout ce qu'on peut lui proposer comme solution et qui dit que je ne fais rien pour lui = garder son calme et chercher encore... Une personne qui contredit systématiquement tout ce que vous pouvez dire = ne pas s'énerver. » Cette assistante de service social (ID 805) explique aussi : « Faire face aux pleurs des personnes, leurs détresses liées à leur situation de vie au moment où nous les recevrons d'une part. Il faut pouvoir immédiatement prendre de la distance pour comprendre les enjeux pour la personne et faire preuve de créativité pour apporter des éléments de réponse dans le cadre de nos compétences institutionnelles. »

Ces compétences issues des exigences organisationnelles renvoient à la notion de « compétences transversales » développée par France Stratégie<sup>69</sup>. La consultation met en lumière l'importance des compétences transversales développées dans les métiers du SLA.

Face à l'ensemble des caractéristiques des métiers du SLA, des dispositifs de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles peuvent être mis en place. Ils permettent aux équipes de retravailler les situations d'accompagnement les plus difficiles et complexes, et ainsi de partager la charge émotionnelle et les décisions à prendre et de consolider et

---

<sup>69</sup> France Stratégie (2017), *Compétences transférables et transversales Quels outils de repérage, de reconnaissance et de valorisation pour les individus et les entreprises*, rapport du groupe de travail n° 2 du Réseau Emplois Compétences.

développer ses compétences professionnelles. Dans la consultation, seul-es 21,9 % des répondant-es disent avoir un dispositif formel d'accompagnement de leur employeur (réunions avec des professionnel·les ou d'équipe). Les professions pour lesquelles un tel recours est encore plus rare sont surtout concentrées dans le système scolaire : 2 % des professeur-es des écoles disent avoir un accompagnement formel, 3,6 % des AESH (3,6 %) et 8,6 % des Atsem. Pour cette AESH (ID 2533), « *un enfant qui refuse votre aide et vous repousse en faisant des remarques très désagréables, blessantes, sans filtre à cause de son handicap, il ne faut pas le prendre personnellement mais la répétition fait que ça atteint le moral et la motivation. Il n'y a aucune aide psychologique de la part de l'employeur pour gérer ces difficultés* ». Cette infirmière (ID 340) déplore la « *réduction importante des temps d'échange avec les collègues concernant la prise en charge des patients, ce qui amène chacun à travailler de son côté* ». Cette assistante de service social (ID 6470) explique : « *Contrairement à ce qui pouvait se passer il n'y a ne serait-ce qu'une dizaine d'années, la charge émotionnelle (qui est obligatoire dans nos métiers) n'est plus partagée. On reste seule avec et c'est usant à la longue. Il n'y a plus d'analyse de pratique, d'élaboration institutionnelle, de réflexion (sur les troubles psy des personnes reçues, sur la gestion de l'agressivité...) parce que notre collectivité voit ces pratiques comme des pertes de temps, qui ne sont pas comptabilisées dans les stat. C'est difficile de faire entendre que c'est indispensable, pour la qualité de l'accueil des personnes et pour notre santé à nous.* »

« Toutes choses égales par ailleurs », selon l'enquête Conditions de travail de 2019, les professionnel·les du SLA ont 20 % de chances en moins d'aborder collectivement des questions d'organisation ou de fonctionnement de leur unité de travail.

Fort heureusement, certaines professions bénéficient d'un accompagnement informel auprès de leurs collègues : 62 % des professeur-es des écoles, 57 % des sages-femmes, 55 % des infirmier-es et 52 % des aides-soignant-es. 63 % des professionnel·les disent aussi avoir des temps d'échange entre collègues dans le cadre professionnel. Mais c'est moins le cas des métiers isolés comme les aides à domicile – 29 % ont des temps d'échange – et les assistant-es maternel·les (38 %).



## 6. FIER·ES DE LEUR MÉTIER MALGRÉ UN MANQUE DE RECONNAISSANCE

### 6.1. Des professionnel·les fier·es de leur métier

Tableau 55 : Êtes-vous fier·e de votre travail ? (en %)	
	Oui
Oui, c'est un métier d'engagement, utile aux autres, avec des valeurs fortes	72,2
Oui, c'est un métier intéressant parce que je découvre tous les jours	30,8
Oui, même si c'est un métier mal reconnu dans la société	58,9
Non, pas particulièrement, j'ai juste besoin d'un salaire	2
Non parce que l'image de ce métier est négative dans la société	4
Non, ce n'est pas ce que je voulais faire quand j'étais jeune	1

Une grande majorité des professionnel·les est fière de son métier, car il est utile aux autres et a de fortes valeurs. C'est la réponse la plus fréquente. C'est surtout le cas des sages-femmes (82,2 %), des professions du lien (82 % des assistant·es des services sociaux et 80,3 % des éducateur·trices spécialisé·es) et des EJE (80,9 %). C'est nettement moins le cas des ASH (34,7 %), des assistant·es maternel·les (52,5 %) et des Atsem (53,7 %).

Près de 59 % de l'ensemble des professions apporte une nuance en soulignant que c'est un métier mal reconnu dans la société. C'est surtout le cas des Atsem (71,2 %), des sages-femmes (68,1 %), des assistant·es familiaux·les (67,2 %) et des AESH (63,8 %). Enfin, seulement 2 % de l'ensemble ne sont pas fier·es de leur métier et l'exercent uniquement pour un salaire. S'il est assez logique que les ASH soient plus nombreux·ses à partager ce propos (16,2 %), c'est curieusement aussi le cas de certain·es professeur·es d'école (12,4 %) pour qui la dégradation de l'image de ce métier, pourtant qualifié, est forte. On aurait pu penser que des métiers comme les aides à domicile, les Atsem ou les AESH auraient à l'inverse retenu plus souvent cette réponse, mais c'est le cas de seulement 6 % environ de ces professions. De même, seulement 1 % disent que ce n'était pas le métier qu'il/elle voulait faire jeune.

Les raisons d'être fière de son travail sont nombreuses, comme l'illustrent ces verbatims :

- « Voir un enfant évoluer grâce à la mise en place de différentes techniques est très valorisant » (une AESH, ID 1271) ;
- « Parce que la lumière dans les yeux d'un enfant lorsqu'il est heureux, qu'il réussit ou qu'il joue, est magnifique » (une Atsem, ID 1554) ;
- « Sans nous, beaucoup de personnes âgées ne pourraient rester à leur domicile. Nous sommes parfois leur seule visite. Sans nous, ils n'auraient personne ». (une aide à domicile, ID 1266) ;
- « Aider nos anciens à pouvoir rester chez eux le plus longtemps possible est très gratifiant. Donner de la joie et le sourire aux personnes malades et handicapées. Se sentir profondément utile » (une aide à domicile, ID 4863) ;

- « *C'est quand même une passion. On prend soin de personnes vulnérables à un moment de leur vie. J'aimerais qu'on le fasse pour moi, pour ma famille. Je le fais pour les autres. Pour moi aussi, de manière peut être égoïste mais ça me fait du bien moralement de savoir que ma journée de travail a pu aider pas mal de personnes, redonner le sourire ou un peu d'espoir, que ces personnes aient pu être entendues et comprises, qu'elles se soient senties pleinement prises en soins* » (une aide-soignante, ID 10260) ;
- « *C'est un métier qui permet aux gens de retrouver leur pouvoir d'agir dans le meilleur des cas, ou de les aider simplement à se retrouver dans cette société inégalitaire. Il est source de solidarité et d'humanisme* » (une assistante de service social, ID 4362) ;
- « *Nous faisons un métier 'utile' parce que nous permettons à des parents de partir au travail le cœur léger. Notre bienveillance dans les premières années de vie d'un enfant est extrêmement importante (...). Malheureusement un bon nombre pensent que l'accueil d'enfants n'est pas 'un vrai métier'* » (une assistante maternelle, ID 16970) ;
- « *Aider la personne à trouver ses ressources pour résoudre ses problèmes. C'est en quelque sorte un travail d'équipe entre l'utilisateur et moi. Malgré la fatigue, j'adore mon métier* ». (une assistante de service social, ID 8958) ;
- « *Le métier d'assistant de service social permet de travailler dans une multitude de services/organismes/institutions, et permet d'intervenir dans de nombreux domaines en lien avec la sphère privée, familiale et professionnelle des personnes. Cela est très riche. De plus, l'accompagnement social est à mon sens une belle démarche, puisqu'il s'agit d'aider les personnes à retrouver, restaurer ou maintenir leur autonomie dans tous les domaines de la vie* » (une assistante de service social, ID 9978) ;

La notion d'utilité sociale est largement mobilisée dans l'ensemble des témoignages que nous avons reçus. Pour le psycho-dynamicien du travail Christophe Dejourns<sup>70</sup>, la reconnaissance passe notamment par le jugement des pairs – celui de la hiérarchie mais aussi celui des subordonné-es ou des clients – sur l'utilité « *technique, sociale ou économique de la contribution* ». Et c'est cette « *validation du travail par la reconnaissance accordée par les autres [qui] contribue de façon majeure à la construction du sens du travail* »<sup>71</sup>. Au côté du jugement d'utilité du travail, la reconnaissance repose aussi sur le sentiment « *du travail bien fait* », fondé sur les règles de l'art du métier, au cœur de la construction d'une identité professionnelle et d'un collectif de travail. C'est d'ailleurs ce que développent Thomas Coutrot

---

<sup>70</sup> Dejourns Christophe (2003), « Critique et fondements de l'évaluation », in Dejourns C., *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Éditions Quæ, pp. 9-56.

<sup>71</sup> Gernet Isabelle, Dejourns Christophe (2009), « Évaluation du travail et reconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 8, pp. 27-36.

et Coralie Perez dans leur volonté de *Redonner du sens au travail*<sup>72</sup>. Ces deux économistes observent d'ailleurs que ce sont les professions du SLA (assistantes maternelle, aides à domicile, enseignants ou professionnel·les de l'action sociale) qui ont « *le plus fort sens du travail* ». Mais contrairement à leurs analyses, la place du salaire et la question de la revalorisation salariale apparaissent centrales dans les attentes des professionnel·les de notre consultation.

## 6.2. Mais pour des salaires jugés en deçà de la valeur du travail

Pour 92 % des répondant·es, leur salaire ne correspond pas à la juste « valeur » de leur travail. C'est encore plus vrai pour les professions faiblement rémunérées comme les AESH (près de 98 % pensent que leur salaire est « injuste »), les AMP (97 %) ou les Atsem (96 %), mais également pour les sages-femmes (97,4 %), les professeur·es des écoles (95,5 %), les infirmier·es (93,3 %) et les auxiliaires de puériculture (93,2 %). Curieusement, les aides à domicile (89,7 %) et les ASH (85,5 %) sont comparativement moins nombreux·ses à dénoncer leur salaire.

Si la grande majorité est fière de son travail, moins d'un·e sur deux (48,9 %) recommanderait son métier à d'autres. Seul·es les EJE dépassent très largement ce seuil (76,4 %). Inversement, c'est nettement moins le cas des professeur·es des écoles (seulement 29 %, ce qui est le taux le plus faible), des infirmier·es (36,6 %) et des sages-femmes (37,5 %), des métiers qualifiés mais dont la dégradation des conditions de travail et de rémunération est très forte. Pour des professions moins diplômées comme les auxiliaires de puériculture (58 %), les aides à domicile (54,7 %), on dépasse les 50 % de réponses positives. Les métiers du lien sont aussi légèrement plus favorables à recommander leur métier (58,4 % des assistant·es des services sociaux et 55,3 % des éducateur·trices spécialisé·es).

Les faibles rémunérations est l'argument principal pour ne pas recommander son métier. Par exemple, pour cette assistante maternelle (ID 15416) : « *Faire 56 h par semaine à 3,25 €<sup>73</sup> de l'heure est-ce à recommander ?* », ou pour cette sage-femme (ID 16528) : « *Six ans d'études pour gagner moins de 2 000 € net par mois (en comptant les 'augmentations' et primes obtenues cette année) et en ayant les responsabilités que l'on a, la suractivité avec le manque de personnel, et ne pas pouvoir faire son travail. Je ne vais pas recommander cela alors que moi-même, je ne sais pas jusqu'à quand je vais tenir !* » Et cette autre sage-femme (ID 16616) conclut : « *Message aux jeunes : faites une école d'ingénieur, pour le même niveau d'étude vous aurez un meilleur salaire, une meilleure reconnaissance et des horaires plus satisfaisants.* » Ce professeur d'école (ID 11084) déplore « *la baisse considérable du pouvoir d'achat à cause du scandale silencieux et quasi-invisible du gel du point d'indice des*

---

<sup>72</sup> Coutrot Thomas, Perez Coralie (2022), *Redonner du sens au travail. Une aspiration révolutionnaire*, Seuil, coll. « République des idées ».

<sup>73</sup> Le tarif horaire minimal des assistant·es maternel·les est de 2,85 € et varie selon le lieu de résidence.

*fonctionnaires qui ont une carrière plate alors que le niveau requis pour le concours est aujourd'hui à bac+5 pour un prof. d'école ! »*

### **6.3. Revaloriser les salaires et permettre des carrières : des revendications prioritaires pour les professionnel.les du soin et du lien**

88,5 % des professionnel·les retiennent ainsi la revalorisation salariale comme leur priorité principale. Il s'agit là d'une revendication prioritaire pour les 15 groupes professionnels interrogés, à plus de 80 % pour la plupart ou 78 % pour ASH et les assistant·es maternel·les. Les résultats sont encore plus forts chez les sages-femmes (95,2 %), les éducateur·rices spécialisé·es (93,4 %), les AMP (92,1 %) et les AESH (90,5 %). La revalorisation des salaires est donc la priorité absolue, aussi bien des personnes syndiquées (89,6 %) que des sympathisant·es d'une organisation syndicale (90,1 %) et de celles/ceux qui ne le sont pas (87,3 %).

Pour cette professeure des écoles (ID 9800), *« il serait grand temps qu'on prenne conscience que le métier de professeur des écoles est sous-payé par rapport aux exigences qu'on en a, par rapport au travail hors présence élève qui ne fait qu'exploser. Il est fortement féminisé, alors, sans doute une raison pour laquelle les salaires y sont si bas par rapport aux autres cadres A de la fonction publique »*.

Cette assistante maternelle (ID 5018) explique : *« Je suis payée 3,40 € de l'heure. J'ai trois contrats à temps plein pour avoir un salaire correct mais je préférerais avoir deux temps pleins et un temps partiel pour éviter l'épuisement psychologique de fin de journée. Je fais 12 h d'accueil par jour sur cinq jours pour être sûre d'avoir un salaire qui puisse suffire pour ma famille. Pourquoi travailler à mon domicile fait que je suis payée moins que le Smic ? Il faudrait que le salaire horaire soit le même que le Smic. Ça motiverait aussi à devenir assistante maternelle. »*

Les Atsem parlent aussi de leurs faibles rémunérations, auxquelles s'ajoutent les contraintes de la double hiérarchie (Éducation nationale et collectivité locale). Pour cette Atsem (ID 1565), *« la charge de travail est énorme. La charge émotionnelle et le stress sont très importants, l'impact néfaste sur la santé. La reconnaissance et le salaire ne sont en rien proportionnels avec les désagréments du métier »*.

La revalorisation salariale est aussi liée à celle du paiement de tous les temps nécessaires à la réalisation du travail. Cette revendication est priorisée par 38,6 % de l'ensemble des professions, et il s'agit d'une mesure importante pour plus de la moitié des aides à domicile et des professeur·es des écoles.

Par ailleurs, et très spécifiquement pour les AESH, le niveau de salaire est aussi fortement associé au large recours au temps partiel au sein de la profession puisque seulement 7 % des AESH travaillent à temps plein et que 81,4 % des temps partiels ne sont pas à la demande des

professionnel·les. En ce sens, 46,8 % des AESH revendiquent l'allongement de la durée du travail à temps partiel et nombreux·ses sont celles/ceux qui demandent une reconnaissance du temps partiel comme temps plein. « 780 €, même pour 24 h, ce n'est pas à la valeur de notre métier qui comporte beaucoup de compétences, qui ne sont pas données à tout le monde » (un AESH, ID 6416). « Être AESH dans une école primaire, c'est 24 h... Aucun espoir de temps plein. Je souhaite que ces 24 h soient apparentées à un temps plein et non à 60 %. » (une AESH, ID 16969) Pour une autre (ID 6408), « [il faut] que le temps plein (100 %) ne soit plus à 39 h. Il n'y a pas 39 h d'école. Que mon 32 h ne soit pas considéré à 82 %, qu'un 30 % soit du 100 % afin que nos heures de travail à la maison soient considérées ». Cette AESH (ID 11274) ajoute : « Le temps partiel est imposé et les heures de travail sont étalées dans la journée laissant des heures vides non payées. 24 h semaine en face-à-face avec les élèves est épuisant. Il est difficile de faire plus. Le salaire de 775 € net est en dessous du seuil de pauvreté. » Une autre conclut ainsi : « Ce métier ne permet pas de vivre dignement. Il n'y a aucune considération. Nous sommes les fantômes de l'Education nationale et pourtant notre investissement est énorme au quotidien. » (ID 2515)

Cette aide à domicile résume aussi : « Parce que la convention collective est trop en faveur des patrons et des clients. 13 h d'amplitude. On peut être prévenu des interventions au dernier moment. C'est mal payé. Il faut avancer l'essence. Les accidents de voiture sont très fréquents et ce sont nos véhicules personnels. C'est difficile physiquement, dégradant parfois, car on doit nettoyer des logements parfois absolument abjects. Il n'y a pas de cohésion d'équipe. C'est mal vu dans la société... C'est un boulot de femme, quoi ! » (ID 8424)

**Tableau 56 : Croisement salaire perçu et salaire estimé juste pour l'ensemble**

Niveau de salaire estimé juste	Salaires nets perçus					
	NSP	Moins de 1 000 €	De 1 000-1 500 €	De 1 500-2 000 €	De 2 000-2 500 €	Plus de 2 500 €
1 250 €	4	22	2	0	0	0
1 500 €	11	40	20	1	0	0
1 750 €	11	18	33	6	1	0
2 000 €	15	9	30	28	2	1
2 250 €	9	2	6	20	3	0
2 500 €	17	3	4	28	21	2
2 750 €	2	0	1	6	18	2
3 000 €	6	1	1	8	34	18
3 250 €	0	0	0	1	4	8
3 500 €	2	0	0	1	11	29
3 750 €	1	0	0	0	2	7
4 000 €	1	0	0	1	4	29
<b>NSP</b>	21	6	2	1	1	3

Lecture : Parmi les professionnel·les du soin et du lien gagnant moins de 1000 €, 40 % estiment qu'un salaire de 1 500 € correspond à la juste rémunération de leur travail.

**Tableau 57 : Salaire perçu et salaire estimé juste par profession**

<b>Profession</b>	<b>Tranche de salaire actuel la plus fréquente (% de répondant-es)</b>	<b>Tranche du salaire « juste » la plus choisie (% de répondant-es) Salaire cible partie 1 du rapport</b>	<b>Seconde tranche du salaire « juste » la plus choisie (% de répondant-es)</b>	<b>Revendication salariale la plus fréquente (% d'augmentation)</b>
AESH	Moins de 1000 € (83,3 %)	[1250 à 1500 €] (71,2 %)	[1500 à 2000 €] (23,1 %)	Environ 500 € (+/- 50 %)
ASH	1000 à 1500 € (56,7 %)	]1500 à 2000 €] (54,7 %) <b>1 696 €</b>	[1250 à 1500 €] (29,7 %)	Entre 500 € et 1000 € (De 33 à 50 %)
Atsem	1000 à 1500 € (63,8 %)	]1500 à 2000 €] (68,5 %) <b>1 696 €</b>	[1250 à 1500 €] (20,5 %)	Entre 500 € et 1000 € (De 33 à 50 %)
AMP	1500 à 2000 € (49,4 %)	]1500 à 2000 €] (70,9 %) <b>1 696 €</b>	[2000 à 2500 €] (20,9 %)	Environ 500 € (De 25 à 33 %)
Aide à domicile ou auxiliaire de vie	1000 à 1500 € (54 %)	]1500 à 2000 €] (48,2 %) <b>1 696 €</b>	[1250 à 1500 €] (40,8 %)	Entre 500 € et 1000 € (De 33 à 50 %)
Aide-soignant-e	1500 à 2000 € (65,8 %)	]1500 à 2000 €] (51,9 %) <b>1 825 €</b>	[2000 à 2500 €] (37,7 %)	Environ 500 € (De 25 à 33 %)
Assistant-e des services sociaux	1500 à 2000 € (47,1 %)	]2000 à 2500 €] (44,4 %) <b>2 438 €</b>	[1500 à 2000 €] (25,6 %)	De 500 à 1000 € (De 33 à 50 %)

**Tableau 57 : Salaire perçu et salaire estimé juste par profession (suite)**

<b>Profession</b>	<b>Tranche de salaire actuel la plus fréquente (% de répondant-es)</b>	<b>Tranche du salaire « juste » la plus choisie (% de répondant-es) Salaire cible partie 1 du rapport</b>	<b>Seconde tranche du salaire « juste » la plus choisie (% de répondant-es)</b>	<b>Revendication salariale la plus fréquente (% d'augmentation)</b>
Assistant-e familial-e	1000 à 1500 € (37,5 %)	]1500 à 2000 €] (36,1 %)	[1250 à 1500 €] (27,9 %)	Environ 500 € (+/- 33 %)
Assistant-e maternel-le	1500 à 2000 € (30 %)	]1250 à 1500 €] (42,6 %) <b>1 696 €</b>	[1500 à 2000 €] (26,6 %)	De 250 à 500 € (De 20 à 33 %)
Auxiliaire de puériculture	1500 à 2000 € (48 %)	]1500 à 2000 €] (64,7 %) <b>1 825 €</b>	[2000 à 2500 €] (22,1 %)	Environ 500 € (De 25 à 33 %)
Infirmier-e	2000 à 2500 € (47,2 %)	]2500 à 3000 €] (40,5 %) <b>2 438 €</b>	[2000 à 2500 €] (37,1 %)	De 500 à 1000 € (De 25 à 50 %)
Professeur-e des écoles	2000 à 2500 € (48,2 %)	]2500 à 3000 €] (47,4 %) <b>2 926 €</b>	[2000 à 2500 €] (26 %)	De 500 à 1000 € (De 25 à 50 %)
Sage-femme	2000 à 2500 € (45,3 %)	]2500 à 3000 €] (37,4 %) <b>2 926 €</b>	[3000 à 3500 €] (28,1 %)	De 500 à 1000 € (De 25 à 50 %)
EJE	1500 à 2000 € (50,7 %)	]2000 à 2500 €] (42,3 %) <b>2 438 €</b>	[1500 à 2000 €] (37,8 %)	De 500 à 1000 € (De 33 à 50 %)
Éducateur-trice spécialisé-e	1500 à 2000 € (57,1 %)	]2000 à 2500 €] (43,1 %) <b>2 438 €</b>	[1500 à 2000 €] (39,1 %)	De 500 à 1000 € (De 33 à 50 %)

Lecture : 63,8 % des Atsem perçoivent un salaire entre 1 000 et 1 500 €, 68,5 % estiment que le salaire juste se situe entre 1 500 et 2 000 € et 20,5 % entre 1 250 et 1 500 €, ce qui signifie une augmentation entre 33 et 50 % du salaire. Le salaire cible calculé dans la première partie du rapport est de 1 696 €.

Les revendications salariales les plus fréquentes sont proches des salaires-cibles estimés dans la première partie du rapport et calculés en fonction du niveau de diplôme. Lorsque l'on propose d'estimer ce que serait ce « juste » salaire, la majorité des réponses se situe donc dans la fourchette de 2 000 à 2 500 € (nets mensuels avant impôt).

Au total, on peut estimer que la hausse attendue pour la majorité des personnes interrogées est entre 500 et 1000 €, pour toutes les professions, et ceci malgré la diversité des niveaux de diplômes et de rémunération. Autrement dit, les revendications salariales sont proportionnellement plus élevées pour les plus bas salaires.

Les revendications salariales sont aussi à relier avec celle des carrières.

Pour 55,7 % des professionnel·les du SLA, la progression de la carrière par un accès à un grade, un échelon ou coefficient supérieur est une priorité. C'est une revendication forte en particulier pour les Atsem dont les missions se sont élargies sans aucune reconnaissance puisque leur emploi est toujours en catégorie C<sup>74</sup>. *« Permettre d'évoluer dans sa carrière, vers des postes de référents, agent de maîtrise, formateurs, en catégorie B. »* (un Atsem, ID 17396) Pour cette autre Atsem (ID 1741), il est temps *« que l'on reconnaisse le côté éducatif de ce métier, car nous ne sommes pas des animateurs contrairement à ce qui nous est proposé comme voie actuellement. Nous sommes les personnes de l'école qui côtoient le plus les enfants tout au long de la journée. Nous sommes donc des repères importants pour eux. Nous travaillons beaucoup sur l'éducation des enfants. Nous sommes avec eux en classe et sur les temps que l'on dit 'périscolaires'. (Pour ma part, 9 h de présence avec des enfants). Nous apprenons aux enfants à vivre ensemble, à gérer leurs émotions, à devenir propres (de plus en plus d'enfants ne le sont pas lors de l'entrée en petite section). Nous leur apprenons à se tenir à table, à s'habiller. Nous gérons leur fatigue, leurs petits et gros accidents (respect de ce que peut ressentir un petit lors de ces moments-là). Tout en subissant les effectifs de plus en plus important par classe : 32 enfants maximum »*.

L'amélioration de la progression des carrières est aussi prioritaire pour les auxiliaires de puériculture (69,9 %), les AESH, les AMP (61,8 %) et les assistant·es de services sociaux (60,9 %). *« Je voudrais que ma formation soit reconnue au grade licence, ce qui n'est pas le cas actuellement, car diplômée avant 2021. Je voudrais avoir le déroulement de carrière des catégories A type et du temps pour monter des actions collectives et faire du développement social local. (...) Il faudrait plus de concours et tous les ans pour stabiliser les équipes et éviter que les gens restent contractuels trop longtemps. »* (une assistante de service social, ID 17358).

---

<sup>74</sup> Voir la fiche consacrée aux Atsem dans l'annexe en ligne de ce rapport.

#### 6.4. Avoir les moyens de bien faire son travail : revendiquer des emplois et des formations

Oui	15,9
Non, je ne suis pas satisfait-e du rendu de mon travail	22
Non, mais je trouve des solutions pour bien faire mon travail	61,3
NSP	0,8

Moins de deux professionnel·les sur dix estiment avoir les moyens pour bien faire leur travail. Ce sont les professeur·es des écoles qui marquent le plus d'insatisfaction (moins de 5 % sont satisfait·es). Mais c'est aussi le cas des soignant·es : seulement 10,4 % des infirmier·es, 14 % des aides-soignant·es et 11 % des sages-femmes sont satisfait·es. C'est aussi le cas pour les assistant·es des services sociaux (10,7 %) et les éducateur·rices spécialisé·es (11,6 %). La grande majorité des professionnel·les estime donc ne pas avoir les moyens de faire son travail, et plus d'un·e professionnel·le sur six déclare que cela les rend insatisfait·es de leur travail. Ces résultats sont à relier à la crise sanitaire où ce sont précisément ces métiers qui ont ressenti à la fois une hausse du sentiment d'utilité sociale, mais aussi une baisse de la « cohérence éthique » de leur travail, du fait de pressions intenable<sup>75</sup>.

Certain·es professionnel·les évoquent ainsi la notion de « maltraitance institutionnelle ». Cet éducateur spécialisé (ID 15646) précise par exemple : « *La plus grande contrainte émotionnelle, bien qu'elle devrait être la 'gestion' du mal-être des usagés, est celle produite par la maltraitance institutionnelle, qu'elle soit liée aux injonctions contradictoires (ex. : faite ceci mais sans moyen financier) ou au despotisme de certains responsables, ou encore au mélange des compétences (administratifs qui donnent des conseils éducatifs aux professionnels de l'éducation) ... Les politiques de régulation administratives et financière, les politiques de contrôle et les politiques de management et de restriction budgétaire sont aussi source de contraintes émotionnelles. Elles finissent par détourner le sens premier du service public et de la mission confiée et anéantissent le sentiment du travail bien fait, du service rendu, de fierté d'apporter à la communauté...* » Cette infirmière (ID 12731) résume avoir le « *ressenti d'être transformée en technicienne de soin au détriment du cœur de métier d'infirmière, de soignante* ».

Cette aide-soignante (ID 6257) déplore : « *Les conditions se sont tellement dégradées qu'il n'y a plus de place pour le prendre soin. Maintenant, on travaille pour faire du chiffre.* » Ou cette autre aide-soignante : « *La personne et le soin étaient le cœur de mon métier. Aujourd'hui, il n'est question que de chiffres !* » (ID 9585) C'est aussi ce que dénonce cette auxiliaire de puériculture (ID 980) : « *Les conditions de travail se dégradent et on ne respecte plus le rythme de l'enfant. On n'est pas assez en nombre. Parfois, j'ai l'impression d'être dans une usine à bébé.* » Et pour cette éducatrice de jeunes enfants (ID 5340) : « *Il y a un fossé entre pourquoi*

<sup>75</sup> Voir Coutrot T., Perez C. (2022), *op.cit.*, p. 21.

*on se lance dans le métier et la réalité du terrain : on travaille avec de l'humain, en l'occurrence de jeunes enfants, et on vous demande juste de rentabiliser. J'ai l'impression qu'on cherche à les mettre dans des clapiers à lapins... ou des cages à poule... Bientôt, les animaux seront plus respectés que nos enfants, citoyens de demain... »*

Cette insatisfaction du travail réalisé faute de moyens est aussi expliquée dans les actes techniques menés par les professionnel·les et qui sous-entendent la maltraitance institutionnelle en place. Ces aide à domicile ou auxiliaire de vie (ID 6172 et 6258) expliquent chacune devoir faire des « *toilettes au lit avec poche stomie sonde urinaire* » ou des « *toilettes complètes au lit avec shampoing et transfert manuel sans aide technique et sans binôme* ».

C'est la perte du sens du travail qui est mise en avant : « *Parce qu'il n'est pas reconnu pour son utilité sociale, qu'il est difficile d'absorber toutes les misères face auxquelles nous n'avons que peu de moyens parce que nous sommes de plus en plus réduites à des fonctions d'exécutantes et que notre expertise sociale n'est pas reconnue ni utilisée.* » (une assistante de service social, ID 197) « *Le management d'entreprise a envahi les métiers du social au point où ce qui compte c'est renseigner des questionnaires absurdes pour faire rentrer les problématiques des gens dans des cases. Aujourd'hui, je ressens une perte de valeurs et de sens dans mon métier qui ne correspond plus à ce pourquoi je me suis engagée.* » (une assistante de service social, ID 1712) Ce constat est partagé par cette éducatrice spécialisée (ID 1677) : « *Depuis quelques années, les valeurs de mon métier ne sont plus respectées ainsi que le sens de ma mission. Les démarches administratives pour justifier nos actes prennent le dessus sur l'accompagnement de l'utilisateur. Il y a une dissonance cognitive. Depuis la mise en place de la démarche qualité, on ne fait plus de qualité.* » Cette éducatrice spécialisée (ID 7492) confirme : « *Les métiers du social sont en train d'être vidés de leur substance par les organismes payeurs tels que l'ARS qui ne sait pas du tout de quoi mon métier est fait. Il faut juste rentrer dans les cases et effectuer des actes. Les institutions médico-sociales sont en cours de démantèlement sans bruit. Le travail de sape qui s'est fait à l'hôpital public est en bonne voie dans le médico-social.* »

Nombreuses sont les professionnelles qui articulent les difficultés de leurs métiers à des enjeux économiques et sociaux plus larges, remettant en cause les choix sociétaux et politiques de leurs secteurs d'activité et la politique du « management par le chiffre », dénoncée par T. Coutrot et C. Perez<sup>76</sup>. Selon cette infirmière (ID 10228) : « *Infirmière est un métier devenu sans sens, sans âme du fait de l'organisation des directeurs, du groupe, de l'ARS, de l'HAS, des divers gouvernements. Il faut envisager la nationalisation du secteur privé à but lucratif, car la santé ne s'achète pas !* »

---

<sup>76</sup> Coutrot T., Perez C. (2022), *op. cit.* p. 47.

Pour cette assistante des services sociaux (ID 805), « *nous sommes observateurs et acteurs d'inégalités et de choix institutionnels contraires à l'image véhiculée par le discours de l'organisation* ».

Ces dégradations de l'environnement de travail et du sens du travail sont à relier aux revendications portant sur les moyens organisationnels pour mieux travailler, que ce soient les formations ou les créations d'emplois.

61,6 % des métiers interrogés revendiquent des créations de postes, une mesure jugée prioritaire pour une grande majorité des infirmier·es (76,3 %), des assistant·es de services sociaux (75,5 %), des aides-soignant·es (74,1 %), des professeur·es des écoles (73,2 %) et des sages-femmes (72,9 %). Comme nous l'avons constaté, beaucoup de professions, pour ne pas dire toutes, souffrent d'un manque de personnel et demandent le renforcement des effectifs pour ne plus subir une charge de travail trop importante qui met en danger à la fois les professionnel·les et le public qu'ils/elles accueillent. Pour cette sage-femme (ID 17032), cela passe notamment par « [une nouvelle révision] *des décrets de périnatalité de 1998. Je ne veux plus maltraiter les femmes, les mettre en danger avec leur bébé, à cause du manque d'effectifs* ».

Dans le milieu scolaire, les professeur·es d'école dénoncent des effectifs de classe trop importants qui ne permettent pas d'accompagner correctement les élèves dans l'apprentissage et sont source d'épuisement professionnel. Ils/elles sont également nombreux·ses à remettre en question les politiques d'inclusion qui augmentent les effectifs avec des élèves qui ont pourtant besoin d'un accompagnement plus individualisé. La réduction des effectifs en classe passe par une augmentation significative des postes. Cette professeure des écoles (ID 11333) témoigne : « *Dans l'éducation, la seule mesure vraiment utile à tous pour le bien-être des élèves, pour améliorer leurs acquisitions, pour une inclusion scolaire douce et respectueuse des enfants en situation de handicap, pour diminuer la pénibilité pour l'enseignant, c'est de ne pas dépasser 20 à 22 élèves par classe. On fait tout sauf ce qui est vraiment nécessaire.* »

La titularisation des contractuel·les est une revendication retenue comme prioritaire pour 33,4 % des professionnel·les du SLA et touche particulièrement les AESH puisqu'il s'agit de la deuxième revendication de la profession (73,8 %) après la revalorisation de salaire. La reconnaissance d'un statut de la fonction publique de catégorie B est un enjeu important pour les AESH embauché·es actuellement sous contrat d'une durée de trois ans renouvelables une fois<sup>77</sup>.

Plus de la moitié (53,2 %) des sages-femmes jugent également prioritaire la titularisation des contractuel·les. « *Le rapport de l'Igas de septembre demandé par M. Olivier Véran a expliqué*

---

<sup>77</sup> Voir la fiche consacrée aux AESH en annexe en ligne de ce rapport.

*tous les axes nécessaires pour redonner de l'attractivité au métier de sage-femme, mais il ne le suit pas... C'est une catastrophe pour les femmes et femmes enceintes. La démographie des sages-femmes est en chute libre. L'accès aux soins des femmes et la prise en charge des accouchements se dégradent faute de personnels. Un an de grève bientôt pour rien. Il va y avoir de la casse côté sages-femmes et côté mère et enfant. Les violences obstétricales institutionnelles ne font qu'augmenter. Il faut embaucher, titulariser et augmenter les salaires de toute urgence. » (une sage-femme, ID 1070)*

Dans les revendications pouvant répondre au manque de moyens, l'accès à une formation qualifiante rémunérée n'a été relevé que par 26,4 % des professionnel·les du SLA mais il s'agit tout de même d'une priorité pour 47,3 % des plus bas salaires (moins de 1000 € par mois) et des moins diplômé·es. Comme la titularisation, l'accès à la formation est une demande très forte chez les AESH, puisqu'ils/elles sont 61 % à pousser cette revendication au rang de priorité. Pour cette AESH (ID 13565), il serait même nécessaire de créer un diplôme de niveau bac+3 avec « *connaissance des différents handicaps et des troubles qui en sont à l'origine, connaissances en psychologie cognitive et neuropsychologie, connaissances en pédagogie et en psychologie de l'enfant, des métiers des différents acteurs autour de l'enfant et des institutions... et des temps institutionnels pour travailler en équipe pluridisciplinaire avec tous les acteurs* ». Ce professeur des écoles (ID 10063) revendique pour ces collègues « *un recrutement, une formation et une réelle reconnaissance des AESH, afin d'arrêter l'hypocrisie actuelle qui laisse entendre que tous les enfants sont les bienvenus à l'école, qu'ils y seront tous accueillis dans des conditions décentes alors que bon nombre d'enfants handicapés ne disposent pas d'un accompagnement en adéquation avec leurs besoins* ».



## CONCLUSION

La consultation présentée ici a certaines limites. L'échantillon est en effet spécifique, plus âgé, plus souvent en emploi stable, moins à temps partiel, plus syndiqué. Néanmoins, cette consultation reste unique en son genre. Elle a permis de donner la parole de près de 7 000 professionnel·les du SLA en France et ceci après la période grave de la crise sanitaire causée par la Covid.

Ces métiers sont différents sur de nombreux points : ils ne requièrent pas le même niveau de diplôme ; certains relèvent du secteur public, d'autres du privé lucratif ou de l'associatif ; certains travaillent à domicile et sont isolés, d'autres en équipe ; ils s'adressent à des populations diverses et ils couvrent des besoins et des publics différents, de la petite enfance au grand âge, des soins ou de l'accompagnement social, sans oublier les personnes en situation de handicap... Pour autant, les résultats de la consultation révèlent bien davantage de points communs que de différences. Ce sont :

- des métiers complexes, « tout en un », où l'anticipation des besoins d'autrui est centrale et le rapport au temps paradoxal entre le temps long du soin et du lien, et devoir tout faire en même temps, tout en étant constamment interrompu ;
- des métiers avec des responsabilités humaines, en termes de sécurité et de protection des personnes, de confidentialité, d'animation d'équipe, d'autonomie et de prise de décision face à des attentes souvent contradictoires ;
- des métiers qui s'exercent en devant faire face à des exigences organisationnelles importantes, des exigences physiques, temporelles et émotionnelles qui demandent beaucoup d'adaptation et un développement implicite des compétences ;
- des métiers où les qualifications réelles sont très diversifiées et peu mesurables par une simple fiche de poste ou un référentiel de formation du fait de la multi-dimensionnalité des activités menées.

Tous ces métiers ont en commun d'être ultra-féminisés. C'est le point de départ de cette étude. Ils restent marqués par une dévalorisation symbolique, sociale et économique. Ils continuent à représenter des professions faisant appel à des « compétences jugées naturelles » parce qu'elles seraient assurées par les femmes au sein de la sphère familiale. La vocation et le dévouement imprègnent l'ensemble de ces métiers du SLA.

Certes, les hauts niveaux de qualification, notamment couplés à un diplôme d'État, renvoient à des métiers à plus hauts niveaux de responsabilité, de technicité et d'autonomie. Néanmoins, la consultation met en lumière la complexité des métiers peu ou pas diplômés. L'absence de diplôme requis dans ces métiers participe aussi de leur non-reconnaissance, car ils sont alors assimilés à des métiers non qualifiés, ce que la parole des professionnel·les remet en cause.

Cette consultation interroge ainsi la valeur de ces métiers du SLA.

Cette éducatrice spécialisée (ID 9872) résume la perception générale qui ressort de la consultation : *« Le manque de moyens, la fatigue psychologique et physique, les injonctions qui vont à contre sens des valeurs humaines, des pressions de la direction sur des logiques financières. Des jeunes de plus en plus complexes mais pas de moyens supplémentaires. Un salaire bas et des horaires à rallonge. Un management du chiffre, une absence de reconnaissance... Des procédures longues et interminables qui ne permettent pas les marges de manœuvre. Des contrôles de plus en plus fréquents sur le rendu du travail, de plus en plus d'administratif et peu d'éducatif. »*

Cette assistante de service social (ID 8219) explique les enjeux : *« En l'état actuel des professions du secteur du social, c'est compliqué de valoriser notre métier et de dire à des jeunes : c'est passionnant mais c'est un métier ni reconnu, ni valorisé, mal payé, avec des responsabilités niées, une charge émotionnelle jamais prise en compte, avec de la violence institutionnelle, où tu dois constamment faire face à des injonctions contradictoires... »* ; *« Afin que les métiers du social soient plus attractifs, il est indispensable de les rendre visibles, d'expliquer leur utilité et leur nécessité, de les rémunérer davantage... »*

Le tableau suivant reprend ainsi la diversité des revendications portées par ces professionnel·les du SLA.

<b>Tableau 59 : Les mesures jugées prioritaires par les professionnel·les du soin et du lien</b> (en %)	
<b>Jugez-vous prioritaire</b>	<b>Oui</b>
La revalorisation salariale	88,5
Des créations de postes	61,6
Une reconnaissance de la pénibilité par un départ anticipé à la retraite	58,3
Une progression de carrière (davantage d'accès à un grade/échelon/coefficient supérieur...)	55,7
Le paiement de tous les temps nécessaires à la réalisation de votre travail	38,6
Des passerelles permettant des équivalences et des changements de métiers	37,4
La titularisation des contractuel·les	33,4
Une formation qualifiante rémunérée	26,4
Davantage de mixité (femmes-hommes) dans votre métier	23,8
La réduction du temps de travail	19,9
L'accès à un contrat de travail stable et la fin des contrats multi-employeurs	10,3
L'allongement des durées du travail à temps partiel et le passage des temps partiels vers le temps complet	9,3
La fin des horaires atypiques	9,1

Nombre des revendications renvoient à la nécessaire revalorisation de ces métiers : revalorisation salariale, création de postes pour mieux faire son travail, progression de carrière pour reconnaître le développement des compétences et l'élévation des responsabilités assumées, équivalences et passerelles entre métiers permettant de reconnaître les nombreux savoirs et savoir-faire transférables, etc.

La valeur de ces métiers peut néanmoins se comprendre de deux manières différentes, d'une part leur valeur sociale, d'autre part leur valeur professionnelle.

Nous l'avons rappelé, la crise sanitaire a mis en lumière l'importance des métiers pour la société : n'oublions pas les millions de Français-es à leurs fenêtres chaque soir à 20 heures pour saluer le travail des soignant-es... en prenant conscience des faibles salaires et des conditions de travail très dégradées de ces professionnel·les. Le Ségur de la santé a été une première réponse de revalorisation salariale dans le secteur sanitaire, suivi du Ségur du social pour les métiers de l'accompagnement social. Mais cette prise de conscience a été bien peu genrée... et les revalorisations salariales ont pu concerner à la fois des métiers féminisés et non féminisés de ces secteurs. Et puis, ce n'est pas parce qu'un métier a une forte utilité sociale qu'il est bien rémunéré.

Pour cette assistante de service social (ID 2648), *« les gens ne se rendent pas compte de l'importance de notre métier, de la finesse technique qu'il faut avoir pour démêler les situations, pour donner confiance aux enfants, pour arriver à faire des médiations avec les parents. Entre des histoires de violence, d'abus, de peur, de mort, d'angoisse, l'absence de nourriture, d'eau, d'électricité, les injustices et les barrières administratives infranchissables. Notre travail est mal perçu, car nous travaillons avec des personnes pauvres. Les personnes pauvres sont les premières à en souffrir, car elles sont les premières à ne pas être considérées. Nous, c'est la suite logique »*.

Se pose alors le besoin de reconnaître la valeur professionnelle de ces métiers, reconnaître l'ensemble des savoirs et des savoir-faire, des techniques et des exigences que ces métiers nécessitent pour bien les occuper, ce qui renvoie aux critères de la loi Roudy : la qualification, la technicité et complexité du travail, les responsabilités et les conditions de travail. Or pour chacun de ces grands critères, et quelles que soient les professions, les résultats de la consultation montrent une sous-valorisation et une invisibilisation des qualifications, des responsabilités, de la complexité du travail ou encore des exigences organisationnelles. Et ce résultat existe quel que soit le niveau de diplôme requis. Même pour les métiers les moins qualifiés, les exigences professionnelles sont fortes, bien au-delà du travail prescrit.

Face à cette réalité, les professionnel·les sont à la fois fier·es de leur travail et pourtant ne se sentent pas reconnu·es et moins de la moitié recommanderait leur métier. On retrouve ici le paradoxe entre valeurs sociale et professionnelle de ces métiers. Les personnes interrogées sont à bout. Elles parlent toutes de l'usure, de la fatigue accumulée, au-delà de la crise

sanitaire, et d'un mal-être au travail, du fait des choix budgétaires de ces dernières décennies, engendrant des baisses d'effectif, un travail toujours plus pressé et une forte dégradation des conditions de travail. Ces métiers du soin et du lien évoluent. Nombre des professionnel·les interrogé·es ne s'y retrouvent plus, la technique, les protocoles et la rapidité prenant le dessus sur le soin relationnel et l'accompagnement.

La « sanitarisaton » des métiers et le poids des tâches administratives et/ou des procédures techniques grignotent progressivement l'accompagnement social pour l'ensemble des professions. La dimension « lien » qui est transverse à tous ces métiers (y compris ceux du soin), se perd au profit d'une technicité du soin. Des dispositifs d'accompagnement formels, sur le temps de travail, pourraient dans ce sens être une autre revendication pour la professionnalisation et l'amélioration des conditions de travail de ces métiers.

L'égalité salariale pour ces métiers doit ainsi passer par leur revalorisation professionnelle et par des moyens de retrouver le sens de ce travail en perte de vitesse. C'est bien parce qu'il s'agit de professions ultra-féminisées que cette reconnaissance reste limitée et que la question des salaires est aussi prioritaire. Pour cette sage-femme (ID 16244), « *nous sommes la seule profession médicale si mal rémunérée uniquement, car nous sommes une majorité de femmes* ». Comme si encore aujourd'hui, ces métiers relevaient d'une vocation et non de compétences professionnelles. C'est bien pourtant par la revalorisation salariale, mais aussi par la reconnaissance professionnelle du travail réel, que l'on parviendra à une vraie professionnalisation de ces métiers, et à terme à une plus grande mixité, pour répondre à l'ensemble des besoins sociaux, de la petite enfance au grand âge.

### **III. Focus sur trois professions du soin et du lien aux autres, et comparaisons avec des métiers masculinisés**

Louisa Chassoulier, Séverine Lemière, Rachel Silvera



## INTRODUCTION

L'objectif de cette troisième partie est de comparer les emplois afin d'appliquer le principe juridique « un salaire égal pour un travail de valeur égale », et plus précisément : « *Tout employeur assure, pour un même travail ou pour un travail de valeur égale, l'égalité de rémunération entre les femmes et les hommes* » (article L. 3221-2 du Code du travail). Ce principe spécifique à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes permet de dépasser la ségrégation professionnelle et de concrétiser l'égalité salariale sans obligatoirement l'associer à l'objectif de mixité des emplois. Il permet donc de mettre en œuvre l'égalité salariale entre emplois différents, entre emplois à prédominance féminine et à prédominance masculine, jugés de valeur égale.

Cette approche s'inspire de la méthode « québécoise » de comparaison d'emplois. En effet, la loi québécoise prévoit depuis 1996 que dans chaque entreprise, des salariées dans des emplois à prédominance féminine puisse se comparer à des salariés dans des emplois à prédominance masculine de même valeur<sup>78</sup>.

En France, depuis la loi dite « Roudy » de 1983, l'article L. 3221-4 du Code du travail donne une définition précise de la valeur égale des emplois : « *Sont considérés comme ayant une valeur égale, les travaux qui exigent un ensemble comparable de connaissances professionnelles consacrées par un titre, un diplôme ou une pratique professionnelle, de capacités découlant de l'expérience acquise, de responsabilités et de charge physique ou nerveuse.* » Mais cette approche reste mal connue et très rarement appliquée. En 2010, un recours en Cours de cassation a permis de donner un exemple très concret de comparaison d'emplois entre une responsable Ressources humaines (RH) et des services logistiques, un directeur financier et un directeur commercial (TMS contact c/Mme B, 16 juillet 2010). Après un important exercice d'évaluation et de comparaison du contenu de ces emplois et à l'aide des critères d'évaluation des emplois, l'égalité salariale a pu être actée entre la responsable RH, le directeur financier et le directeur commercial.

Bien souvent la sous-valorisation des emplois féminisés vient de l'application biaisée à la fois de la description des emplois, dès la fiche de poste, et de l'évaluation des emplois. Les critères utilisés, certes apparemment neutres, sont en fait source de discrimination salariale pour les métiers très féminisés<sup>79</sup>. Nous renvoyons ici à la notion de discrimination indirecte : « *Constitue une discrimination indirecte une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, susceptible d'entraîner pour un des motifs interdits [ici le sexe], un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition,*

---

<sup>78</sup> Pour connaître cette méthode, voir le guide du Défenseur des droits que nous avons rédigé et déjà cité.

<sup>79</sup> Voir également le Guide du Conseil supérieur à l'égalité professionnelle (2017), *Guide pour la prise en compte de l'égalité entre les femmes et les hommes dans les systèmes de classifications*.

*ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens de réaliser ce but soient nécessaires et appropriés. » (Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008)*

Dans le Guide du Défenseur des droits que nous avons élaboré, nous proposons une approche et des critères pour une évaluation non discriminante des emplois. Cette partie prolonge ce travail par une approche plus individualisée. Il ne s'agit pas de proposer une analyse sexuée des classifications professionnelles mais concrètement, comme dans le cas d'un recours individuel, de comparer le contenu de trois métiers très féminisés du soin et du lien avec trois métiers masculinisés de la même organisation. Les critères utilisés synthétisent les critères les plus couramment utilisés par les méthodes d'évaluation et de cotation des emplois et les critères de la loi Roudy : il s'agit de la qualification requise, de la complexité (et ou technicité dont la « technicité relationnelle », la résolution de problème et l'anticipation, ou encore le caractère multidimensionnel de l'emploi), des responsabilités (dans leur diversité) et des exigences organisationnelles (à la fois physiques, environnementales, émotionnelles ou temporelles).

Ici les sage-femmes seront comparées aux ingénieurs hospitaliers, les assistantes de services sociaux aux techniciens et les aides-soignantes aux ouvriers. Trouver des comparateurs qui acceptent les entretiens a été très compliqué. De ce fait, la méthodologie des comparaisons s'est adaptée aux possibilités concrètes du terrain.

Ainsi, dans la comparaison entre sage-femmes et ingénieurs, les deux métiers sont de niveau hiérarchique et de formation similaire, et le contenu des emplois et les rémunérations ont été comparés. Dans la comparaison entre assistantes sociales et techniciens, la comparaison met en lumière davantage des différences de possibilités de carrière que de rémunérations immédiates. Enfin, dans la comparaison entre aides-soignantes et ouvriers, ceux-ci sont positionnés en-deçà dans la grille hiérarchique du fait du repositionnement récent des aides-soignantes, mais avec de faibles écarts entre ces deux métiers. Les trois cas apportent ainsi des éclairages différents à la fois de la réalité de la sous-valorisation des métiers féminisés et de la mise en application du principe d'un salaire égal pour un travail de valeur égale.

Il est aussi important de souligner que l'étude a été réalisée dans une période de prise en compte par les pouvoirs publics des difficultés de recrutement et des conditions de travail et de salaire dans les secteurs du soin et du lien, en instaurant des « primes Ségur ». Dans le secteur de la santé, les primes ont concerné tous les salaires, donc à la fois les métiers féminisés et masculinisés. Dans le secteur social, seuls les métiers à forte dominante d'accompagnement ont été concernés. Cela peut alors entraîner des conséquences sur notre approche. Soulignons que l'enjeu de la valorisation des emplois féminisés ne semble pas un argument dans cette décision d'augmentation salariale. Il s'agit davantage de résoudre le problème d'attractivité des métiers et de dégradation des conditions de travail mis en évidence pendant la crise sanitaire.

## 1. LES SAGES-FEMMES HOSPITALIER-ES

### 1.1. Présentation du métier de sage-femme

Au XX<sup>e</sup> siècle, une succession de révolutions sociales et de progrès scientifiques va changer considérablement la maternité des femmes et bouleverser la profession de sage-femme. En quelques années, une très grande majorité de sages-femmes va passer d'un exercice libéral au domicile des patientes à un exercice salarié dans les maternités. En effet, au début du XX<sup>e</sup> siècle, les hôpitaux sont destinés aux femmes les plus pauvres qui ne pouvaient accoucher chez elles. Or, les conditions d'hygiène dans les chambres communes des hospices et des hôpitaux sont déplorables. La mortalité maternelle et infantile est importante en raison, notamment, de la fièvre puerpérale. Les pouvoirs publics se préoccupent du taux de la natalité et l'accouchement devient une affaire de santé publique.

Après la Seconde guerre mondiale, en France, grâce aux mesures de prophylaxie, à la création de la Sécurité sociale et à l'extension des allocations familiales, ainsi qu'à l'apparition de la péridurale, les femmes sont incitées à accoucher dans les maternités. Le mode d'exercice des sages-femmes devient majoritairement salarié et les syndicats de défense des intérêts salariés émergent. Le statut de la sage-femme hospitalière fonctionnaire de la fonction publique, qui étaient jusque-là sous statut d'agents publics, est créé par les décrets de 1989. En 1984, la formation s'ouvre aux hommes qui restent toutefois très minoritaires et représentent entre 2 et 3 % des sages-femmes actives.

Petit à petit, les protocoles s'installent pour rationaliser le temps et les prises en charge. Des témoignages de sages-femmes à la retraite montrent que l'on prenait le temps de l'accompagnement des parturientes, par exemple en tricotant à côté des femmes en travail, parfois toute la nuit<sup>80</sup>... Rappelons que dans d'autres pays voisins, l'accouchement n'est pas aussi souvent à l'hôpital comme aux Pays-Bas où la règle est « à domicile si possible, à l'hôpital si nécessaire ». Qui plus est, il y a pratiquement une sage-femme par femme accouchant, notamment en Angleterre. En France, sans favoriser pour autant l'accouchement à la maison, on a progressivement fermé près des deux-tiers des maternités : leur nombre a diminué entre 2000 et 2017, passant de 717 à 496<sup>81</sup>, au prétexte de favoriser la sécurité des accouchements. Mais ceci a renforcé les structures les plus médicalisées, voire technicisées, conduisant à des dérives liées à cette hyper-médicalisation (comme les violences obstétricales). Cela a induit une forte réduction des effectifs, une détérioration des conditions de travail des sages-femmes et une forte baisse de leur disponibilité pour l'accompagnement des parturientes. « *Les protocoles de prévention des risques ont fait dévier l'accompagnement par la sage-*

---

<sup>80</sup> Voir Thomas Catherine (2022), *Sage-femme, gardienne de l'eutocie ? Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, Ères.

<sup>81</sup> Drees (2021), « La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017 », *Études et résultats*, n° 1201, juillet.

*femme vers la surveillance, source de sécurité avant tout médico-légale. L'accompagnement est resté, pour certaines, synonyme de temps et de disponibilité, donc incompatible avec les conditions de travail telles qu'elles ont été imposées avec le regroupement des petites maternités en structures plus grandes. »<sup>82</sup>*

La pratique des sages-femmes s'est vue morcelée par des gestes de plus en plus techniques et par des tâches administratives de plus en plus nombreuses, ce qui les a également contraintes à prendre en charge plusieurs salles de naissance en même temps. Tout ceci se confirme dans l'enquête que nous allons présenter. Aujourd'hui, 98 % des accouchements ont lieu à l'hôpital, autour de 75 % sous péridurale et entre 20 et 25 % par césariennes, avec de grosses disparités selon le type d'établissement. Et surtout, une femme sur quatre n'est pas satisfaite de ces conditions et se sent dépossédée de son accouchement alors qu'il s'agit d'un moment fondateur, essentiel dans un couple et dans la naissance d'une parentalité. Mais la logique sécuritaire peut-elle être compatible avec l'éthique ?

Les sages-femmes manifestent contre cette déshumanisation, contre l'idée de rentabilité et d'efficacité au détriment de l'affect, de l'émotion et parfois même de la bienveillance. Elles dénoncent « *la détérioration de leurs conditions de travail, le manque de temps dédié à l'accompagnement et le poids de la protocolisation de la prise en charge...* »<sup>83</sup>.

Parallèlement, la profession – grâce à l'extension de ses compétences – joue un rôle de plus en plus actif auprès des femmes, pour leur santé génésique. Elles peuvent ainsi assurer le suivi gynécologique de toutes les femmes en bonne santé et notamment leur prescrire une contraception. Cet engagement en faveur de la santé des femmes – mais aussi de leurs droits et de leur choix – s'est également traduit par la possibilité pour les sages-femmes de prescrire des IVG médicamenteuses et depuis peu de réaliser des IVG instrumentales.

Au cours des dernières décennies, les sages-femmes françaises ne se sont pas résignées à devenir les auxiliaires des obstétriciens. Grâce à leurs combats pour leur statut ou pour leurs compétences, elles ont à cœur de rester toujours au plus près de la santé des femmes.

### **1.1.1. Profil des sages-femmes**

Selon la Drees, en hausse constante depuis 2012, avec une dynamique forte jusqu'en 2017, le nombre de sages-femmes s'est stabilisé autour de 23 400 en 2021 (97,3 % de femmes). À l'horizon 2050, il devrait progresser de 27 % par rapport à 2021. En lien avec les récentes extensions de leurs compétences, la profession connaît de plus des mutations quant à son mode d'exercice : les sages-femmes étaient 34 % en 2021 à avoir une activité libérale, cumulée ou non à une activité salariée, contre 20 % en 2002. Si ces tendances se prolongent, la hausse des effectifs de sages-femmes libérales ou mixtes seraient de 70 % à horizon 2050.

---

<sup>82</sup> Thomas C., *op. cit.*, p. 198.

<sup>83</sup> *Idem*, p. 19.

**Tableau 60 : Les sages-femmes au 1<sup>er</sup> janvier 2021 selon le sexe et le statut**

	<b>Ensemble</b>	<b>Libéraux exclusifs</b>	<b>Mixtes</b>	<b>Salariés hospitaliers</b>	<b>Autres salariés</b>
	<b>Nombre</b>				
<b>Ensemble</b>	23 541	5 471	2 458	13 801	1 811
<b>Femme</b>	22 900	5 331	2 372	13 417	1 780
<b>Homme</b>	641	140	86	384	31
Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees					
	<b>Age moyen</b>				
<b>Ensemble</b>	41,5	40,8	39,5	41,7	45,4
<b>Femme</b>	41,7	40,9	39,7	41,8	45,6
<b>Homme</b>	36,3	36,4	35,2	36,7	33,3
Source : <a href="https://Drees.shinyapps.io/demographie-ps/">https://Drees.shinyapps.io/demographie-ps/</a>					

**Lieu d'exercice des sages-femmes salarié es hospitaliers**

<b>Ensemble</b>	<b>Établissement public de santé</b>	<b>Hôpitaux militaires</b>	<b>Établissement privé ESPIC</b>	<b>Établissement privé lucratif</b>	<b>Centres de santé</b>
<b>13 801</b>	10 848	1	616	2 161	49
Source : <a href="https://Drees.shinyapps.io/demographie-ps/">https://Drees.shinyapps.io/demographie-ps/</a>					

### **1.1.2. Des fortes mobilisations récurrentes**

Tout comme les infirmières, cette profession très féminisée s'est fréquemment mobilisée pour dénoncer une non-reconnaissance de ses compétences et exiger des revalorisations. Les sages-femmes ont souvent revendiqué leur forte spécificité par rapport aux voisins européens : « *une profession médicale mais à compétence définie* », selon le Code de la santé publique. Un statut qu'elles partagent avec les chirurgiens-dentistes, profession majoritairement masculine, sans que cela ait le même impact en termes de reconnaissance. A la différence des pays européens voisins, les sages-femmes ne sont pas des « super-infirmières ». Elles appartiennent depuis 1803 (avant les chirurgiens-dentistes) au corps médical, sans en avoir pour autant l'entière indépendance, car elles agissent, sur une partie de leur exercice, sous contrôle des médecins. Finalement, leur autonomie est variable selon la taille et le type d'établissements (secteurs public, associatif ou privé) et selon les relations médecins-sages-femmes. Les sages-femmes souhaitent garder le lien entre autonomie et compétences : à elles, l'entière responsabilité des accouchements « normaux » – soit 80 % des accouchements – y compris et surtout l'accompagnement psychologique, le « relationnel », rarement pris en compte dans leurs missions. A elles de décider si elles font appel ou à un médecin. Mais cette frontière est fragile, car les médecins gardent le pouvoir de décision : « *Autonomie et compétences sont désormais vécues au sein d'une dépendance, ou plutôt d'une interdépendance pas facile à gérer.* »<sup>84</sup>

Dans les années 1988-1989, une importante mobilisation a eu lieu pour défendre leur statut et l'intégration des nombreuses contractuelles. Elles obtiennent ainsi en 1990 d'intégrer la catégorie A de la fonction publique et un nouvel échelon « surveillante-chef » en 1992 pour éviter que dans certains hôpitaux des infirmières soient nommées sur ces postes de surveillance. De même, en 2001, à la suite des décrets dits de « périnatalité » qui définissent les normes en matière de personnel et de locaux, une grève générale et nationale des sages-femmes dénoncera le traitement de plus en plus inhumain des accouchements à l'hôpital géré désormais comme « *une entreprise capitaliste* ». Une coordination des sages-femmes va naître et permettre une grève inédite de 38 jours et une grande mobilisation de 3000 sages-femmes le 20 mars 2001. La manière de faire grève était particulière, car seules les gardes étaient assurées, et non les consultations et le suivi des patientes.

Grâce à cette forte mobilisation, certaines avancées ont été obtenues : en 2002-2003, la première année d'études des sages-femmes se fera en faculté de médecine (PCEM1). Ainsi, les études de sages-femmes passent à bac+5 et le diplôme sera par la suite homologué en master 2 dans la nomenclature européenne. Des revalorisations salariales ont eu lieu pour les sages-femmes libérales par une nouvelle tarification de leurs actes et pour les sages-femmes

---

<sup>84</sup> Knibiehler Yvonne (2016), *Accoucher, Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle*, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique.

hospitalières une revalorisation équivalente à environ 150 € bruts à l'embauche. Des promesses quant à des revalorisations dans le secteur privé ont été faites.

La mobilisation des sages-femmes, avec appel à la grève illimitée en octobre 2013, vise une meilleure reconnaissance de leur profession, leur revalorisation. Il s'agit de rendre visible leur véritable fonction et obtenir une vraie reconnaissance en termes de statut et de rémunération. Mais des divergences se sont manifestées entre les organisations professionnelles, réunies en collectif, et les organisations syndicales : pour le collectif, cette reconnaissance devait passer par un statut hors fonction publique, sur le modèle des praticiens hospitaliers, mais pas pour les organisations syndicales pour qui ce statut serait synonyme de précarité. Le risque était d'obtenir un « sous-statut de praticien hospitalier », de donner l'illusion que les sages-femmes seraient rémunérées et reconnues comme les médecins, avec cinq années d'études (et non les huit de médecine). Après consultation, la majorité des sages-femmes hospitalières a souhaité rester dans la fonction publique. La CGT défend une rénovation du statut, la création d'une filière médicale intégrant les sages-femmes au sein de la fonction publique hospitalière. Elles ont obtenu en partie en mars 2014 : un statut médical spécifique de sages-femmes au sein de la fonction publique. Mais le collectif ne s'estime pas satisfait et continuera une mobilisation pour un statut équivalent à celui des praticiens.

Même avec ce nouveau statut, la bataille ne sera pas achevée : jusqu'en 2017, les sages-femmes auront une rémunération inférieure de 200 € mensuels à celles des ingénieurs, bac+5, comme elles... Désormais, les rémunérations entre sages-femmes et ingénieurs sont proches, à l'entrée (1 800 € nets), mais les déroulements de carrière et le système de primes sont toujours en défaveur des sages-femmes (cf. la comparaison dans la suite). L'existence de deux grades seulement pour les sages-femmes avec de grosses difficultés pour passer à ce second grade, par l'introduction d'un ratio de 11 % seulement, alors que les ingénieurs ont quatre grades, sans ratio pour en limiter le passage. De même, la prime de technicité n'a pas été introduite pour les sages-femmes malgré leur demande.

#### 1.1.2.1. Pour de vraies revalorisations

Tout récemment, les sages-femmes se sont mobilisé-es à maintes reprises en 2020-21 pour dénoncer le peu de prises en compte de leur situation dans le Ségur de la santé auquel elles n'ont pas été associées. Pour la première fois, une intersyndicale s'est créée avec l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF), l'Union nationale des syndicats de sages-femmes (UNSSF) et l'Union fédérale des médecins, ingénieurs, cadres et techniciens de la CGT (Ufmict-CGT). Tous et toutes réclament plus qu'une simple revalorisation salariale mais aussi « une réflexion sur le métier de sage-femme pour permettre de l'attractivité » que ce soit par la création de postes, un renforcement de la formation ou une véritable reconnaissance de leur profession. Du point de vue des rémunérations, la

comparaison avec les ingénieurs hospitaliers est faite à nouveau : pour la présidente de l'ONSSF, comme pour l'Ufmict-CGT, la rémunération des ingénieurs hospitaliers est nettement plus favorable, dès le début de carrière, grâce notamment à des primes de technicité. C'est pourquoi il est demandé une vraie revalorisation de la grille qui démarrerait à 2,3 fois le Smic et irait jusqu'à 4,6 fois le Smic en fin de carrière, dans une grille unique, auquel s'ajouterait une prime d'exercice médical de 240 € mensuels. Cette prime serait équivalente à la prime de technicité pour reconnaître le « caractère médical et les responsabilités, reconnaître également les différents DU suivis ainsi que la revalorisation du travail de nuit, de dimanche et de jours fériés ».

#### 1.1.2.2. Pour des effectifs suffisants

L'autre demande porte sur les effectifs : des situations catastrophiques existent bien souvent, avec par exemple une seule sage-femme pour 20 mamans et bébés, du fait de manque de personnel, et de grosses difficultés de recrutement, car le métier ne fait plus rêver, du fait du stress, des conditions de travail, des contrats précaires et des fins de mois difficiles. Selon Vincent Porteous, l'un des responsables du collectif Sages-femmes de l'Ufmict-CGT, il y a une « *densification du travail, avec des séjours plus courts et une plus grande concentration de patientes du fait de la fermeture de petites maternités* ». Du coup, les horaires sont démentiels, certaines faisant plus de 48 heures par semaine. Le slogan « une femme = une sage-femme » est ainsi repris pour marquer les esprits et mettre fin à des situations difficiles (cas de violences obstétricales ou de maltraitance dans les maternités).

#### 1.1.2.3. Pour une réforme des études plutôt qu'un changement de statut

Si la question du statut des sages-femmes ne fait toujours pas l'unanimité : maintien dans la fonction publique hospitalière (pour l'ONSSF et l'Ufmict-CGT) ; sortie du statut public pour celui « d'agent public » (avec droit d'option pour celles qui ne le veulent pas) au même titre que les médecins et pharmaciens ou dentistes pour l'ONSSF, ce thème n'est plus au centre des discussions. Il s'agit de se centrer sur la création d'une sixième année d'études avec un stage plus approfondi et une thèse d'exercice au lieu du mémoire. Ce principe est désormais acté et devrait voir le jour pour la rentrée 2024.

Un protocole d'accord a été signé en novembre 2021 par trois syndicats (CFDT, FO et Unsa) et non par la CGT et la CFTC et même l'ONSSF, qui jugent ce protocole insuffisant. Il prévoit une revalorisation de 78 € nets de la grille indiciaire, une prime d'exercice médical de 240 €, qui s'ajoutent aux 183 € du Ségur de la Santé, soit un total de 500 € nets affichés qui seraient attribués aux 10 000 sages-femmes en ETP titulaires, également aux 2 500 contractuelles et transposé aux 2 000 sages-femmes des cliniques privées et 1 000 des établissements du secteur privé non lucratif. Mais selon la CGT, ce calcul est fictif : tout d'abord, les 183 € du Ségur de la santé s'applique à tout le personnel et ne sont pas spécifiques aux sages-femmes qui ne l'ont obtenu que grâce à leur lutte. De même, les 78 € de revalorisation ne seront pas

attribuées à toutes les sages-femmes et seront lissés sur toute la carrière. Seuls les 240 € de prime médical sont nouveaux, mais il s'agit d'une prime, non d'une revalorisation

## **1.2. La comparaison des sages-femmes avec les ingénieur·es hospitalier·es**

Pour la comparaison des emplois de sages-femmes, nous avons pris le métier d'ingénieur hospitalier comme comparateur, car il présente un positionnement proche : ces deux corps appartiennent à la catégorie A de la fonction publique hospitalière ; ils sont recrutés au niveau bac+5. L'objet de la comparaison sera d'étudier de près le contenu du travail de ces deux professions, en termes de complexité-technicité, de responsabilités, de contraintes organisationnelles et bien sûr de rémunérations et carrières.

### **1.2.1. Méthodologie**

Pour cela, nous avons procédé à des entretiens au sein d'une maternité d'un hôpital public de l'AP-HP qui comprend 45 sages-femmes et assure 3 600 accouchements par an. Il est de niveau 3 (grossesses à risque, voir tableau). Nous avons rencontré quatre sages-femmes (dont une syndiquée) et nous avons l'intention de faire de même avec des ingénieurs hospitaliers du même établissement. Malheureusement, nous ne sommes pas parvenues à les rencontrer : ils ont tous marqués leur refus de participer à l'étude, faute de temps. C'est pourquoi nous avons rencontré des ingénieurs relevant d'autres hôpitaux, l'un de l'AP-HP également, l'autre d'un CHU de province. Précisons qu'ils sont tous deux syndiqués. Nous avons également fait une étude des référentiels métiers ainsi qu'une analyse des grilles salariales de l'AP-HP des deux professions.

### **3. La classification des maternités :**

Depuis 1999, les maternités sont regroupées en fonction du type de grossesse, la présence d'une unité de néonatalité et de réanimation étant requise dans les niveau II et III :

- **Maternité de niveau 1** : prise en charge des grossesses normales ;
- **Maternité de niveau 2** : prise en charge des grossesses à risque modéré ;
- **Maternité de niveau 3** : prise en charge des grossesses à haut risque.

Tableau 61 : Profil des enquêtés						
Prénom	Service	Diplôme	Age	Ancienneté	Durée du travail	Rémunération totale nette avant impôt (printemps 2022)
<b>Les sages-femmes</b>						
Laura	AP-HP salle de naissance et urgence	Diplôme de sage-femme bac+5, avec 2 années de PCEM1	36 ans	12 ans	Temps complet Horaires décalés	2 500 € + garde supplémentaire 500 €
Marion	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	30 ans	6 ans	<i>Idem</i>	2 360 €
Camille	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	30 ans	2 ans	<i>Idem</i>	2 471 €
Lise	Service consultation prénatale	<i>Idem</i>	55 ans	22 ans	<i>Idem</i>	3 326 €
<b>Les ingénieurs</b>						
Alain	AP-HP-mission Handicap	Master (DESS) Ergonomie	66 ans	22 ans, mais 48 ans à l'AP-HP	Temps complet horaires de jour	3 700 € + logement de fonction
Philippe	CHU – Informatique	Formation IBM – programmation	63 ans	20 ans	idem	4 008 €

## **1.2.2. Le contenu du travail et les rémunérations des sages-femmes**

### **1.2.2.1. Les compétences des sages-femmes**

#### **4. Les compétences des sages-femmes selon le Code la santé publique**

Dotées d'un pouvoir de diagnostic et d'un droit de prescription, les sages-femmes forment une profession médicale à compétences définies. Ainsi, leur champ d'intervention auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le Code de la santé publique.

Contrairement aux paramédicaux, elles peuvent être consultées en accès direct.

La sage-femme assure la surveillance et le suivi médical de la grossesse et propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle peut assurer, en toute indépendance, le suivi de la grossesse, la surveillance du travail et de l'accouchement des femmes en bonne santé.

La sage-femme dispense les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Elle pratique la rééducation périnéo-sphinctérienne liée à l'accouchement.

Au-delà de la période traditionnelle de la grossesse, la sage-femme accompagne également les femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et notamment en prescrivant leur contraception. La sage-femme pratique les actes d'échographie gynécologique.

Elle peut réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans les conditions définies par la loi.

Elle prescrit et pratique les vaccinations auprès de la femme et du nouveau-né dans les conditions définies par décret mais également auprès de toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou qui assurent la garde de l'enfant.

Les sages-femmes assurent un rôle important dans la prévention contre les addictions et notamment en matière de tabacologie. Elles peuvent assurer des consultations en tabacologie auprès des femmes dans le cadre de leur suivi de grossesse ou suivi gynécologique de prévention. Elles sont également habilitées à prescrire des substituts nicotiques aux femmes et à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale.

La sage-femme pratique les actes d'échographie obstétricale systématiques ou de dépistage.

Conformément à l'article L. 4151-1 du Code de la santé publique, les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation. Les sages-femmes participent aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation réalisées avec ou sans tiers donneur ainsi qu'aux activités de don de gamètes et d'accueil d'embryon.

On observe une forte diversité des activités que les sages-femmes peuvent exercer. Mais sur le terrain, les enquêtes existantes<sup>85</sup> montrent qu'il y a en réalité des pratiques très hétérogènes selon les lieux, entre spécialisation – par exemple, seulement l'acte de

---

<sup>85</sup> Charrier Philippe (2011), *Les sages-femmes en France*, rapport de recherche, Université de Lyon.

l'accouchement dans les grandes structures hospitalière de niveau III – et polyvalence. Les sages-femmes rencontrées sont effectivement dans les salles de travail et d'urgence, sauf Lise qui assure la consultation prénatale.

#### 1.2.2.2. L'articulation entre compétences techniques et relationnelles

Le rôle de la sage-femme est à la fois technique, au sens premier du terme, dans le sens d'une intervention médicale de soin, mais aussi relationnelle, dans l'accompagnement.

Ainsi, dès le premier texte définissant le métier de sage-femme (Loi du 17 mai 1943), on évoque les compétences médicales basées sur un savoir technique mais aussi les dimensions relationnelle, pédagogique, de conseil et même d'empathie. Mais ces compétences en termes d'empathie ne sont pas pour autant « innées », « naturelles ». Elles relèvent également d'apprentissage et de l'expérience : l'accompagnement, « *ce n'est pas seulement tenir la main, avec un air compatissant ! C'est un vrai travail. Il y a de l'éducation à la santé, la prévention. Il y a aussi la détection de violences faites aux femmes qui se révèlent souvent lors d'une première grossesse. Cela requiert une vraie technicité* » (sage-femme, délégué CGT Ufmict).

Mais l'évolution de ce métier, singulièrement dans les hôpitaux, conduit au renforcement des actes techniques et à une réduction importante de l'aspect relationnel. C'est ce dont témoigne Laura : « *Quand tu as la charge de trois ou quatre patientes en travail, ce n'est pas vrai que tu les accompagnes correctement. Du coup, tu es obligée de tout médicaliser et tu pousseras à la péridurale, car ainsi, tu assures la sécurité médicale, mais au prix de l'insécurité psychique de la patiente. Tu ne t'occupes plus de son bien-être, de son désir, de ce qu'elle veut ou pas, car si cela prend trop de temps, la sécurité médicale d'une autre patiente en pâtira.* »

#### 1.2.2.3. Entre autonomie et indépendance

Rappelons qu'historiquement, les sages-femmes avaient interdiction d'utiliser des instruments. Cette limitation perdure encore dans les années 1980, lorsque certains médecins s'opposent à ce que les sages-femmes fassent des échographies, acte qu'elles réalisent désormais, ayant la même formation que les médecins pour cela.

La question de cette indépendance relative des sages-femmes est donc centrale. Même en étant encadrées, les sages-femmes gardent une forte autonomie dans la mesure où l'eutocie<sup>86</sup> reste traditionnellement de leur seule compétence. Elles restent aussi maîtresses du recours en cas de problème : « *Appeler un médecin en cas de complication pathologique ne transforme pas leur rôle en rôle de délégué, pourvu qu'elles puissent gérer les accouchements 'normaux'.* »<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> C'est-à-dire les accouchements qui se déroulent normalement.

<sup>87</sup> *Idem*, p. 76.

Pour Laura : « Tant que je reste dans mon domaine de physiologie, le médecin n'a pas à me dire comment je dois m'organiser. Pour moi, c'est une profession indépendante, pas seulement autonome. Quand tu es 'autonome', c'est que tu dépends de quelqu'un qui décide de t'accorder cette autonomie. Nous sages-femmes, nous sommes indépendantes ».

Rappelons ici d'ailleurs que l'exercice médical est un exercice normalement indépendant.

Marion le dit autrement : « En fait, comme on est en niveau III, il y a beaucoup de pathologie, et moi, j'aime beaucoup cela. Par exemple, en service d'explorations fonctionnelles, on suit des grossesses à haut risque, ou dans des cas d'urgence, on commence les examens, sans le médecin. C'est à nous de décider si on l'appelle ou pas. Le médecin ne voit pas la dame tant qu'on ne l'a pas appelé... Cela dépend des sages-femmes. Les plus anciennes ont l'habitude. Elles vont prélever les bilans avant que le médecin valide. Il arrive que l'on donne même certains médicaments avant que le médecin arrive, alors que l'on n'a pas droit de les prescrire, par exemple, les antihypertenseurs. Si le médecin est pris pour une césarienne, il arrive que l'on dépasse nos compétences et que l'on donne le médicament avant la prescription. D'ailleurs, souvent l'infirmière apporte le médicament sans qu'on lui demande ! Mais on ne le fait que parce qu'on est sûre de nous ! On ne prend aucun risque ni pour la patiente ni pour nous. On fait signer après par le médecin. » Ou encore : « Nous on a beaucoup de pathologies. On sait que les médecins sont là, mais ils ne sont pas sur notre dos. Si on ne les appelle pas, ils ne viendront pas, sauf dans le service de grossesse à haut risque où il y a un médecin avec nous toute la journée... »

Pour Camille : « Nous sages-femmes, on a un côté intermédiaire, en étant une profession médicale (avec seulement les médecins et dentistes), mais on a des restrictions et à partir du moment où on sort de la physiologie et que l'on bascule dans la pathologie, normalement, c'est au médecin de prendre la suite. Mais du fait de nos droits à prescription et nos connaissances, en réalité, on lance des examens, et en fonction des résultats, on contacte ou non le médecin... Ce n'est pas vraiment un glissement de tâches, car en fait, on n'a pas de fiche de poste précise comme les professions paramédicales. On est un peu entre les deux... Pour les grossesses à risque, on voulait justement avoir une fiche de poste, pour savoir où nous situer, car si on appelle trop tôt le médecin, on peut se faire 'cueillir' et si c'est trop tard, on peut nous reprocher de prendre trop d'initiatives. Mais on nous a répondu qu'en tant que profession médicale, on n'avait pas besoin de nous cadrer ».

#### 1.2.2.4. Disponibilité permanente, tension

Pour Marion : « Nous sommes constamment les yeux rivés sur des écrans, où l'on a les monitorings des bébés et des mamans, une vingtaine en tout, entre les sept salles d'accouchement, les quatre de pré-partum et les deux blocs, plus les monitorings aux urgences... Quoi qu'on fasse, on les regarde, sauf dans les toilettes, mais ils seraient capables dans mettre aussi ! » « C'est un cercle infernal : on a à peine le temps de faire un tour auprès

*de chaque parturiente, quand on en a trois en même temps ! On ne peut passer qu'une fois par heure et encore... »*

#### 1.2.2.5. Gestion administrative et « bed managing »

Toutes les sages-femmes rencontrées évoquent le temps de plus en plus chronophage passé à la « paperasse ». Ce temps est estimé entre trois-quarts d'heure à une heure après chaque accouchement. Selon Laura, *« il faut noter dans chaque dossier de patiente ce que l'on a fait. En fait, tu es tout le temps en train de te dire : 'Est-ce que j'ai laissé une trace de mon activité ? De ce que j'ai fait ?' Quand, par exemple, tu appelles le médecin, tu lui dis : 'Il faudrait que tu viennes parce que ça ne va pas...', et que lui ne vient pas et qu'après il dit : 'Mais, moi, tu ne m'as jamais appelé, je n'étais pas au courant', et qu'il y a un problème derrière, si tu n'as pas écrit : 'A telle heure, j'ai appelé le médecin et en fait, il est arrivé à telle heure', là, on peut te le reprocher parce que, après, c'est parole contre parole. Après, là où ça se rajoute de plus en plus, c'est qu'on a chez nous, et de la paperasse écrite et de la paperasse ordinateur. Du coup, parfois, on retranscrit plusieurs fois la même chose. Ce qui n'était pas à nous de le faire, par exemple, c'est coter l'activité. Quand je fais un accouchement, je dis : 'Je cote l'activité que j'ai faite. J'ai fait un accouchement. Il y a eu une péri, il y a eu une suture, il y a eu une extraction', et donc, l'hôpital gagne des sous. Ça, pour le coup, c'est un travail purement administratif ! Ça pourrait complètement être retiré de ma partie ! »*

Pour Marion : *« Comme on a beaucoup de problèmes de lits, on fait du bed managing en permanence : la question qui revient c'est : 'Tu la mets où ?' Cela prend un temps phénoménal et on n'aime pas ça, car ce n'est pas notre métier ! Mais il y a des tensions permanentes là-dessus avec des embrouilles entre l'infirmière qui veut 'caser' les dames de la nuit, le médecin ou nous qui voulons avancer le programme (des rendez-vous programmés pour un déclenchement ou une césarienne) ... Tout ceci est lié au manque de personnel mais aussi au manque de place ! »*

#### 1.2.2.6. Responsabilités sur des équipes, des personnes

Le travail est réalisé en équipe, avec beaucoup d'entre-aide, d'échanges entre collègues. Les 45 sages-femmes de cet hôpital sont très soudées et gèrent beaucoup par elles-mêmes, comme les absences, qui sont autogérées : il n'y a pas d'équipe volante ; c'est à elles d'assurer les absences. Mais il y a aussi l'encadrement, la supervision des étudiant·es sages-femmes ou de médecine et en partie la gestion de l'équipe des soignant·es (infirmier·es et aides-soignant·es).

### 1.2.2.7. Exigences organisationnelles

#### *a. Exigences physiques et émotionnelles*

La gestion du stress est essentielle, car il y a régulièrement des cas d'urgence, la nécessité de réanimer un bébé né en état de mort apparente. Savoir gérer le deuil, pouvoir laisser de côté sa situation personnelle... Et c'est en même temps un métier très physique. Marion : « *On est toujours à courir partout. On ne mange pas. On ne fait pas pipi quand on en a envie... En plus, il y a des problèmes de posture, des maux de dos : il faut parfois accoucher des dames, accroupie par terre* » ... Marion note que le fait de travailler de nuit la fait énormément grossir.

Camille : « *C'est un métier qu'il est difficile de ne pas ramener à la maison quand ça se passe mal... On a une responsabilité de vie ou de mort ! La naissance, c'est tout de même un moment où finalement, la vie et la mort sont très proches ! En moyenne, tous les 15 jours, on accouche d'un enfant mort-né. On demande si les parents veulent voir leur enfant. On doit le préparer pour qu'il soit le plus présentable. C'est très dur. Et lorsque les parents le prennent, évidemment, il y a énormément d'émotion, la décharge émotionnelle que l'on se prend est énorme et on ne doit pas craquer devant eux. Il faut être blindée... On fait un métier 'pour la vie' et on est parfois en contact avec des fœtus morts ! Là, on se retient, et on se lâche en sortant, avec nos collègues. »*

Pour Lise : « *On pense que sage-femme, c'est le plus beau métier du monde : vous tenez la vie. Mais on est confronté souvent à la mort et pour un nouveau-né, c'est tabou dans notre société, car on doit mourir vieux ! C'est très difficile à gérer, car cela ne sert à rien de pleurer avec la patiente ! Cela a forcément un impact sur nos vies personnelles et cela nécessite beaucoup d'expérience pour arriver à gérer cela, notamment par exemple dans un service prénatal, où il y a un accouchement physiologique pour cinq interruptions médicales de grossesse... » ; « *On a très souvent peur d'être passée à côté d'un problème, de ne pas avoir fait tout ce qu'il fallait, et d'avoir le sentiment de mal faire son travail parce que l'on n'a pas le temps... C'est récurrent. »**

#### *b. Contraintes horaires*

Pour toutes les sages-femmes rencontrées, le fait d'alterner travail de jour et de nuit est une très forte contrainte qui génère des troubles du sommeil. La difficulté d'avoir suffisamment tôt les plannings pour organiser sa vie personnelle est aussi évoquée, d'autant que l'absence d'équipe volante assurant les remplacements génère des gardes supplémentaires à assurer au sein de l'équipe.

Paradoxalement, travailler douze heures d'affilées ne semble pas poser de problème, même si les plus anciennes trouvaient le système de garde de 24 heures plus facile à gérer et moins fatigant, avec la possibilité de dormir quelques heures pendant le service. Pour Marion : « *Cela peut apparaître dur de travailler sur 12 h, mais on préfère, car il suffit de faire deux jours*

*et une nuit par semaine, on a donc beaucoup de journées de libres... Et puis, normalement, on peut suivre du début à la fin un accouchement sur 12 h. »*

Toutes notent que le respect des horaires est impossible : *« Si on est en train d'accoucher une patiente, c'est clair que l'on ne va pas partir à l'heure ! C'est très fréquent de dépasser d'une demi-heure à une heure sans que ce soit comptée en heures supplémentaires. »*

### *c. Accompagnement face au stress*

Il n'y a pas d'accompagnement formel prévu, mais au cas par cas, il arrive que face à une situation de deuil difficile, il y ait un retour sur situation, avec parfois l'accompagnement de la psychologue du service dédiée aux patientes, mais le plus souvent, cela se passe de façon informelle, entre collègues.

#### 1.2.2.8. Reconnaissance professionnelle

Marion : *« Les gens ne savent pas ce que font les sages-femmes, surtout s'ils n'ont pas eu d'enfant. Ou alors, ils ne voient que l'accouchement, pas les autres activités que l'on réalise comme le suivi de grossesse ou l'examen pédiatrique. Ils sont souvent surpris de tout ce que l'on fait. La reconnaissance passe par le salaire et on attend de nouvelles revalorisations, mais j'attends de voir. Je pense que ce sera que des primes... Je savais en faisant ce métier que je ne serai pas riche, mais je vois que mon conjoint, professeur d'école, est encore moins revalorisé... »* Ou encore pour Lise : *« C'est un métier magnifique mais il ne faut pas le faire pour l'argent ni pour la reconnaissance. Si on a trop d'égo, pas la peine. C'est toujours un métier de femmes, sous la tutelle des médecins, qui ne veulent pas lâcher ! Mais c'est encore pire dans le privé, car là les médecins interviennent systématiquement puisqu'ils sont payés à l'acte ! »*

#### 1.2.2.9. Rémunération

Trois des sages-femmes rencontrées sont dans le grade 1. Leur salaire de base correspond à la grille salariale de l'AP-HP (cf. le tableau ci-dessous). Selon leur ancienneté, elles ont un traitement de base de 2 360 à 2 471 €. Elles font régulièrement des gardes supplémentaires de nuit ou de week-end qui peuvent rapporter entre 150 et 300 € nets. Seule Lise gagne 3 326 € nets, car elle a réussi à passer au grade 2 : *« J'étais bloquée au dernier échelon du grade 1 pendant cinq ans, sans perspective. Donc, j'ai pu passer en grade 2 pour évoluer. Mais à ce moment-là, c'était beaucoup plus facile et on passait en grade 2 à l'ancienneté. Depuis, ils appliquent des barèmes et c'est devenu très difficile de passer. Cela dépend aussi des maternités. Souvent, il faut justifier d'une activité supplémentaire ou de diplôme comme un doctorat. Je trouve inadmissible que désormais ma collègue qui fait le même travail que moi ne puisse pas passer au grade 2. J'ai honte de leur dire ce que je gagne... Je pense que mon salaire est justifié. Ce n'est pas si énorme d'autant qu'il y a des primes que je ne verrai pas à la*

*retraite (une collègue dans une situation analogue vient de partir et elle touche 2 000 € de pension). Mais je pense que mes collègues devraient gagner autant ! »*

La revalorisation salariale est donc leur priorité absolue, avec la création d'emplois. Pour Marion, c'est avant tout le salaire et par ricochet, la question du manque de personnel : « *Mais le personnel ne viendra pas tant qu'on aura de faibles salaires. En fait, dans nos métiers, on donne beaucoup de soi et on a tendance à estimer que ce n'est pas grave si on gagne peu. Il n'y a aucun confort à travailler à l'hôpital. Travailler de nuit et de week-end... c'est très dur. J'ai conscience que je fais partie des gens riches, et qu'un salaire de 3 000 € serait trop demandé, mais en même temps, ce serait mérité.* » Pour Camille, en plus du salaire, ce sont les conditions de travail qui doivent être révisées : « *L'hôpital fonctionne avec la T2A et cela ne marche pas. On est face à l'humain et on nous demande de faire du chiffre. Cela ne marche pas du tout.* »

### **1.2.3. Le contenu du travail et les rémunérations des ingénieurs hospitaliers**

Le corps des ingénieurs hospitaliers fait partie de la filière technique supérieure d'encadrement et d'expertise des hôpitaux. Il comprend quatre grades : ingénieur hospitalier (dix échelons), ingénieur principal (neuf échelons), ingénieur en chef de classe normale (dix échelons) et de classe exceptionnelle (sept échelons). Il comprend également l'emploi fonction d'ingénieur général (trois échelons).

#### **1.2.3.1. Les missions**

Leurs fonctions relèvent principalement des domaines de l'ingénierie, de l'architecture, de l'appareillage biomédical, de l'informatique ou encore de la prévention et gestion des risques, ou de la gestion des infrastructures et des réseaux. Selon la DRH de l'AP-HP, « *ils dirigent, coordonnent et contrôlent les diverses activités des services techniques* ». Concrètement, « *ils réalisent des études, mettent au point des projets, élaborent et gèrent des programmes, participent au choix et à l'installation des équipements, assurent la maintenance des matériels et l'entretien des bâtiments* ». Ils peuvent également conseiller des agents qui utilisent les matériels et équipements. Ils dirigent les personnels placés sous leur autorité et assurent leur formation technique. Selon la DRH, tous les ingénieurs ont une reconnaissance de compétences managériales : « *Ils assurent des missions de conception et d'encadrement. (...) Ils sont chargés de la gestion d'un service technique ou d'une partie de service* ». S'ajoute pour les ingénieurs en chef : « *Ils ont vocation à diriger ou à coordonner les activités de plusieurs services ou groupes de service.* »

L'accès au corps d'ingénieur hospitalier passe par deux voies :

- Concours externe : diplôme d'ingénieur, d'architecte ou tout autre diplôme scientifique ou technique d'un niveau au moins égal à bac+5 ;

- Accès au corps pour les techniciens supérieurs : par examen professionnel pour les techniciens ayant au moins huit ans de service ou au choix pour les techniciens de grade technicien principal de 1<sup>ère</sup> classe avec huit ans de service.

Les deux ingénieurs rencontrés ont des parcours atypiques et ne sont pas entrés dans la fonction publique par le concours externe : Alain est rentré sans diplôme, en catégorie D ; il a suivi des formations au sein de la filière Santé, puis un DU et un DESS (master 1) en ergonomie. Il a pu passer et réussir alors le concours d'ingénieur ergonomiste dans les années 2000.

Philippe, ingénieur informaticien, a été formé par IBM pour la programmation informatique dans les années 80. Puis il intègre l'hôpital en tant que technicien à la fois de développement et sur le système en informatique, mais sur un statut d'informaticien local, qui sera abandonné dans les années 2000. Il intègre en 2012 le statut d'ingénieur en tant que chef de projet.

#### 1.2.3.2. Technicité – complexité du travail

L'ingénieur informaticien, Philippe, explique que son activité principale consiste à surveiller les serveurs, à assurer les nouvelles installations de serveurs et à en assurer la maintenance. Mais ce qui est le plus difficile est de gérer des situations de panne, imprévisibles : « *Je suis en aide des équipes sur une technologie particulière Linux et je suis en dépannage de dernier niveau, sur tout ce qui est système libre.* » Une vingtaine d'informaticiens interviennent pour un hôpital de 3 216 salariés, médecins compris.

La résolution de problème est le cœur de son travail qui selon lui fait appel surtout à de la curiosité, à la capacité de se mobiliser dans un temps réduit pour résoudre le plus vite possible le problème. Les interruptions sont fréquentes pour régler un incident, en laissant de côté un projet, la mise en place d'une nouvelle solution qui pourra attendre. De ce fait, certaines pannes peuvent être graves, générales et être une priorité absolue : « *En tant que responsable au niveau du système, quand il y a une panne, il n'y a pas d'heures. Si on doit rester toute la nuit, on restera.* »

Il y a une forte autonomie dans son travail, car il a une mission spécifique transversale.

#### 1.2.3.3. Les responsabilités

L'ingénieur ergonomiste, Alain, n'encadre pas d'équipe et il reconnaît que « *tous les ingénieurs n'encadrent pas forcément des équipes. Ce sont surtout les ingénieurs responsables de services techniques qui encadrent. Quelques ingénieurs biomédicaux peuvent avoir des techniciens supérieurs sous leurs ordres. Les ingénieurs travaux ont des responsabilités sur des chantiers, mais ils travaillent avec des entreprises extérieures et souvent, ils négligent les risques et font peu de prévention* ».

Quant à Philippe, il a eu par le passé une équipe à encadrer, mais il a choisi depuis longtemps d'avoir une mission plutôt de conseil, qui ne nécessite pas d'encadrer, ni de prendre des décisions, mais de faire des propositions.

#### 1.2.3.4. Contraintes organisationnelles

Beaucoup d'ingénieurs sont au forfait et ne « comptent » pas vraiment leurs heures. Ils ont des missions à réaliser, travaillent sur des projets... Mais la majorité travaille sur des horaires de journée de 7 ou 8 h à 17 ou 18 h, sans nuit ni week-ends (sauf à être d'astreinte, sur la base du volontariat dans l'hôpital de Philippe, ingénieur informatique).

Qui plus est, Alain assure des gardes de week-end et certaines nuits, en échange d'un logement de fonction à Paris : 46 nuits par an et jusqu'à sept week-ends par an. Ces gardes concernent tous les problèmes techniques, les relations avec la police, les pompiers (départ de feu) ou encore avec certains patients ou famille en cas de décès... Il peut être dérangé à n'importe quel moment sur ces plages horaires...

Selon Philippe, « *lorsque l'on n'arrive pas à résoudre un problème, on y pense même la nuit. On n'est pas toujours capables de savoir combien de temps cela prendra, et on peut finir sa journée sans solution, avec ce sentiment d'échec. Mais pour moi, c'est comme un 'challenge' à régler !* »

#### 1.2.3.5. Rémunérations

L'ingénieur Alain, en fin de carrière (échelon 7 grade 2, 48 ans d'activité) : 4 171 € nets dont 471 € pour l'avantage logement, soit 3 700 € nets et un appartement de 100 m<sup>2</sup> dans Paris.

Philippe est au dernier échelon du grade d'ingénieur de classe exceptionnelle (le plus haut grade en dehors de l'ingénieur général). Il gagne 4 008 € nets mensuels. Il a une prime de technicité de seulement 21 % – et non les 30 % généralement appliqués – et il a fait un recours gracieux, car selon lui c'est parce qu'il est responsable syndical.

#### 1.2.3.6. Points de vue sur la comparaison entre les sages-femmes et les ingénieurs

Pour Lise, sage-femme : « *Je pense que si on compare avec des diplômés bac+5 par exemple des écoles d'ingénieur, l'écart en leur faveur ne se justifie pas : on a tout de même des responsabilités sur des humains qui sont énormes ! A chaque fois, deux vies entre nos mains ! Je ne suis pas sûre qu'un ingénieur hospitalier puisse risquer d'aller au pénal en cas d'erreur, comme nous ! Les ingénieurs hospitaliers ont un nettement meilleur déroulement de carrière, et beaucoup ont des logements de fonction, en région parisienne. C'est appréciable. Et puis, même s'ils ont des astreintes, ils ne sont pas dérangés tous les jours, alors que nous, d'un point de vue des horaires, on dépasse tout le temps. Par exemple, une de mes patientes de la consultation a accouché, je suis restée bien plus tard pour la suivre ! C'est normal mais pas*

*payé ! On a aussi du travail à la maison, quand on fait un cours, quand on a une réunion à préparer ou pour répondre aux mails... »*

Et pour Philippe : *« Nous ingénieurs, on est très bien payé par rapport aux sages-femmes qui ont un travail bien plus compliqué, même si c'est difficile de comparer. Nous, quand on a un problème sur un ordinateur, même s'il y a une panne générale comme à l'hôpital de Dax qui a perdu pendant un temps toutes ses données, notre risque direct vis-à-vis de la vie des gens n'est pas impliqué. Il y a une grosse différence qui n'est pas reconnue. J'estime que les sages-femmes devraient être nettement mieux payées. Si une machine est morte, ce n'est pas grave. Si c'est un enfant, ça l'est beaucoup plus. J'estime que leur responsabilité est largement supérieure à la mienne. »*

#### 1.2.3.7. Synthèse de la comparaison sage-femme et ingénieur

**Les qualifications** : les sages-femmes relèvent d'un métier réglementé par un diplôme d'État de niveau bac+5, alors que les ingénieurs peuvent être recrutés sur des diplômes universitaires (de même niveau que le diplôme de sage-femme) mais non réglementés. Mais en plus, la possibilité d'accéder à un emploi d'ingénieur par la voie interne, c'est-à-dire en tant que techniciens supérieurs, est réelle, comme nous l'avons vu pour l'ingénieur Alain, entré dans la fonction publique hospitalière dans l'ancienne catégorie D, il y a 48 ans, et qui a suivi des formations (jusqu'au niveau master en ergonomie) dans les années 2000, puis réussi le concours d'ingénieur. Certes, désormais cet accès est de plus en plus difficile, mais il existe encore.

**La technicité et complexité du travail** : du côté des sages-femmes, nous avons insisté sur leur rôle à la fois technique, dans le sens d'une intervention médicale de soin, mais aussi dans l'accompagnement, dans la dimension relationnelle, humaine du soin. Avec la médicalisation de l'accouchement, les réductions d'effectifs, la part technique croît au détriment de l'accompagnement, mais toutes les sages-femmes témoignent de leur volonté de maintenir cette part d'accompagnement, coûte que coûte : *« Si cette patiente a besoin d'une heure, je vais tout faire pour lui donner du temps que je n'ai pas. »*

**Responsabilités** : les ingénieurs ont effectivement parmi leurs missions, l'encadrement d'équipes d'ouvriers ou de techniciens. C'est d'ailleurs ce qui justifie principalement leur rémunération. Mais ce n'est pas le cas de tous, comme le montrent les ingénieurs rencontrés. Par ailleurs, la coordination, la supervision, voire l'encadrement d'un service sont fréquents chez les sages-femmes, même si cela n'est pas reconnu dans leur mission : auprès des étudiant.es sages-femmes mais aussi en médecine ; auprès du personnel paramédical (infirmier-es et aides-soignant-es). Certes, le rôle des médecins assurant les situations pathologiques est essentiel, mais d'après notre enquête, l'indépendance et l'autonomie relative des sages-femmes sont importantes. De plus, la responsabilité sur des vies humaines (deux vies à chaque naissance) est considérable. Le risque d'être poursuivi-e au pénal en cas

d'erreur médicale est évoquée par toutes les sages-femmes : même si l'hôpital les protège, il arrive qu'elles soient convoquées par l'ordre des sages-femmes ou la justice en cas de plainte...

**Les exigences organisationnelles** : les sages-femmes décrivent une « course au temps » permanente. En termes de contraintes horaires, les sages-femmes travaillent en horaires décalés, alternance jours et nuit, avec des amplitudes horaires de 12 heures, tandis que les ingénieurs sont dans leur grande majorité en horaire de journée, à l'exception des gardes assurées ou astreintes. Les contraintes physiques sont globalement plus difficiles pour les sages-femmes : problème de dos, cystites et troubles du sommeil sont très fréquents. Enfin, la charge émotionnelle qui s'ajoute à ces contraintes physiques est considérable du côté des sages-femmes : gestion du stress face aux urgences, accoucher des mort-nés, gestion du deuil...

**Les rémunérations** : si l'on compare les rémunérations parmi les exemples retenus, à ancienneté proche, l'écart reste en faveur des ingénieurs : avec plus de 20 ans d'ancienneté, Lise gagne environ 400 € de moins que les ingénieurs rencontrés. Seules les gardes supplémentaires des sages-femmes peuvent leur permettre d'atteindre et de dépasser 3 000 € mensuelles, au détriment de leur santé...

Au niveau des traitements indiciaires, rappelons que jusqu'en 2017, les sages-femmes étaient payées 200 € de moins que les ingénieurs hospitaliers au recrutement. Depuis, le traitement indiciaire (net mensuel) à l'embauche est proche : il y a seulement 40 € d'écart toujours en faveur des ingénieurs si on compare les grade 1 pour chaque corps.

Toujours pour ce grade 1, mais prenant en compte le déroulement de carrière, à l'échelon 10 (nécessitant 23 ans d'ancienneté pour les sages-femmes grade 1 et 25,5 ans pour les ingénieurs hospitalier), l'écart est alors de 422,4 € en faveur des ingénieurs (cf. tableau ci-après). Mais ici, nous avons estimé la prime de technicité des ingénieurs seulement à 30 % alors qu'elle peut atteindre 45 %. Avec le taux de 45 %, l'écart est alors de 422,4 € + 473,1 € = 895,5 €

De plus, les sages-femmes n'ont que deux grades et le passage en grade 2 reste très difficile, tandis que les techniciens ont quatre grades (auquel s'ajoute l'emploi fonctionnel d'ingénieur général). On voit dans le tableau, qu'au grade 2, l'écart entre les deux corps est de 485,5 € (et jusqu'à 1 062,8 €, si la prime de technicité est de 45 %). L'accès au grade d'ingénieur en chef de classe exceptionnelle en fin de carrière offre une rémunération nette de 5 589 € à laquelle peut s'ajouter 750 € si la prime de technicité est de 45 %, soit une rémunération nette mensuelle de 6339 €.

Certes, le protocole d'accord signé en novembre 2021 devrait permettre une amélioration de la situation des sages-femmes. Mais parler de 500 € nets d'augmentation est faux : tout

d'abord le Ségur de la santé (complément de traitement) est déjà intégré et il s'applique aussi aux ingénieurs. Par ailleurs, seulement 78 € devrait être une revalorisation de la rémunération par une révision indiciaire (21 points d'indice supplémentaires). Le reste correspond à une nouvelle prime d'environ 240 €. Au total, si toutes ces revalorisations étaient réelles, à l'embauche, les sages-femmes seraient légèrement gagnantes par rapport aux ingénieurs, mais ce ne serait pas le cas en fin de carrière : en fin de grade 1, l'écart actuel en faveur des ingénieurs de 422,4 à 895,5 € (prime de technicité à 45 %) serait entre 104,4 et 577,5 €, toujours en faveur des ingénieurs.

<b>Tableau 62 : Comparaison des rémunérations nettes mensuelles</b> <b>Grille indiciaire de l'AP-HP – 2022</b>	
<b>Rémunération nette mensuelle des sages-femmes :</b> Comprenant l'indemnité de résidence, de sujétion, le complément de traitement (Ségur), la prime infirmière.	<b>Rémunération nette mensuelle des ingénieurs :</b> Comprenant l'indemnité de résidence, le complément de traitement (Ségur) et la prime de technicité fixée à 30 % ( <b>mais pouvant atteindre 45 % du traitement de base</b> )
<b>Grade 1 :</b> De l'échelon 1 : <b>2 116,22 €</b> à l'échelon 10 (23 ans d'ancienneté dans le grade) : <b>3 169,10 €</b>	<b>Grade 1</b> (ingénieur hospitalier) : De l'échelon 1 : <b>2 156,25 €</b> à l'échelon 10 (25,5 ans d'ancienneté dans le grade) : <b>3 591,48 €</b>
<b>Grade 2 :</b> De l'échelon 1 : <b>2 692,83 €</b> à l'échelon 10 (26 ans d'ancienneté) : <b>3 856,59 €</b>	<b>Grade 2</b> (ingénieur principal) : De l'échelon 1 : <b>2 810,47 €</b> à l'échelon 9 (20,5 ans d'ancienneté) : <b>4 342,06 €</b>
	<b>Grade 3</b> (ingénieur en chef en classe normale) : De l'échelon 1 : <b>2 227,26 €</b> à l'échelon 10 (21 ans d'ancienneté) : <b>4 194,99 €</b>
	<b>Grade 4</b> (ingénieur en chef classe exceptionnelle) : De l'échelon 1 : <b>3 363,26 €</b> à l'échelon 7 (hors échelle B3 avec 15,5 ans d'ancienneté) : <b>5 589,62 €</b>

## 2. LES ASSISTANT·ES DE SERVICE SOCIAL

### 2.1. Présentation du métier d'assistant·e de service social

Les assistant·es de service social font partie des 14 professions relevant du « travail social », défini par le Code de l'action sociale et des familles (décret n° 2017-877 du 6 mai 2017) comme le travail qui «  *vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation des personnes, le travail social contribue à promouvoir, par des approches individuelles et collectives, le changement social, le développement social et la cohésion de la société. Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement* ».

#### 2.1.1. Histoire d'une profession ultra féminisée

Avant la Seconde guerre mondiale et pendant la période de Vichy, on a souvent associé cette profession à des qualités dites « féminines » : douceur, discrétion, bonté, générosité... Pour de nombreuses assistant·es de service social, l'origine de cette profession correspondait à l'action des dames de l'aristocratie et de la grande bourgeoisie visant à moraliser la classe ouvrière à travers leurs « bonnes œuvres sociales ». Or l'Association nationale des assistantes sociales (ANAS) a de fait rejeté cette assimilation des assistant·es de service social aux activités domestiques spécifiques aux femmes, compatibles avec leurs « qualités naturelles ». La revendication de compétence, de qualité de la formation, de perfectionnement au cours de la carrière professionnelle, en vue de démontrer la professionnalisation des assistant·es de service social, va dans ce sens. Le « bon cœur » et la « bonne volonté » – apanage, selon les représentations dominantes, des femmes – ne peuvent constituer les fondations sur lesquelles se construit une profession.

Il est vrai cependant que ce métier est marqué par cette forte féminisation et s'inscrit dans une tradition féminine, du fait de ses origines bénévoles et caritatives. C'est encore un « métier de femmes » parce que les pionnières sont des femmes parce que la référence à la « bonne mère de famille » est encore présente, et parce que ce métier est peu reconnu.

Mais d'importantes mutations ont vu le jour dans le courant des années 1970-1990. Tout d'abord, les missions se sont complexifiées, exigeant une polyvalence importante, les crises économiques et sociales se traduisant par une explosion des demandes sociales souvent sans réponses toujours adaptées. Les tâches administratives ont augmenté, prenant le pas sur le temps dédié aux contacts avec les populations. Par ailleurs, le profil des assistant·es de service social a évolué : la part des diplômé·es issu·es de milieu populaire a augmenté, se traduisant

par un « recul de l'idéologie vocationnelle » des assistant·es de service social<sup>88</sup>, renforcé par l'ouverture de la formation aux Sciences humaines pour une meilleure prise en compte des réalités sociales des publics.

### **2.1.2. La lutte pour la reconnaissance du diplôme au niveau bac+3 et du passage en catégorie A de la fonction publique**

Comme les infirmier·es, mais de façon moins connue, les assistant·es de service social se sont battues durant trois ans, au début des années 1990, pour faire reconnaître la troisième année de leur diplôme : ce diplôme d'État a été en effet homologué au niveau III du RNCP (bac+2) en 1989 alors qu'il s'agit de trois années d'étude.

Dans un ouvrage de l'ANAS<sup>89</sup> retraçant cette lutte exemplaire, on peut lire : « *Ces professionnels ont su mener pendant trois ans une mobilisation exemplaire, multiforme, inventive, tant au niveau local que national, tantôt dans la négociation, tantôt dans l'affrontement et les actions d'éclat.* » (p. 17) Pour toutes celles et tous ceux qui se mobiliseront alors, il ne s'agit pas seulement d'obtenir cette homologation, mais de se battre aussi pour les conditions de travail, le manque d'effectifs et les salaires, car comme il est dit par la Coordination nationale des collectifs des assistant·es de service social (Concass), « *en ne reconnaissant pas notre diplôme à sa juste valeur, on en arrive à la non-reconnaissance de la profession* ».

Des grèves, des journées d'action vont se développer durant ces années. Parmi les paroles d'assistant·es de service social en lutte, on peut lire : « *Être assistant·es de service social n'est pas un sacerdoce mais un métier.* » Elles veulent être reconnues comme des « *techniciens compétents et de simples exécutants de la politique sociale* » (rédigé au masculin). Se joue en effet la définition même de leur mission : pour justifier la non-reconnaissance de la troisième année d'études des ASS, le décret d'homologation du diplôme donnait une vision restrictive des assistant·es de service social, ce qui a mis le feu aux poudres. Il était en effet écrit que les assistant·es de service social « *instruisent les décisions aux prestations et aux aides* », autrement dit, un travail d'exécution, la simple mise en œuvre de politiques sociales, en niant leur apport au « mieux-être des populations », leurs responsabilités et compétences en matière d'évaluation des situations, voire une contribution à l'élaboration des politiques sociales. L'ANAS rappelle qu'il ne s'agit pas simplement de distribuer des « médicaments sociaux » mais d'abord d'entendre l'autre, la personne ou le groupe dans sa demande singulière afin qu'il puisse faire face à ce qui lui manque en utilisant les ressources sociales disponibles, pour retrouver ou conserver sa propre autonomie. Et c'est alors seulement que le/la professionnel·le fera appel à telle ou telle mesure... Par ailleurs, tout au long de ce conflit,

---

<sup>88</sup> Selon l'expression de Morand Giselle (1992), *Identité professionnelle et formation permanente des assistantes sociales*, Bayard Éditions.

<sup>89</sup> De Robertis Christina (2021), *Assistants sociaux en lutte, 1990-1992. Le succès trente ans après !*, ANAS.

il sera rappelé que la Directive européenne d'homologation des diplômes a été ratifiée par la France et prévoit comme partout en Europe d'homologuer ce diplôme bac+3 et non bac+2.

La sociologue Josette Trat a également étudié cette mobilisation<sup>90</sup>. Elle s'inscrit selon elle dans l'histoire de ces professions féminisées et non reconnues, et dans un mouvement mixte à « hégémonie féminine » selon l'expression de Danièle Kergoat à propos des infirmières : les hommes assistants de service social minoritaires ont pu trouver leur place dans cette lutte, sans en prendre la tête, mais elle dénonce au moment de cette lutte des années 1990, la volonté de la coordination d'utiliser le masculin neutre : les « assistants du secteur social » pour rompre justement avec l'image des « dames de charité » de ce métier et lui donner une plus grande légitimité en utilisant le masculin<sup>91</sup>...

A la suite de ce conflit important, Pierre Bourdieu publie un entretien dans *Le Monde* du 14 janvier 1992 où il évoque la « *main gauche de l'État* » constituée des personnels investis dans le service public aux citoyens, et la « *main droite de l'État* », soit la haute administration, la finance et les politiques : « *Tous ceux que l'on appelle 'les travailleurs sociaux' : assistantes sociales, éducateurs, magistrats de base ... constituent ce que j'appelle la main gauche de l'État, l'ensemble des agents des ministères dits dépensiers gardant la trace au sein de l'État des luttes sociales du passé. Ils s'opposent à l'État de la main droite, aux énarques du ministère des Finances, des banques publiques ou privées et des cabinets ministériels. Nombre de mouvements sociaux auxquels nous assistons expriment la révolte de la petite noblesse d'État contre la grande noblesse d'État...* »

Mais il faudra attendre trente ans pour qu'enfin ce diplôme soit reconnu au niveau licence, du fait notamment de l'obligation européenne de se mettre en conformité avec l'organisation européenne des formations supérieure en 2018. Ainsi, le niveau II du répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) devient le niveau 5 (bac+3) qui « *atteste la capacité à analyser et résoudre des problèmes complexes imprévus dans un domaine spécifique, à formaliser des savoir-faire et des méthodes et à les capitaliser* ». De même, l'accès en catégorie A de la fonction publique sera obtenu pour les fonctionnaires. Mais la plupart du temps, le poids de cette mobilisation est nié, alors qu'elle a contribué à une réelle prise de conscience professionnelle des assistant-es de service social.

### **2.1.3. Définition et cadre réglementaire de la profession**

On observe un passage du travail social à l'accompagnement social, puis à l'accompagnement social global. Selon Nicole Maestracci<sup>92</sup> : « *Pourquoi ce cheminement ? Au fond, pour revenir au sens premier du travail social : marcher avec la personne, en la considérant dans sa*

---

<sup>90</sup> Trat Josette (1993), « La lutte des assistantes sociales : un mouvement de femmes salariées conjugué au masculin », *Futur antérieur*, numéro spécial : Les coordinations de travailleurs dans la confrontation sociale.

<sup>91</sup> N'oublions pas qu'au moment de ce conflit, l'écriture inclusive n'était pas à l'ordre du jour.

<sup>92</sup>Maestracci Nicole (2011), *Le livre blanc de l'accompagnement social*, préface.

globalité. (...) *L'accompagnement social doit apporter une réponse fiable, un repère stable dans un monde incertain. Il doit permettre de secourir tout en conduisant à l'autonomie, il doit autoriser des allers-retours, les échecs et les réussites provisoires, sans abandonner les personnes dans une situation de survie, ou au beau milieu de leurs parcours d'insertion. (...) L'accompagnement social se révèle porteur d'une autre ambition : l'insertion sociale pour tous. De la notion 'd'assistance' à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, on est passé à celle de 'suivi' et de 'prise en charge' après la Seconde guerre mondiale, puis 'd'intervention' et enfin à 'l'accompagnement' dont on parle aujourd'hui. »*

Selon Brigitte Bouquet du Conseil supérieur du travail social, « *l'accompagnement social vise à aider les personnes en difficulté à résoudre les problèmes générés par des situations d'exclusion, et à établir avec elles une relation d'écoute, de soutien, de conseil et d'entraide, dans une relation de solidarité, de réciprocité et d'engagement de part et d'autre. (...) L'accompagnement social ne peut donc être fondé que sur une démarche volontaire. Il repose sur la liberté de chacun et sur la capacité d'engagement réciproque. (...) Cette démarche orientée vers le 'faire ensemble' est attentive aux processus, au cheminement des personnes, à leur parcours* »<sup>93</sup>.

Le projet personnalisé est un outil central de l'accompagnement social global. Il est élaboré avec la personne accompagnée (co-construction) à travers différents axes : la recherche d'un « chez-soi », les démarches administratives, l'aide à la vie quotidienne (logement, budget, alimentation, sécurité...), l'accès aux soins, le soutien à la parentalité, la prise en charge des problèmes psychiques, l'insertion socioprofessionnelle et enfin l'accès à la culture et aux loisirs.

Ce travail s'appuie sur une dynamique relationnelle non linéaire, avec une relation personnalisée, une approche globale des personnes, de la prévention au diagnostic. C'est un travail en réseau. Le parcours est non linéaire. Il nécessite une forte adaptation aux publics et à leurs besoins dans la durée. « *L'accompagnateur assure un rôle de pivot et peut proposer des actions en lien avec d'autres acteurs sociaux. La coordination des différentes interventions est sans doute ce qui définit principalement l'accompagnement social global.* »<sup>94</sup>

#### 2.1.3.1. Indépendance et autonomie

Un ouvrage consacré à l'histoire de la principale association des assistant-es de service social (l'ANAS), déjà évoquée, rappelle les fondements de cette profession et notamment l'autonomie des assistant-es de service social, autonomie technique dans la façon de concevoir son travail mais aussi autonomie vis-à-vis de l'employeur : l'assistant-e de service social est au service des usager-es et non de son employeur. « *La forte et constante*

---

<sup>93</sup> Bouquet Brigitte (2013), *Rapport du Conseil supérieur du travail social*, p. 21.

<sup>94</sup> *Idem*, p. 34.

*revendication d'autonomie – technique et à l'égard de l'employeur – peut se lire à la lumière des rapports sociaux de sexe : l'autonomie revendiquée permet d'échapper au commandement des hommes qui occupent les postes de direction de la quasi-totalité des institutions employant des assistantes sociales.* »<sup>95</sup> De même, il est rappelé que les « *institutions de la protection sociale déploient leurs actions à partir de catégories d'ayants droit, mais que l'assistant-e de service social a pour fonction d'individualiser l'action, de voir des personnes là où l'institution voient des catégories* »<sup>96</sup>.

Trois axes de compétence sont décrits : des compétences méthodologiques et techniques (méthodes d'intervention collective, capacité à faire des personnes accompagnées des acteurs...) ; une capacité à travailler en transversalité ; une capacité à s'adapter, évoluer et innover. Le défi principal de ces professionnels est de « *respecter le cadre et les limites de leur intervention tout en favorisant leur capacité d'initiative et de créativité* ».

#### **2.1.4. Profil des assistant-es de service social**

L'accès à la formation s'effectue avec le bac ou éventuellement un examen de niveau, puis trois ans de formation, soit 1 740 h d'enseignement théorique plus douze mois de stage, niveau II, grade licence.

Selon la fiche métier du ministère santé solidarité : Assistant de service social (ASS) – Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr) : « *L'assistant de service social intervient auprès de personnes confrontées à diverses difficultés : économiques, d'insertion, familiales, de santé, de logement. Il accueille, soutient, oriente et accompagne la construction de projets en tenant compte des potentialités des personnes et des possibilités offertes par la collectivité. Tenu au secret professionnel, l'assistant de service social doit réussir, dans le cadre de ses missions, à instaurer une relation de confiance avec ses interlocuteurs.* »

Quatre missions principales relèvent de sa compétence :

- l'évaluation de la situation des intéressés ;
- le conseil et l'orientation des personnes en difficulté ;
- l'accompagnement des personnes sur la base d'un projet ;
- la participation au développement social local.

---

<sup>95</sup> Pascal Henri (2012), *La construction de l'identité professionnelle des assistantes sociales. L'ANAS (1944-1950), Politiques et Interventions sociales*, Presse de l'École des Hautes Études en Santé Publique, p. 243.

<sup>96</sup> *Idem*, p. 242.

Selon l'enquête Emploi de l'Insee, en 2019, on recense 72 956 assistant·es de service social<sup>97</sup>. Dans les données détaillées de la Drees<sup>98</sup>, qui regroupent les conseiller·es en économie sociale et familiale avec les assistant·es, cette catégorie est féminisée à 92 %. Ils/elles travaillent surtout pour des collectivités territoriales (32,8 %), des associations (30,1 %), des entreprises privées (15,4 %), des hôpitaux et la Sécurité sociale (9,3 %) et pour l'État (9,3 %). Les domaines et secteurs d'intervention sont donc extrêmement diversifiés compte tenu de la variété des employeurs.

### 5. Description du travail d'assistante sociale

Irrmann Marine, « Quelques heures dans les pas d'une assistante sociale... », *Pratiques en santé mentale*, 2020/4 (66<sup>e</sup> année), p. 73-74. DOI : 10.3917/psm.204.0073. URL : <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-4-page-73.htm>

« Le Pôle HU-ADIS (Hospitalo-Universitaire Autisme et Déficience IntellectuelleS) intervient auprès de patients ayant une déficience intellectuelle, atteint de troubles neurodéveloppementaux et/ou de maladies associées.

*Le projet social faisant partie intégrante du projet de soins, élaboré en équipes pluri-professionnelles, nous, assistantes sociales, sommes disponibles et impliquées pour porter ce projet, dans l'intérêt du patient, en soutien des familles, des représentants légaux et en collaboration avec nos partenaires sociaux et médico-sociaux. Ceci afin de les aider dans leurs démarches, soutenir les familles et veiller au respect de l'intérêt de ces personnes si vulnérables. Aussi, je tenais à partager quelques-uns de mes pas sur une journée type. »*

« Je rentre dans l'unité, il est là, sur le fauteuil dans le hall d'entrée, assis tel un oiseau sur la branche d'un arbre. Il me regarde furtivement. Il ne parle pas, il est là chaque jour. Je vais à la rencontre de l'équipe soignante pour l'instruction d'un dossier d'admission pour un patient de l'unité. Nous reparlons brièvement du projet et des attentes de la structure. Les questions s'enchainent, je laisse le soin aux soignants de proximité de remplir la partie du dossier sur la vie quotidienne.

*Je me rends ensuite à la réunion de concertation d'un patient. Nous sommes désemparés suite aux derniers passages à l'acte très violents qu'il a eus. Nous essayons de nous mettre en accord pour retrouver de la cohérence dans sa prise en charge. Il a été exclu d'un foyer suite à des actes de violences envers lui et autrui. Les pistes pour l'orientation sont minces. Après plusieurs réunions, la neuropsychologue propose des séances de remédiation cognitive avec une tablette tactile adaptée à sa pathologie. Nous nous mettons en lien avec la tutrice afin de voir si financièrement ce projet est réalisable et procéder à cet achat. Le patient est très enjoué à l'idée de recevoir cette tablette. Il est très attiré par tout ce qui touche à l'informatique. Le temps se fait long, et nous n'avons toujours pas reçu la*

<sup>97</sup> Attention : les données présentées dans la première partie de l'étude sur l'estimation du niveau d'emplois potentiellement créés dans le secteur sont agrégées : on dénombre 132 098 professionnel·les en comptant les conseiller·es en économie sociale et les cadres du secteur.

<sup>98</sup> Drees (2022), *Les travailleurs sociaux : des professions féminisées, plus âgées et travaillant plus souvent à temps partiel*. <https://data.Drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/les-professions-sociales-effectifs-profil-et-caracteristiques-des-emplois/information/>

tablette. Je relance une énième fois pour comprendre pourquoi cela met tant de temps. Enfin, les choses finissent par se décanter et il pourra bientôt débiter les séances.

J'arrive dans la salle d'attente pour mon prochain rendez-vous avec une famille. Elle m'attend silencieuse et m'esquisse un sourire. J'accompagne cette mère depuis plus de trois ans. Elle revient de loin : partie en catastrophe avec ses fils (atteints tous deux de troubles du spectre de l'autisme) pour fuir des problématiques familiales et les protéger. Elle se retrouve à Lyon, dans la rue. Nous hospitalisons un de ses fils qui a de nombreux troubles du comportement.

A présent, il va mieux. Un projet en structure médico-sociale a pu être envisagé. Nous lui trouvons une place en maison d'accueil spécialisée (MAS). La mère est soulagée et plus sereine de le savoir accueilli dans un établissement adapté à sa pathologie. Elle apprend doucement le français, comme elle le peut. Les cours de français que je lui avais trouvés n'ont pu se poursuivre, par manque de place dans un institut médico-éducatif (établissement pour jeunes de moins de 20 ans). Son deuxième fils est obligé de rester au domicile et a besoin d'une présence constante auprès de lui. Cette mère a eu un parcours du combattant et elle a tenu bon. Je lui rappelle souvent d'où elle est partie afin qu'elle se rende compte de la force qu'elle a en elle, même si parfois celle-ci se délite.

Je reçois un appel de ma collègue éducatrice spécialisée. Elle m'interpelle sur une nouvelle demande pour une première consultation sur le CMP du Pôle HU-ADIS. Ces quelques mots me font comprendre la situation désastreuse dans laquelle se trouve cette famille. Je réorganise mon temps de travail pour me rendre disponible à cette consultation médico-éducateur.

Famille de quatre enfants à la rue, qui a dû fuir son pays pour protéger les siens. La mère nous montre une détermination sans faille malgré la barrière de la langue. Elle a fait une demande de titre de séjour : une demande d'asile. Celle-ci fut refusée. Elle fait appel. Leur dossier a été débouté avec une OQTF. Déterminée, elle se débrouille pour trouver un avocat.

J'appelle l'ensemble des partenaires qui seraient susceptibles de la connaître ou d'avoir croisé leur chemin : 115, Croix rouge, avocate, dispensaire de soins, etc.

Un de ses fils est atteint de troubles du spectre de l'autisme et a besoin de soins. L'urgence, c'est d'avoir un toit au-dessus de la tête. Le chemin sera long, mais à force de détermination nous réussirons à accompagner cette mère vers l'accomplissement de ses démarches.

La journée se termine. Il faut partir à présent, laisser le travail derrière soi et commencer sa deuxième vie. Alors, vous me direz, comment passons-nous de l'un à l'autre quand nous faisons un métier d'aide à la personne, un métier d'empathie... ? Chacun d'entre nous, assistants sociaux, avons nos petites astuces pour 'gérer' les conséquences de notre métier sur notre vie personnelle. La dernière consultation avec cette famille à la rue a été éprouvante. Nous avons tous eu un sentiment d'impuissance, qui nous suit parfois jusque dans la sphère privée. Il est primordial de se recentrer sur sa pratique professionnelle et de se rappeler nos limites. Je dis souvent : 'Le plus difficile dans ce métier, ce n'est pas le public qu'on accompagne mais la réalité du terrain qui nous empêche d'exercer correctement.' Si les autres maillons de la chaîne n'arrivent plus à aider certaines populations, cela engendrera de grandes problématiques, qui à notre niveau auront un impact sur le parcours de soins.

*La règle d'or est de pouvoir extérioriser verbalement, car, d'une certaine manière, cela est libérateur. Les collègues qui ont la chance d'avoir ce qu'on appelle dans notre jargon 'une analyse de la pratique' sur leurs lieux d'exercice est indispensable. Malheureusement, cet outil se fait rarissime à l'hôpital psychiatrique. Il n'y a pas vraiment de solution en soi. Il y a surtout un gros travail de décentrage à effectuer. »*

## **2.2. La comparaison des assistant·es de service social avec les technicien·nes supérieur·es**

L'objectif de notre enquête est d'appliquer la méthode « québécoise » de comparaison d'emplois. En effet, la loi québécoise prévoit depuis 1996 que dans chaque entreprise, des salariées dans des emplois à prédominance féminine puisse se comparer à des salariés dans des emplois à prédominance masculine de même valeur (Défenseur des droits, 2013). Pour les assistant·es de service social, nous avons retenu le profil de technicien pour la comparaison, en recherchant un profil analogue, mais ce comparateur a été difficile à établir car il existe peu de niveau bac+3 parmi les techniciens. L'objet de la comparaison, comme pour les deux autres professions retenues, sera d'étudier de près le contenu du travail de ces deux professions, en termes de complexité-technicité, responsabilités, contraintes organisationnelles et bien sûr de rémunérations et carrières.

### **2.2.1. Méthodologie**

Nous avons retenu différents profils d'assistantes sociales et de techniciens (cf. le tableau des profils des enquêté·es) :

- Au sein d'une collectivité territoriale, nous avons rencontré cinq assistantes de service social, en catégorie A, appartenant à divers services : le CCAS de la ville – service aux personnes âgées, conseil budget, urgences sociales – et le service social du personnel de la collectivité ainsi que deux techniciens ;
- Au sein d'une grosse association à but non lucratif, nous avons rencontré trois assistantes sociales et un technicien d'un centre médico-chirurgical associatif. Il a été difficile, comme pour les autres monographies, de trouver des techniciens acceptant de témoigner et dont la comparaison serait pertinente.

Tableau 63 : Profil des enquêté-es					
Prénom	Service	Diplôme	Ancienneté	Durée du travail	Rémunération totale nette avant impôt (printemps 2022)
<b>Les assistantes sociales</b>					
Valérie	Service social du personnel de la collectivité	Diplôme d'État assistant-e de service social	31 ans	80 %	2 544 €
Isabelle	Idem	Idem	34 ans	80 %	2357 €
Sandrine	CCAS Personnes âgées	Idem	15 ans	80 %	2 100 €
Florence	CCAS	Idem	21 ans	80 %	2 470 €
Nathalie	Centre médico-chirurgical associatif	Idem	17 ans	60 %	1 142 €
Justine	Idem	Idem	6 ans	Temps complet	1 842 €
Elodie	Idem	Idem	12 ans	Temps complet	1 947 €
<b>Les techniciens</b>					
Vincent	Urbanisme et Habitat d'une collectivité territoriale	Formation en aménagement du territoire niveau bac+5	20 ans	Temps complet	2 300 €
Pascal	Conseiller Prévention	Bac (DAEU) puis concours interne	20 ans	Temps complet	2 700 €
Laurent	Informatique du centre médico-chirurgical associatif	DUT génie électrique + formation en entreprise Administration système	21 ans	Temps complet	2 186 €

## **2.2.2. Le contenu du travail et les rémunérations des assistant-es de service social**

### 2.2.2.1. Qualifications

Toutes les assistantes de service social, du public ou du privé, ont le diplôme d'État de niveau bac+3. Dans la collectivité territoriale, elles sont depuis 2018 intégrées à la catégorie A, mais dans l'association retenue, elles ne sont pas dans la catégorie cadre, ni même maîtrise, mais parmi les collaborateurs.

Tous les témoignages convergent pour décrire ce travail comme nécessitant un long apprentissage. Selon Valérie au service social du personnel de la collectivité territoriale (31 ans d'ancienneté) : *« Je me suis longtemps dit que j'étais jeune professionnelle, ce qui veut dire qu'il faut longtemps pour bien maîtriser son travail et il faut sans cesse mettre à jour ses connaissances. »* Selon Nathalie dans le centre médico-chirurgical associatif (17 ans d'ancienneté) : *« Il faut vraiment un an pour prendre suffisamment d'assurance et se sentir bien dans le suivi des patients, et être bien à sa place par rapport aux différents services de l'hôpital. »*

La nécessité de se former constamment est rappelée par Sandrine (CCAS de la collectivité, 15 ans d'ancienneté) : *« Par exemple sur les questions d'addiction, les discours auparavant, c'étaient l'abstinence totale. C'est fini maintenant, mais heureusement, j'ai fait des formations tous les deux ou trois ans sur les addictions. Les discours ont évolué sur le plan médical et sur l'accompagnement social. Cela nous a fait évoluer dans nos pratiques. Cela illustre que dans l'accompagnement social, si nous ne nous mettons pas à jour régulièrement, nous finissons par pouvoir être maltraitants dans les accompagnements. Nous aurons un discours qui est en décalage et qui n'est pas adapté à l'évolution des populations et de leurs besoins. »*

Elles soulignent toutes également que c'est un métier très riche, où l'on apprend énormément et tout le temps, selon les publics reçus. Pour Sandrine : *« Il y a ce que j'ai appris à l'école et puis toute l'expertise que j'ai acquise avec ces différents publics. »* Ou encore pour Nathalie : *« C'est un métier où il faut toujours être en veille. Il ne s'agit pas de tout savoir, mais de savoir où aller chercher les informations. »*

### 2.2.2.2. Technicité

Les principales capacités pour tenir ce poste, quels que soient les services, sont l'écoute, la disponibilité et la capacité d'évaluation d'une situation.

Selon Florence (CCAS de la collectivité, 21 ans d'ancienneté) : *« Mon travail c'est avant tout l'accompagnement, c'est créer du lien. Les gens ont des parcours chaotiques et sans confiance d'emblée dans la relation, nous n'avancerons pas. S'il s'agit juste d'attribuer des aides, de remplir des papiers administratifs, n'importe qui pourrait le faire ! »*

La première étape incontournable est de bien maîtriser la conduite de l'entretien qui est la base de ce métier. Toutes les assistantes sociales rencontrées mettent au premier plan l'importance de l'accompagnement social et du relationnel dans leur métier. Selon Sandrine : *« J'ai été formée aux techniques d'entretien que j'essaie d'appliquer pour ne pas être qu'une secrétaire médico-sociale qui fait de l'instruction de dossiers et qui répond aux demandes des familles, de la hiérarchie ou des résidents. J'essaie d'être vraiment à l'écoute et d'élaborer un plan d'aides adapté à chaque personne, tout en respectant ses freins, en les identifiant et en travaillant dessus pour un retour à l'autonomie malgré tout. »* Or elle dénonce le fait d'avoir de moins en moins de temps pour installer une relation de confiance et identifier les problèmes. On attend d'elle des résultats immédiats. De même, selon Nathalie : *« Il y a quand même un savoir-faire dans la relation, pas seulement pour être le mieux possible en tant que professionnelle, mais aussi pour faire attention à soi, pour se protéger de tout ce que l'on emmagasine. Il faut du recul, il faut réfléchir à notre posture et être d'être bien positionnée pour pouvoir aider l'autre. »*

La seconde étape concerne le rapport au collectif de travail : dans un des services rencontrés, une part importante du travail relève de l'élaboration de projets collectifs, comme par exemple un atelier mis à disposition des agents de la collectivité sur « les congés longs », les aidants familiaux...

Sandrine évalue à 20 % le temps de travail *« pour réfléchir à notre pratique, pour identifier nos besoins en formation et de mise à niveau »*.

### 2.2.2.3. Fortes capacités d'adaptation

Toujours selon Sandrine, son métier nécessite une adaptation énorme pas toujours reconnue par les institutions. Par exemple, elle répond au téléphone en dehors de ses horaires, car personne d'autre ne pourra le faire à sa place et le travail ne sera pas fait, sauf à faire appel à une collègue qui elle-même a ses propres contraintes. Il faut aussi sans cesse s'adapter au profil de la population rencontrée, à ses besoins, aux dispositifs de la politique sociale adaptés aux situations et à l'évolution de la législation. *« L'écoute permet également de comprendre 'la vision du monde' de la personne reçue, ses repères ses modes d'organisation, ses représentations pour co-construire avec elle des perspectives »*, et toujours selon Isabelle, également au service social de la collectivité (34 ans d'ancienneté) : *« Il faut pouvoir mesurer là où en est la personne (...). Cela ne marche pas si les personnes ne sont pas prêtes. Sont-elles capables d'entendre ce que j'ai à leur dire ? »*

Justine dans le centre médico-chirurgical associatif (six ans d'ancienneté) insiste sur le fait que le public reçu est à un moment de leur vie où cela ne va pas : ils sont en *« grande difficulté psychologique et la précarité peut aussi s'y ajouter »*. Du coup, il faut également s'armer de patience, répéter bien souvent, car les informations ne sont pas comprises.

Selon la nature des populations suivies, il peut y avoir des situations d'urgence, des « imprévus ». Par exemple, dans un poste d'assistante auprès de personnes âgées en résidences autonomes, il arrive très fréquemment qu'elles interviennent en urgence pour l'admission d'une personne à l'hôpital, pour chercher une solution d'interventions non prévues... « *Il faut pouvoir être souple et répondre à tout type de sollicitations* », nous dit Sandrine. Il en va de même en soins palliatifs où il faut répondre régulièrement à des demandes urgentes (mise en place d'une hospitalisation à domicile, par exemple). De même, Florence constate que dans son service au CCAS, il faut connaître de nombreux sujets, concernant le surendettement, les systèmes d'accès aux mutuelles – dont la collectivité a fait une priorité – ou encore, l'accès au microcrédit... Elle ressent un besoin de formation permanent, pour être à jour sur tous ces dossiers.

#### 2.2.2.4. Responsabilités

« *Je crois que sans être responsable, je ne pourrais pas faire ce métier. Je me sens responsable de tous les actes que je pose et entre autres du bien-être des agents (...). On contribue à la prévention des risques psychosociaux* », nous dit Isabelle. Et puis, l'encadrement de stagiaires assistant·es de service social est fréquent, mais n'est pas reconnu dans leur travail en tant que responsabilités.

#### 2.2.2.5. Autonomie

Toutes estiment être autonomes dans leur travail : organisation des rendez-vous, temps de rédaction et de suivi des dossiers, etc. Mais pour autant, le travail est conçu collectivement, avec beaucoup d'échanges formels et informels sur les situations, sur leur postures.... Selon le type de publics et de structures, le travail pourra être lié à des demandes émanant de l'équipe médicale, et notamment du médecin et parfois des familles elles-mêmes. Certains services, notamment hospitaliers, ont renforcé les contraintes sur les assistantes sociales, du fait de la crise Covid, et plus généralement d'une volonté de réduction des coûts permanente. Elles sont donc autonomes quant aux solutions et démarches qu'elles entreprennent, mais pour autant elles subissent de fortes pressions des directions pour faire du « chiffre ». Leur marge de manœuvre est réduite, elles se retrouvent en difficulté parce que les dispositifs sociaux se réduisent eux-mêmes : manque de soignant·es à domicile... D'ailleurs, le centre médico-chirurgical associatif vient d'introduire une pointeuse pour les soignant·es qui se plaignaient de faire trop d'heures, mais qui s'applique aussi aux assistantes sociales. Cette pointeuse est mal perçue pour ces dernières : cela introduit des rigidités dans l'organisation du travail ; c'est une pression au quotidien qui a un impact négatif sur la qualité du travail des assistantes sociales.

#### 2.2.2.6. Exigences organisationnelles

Toutes parlent de la « charge mentale » lourde, de la difficulté à ne pas penser au travail en dehors du travail. Pour Isabelle : *« Même si on a été formée à prendre du recul, il y a des situations qu'on ne peut pas laisser au travail. (...) Il y a toujours eu un impact de mon travail sur ma vie personnelle. Ce n'est pas possible de cloisonner complètement. Inversement aussi, le décès de mon conjoint m'a permis d'avoir une autre écoute des agents reçus. Je sais ce qu'ils vivent. »* La charge émotionnelle est importante : *« C'est très fatigant. »* Pour Sandrine : *« Je m'endors rarement sans penser à une situation, à quelque chose à faire. (...) Cette charge mentale est permanente, pour les résidents, lorsqu'ils peuvent être agités et nécessitent une intervention d'urgence. Et pour nos collègues aussi, car il faut nous protéger des agressions de résidents de plus en plus fragiles. Qui plus est, les responsables encadrants sont de moins en moins nombreux et n'ont pas de formation au travail social. C'est donc difficile, mais c'est à nous du coup d'assurer seules. »*

Pour Nathalie : *« On fait face à de plus en plus de situations difficiles, des situations de grande précarité. Mais si on veut être protégée de l'agressivité et des émotions, alors, il ne faut juste pas faire ce métier ! Faire face à la violence, ou à des personnes qui s'écroulent, pour moi, ce ne sont pas des contraintes qui s'ajoutent, c'est inhérent à ce métier. »*

Pour faire face à cette charge émotionnelle, l'analyse de la pratique est développée dans le service RH de la collectivité territoriale ou encore dans une unité de soins palliatifs. A raison de deux heures tous les deux mois (ou même tous les mois en soins palliatifs), ce temps est valorisé par les ASS : temps d'échange, de réflexion, de formation.

Par ailleurs, des temps d'échange informel entre collègues sont systématiques, par exemple le matin, autour d'un café. Et puis, l'une d'entre elles explique qu'elle ne quitte jamais le service si l'une de ses collègues est en entretien, au cas où elle aurait besoin de débriefer... *« Sans l'équipe, je n'aurais pas pu faire ce métier »,* nous confie Isabelle. Elle explique que d'ailleurs, beaucoup voient des psychologues en dehors du travail, même si elle reconnaît que c'est difficile de faire la part des choses entre ce qui relève d'événements professionnels et personnels.

Par ailleurs, Florence en CCAS, dit faire face fréquemment à de l'agressivité et même à des agressions physiques. C'est d'autant plus difficile que le service a tendance à faire appel aux assistantes sociales pour régler ces situations : *« Je ne comprends pas pourquoi nous devrions intervenir : nous ne sommes ni vigiles, ni pompiers... Même si nous avons des techniques pour faire baisser l'agressivité, ce n'est pas notre métier. Le travail social 'pompiers' prend de plus en plus de place. »*

D'où, dans ce service, le choix du temps partiel, à 80 ou 90 % pour de nombreuses assistantes sociales, temps de respiration pour mieux supporter le travail. *« Le besoin d'un temps partiel,*

*c'est à cause de ce travail sur l'humain, c'est très difficile* », pour Isabelle qui considère que le plus dur dans son métier c'est « *la disponibilité psychique* ».

#### 2.2.2.7. Le manque de temps

En CCAS, une contrainte évoquée par Sandrine concerne le manque de temps : « *J'aimerais avoir le temps de bien faire ce que je fais, de réfléchir à ce que je fais, d'avoir le temps de se poser, de m'asseoir chez les gens pour discuter, et ne pas venir juste pour leur 'voler' un document, un morceau de gâteau et repartir. Le temps de développer des partenariats et de faire de vraies missions de travail social.* » D'autres témoignages insistent sur les pressions des directions déjà évoquées : par exemple, dans une clinique, l'objectif est « *de faire sortir* » à tout prix, même si le patient n'est pas prêt, sans prendre en compte ses vrais besoins. Selon Justine dans le centre médico-chirurgical : « *Peu importe comment on s'organise, ce qui importe pour les médecins, c'est que les patients sortent (...). Tout notre boulot va être de réduire le temps entre la demande du médecin pour la sortie et la sortie réelle, car parfois, les patients ne peuvent pas sortir sans soins.* »

Elodie (unité des soins palliatifs du centre médico-chirurgical, 12 ans d'ancienneté, à temps complet) reconnaît ne pas compter ses heures : « *C'est un service à part, on a une autre temporalité. On doit s'adapter au service, aux patients et aux familles. Il faut pouvoir prendre le temps, mais c'est difficile.* »

De même parmi les contraintes figure le temps de « cotation » imposé pour rendre compte de toutes les activités effectuées par un code : entretiens auprès des familles, des patients, « *coter la précarité* », c'est-à-dire les démarches pour ouvrir des droits à des personnes précaires, constitution de dossier auprès de divers organismes pour ouvrir des droits, des aides (logement, allocations, mutuelles...). Justine évoque également cette cotation, avec de plus en plus de codes à retenir et la nécessité de détailler chaque activité : « *Il y a une obligation de tout tracer. Donc, on doit tout retranscrire sur l'ordinateur. Sinon, on pourrait nous reprocher de ne pas avoir tout indiqué, en cas de souci. Mais il faut faire attention aux mots choisis, car le dossier peut être lu par la famille ou le patient...* »

#### 2.2.2.8. Et le manque de moyens

Notamment dans les services d'urgence, en CCAS, le manque de moyens est criant et les assistantes sociales ont à faire face à des situations de plus en plus difficiles, sans réponses possibles : « *Il y a des gens en souffrance financière et nous n'avons pas les moyens de les aider (...). Par exemple, débloquer un dossier d'AAH demande tellement de temps et il manque toujours un papier que les personnes n'ont pas...Et puis, lorsqu'il y a un refus, c'est à nous de l'annoncer... Certaines populations en grande difficulté ne sont plus reçues, car il y a des priorités : les familles avec jeunes enfants. Donc, on délaisse les personnes âgées ou handicapées...* »

### 2.2.2.9. Faible reconnaissance

Au total, elles sont plusieurs à ne pas se projeter dans ce métier jusqu'à la retraite, car il est « usant » et qu'être confrontée longtemps à des situations difficiles (précarité, fin de vie...), sans avoir toujours les moyens de répondre aux attentes, crée des tensions importantes et rejaillit sur la vie personnelle. Selon Elodie (en soins palliatifs) : *« J'ai commencé ce métier jeune et je ne me vois pas le faire toute ma vie. Cela peut user sur le plan mental. On ne s'en rend pas compte en formation. Tout semble beau et rose ! Mais au quotidien, surtout dans le secteur sanitaire, certaines situations de patients touchent énormément et cela renvoie forcément à notre vie personnelle. Je pense que l'on est un peu plus impacté que d'autres métiers du fait de prendre en charge ces situations difficiles. »*

La reconnaissance par les institutions elles-mêmes manque. Par exemple, les problèmes d'effectifs (démissions nombreuses de personnel) ne semblent pas une priorité : *« Pour eux, au final, ce n'est pas un poste important. »* Elodie, encore, raconte que pour un recrutement d'un·e assistant·e sociale dans son service, les candidats n'avaient pas le diplôme ; il y avait même des assistants comptables et le médecin estimait que c'était mieux que rien... *« C'est dérangent d'entendre cela ! On a tout de même un diplôme d'État de trois ans reconnu, L'infirmière est infirmière, l'aide-soignante est aide-soignante, mais l'assistante sociale, on pense que quelqu'un d'autre peut faire son métier ! »* C'est aussi ce que ressent Justine, dans le centre médico-chirurgical (six ans d'ancienneté, à temps complet) qui note que le secteur social est à part dans l'univers médical : *« Beaucoup de personnes à l'hôpital ne savent pas ce que l'on fait. »* Elle insiste sur le fait que de travailler en milieu hospitalier est particulièrement difficile, car il faut prendre en compte aussi les situations médicales des patients pour trouver une solution adaptée.

Justine évoque également le manque de reconnaissance et même le fait d'être malmenée par les familles, alors que l'on a tenté de faire beaucoup, mais la réponse apportée ne dépend pas seulement de l'assistante sociale, mais des moyens mis à sa disposition, souvent de plus en plus réduits (manque de place dans des institutions, moyens financiers réduits dans les CCAS...). *« Le problème de l'assistante sociale à l'hôpital, c'est que nous, on porte pleins de choses sur nos épaules qui ne sont pas de notre fait. Les patients pensent que l'on est la Sécurité sociale, la CAF... Quand ils ont des réponses négatives, c'est chez nous qu'ils viennent crier parce que nous, on reste disponibles, alors qu'il est de plus en plus difficile d'aller à la Sécurité sociale et d'avoir une explication. »* Ou encore selon Florence en CCAS : *« L'assistante sociale représente parfois la méchante qui va vous enlever les enfants et qui mets son nez partout et puis parfois, on la prend pour Dieu, celle dans les mains de qui on remet tout et à qui on demande d'agir... »*

Nathalie note quant à elle le manque de reconnaissance de la société qui ne reconnaît ni le niveau d'études (bac +2 seulement, en dehors de la fonction publique), ni les compétences :

*« On est très mal payé, car pour la société on vit avec nos motivations et notre envie de sauver le monde ! » C'est aussi ce que déplore Florence : « Nous sommes considérées comme des mères. On peut tout nous demander, sans reconnaissance spéciale. Parce que c'est naturel notre métier, en tant que femme, c'est une vocation, et une vocation ne se paie pas ! »*

#### 2.2.2.10. Les rémunérations

Il faut distinguer les rémunérations appliquées dans le cadre de la collectivité territoriale et celles du centre médico-chirurgical associatif :

- Dans la collectivité locale, depuis 2018, les assistant·es territoriales·aux socio-éducatifs·ves (dont font partie les assistantes de service social) sont passées en catégories A. Les trois grades existants ont été refondus en deux : les ASE et les ASE de classe exceptionnelles (cf. les détails dans le tableau de synthèse).

Les assistantes rencontrées sont toutes en fin de carrière (échelon 9 à 11), en classe exceptionnelle et à temps partiel. Leur rémunération nette avant impôt s'échelonne de 2 100 € (Sandrine à l'échelon 9, à 80 % de temps de travail) à 2 544 € (Valérie, échelon 11, à 90 % de temps de travail). Elles ont des primes d'environ 500 €, soit une « indemnité de grade » d'environ 450 € nets et un « régime indemnitaire de responsabilité » de 45 € nets.

Si l'on ramène ces rémunérations à temps complet, les rémunérations nettes s'échelonnent de 2 625 € à 2 826 €. Mais rappelons qu'elles sont toutes en fin de carrière, en classe exceptionnelle (cf. dans le tableau plus loin les niveaux de rémunération de base) ;

- Dans la structure privée, les assistantes de service social sont positionnées parmi les « collaborateurs », en dessous des agents de maîtrise et des cadres, parmi les techniciens qualifiés, en position 6. Leur rémunération en net s'échelonne de 1 842 € (en palier 1, moins de 6 ans d'ancienneté), à 1 947 € (en palier 2, 8 ans d'ancienneté), et à 2 083 € en palier 3 (17 ans d'ancienneté). Ces rémunérations incluent la prime Ségur (241 €), auxquelles s'ajoutent un « 13<sup>ème</sup> mois ».

Ces assistantes sociales n'ont pas la reconnaissance de leurs trois années d'études, car elles ne sont même pas dans la catégorie des agents de maîtrise, de « maîtrise d'animation ou de spécialité » qui correspond mieux à leur niveau de diplôme (position 7).

Elles considèrent toutes que leur salaire est faible et que c'est l'explication principale à la difficulté de recrutement des assistantes sociales.

### **2.2.3. Le contenu du travail et les rémunérations des techniciens**

Les techniciens territoriaux font partie de la catégorie B de la filière technique. Ce cadre d'emploi comprend trois grades : technicien (1<sup>er</sup> grade) ; technicien principal de 2<sup>e</sup> classe (2<sup>e</sup> grade) et technicien principal de 1<sup>ère</sup> classe (3<sup>e</sup> grade).

Le niveau de recrutement en concours externe est le bac technologique ou professionnel ou un diplôme de niveau IV pour le 1<sup>er</sup> grade ; un diplôme bac+2 (niveau III) dans une formation technico-professionnelle pour le 2<sup>e</sup> grade. Les fonctionnaires ont également accès à ces deux grades par concours interne ou sur titre. L'accès au 3<sup>e</sup> grade n'est possible que par la voie interne.

Selon le site « Emploi des collectivités territoriales », ces techniciens interviennent dans de nombreux domaines comme le bâtiment, les réseaux et la voirie, les espaces verts, l'urbanisme, les transports, la prévention et gestion des risques, l'ingénierie et l'informatique... Selon la taille des collectivités, les techniciens de 1<sup>er</sup> grade sont chargés de la conduite de chantiers, de l'encadrement des équipes et du contrôle des travaux confiés aux entreprises externes. Les grade 2 et 3 supposent des niveaux d'expertise supérieurs, en réalisant des tâches de direction technique de travaux, voire des missions d'encadrement et de gestion de services.

Le centre médico-chirurgical associatif recrute différents techniciens. Certains sont aux « moyens généraux » et assurent la surveillance et la maintenance technique des installations et des locaux : diagnostics sur leur état, proposition de programme de travaux ; suivi technique ; coordination et organisation du travail des équipes d'entretiens ; consultation sur le choix des entreprises extérieures et suivi des travaux... D'autres sont aussi au service informatique et assurent la résolution d'incidents ou d'anomalies qu'ils prennent directement en charge ou pas (détection et limitation des virus...).

#### **2.2.3.1. Des compétences diverses**

Les techniciens que nous avons rencontrés sont dans des services très divers, avec des profils différents. Pascal de la collectivité territoriale est « conseiller de prévention », alors qu'il est entré 34 ans auparavant en bas de l'échelle, par un concours de plombier-chauffagiste en catégorie C. Il obtient ensuite son bac, en candidat libre (le diplôme d'accès aux études universitaires), puis passe une série de concours internes. Il est désormais technicien supérieur 1<sup>ère</sup> classe, au dernier échelon. Il est typiquement « issu du rang », avec un passage important en tant que responsable syndical permanent, ce qui lui a permis d'avoir une véritable formation et expertise aux risques psychosociaux.

Vincent est aussi technicien dans cette collectivité au service « Urbanisme et habitat » depuis 2002, après avoir passé le concours de technicien, avec une formation en aménagement et environnement, d'un niveau bac+5 (mais sans avoir la totalité du diplôme).

Enfin Laurent, technicien informatique dans le centre hospitalier privé à but non lucratif, est entré en 2001 à ce poste, avec un DUT en génie électrique, puis une formation interne dans un groupe de l'informatique en tant qu'administrateur Système et réseau. Il était alors tout seul dans le service informatique qui ne gérait que vingt postes de travail. Désormais, il y a 460 postes de travail et l'équipe informatique s'est élargie à quatre technicien·nes et un responsable.

Laurent a la fonction « Système et réseau », c'est-à-dire qu'il a la charge du serveur, des postes de travail et de la sécurité. Il veille à ce qu'il n'y ait pas d'incidents informatiques, et surtout à la sécurité des systèmes : « *La sécurité, c'est l'enjeu capital* » ; la peur des cyberattaques est quotidienne.

Les compétences mises en œuvre par ces techniciens sont très diverses, mais la part laissée à l'apprentissage « sur le tas » est, dans tous les cas, importante. A la différence des assistantes sociales, il n'y a pas de niveau de diplôme requis à l'entrée pour être technicien, ni de diplôme d'État. L'accès à ces métiers peut se faire par la promotion interne, y compris pour des anciens ouvriers.

Il est important de souligner que les techniciens rencontrés ont eux-mêmes en tête une vision précise, « stéréotypée » du métier de technicien qui ne correspond pas en réalité à leur pratique. Ainsi, selon Vincent : « *Les techniciens normalement, ce sont des encadrants qui ont une équipe, des gens du technique, mais moi, non, je suis plutôt assistant technique d'un ingénieur.* » Ou encore, pour Pascal qui a un poste dédié à la prévention des risques qui relève donc plutôt de l'accompagnement : « *Dans les métiers techniques, il y a forcément des notions et des compétences techniques que l'on doit avoir sur le bâtiment, l'informatique, etc. Quand on est assistante sociale, ce sont des compétences sur les institutions, le droit, les règles... Cela n'a rien à voir !* » Ce terme de compétences techniques serait donc réservé exclusivement à la filière technique...

#### 2.2.3.2. Autonomie

Les profils des techniciens rencontrés montrent une forte autonomie dans l'organisation de leur travail. Par exemple Pascal, conseiller prévention, estime « *être très autonome dans mon travail. Nous faisons des points réguliers avec ma responsable, mais c'est moi qui organise mon travail, avec une priorité absolue d'intervenir dès qu'il y a un accident ou une agression dans le service du nettoyage* ». Laurent, technicien informatique, souligne également « *une grosse autonomie : notre responsable nous sollicite – mon collègue et moi – régulièrement, car à force, notamment sur la sécurité, on baigne dedans, et on est capables de résoudre pas mal de choses... En plus de l'autonomie, il faut être polyvalent. C'est vaste l'informatique. Même sur la partie système et réseau, c'est énorme* ».

Notons cependant que Vincent, à l'urbanisme, s'estime quant à lui moins autonome, car il travaille en duo avec un ingénieur qu'il « assiste ». « *On attend de moi que je sois autonome, mais ce n'est pas tout-à-fait le cas.* »

#### 2.2.3.3. Responsabilités

Certaines fiches métiers de techniciens, comme celle des collectivités territoriales, prescrivent l'encadrement d'une équipe pour les techniciens. Mais ce n'est pas le cas des techniciens rencontrés, ni de la situation dans le centre médico-chirurgical où les techniciens sont en position 6, non-cadres. C'est une volonté de leur part de ne pas avoir à gérer des équipes. Par exemple, Laurent dit explicitement : « *Je ne voulais pas devenir responsable informatique, car je ne veux pas encadrer d'équipe, passer du temps en réunion et surtout, j'ai envie de mieux dormir la nuit.* » En revanche, ses responsabilités sur la sécurité du système informatique, sur l'évaluation des risques d'incident ou de panne sont importantes : « *Être responsable, c'est anticiper beaucoup, envisager des problèmes, les risques et trouver des solutions, être proactif.* » La solution, par exemple, qui coûte cher est « *de faire de la redondance, en doublant le réseau* ». En même temps, il reconnaît qu'il travaille en équipe et que ses collègues sont en soutien, lui font des remarques pour gérer ces risques.

#### 2.2.3.4. Interruptions et gestions d'incidents

Ces techniciens sont sollicités pour répondre à des incidents (un accident du travail ou une panne informatique). Ils sont donc régulièrement interrompus dans leur activité et sont « *sollicités en permanence. Ça fait partie des choses pénibles dans mon métier : quand on est concentré sur quelques choses et qu'il faut répondre au téléphone...* », nous dit Laurent. Ou encore Pascal : « *J'essaie au maximum d'anticiper dans mon travail, pour faire vraiment de la prévention, mais de fait, en permanence, je dois régler des situations dans l'urgence.* »

#### 2.2.3.5. Exigences organisationnelles

Laurent, technicien informatique, gère effectivement toutes formes d'incident informatique, par exemple une panne au niveau de l'accès à un dossier de patient ou au niveau du serveur. Mais il reconnaît que ces pannes sont peu fréquentes, de l'ordre d'une fois tous les trois mois. En revanche, une veille technologique est exigée au quotidien (installation de nouveaux antivirus parfois trop invasifs, blocage dans l'accès des postes, notamment en télétravail...). De plus, il se dit « *sollicité en permanence* », parfois même « *submergé par des demandes* » d'utilisateurs qui attendent énormément de l'informatique.

Laurent est le seul parmi les techniciens rencontrés à dire qu'il pense à son travail en dehors. Par exemple, il se connecte pendant son petit-déjeuner pour voir si le système fonctionne bien, s'il n'y a pas eu pendant la nuit de bug. Mais une évolution apparaît aussi pour Pascal : « *Avec le Covid, la charge mentale de mon travail est très importante. Et malheureusement, un collègue est décédé du Covid. En tant que préventeur, on se dit forcément : qu'est-ce que je*

*n'ai pas fait ? Je ne dirais pas que cela me hante, mais c'est plutôt de la colère. (...) La charge mentale est élevée, car il ne faut rien oublier, par exemple pour l'arrivée et l'installation de chaque nouveau collègue, pour le suivi de la prévention de tous les risques... » Il a d'ailleurs initié une analyse de la pratique « spontanée, entre collègues, de façon informelle ».*

Enfin, ces techniciens n'ont pas fait part de contraintes horaires fortes. Il arrive qu'il y ait des heures supplémentaires, mais cela reste peu fréquent. Par exemple, Pascal reconnaît qu'il n'a pas d'heures de réunion le soir, que l'on peut le joindre en cas d'incident grave sur son téléphone professionnel, mais que c'est très rare.

#### 2.2.3.6. Rémunérations

Dans la fonction publique territoriale, Vincent est technicien principal 1<sup>ère</sup> classe, échelon 7, niveau 2, avec 20 ans d'ancienneté et gagne 2 300 € nets avant impôt, dont 570 € de régime indemnitaire et 50 € de prime de responsabilité.

Pascal est technicien 1<sup>ère</sup> classe au dernier échelon (à l'échelon 11), avec 34 ans d'ancienneté dans la fonction publique territoriale et 20 ans en tant que technicien. Il gagne entre 2 500 et 2800 € nets avant impôt, dont environ 600 € de régime indemnitaire.

Laurent, dans le centre médico-chirurgical, est passé en position 7, c'est-à-dire agent de maîtrise, à la différence des assistantes sociales rencontrées, toutes en position 6, alors même qu'il n'encadre pas d'équipe. « En 2021, on a regardé la convention collective avec notre chef de service et on a vu que je ne pouvais plus évoluer. Comme on a pas mal de responsabilités, il m'a appuyé moi et mon collègue pour que l'on passe en position 7 ». Avec 20 ans d'ancienneté, il gagne environ 2300 € nets avant impôt.

Comparaison des deux emplois :

- En premier lieu, comme pour d'autres professions du SLA, et malgré les luttes passées, le diplôme d'État d'assistant·e de service social a du mal à être reconnu en bac+3, notamment dans le secteur associatif, alors que nous avons montré que ce diplôme est homologué bac+3 depuis 2018. Du côté des techniciens, au contraire, il y a de nombreux aménagements d'accès à ce type d'emplois, avec des parcours divers, et des passerelles possibles ;
- Il y a un flou sur le contenu du travail des assistant·es de service social dans les services où elles interviennent. Elles sont souvent en sous-effectif. Des pressions « pour faire du chiffre » sont évoquées de nombreuses fois ;
- On note une survalorisation des compétences techniques de production. Il est important de considérer que le « relationnel » relève en réalité de différentes techniques (communication, négociation, arbitrage, écoute, conciliation, médiation...) et non de qualités individuelles (empathie, altruisme...), même si ces dimensions peuvent intervenir.

## Comparaison des rémunérations :

- Dans la fonction publique territoriale.

Dans les exemples retenus, les assistant-es socio-éducatives gagnent en net, avec les primes, entre 2 625 et 2 826 €. Leurs primes dans cette collectivité sont de 500 € nettes en fin de carrière. Quant aux techniciens territoriaux, ils gagnent entre 2 300 et 2 650 € nets, dont plus de 600 € de primes. L'écart de rémunération en faveur des assistantes de service social est de 325 € pour les moins anciennes mais seulement de 176 € en fin de carrière, sachant que certains mois, ils/elles gagnent autant... C'est en réalité le régime indemnitaire qui compense l'écart, car il est plus élevé pour certains techniciens en fin de carrière.

Plus généralement, lorsque l'on regarde le salaire de base (selon les dernières grilles indiciaires disponibles) et en net mensuel (hors prime), les assistantes sociales (dites assistant.es socio-éducatives) ont deux grades et leurs salaires s'échelonnent de 1 419 à 2 280 €. Du côté des techniciens, il y a trois grades et leur salaire s'échelonne de 1 306 à 2 135 €. Elles gagnent donc de 113 € nets à l'entrée à 145 € nets en toute fin de carrière (dernier échelon, du dernier grade) de plus que les techniciens. Mais attention : les techniciens, dans les exemples cités, ont dix ans de moins d'ancienneté et ils sont en 1<sup>ère</sup> classe. A ancienneté équivalente et en intégrant les régimes indemnitaires, on peut considérer que l'écart sera très faible.

Notons toutefois, que la « prime Ségur » qui devrait être attribuée aux assistant-es de service social n'a pas été évoquée par les personnes rencontrées...

<b>Tableau 64 : Comparaison des rémunérations nettes mensuelles</b>	
<b>Grille indiciaire collectivité territoriales – juillet 2022</b>	
<b>Rémunération nette mensuelle des assistantes territoriales socio-éducatives</b>	<b>Rémunération nette mensuelle des techniciens</b>
<b>Catégorie A</b>	<b>Catégorie B</b>
<b>Assistante socio-éducatrice :</b> De l'échelon 1 : <b>1 419 €</b> à l'échelon 14 (29 ans d'ancienneté) : <b>2 153 €</b>	<b>Technicien :</b> De l'échelon 1 : <b>1 306 €</b> à l'échelon 13 (30 ans d'ancienneté) : <b>1 830 €</b>
<b>Assistante socio-éducatrice classe exceptionnelle :</b> De l'échelon 1 : <b>1 630 €</b> à l'échelon 11 (21,5 ans d'ancienneté) : <b>2 280 €</b>	<b>Technicien principal 2<sup>e</sup> classe :</b> De l'échelon 1 : <b>1 320 €</b> à l'échelon 13 (30 ans d'ancienneté) : <b>1 942 €</b>
	<b>Technicien principal 1<sup>ère</sup> classe :</b> De l'échelon 1 : <b>1 469 €</b> à l'échelon 11 (24 ans d'ancienneté) : <b>2 135 €</b>

- Dans le centre de rééducation (privé associatif).

Les assistantes sociales sont toutes en position 6 et perçoivent une rémunération de 1 842 € (en palier 1, moins de six ans d'ancienneté) à 2 083 € en palier 3 (17 ans

d'ancienneté) qui inclut le Ségur de la Santé (estimée à 240 € par les assistantes sociales). Le technicien est en position 7 (20 ans d'ancienneté) et gagne 2 300 € nets mensuels. Ici, la différence est en faveur de ce technicien : il gagne 217 € de plus que la plus ancienne des assistantes sociales.

La non-reconnaissance du diplôme des assistant-es de service social en bac+3 explique cette différence dans le privé non lucratif : aucune d'entre elles n'a été proposée pour intégrer la position 7 d'agent de maîtrise qui aurait pu se justifier, du fait de ce niveau d'exigence de qualification. A notre sens, ceci s'explique justement par la faible reconnaissance du travail social, le flou quant à la perception de leur rôle, des exigences techniques pourtant réelles.

Pour conclure, les assistant-es de service social n'ont pas la reconnaissance professionnelle et salariale de leur métier : leur diplôme n'est pas toujours et totalement reconnu, notamment dans le secteur associatif, où des différences salariales en leur défaveur peuvent être repérées avec des techniciens recrutés d'un niveau équivalent au bac+2 (BTS). Dans la fonction publique, elles ont obtenu le passage en catégorie A, ce qui se traduit par de légères améliorations de leur traitement de base par rapport aux techniciens en catégorie B, mais il semble que les régimes indemnitaires, fixés au niveau de chaque collectivité territoriale, soient en faveur des techniciens. De plus, cet accès à la catégorie A des travailleurs sociaux de fonction publique hospitalière a entraîné la perte de leur statut d'actif, c'est-à-dire la possibilité de partir en retraite avant l'âge légal en raison de leur présence « au chevet des patients ». Enfin et surtout, les assistant-es de service social sont « enfermés-es » dans leur catégorie d'emploi : aucune passerelle, aucun déroulement de carrière ne leur est possible. La filière technique échappe à cela : de nombreux techniciens sont « issus du rang », entrés comme ouvriers avec des possibilités beaucoup plus nombreuses d'évolution de carrière, par la voie interne, en passant des concours ou en obtenant des avancements par listes d'aptitude.

### 3. LES AIDES-SOIGNANT·ES

#### 3.1. Présentation du métier d'aide-soignant·e

L'évolution de la fonction d'aide-soignant·e (AS) est étroitement liée à celle des infirmier·es. Au XIX<sup>e</sup> siècle, avec la laïcisation des hôpitaux, le terme d'infirmier·e désigne alors le personnel laïque recruté sans qualification pour travailler auprès des malades hospitalisés<sup>99</sup>. Mais vers la fin du siècle et le début du XX<sup>e</sup>, la « professionnalisation »<sup>100</sup> des infirmier·es débute progressivement. En 1902, la circulaire Combes<sup>101</sup> fait état de la nécessité d'instruire les infirmières et rappelle aux préfets l'« obligation morale très étroite » des commissions hospitalières « *de ne confier des malades qu'aux infirmières qui ont justifié avoir acquis les connaissances indispensables à l'exercice de leur état* », ainsi que leur « *devoir de s'assurer le recrutement d'un personnel capable, soit en créant elle[s]-même[s] une école d'infirmière, soit en traitant avec un autre hôpital pourvu d'une telle école* ». Vingt ans plus tard, en juin 1922, l'instauration du diplôme d'État (DE) codifie un peu plus les contours de la profession bien qu'il ne soit pas exigé pour exercer. Pendant plus de vingt ans encore, les hôpitaux compteront parmi le personnel soignant des infirmier·es non diplômé·es et c'est en 1946 que la loi imposera l'obtention du DE pour exercer la profession. Sur une courte période, le personnel exerçant en qualité « d'infirmier·e » sans diplôme avant 1946 bénéficiera de mesures transitoires pour obtenir le diplôme ou l'autorisation de poursuivre en tant qu'infirmier·es mais certain·es n'y parviendront pas. C'est donc à leur intention, et pour retenir un personnel expérimenté, qu'en janvier 1949, le titre d'aide-soignant·e est créé.

Moyen de reclasser les infirmier·es non diplômé·es, l'obtention du titre ne requière cependant pas de formation spécifique ; il est alors délivré par le médecin chef de service à condition que le/la soignant·e ait eu pendant au moins un an la charge d'un groupe de malades et soit apte à participer aux soins des patient·es. Finalement, le titre d'AS introduira une nouvelle position hiérarchique intermédiaire permettant de valoriser un personnel « soignant » à la fois subordonné au travail des infirmier·es diplômé·es et, plus valorisé – aussi bien symboliquement qu'en terme de rémunération – que les agent·es de service hospitalier (ASH)<sup>102</sup> chargé·es des tâches plus matérielles comme le nettoyage et l'entretien des locaux<sup>103</sup>.

---

<sup>99</sup> Arborio Anne-Marie (2016), « Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d'aide-soignante », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, pp. 241-262.

<sup>100</sup> Au sens de la sociologie fonctionnaliste des professions, c'est-à-dire le processus de professionnalisation comme le passage du statut d'occupation à celui, plus prestigieux, de profession avec notamment la formalisation et la reconnaissance, le plus souvent par l'État, des savoirs et des certifications relatives à l'activité.

<sup>101</sup> Circulaire du 28 octobre 1902, adressée aux préfets, relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et à la création d'écoles d'infirmières, et parue dans le *Journal officiel* du 30 octobre 1902.

<sup>102</sup> Le maintien du titre d'aide-soignant·e sera vivement défendu par le personnel moins qualifié, notamment par les ASH, et les syndicats qui y voient une perspective de promotion accessible par l'expérience tandis que le passage dans la catégorie d'infirmier·e exige désormais le DE.

<sup>103</sup> Voir la fiche concernant les ASH dans l'annexe sur les professions (en ligne).

Dans le contexte des années 1950, de pénurie d’infirmier-es et d’un fort besoin en personnel, le titre d’aide-soignant-e est maintenu et en 1956, le Certificat d’aptitude à la fonction d’aide-soignant-e<sup>104</sup> (CAFAS) pose la première pierre de l’institutionnalisation de ce titre professionnel. La durée de l’enseignement préparatoire est alors fixée à dix mois et est accessible aux soignant-es justifiant d’au moins une année d’exercice au sein d’un établissement public ou privé de soins.

Les années 1970 marquent l’intensification de la formation<sup>105</sup> et l’élargissement du public y accédant dans un contexte économique favorable à la formation professionnelle<sup>106</sup>. A plusieurs reprises, la formation des AS ainsi que leur rôle ont été modifiés et précisés (1982, 1994, 1996, 2005) marquant progressivement l’unification de la formation désormais sanctionnée par un diplôme d’État<sup>107</sup> (DEAS) – qui sera jusqu’en 2021 un diplôme de niveau 3<sup>108</sup> – et accessible par voie de formation continue et initiale. Au-delà d’un changement d’appellation du diplôme, les textes relatifs à la formation d’AS viennent successivement préciser les compétences spécifiques nécessaires à l’exercice du métier.

Conservant le modèle de l’alternance, le décret du 22 octobre 2005 définit une nouvelle organisation de la formation d’AS suivie dans des centres agréés<sup>109</sup>. Elle se décompose en huit modules d’apprentissage et comprend au total 1 435 heures d’enseignement répartis sur 17 semaines d’enseignement théorique en institut, validées par évaluation écrite, et 24 semaines d’enseignement clinique en stage validées selon des grilles d’évaluation et des mises en situations professionnelles. L’expérience, dans le cadre de la validation des acquis de l’expérience (VAE), peut également être reconnue dans l’obtention du DEAS.

Depuis 2021<sup>110</sup>, la durée de la formation d’AS est allongée. Elle est désormais répartie en 22 semaines de théorie et 22 semaines de clinique, soit 1 540 heures, et délivre un diplôme de niveau 4 équivalent au baccalauréat. Ce référentiel définit les trois missions « reflétant la spécificité du métier » d’aide-soignant-e : « *accompagner la personne dans les activités de sa vie quotidienne et sociale dans le respect de son projet de vie ; collaborer au projet de soins*

---

<sup>104</sup> Arrêté du 23 janvier 1956 portant création d’un certificat d’aptitude aux fonctions d’aide-soignant et d’aide-soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés.

<sup>105</sup> L’arrêté du 25 mai 1971 relatif au CAFAS dans les établissements publics ou privés fixe la durée de l’enseignement à 12 mois (comprenant un mois et demi de congés) avec 224 heures d’enseignement et 16 semaines de stages encadrés.

<sup>106</sup> Arborio A.-M. (2016), *op. cit.*

<sup>107</sup> Décret du 31 août 2007. Le Diplôme Professionnel d’Aide-Soignant est remplacé par l’appellation « Diplôme d’État d’Aide-Soignant ».

<sup>108</sup> Correspondant au niveau V de l’ancienne échelle de classification des certifications professionnelles, soit un niveau CAP.

<sup>109</sup> Les instituts de formation d’aides-soignant-es (IFAS).

<sup>110</sup> Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d’Etat d’aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (*JORF*, n° 0135 du 12 juin 2021)

*personnalisé dans son champ de compétences et enfin, contribuer à la prévention des risques et au raisonnement clinique interprofessionnel.* » Cette nouvelle réingénierie de la formation introduit également de nouveaux actes de soin autorisés jusqu'ici absents des référentiels comme le « *recueil de la saturation en oxygène, [les] prélèvements non stériles (selles, urine, expectorations) et la lecture des données biologiques urinaires, [l'observation et la participation] à l'évaluation de la douleur et du comportement des patients ainsi qu'au risque d'atteinte à l'intégrité de la peau* »<sup>111</sup>. La pose des masques destinés à l'aide respiratoire pour les malades en situation chronique stable, le renouvellement des poches et des supports sur colostomie cicatrisée ou le recueil de glycémie par captation capillaire ou par lecture instantanée transdermique font également partie de ces nouveaux actes. Pour la secrétaire de la Fédération nationale des associations d'aides-soignants, Arlette Schuhler, « *ce sont des actes que nous faisons déjà, du moins dans le médico-social où il n'y a pas toujours une infirmière avec nous [et] dans un certain sens, on ne fait donc que légaliser l'existant* »<sup>112</sup>.

La même année, dans le cadre du Ségur de la santé et des revalorisations de carrière, les AS et les auxiliaires de puériculture accèdent à la catégorie B<sup>113</sup> de la fonction publique<sup>114</sup>. Elles/ils étaient auparavant en catégorie C avec les aides médico-psychologiques et les agent-es de service hospitalier qui elles/eux restent en catégorie C. Actuellement, le corps des aides-soignant-es comprend deux grades : la classe normale avec 12 échelons (dont la durée totale est de 24,5 ans) et la classe supérieure comprenant 11 échelons (dont la durée totale est de 23,5 ans). Une augmentation de 183 € net par mois concerne alors l'ensemble des professionnels des établissements de santé et des Ehpad au titre de la première revalorisation du Ségur et à laquelle s'ajoute pour les AS, une revalorisation de 45 € net en début de carrière et de 78 € net après cinq ans d'exercice au titre du passage en catégorie B.

En France, la profession d'AS est une profession sanitaire réglementée par le Code de la santé publique et relève du domaine sanitaire et social et de l'aide à la personne. Selon le Code de la santé publique, les AS exercent sous la responsabilité d'un-e infirmier-e et assurent auprès des patient-es ou des résident-es la réalisation de soins « *liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une*

---

<sup>111</sup> Devers Gilles (2021), « Une nouvelle étape pour le métier d'aide-soignant », *Droit, Déontologie & Soins*, Vol. 21, n° 3, pp. 345-362, septembre.

<sup>112</sup> Propos recueilli par Adrien Renaud pour le magazine *ActuSoins* : <https://www.actusoins.com/349755/la-reforme-de-la-profession-daide-soignant-se-concretise.html>

<sup>113</sup> La catégorie B correspond aux fonctions d'encadrement intermédiaire, d'application et de rédaction, généralement de niveau 4 dans la classification des formations (baccalauréat) tandis que la catégorie C relève davantage des fonctions d'exécution, généralement de niveau 5 (*infra bac*).

<sup>114</sup> Décret n° 2021-1257 du 29 septembre 2021 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture de la fonction publique hospitalière ; décret n° 2021-1881 du 29 décembre 2021 portant statut particulier du cadre d'emplois des aides-soignants territoriaux.

*diminution de l'autonomie...* »<sup>115</sup> Le plus souvent, l'AS travaille au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux et prend en charge les soins d'hygiène, de confort et l'assistance aux malades : toilette, douche, installation et transfert des patients, aide à la réalisation de gestes quotidiens. Une dimension propre à l'hébergement et aux fonctions d'hôtellerie amène également les AS à se charger de la distribution des repas, de la réfection des lits et des tâches d'entretien. En collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle et sous l'encadrement d'un·e infirmier·e, il/elle participe aussi aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs des personnes soignées et surveille quotidiennement l'état de santé des patient·es. L'AS collabore ainsi au projet de soins personnalisé, à la prévention des risques et au raisonnement clinique en équipe et contribue au bien être des patient·es, au maintien de leur autonomie et à l'amélioration de leur santé.

### **3.1.1. « Délégations en cascade » et prise en charge du « sale boulot »**

La position subordonnée des ASs est claire et inscrite dans les textes qui encadrent le métier. Parmi le personnel des « paramédicaux » subordonnés aux professions médicales, les AS, avec les agent·es de service hospitalier (ASH), forment alors le dernier maillon – dans la hiérarchie des paramédicaux – de l'organisation du travail hospitalier autour du patient ou de la patiente. Une organisation autour du malade donc, partagée entre groupes professionnels différents et « *réglée par les médecins, 'profession dominante'<sup>116</sup> à l'hôpital* »<sup>117</sup>.

Ce qui fait l'unité des tâches réalisées par les AS, ou leur socle commun, c'est la délégation du travail infirmier. Le travail infirmier est de deux natures : soit il relève de la prescription du ou de la médecin – ce qui constitue un premier niveau de délégation – soit de son rôle propre correspondant aux « *soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie* »<sup>118</sup> des patient·es. L'infirmier·e exerce son rôle propre en autonomie et peut déléguer à l'aide-soignant·e les tâches qui en relèvent.

La division du travail hospitalier et l'éclatement de l'acte médical ont conduit à la « délégation en cascade » des tâches médicales et de soin vers les paramédicaux. Reprenant l'hypothèse de Hughes selon laquelle il existe alors dans chaque organisation du travail une « hiérarchie des tâches selon leur degré de prestige », A.-M. Arborio analyse la délégation des tâches infirmières vers les AS dans leur dimension absolue, celle du « boulot sale », qui participe alors à l'invisibilisation du métier. Les tâches déléguées à l'AS requièrent une faible technicité par rapport à celles réalisées par les infirmier·es et médecins. C'est la dimension relative du « sale boulot » proposée par Hughes, mais selon Arborio, le cas particulier des AS montre également

---

<sup>115</sup> Code de santé publique - ANNEXE I RÉFÉRENTIEL DE FORMATION DU DIPLÔME PROFESSIONNEL D'AIDE-SOIGNANT.

<sup>116</sup> Freidson Eliot (1984), *La Profession médicale*, Payot, coll. « Médecine et sociétés ».

<sup>117</sup> Arborio Anne-Marie (1995), « Quand le 'sale boulot' fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. », *Sciences sociales et santé*, Vol. 13, n° 3, pp. 93-126.

<sup>118</sup> Article R. 4311-3 du Code de la santé publique.

une dimension absolue du « sale boulot » : ici, le « sale boulot » devient littéralement le « boulot sale », socialement dévalorisé, car au contact des excréments corporels des patient.es ou des résident.es. Cependant, par un « processus de retournement du stigmaté », la prise en charge des tâches infirmières est valorisée par les AS puisqu'elle les rapproche d'une profession hiérarchiquement plus valorisée dont elles partagent l'objectif, celui de soigner, et instaure une relation privilégiée avec les patient.es. Ce dernier point est d'autant plus important que dans certains établissements, notamment dans les Ehpad, la présence systématique d'un.e infirmier.e ou d'un.e médecin n'est pas toujours assurée (cf. le témoignage des AS).

### **3.1.2. Glissements de tâches et « faisant fonction »**

Par leur proximité avec les malades et leur position hiérarchique intermédiaire entre les agent.es de service hospitalier et les infirmier.es, les AS se placent donc aux frontières du soin. Au-delà du cadre réglementé de la délégation des tâches infirmières aux AS, la barrière professionnelle entre infirmier.es et AS et qui plus est, entre AS, ASH et aides médico-psychologiques (AMP), n'est pas complètement étanche. La littérature et l'observation des pratiques montrent en effet l'existence de glissements de tâches, c'est-à-dire la réalisation, par un.e professionnel.le, d'actes qui ne relèvent pas du titre pour lequel il/elle a été recruté.e et sans que cela soit autorisé (bien que parfois toléré). A l'origine de ces glissements de tâches, on retrouve notamment l'alourdissement de la charge de travail et le manque de personnel chronique. Structurellement aussi, les glissements de tâches peuvent s'expliquer par l'histoire étroite des professions infirmière et aide-soignante, comme nous l'avons exposée plus tôt.

Dans d'autre cas, c'est le statut de « faisant fonction » qui témoigne alors de la perméabilité des tâches entre personnels. À la différence du glissement de tâche, faire fonction consiste à prendre en charge de façon régulière le rôle d'une profession dans son ensemble et ce, sans justifier du diplôme normalement requis. Dans les milieux hospitalier, sanitaire et sociaux, le recours aux agents faisant fonction est répandu : dans ce cadre – qui n'engage pas de reconnaissance statutaire et financière – et selon les services, un.e AS peut être amenée à assumer un rôle de « quasi-infirmière »<sup>119</sup> de la même façon que des ASH ou des AMP peuvent exercer comme « faisant fonction aide-soignant.e ». Les AMP en particulier sont de plus en plus souvent recruté.es sur un poste d'AS, car en début de carrière, leur salaire est inférieur et leur temps de formation moins long.<sup>120</sup> Comme le souligne A.-M. Arborio<sup>121</sup>, la condition de faisant fonction d'AS est ambivalente : certes, elle peut-être une manière de valoriser sa

---

<sup>119</sup> Arborio A.-M. (1995), *op. cit.*

<sup>120</sup> Voir la fiche concernant les AMP dans l'annexe sur les professions (en ligne). Les AMP sont désormais appelé-es « accompagnant-es éducatif-ves et sociaux-les ».

<sup>121</sup> Arborio Anne-Marie (2019), « Les 'faisant fonction' d'aide-soignante face à la validation des acquis de l'expérience (VAE) au risque de l'invalidation par d'autres professionnels », Congrès de l'Association française de sociologie : Classer, déclasser, reclasser, Aix-en-Provence, France.

position en prenant le rôle d'une autre profession mais malgré des « *conditions de travail (...) pénibles pour tous dans ces établissements, les faisant fonction d'aide-soignante se distinguent des diplômées sur le plan du statut et des conditions d'emploi : plus souvent en CDD, y compris dans des contrats très courts – des 'vacs' – pour remplacer le personnel absent, des salaires moins élevés laissant voir l'avantage évident des établissements sous forte contrainte budgétaire à embaucher des personnels non qualifiés autorisés à exercer des tâches qualifiées* ». À ces conditions d'exercice précaires<sup>122</sup> s'ajoute la difficulté qu'ont les faisant fonction à faire reconnaître leurs compétences d'un établissement à un autre. Dans ce cas, la validation des acquis de l'expérience (VAE) offre une sortie possible du « statut » faisant fonction.

### **3.1.3. Un état des lieux de la profession**

Instrument de reclassement administratif au départ et apparu dans le contexte historique particulier de réorganisation du travail hospitalier, le titre d'AS ne présageait pas la définition et l'émergence d'une catégorie professionnelle. Aujourd'hui, cette catégorie relativement récente recouvre pourtant une réalité massive<sup>123</sup> puisque les AS représentent, après les infirmier-es, le second poste en termes d'effectifs parmi le personnel non médical soignant (ou « paramédicaux ») des établissements de santé.<sup>124</sup> Au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées et dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les effectifs d'AS sont plus importants encore que ceux d'infirmier-es : en 2019, ils/elles représentent près de 69 % du personnel paramédical ou soignant (c'est 20,6 % pour les infirmier-es) et un tiers de l'ensemble du personnel des établissements d'hébergement<sup>125</sup> ; dans les SSIAD en 2021, les aides-soignant-es forment 81 % du personnel selon la Cour des Comptes.

Les AS exercent donc majoritairement dans les établissements de santé<sup>126</sup>, les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

---

<sup>122</sup> Les conditions d'exercice peuvent varier d'un établissement à un autre mais ce que souligne également A-M. Arborio, c'est que les faisant fonction d'aides-soignant-es sont pour partie présent-es au sein des établissements peu attractifs où les conditions de travail sont difficiles et le personnel insuffisant. C'est le cas par exemple des établissements pour personnes âgées qui connaissent des difficultés de recrutement importantes. D'ailleurs, dans ces établissements, les ASH faisant fonction d'aide-soignant-es ont été exclus par décret (Décret n° 2020-66) de la prime Grand âge mise en place notamment pour améliorer l'attractivité de ces métiers.

<sup>123</sup> Arborio Anne-Marie (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Economica, 2<sup>e</sup> édition.

<sup>124</sup> Selon les données de la Drees, les infirmier-es et les aides-soignants représentaient respectivement 45 et 32 % du personnel soignant des établissements de santé (les Ehpad ne sont pas compris) en 2019.

<sup>125</sup> Selon les données de l'enquête EHPA 2019 (Drees).

<sup>126</sup> Les établissements de santé comprennent les centres hospitaliers, les centres hospitaliers régionaux (CHR, dont les centres hospitaliers universitaires CHU), les établissements de soins longue durée pour le secteur public et les cliniques privées ainsi que les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) pour le secteur privé lucratif et non lucratif.

Selon les données de la Drees, les effectifs d'AS semblent se stabiliser autour de 245 000 personnes dans les établissements de santé sur la période 2017-2019<sup>127</sup> et on recense plus de 167 000 AS en 2019 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Les dernières données sur le personnel des SSIAD remontent quant à elles à l'année 2008 où on recensait alors 25 115 AS. Au total et d'après les données de l'enquête Emploi, l'année 2019 recense 434 875 AS dont 88 % sont des femmes<sup>128</sup>.

La répartition des AS dans les établissements de santé est proche de celle de l'ensemble du personnel non médical soignant puisque trois quarts des postes d'AS se concentrent dans le secteur public. Ainsi, concernant la répartition des AS par statut de poste, 63,5 % occupent des postes de titulaires ou de stagiaires de la fonction publique hospitalière, et respectivement 23,6 % ont des contrats à durée indéterminée (CDI) et 12,9 % des contrats à durée déterminée (CDD).

Alors que la crise sanitaire a mis en lumière le manque de personnel soignant dans tous les secteurs, le métier d'AS souffre d'un défaut d'attractivité criant depuis des années. Le nombre de candidat·es aux épreuves de sélection d'entrée dans la formation diminue : en 2018, 64 500 candidats ont passé ces épreuves de sélection contre 111 100 en 2014, soit une baisse de 42 % en quatre ans. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées en particulier, des pénuries chroniques de personnel et d'AS témoignent du peu d'attractivité du secteur.

---

<sup>127</sup> Concernant les effectifs soignants, 2019 est la dernière année recensée par les principales enquêtes mobilisées qu'il s'agisse des données de l'Insee, de la Dares ou de la Drees.

<sup>128</sup> Voir la première partie du rapport.

**Tableau 65 : Évolution des effectifs aides-soignant-es des établissements de santé (2014-2019)**

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>Évolution 2014-2019 (en %)</b>
Ensemble des établissements de santé	227 044	227 119	226 712	245 219	245 312	245 227	8
Établissements publics	174 846	174 991	174 620	185 577	185 678	185 560	6,1
Établissements privés à but non lucratif	23 430	23 373	23 364	27 172	27 252	27 071	15,5
Établissements privés à but lucratif	28 769	28 755	28 729	32 470	32 382	32 596	13,3

Note : Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

Champ : France métropolitaine et DROM (y compris le SSA).

Source : « Les établissements de santé », éditions 2016 à 2020, Drees, traitements Drees.

Intitulé	2015	2019	Évolution 2015-2019 (en %)
Ensemble des établissements	154 337	167 740	8,7
Ehpad publics	78 653	87 583	11,4
Ehpad privés à but non lucratif	33 080	37 091	12,1
Ehpad privés à but lucratifs	22 872	26 255	14,8
EHPA non Ehpad	417	465	11,5
Résidences autonomie	836	817	-2,3
Unités de soins longue durée	18 378	15 529	-15,5

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte)  
Source : Drees, Enquête EHPA 2015 et 2019.

### **3.1.4. La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)**

Avec 7 519 établissements en France, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) représentaient 70 % des structures d'hébergement pour personnes âgées en 2019<sup>129</sup>. Fin 2019, ces établissements employaient 507 934 personnes, toutes professions confondues, pour un volume horaire équivalent à 437 435 équivalents temps plein (ETP)<sup>130</sup>.

Taux d'encadrement (pour 100 places)	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Taux d'encadrement global	70,1	59,9	56,8
Personnel soignant	35,9	28	26,6
Personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation	3	5,1	5,8
Agent-e de service hospitalier ou agent-e de service	18,4	14,6	13,1

Note : le taux d'encadrement est calculé en rapportant les effectifs du personnel en équivalents temps plein (ETP) au nombre de places d'accueil. Le résultat est exprimé en nombre de personnels encadrant pour 100 places.  
Lecture : en 2019, les Ehpad publics emploient, toutes professions confondues, 70,1 ETP pour 100 places en résidence. S'agissant du personnel soignant (principalement des infirmier-es et des aides-soignant-es), le taux d'encadrement correspond à 35,6 postes pour 100 places.  
Source : Drees, Enquête EHPA 2019.

De manière générale, les structures privées emploient moins de personnel que les établissements publics pour accompagner un même nombre de résident-es : le taux d'encadrement varie ainsi de 70,1 ETP pour 100 places dans le public à 59,9 pour le privé non

<sup>129</sup> Structures d'hébergement pour personnes âgées (hors centres d'accueil de jour) en France métropolitaine et DROM (hors Mayotte) ; données de la Drees : panorama statistique « Jeunesse, Sports, Cohésion sociale », 2019.

<sup>130</sup> Données issues du dernier recensement (2019) de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la Drees.

lucratif et jusqu'à 56,8 dans le privé à but lucratif. Le personnel soignant<sup>131</sup> représente quant à lui 51,2 % du personnel employé (en ETP) dans les Ehpad publics (soit 35,9 professionnel·les en ETP pour 100 résident·es) contre 46,7 % dans les autres structures.

47,3 % des Ehpad déclarent être confrontés à des difficultés de recrutement importantes. Les conditions de travail dégradées, les rémunérations faibles et le manque de considération des métiers du grand-âge ont fortement détérioré l'attractivité du secteur, comme le rappelle le rapport El-Khomri paru en 2019. Le renouvellement du personnel dans les Ehpad est très fréquent : d'après l'enquête EHPA de 2019, dans le secteur public, 29,4 % du personnel a moins de deux ans d'ancienneté. Le constat est encore plus marqué dans le privé puisque respectivement 36 et 46,1 % du personnel dans le secteur non lucratif et dans les établissements privés lucratifs ont moins de deux années d'ancienneté.

Les professions d'AS et d'accompagnant·e éducatif·ve et social·e, les deux grands métiers du grand âge, sont particulièrement touchées par une forte dégradation de leur attractivité. La baisse de 25 % en six ans des candidatures aux concours d'accès à ces deux métiers est très révélatrice à cet égard<sup>132</sup>. Selon les données 2015 de l'enquête EHPA, 21,5 % des Ehpad en difficulté de recrutement avaient au moins un poste d'AS non pourvu, un résultat plus marqué pour les structures privées à but lucratif. La situation est d'autant plus préoccupante selon le rapport El Khomri que des départs massifs en retraite sont attendus sur les vingt années à venir et que le nombre de personnes âgées dépendantes continue d'augmenter. En 2019, toujours selon les données de l'enquête EHPA, 45,3 % du personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées (dont les Ehpad) avait plus de 45 ans. Parallèlement, la Drees estime que 108 000 résident·es supplémentaires sont attendu·es dans les Ehpad d'ici à 2030<sup>133</sup>.

Les difficultés de recrutement conduisent les structures à fonctionner en sous-effectif et augmentent de fait la charge du travail qui pèse sur les professionnel·les. Dans les Ehpad publics, la secrétaire générale CGT Barbara Filhol dénonce un déficit de moyens matériels et humains, et de temps conduisant à des situations de « non-traitance » qui renvoient alors la responsabilité à l'employeur et aux directions d'établissement. En 2018, le personnel des Ehpad s'est fortement mobilisé pour dénoncer ces conditions de travail dégradées, les pénuries de personnel et l'insuffisance des rémunérations. Dans le secteur privé, l'enquête de de Victor Castanet parue en 2022<sup>134</sup> a également fait la lumière sur les dérives lucratives du

---

<sup>131</sup> Le personnel soignant regroupe ici les psychologues et les personnels paramédicaux dont les infirmier·es et aides-soignant·es. Les médecins sont regroupé·es quant à eux/elles dans la catégorie du personnel médical.

<sup>132</sup> Rapport remis à la ministre des Solidarité et de la Santé, établi par Mme Myriam El Khomri ou « Rapport grand-âge », *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024*, 2019.

<sup>133</sup> Selon le modèle de projection Lieux de vie et autonomie (LIVIA) de la Drees.

<sup>134</sup> Castanet Victor (2022), *Les fossoyeurs*, Fayard.

groupe privé français Orpéa et dénoncé un système violent et maltraitant né d'une politique de rationalisation des coûts et de rentabilité.

### **3.2. La comparaison des aides-soignantes avec les ouvriers d'un Ehpad public**

Il s'agit dans cette partie d'étudier et de comparer, au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) public, la profession d'AS à celle d'ouvrier-e. L'objectif initial était d'interroger un comparateur masculin de catégorie B issu de la filière technique mais aucun poste n'étant pourvu à ce titre, nous n'avons pu interroger que des ouvriers. Par conséquent, ce choix de paire doit être analysé de manière différente, notamment à la suite du passage en catégorie B des AS alors que les ouvrier-es sont des agents de la catégorie C de la fonction publique. *A priori*, la comparaison devrait aboutir à un écart de rémunération en faveur des AS<sup>135</sup>. En accord avec les termes de la loi Roudy et ses critères de définition des emplois, l'étude porte alors sur l'examen du contenu de chaque emploi et de la valorisation de leur complexité-technicité, des niveaux de responsabilité et des contraintes-pénibilités.

#### **3.2.1. Méthodologie**

Nous avons rencontré quatre aides-soignantes<sup>136</sup> et deux ouvriers d'un Ehpad de région parisienne. La structure employeuse comprend plusieurs sites et établissements et les AS que nous avons interrogées ne travaillent pas toutes sur le même site. Les ouvriers quant à eux sont amenés à intervenir sur l'ensemble des sites de la structure. Contrairement à l'étude des sage-femmes et des assistantes sociales, les AS et ouvriers ici interrogés sont tous-tes syndiqué-es et représentant-es du personnel. Nous avons pu les rencontrer sur leur temps syndical au cours d'entretiens d'une heure et demie en moyenne et par deux.

---

<sup>135</sup> Avant leur passage en catégorie B, l'étude comparative entre aides-soignant-es et ouvrier-es qualifié-es de la fonction publique montrait une différence de moins de 200 € en faveur des aides-soignant-es, un écart faible alors compte tenu des différences de diplôme et de responsabilité. (cf. l'ouvrage collectif « Le genre au travail », dir. N. Lapeyre *et al.*, 2021)

<sup>136</sup> Les aides-soignantes et ouvriers interrogés dans cette étude sont respectivement des femmes et des hommes.

**Tableau 63 : Profil des enquêtés**

Prénom	Statut	Diplôme	Age	Ancienneté	Durée du travail	Rémunération totale nette avant impôt (printemps 2022)
<b>Les aides-soignantes</b>						
<b>Sabine</b>	AS classe normale	DEAS	51 ans	17 ans	Temps plein	2 204,74 €
<b>Sandra</b>	AS classe supérieure	<i>Idem</i>	48 ans	29 ans	<i>Idem</i>	Entre 2 300 et 2 400 €
<b>Viviane</b>	AS classe normale	<i>Idem</i>	61 ans	20 ans	<i>Idem</i>	Entre 2 200 et 2 300 €
<b>Julia</b>	AS classe supérieure	<i>Idem</i>	47 ans	25 ans	<i>Idem</i>	2 370,22 €
<b>Les ouvriers</b>						
<b>Fabrice</b>	Principal 1 <sup>ère</sup> classe	BEP électromécanicien	59 ans	30 ans	Temps plein	2 077,69 €
<b>Cédric</b>	Principal 2 <sup>e</sup> classe	CAP électricien du bâtiment	28 ans	6 ans	<i>Idem</i>	1 840 €
<p>Note : Sandra et Viviane n'ont pu nous présenter une fiche de paie, ce qui explique les fourchettes de rémunération dans le tableau. Néanmoins, en prenant en compte le grade et l'échelon de chacune, on retrouve bien des rémunérations nettes issues de la grille salariale comprises dans ces deux fourchettes, soit pour Sandra 2 358,91 €, et pour Viviane 2 272,58 €, sans compter les dimanches et jours fériés travaillés et auxquelles il faut ajouter 46,86 € brut de la NBI relative au travail en Ehpad (cf. encadré 6 détaillant des primes aide-soignant-e).</p>						

### **3.2.2. Le contenu du travail et les rémunérations des aides-soignantes**

#### 3.2.2.1. Entre subordination et autonomie relative

Les AS travaillent « sous contrôle et par délégation » de l'infirmier-e. Malgré tout, et qui plus est dans un contexte de contraintes temporelles et organisationnelles fortes, les AS interrogées témoignent une certaine autonomie quotidienne. D'abord, au sein des Ehpad, le binôme aide-soignant-e/infirmier-e n'est pas toujours présent et pour cause, le nombre d'infirmier-es est souvent réduit. Dans l'établissement de Julia par exemple, « *il n'y a pas de directeur, il n'y a pas de cadre. Parfois, il n'y a pas d'infirmière, ce qui fait que l'on fait l'infirmière. On fait tout ce qu'elle a dit, pareil, mais, en même temps, on répond aux familles, aux infirmières, aux ambulanciers parce qu'il y a des rendez-vous parce qu'on gère tout* ».

Isolées et en permanence aux côtés des résident-es, les AS ont un rôle et une responsabilité dans la surveillance de leur état de santé et la détection des éventuels risques et dégradations. « *La plus grande responsabilité, c'est quand on est avec eux du matin au soir, appeler le médecin et dire qu'il y a une chute. C'est la grande responsabilité pour moi, le fait d'être là, d'être autonome, être présente tous les jours, la vigilance surtout parce qu'on est responsables d'eux quand même. Dès qu'on est là de 7 h à 14 h 25, on est responsable d'eux, de ce qui leur arrive. Et on doit se faire les transmissions justement par rapport à ça pour avoir un suivi dans la journée. On ne peut pas venir au boulot et dire : 'Il n'y a rien à signaler.' Il y a toujours quelque chose. Ce sont des êtres humains...* » (Viviane). Une responsabilité d'autant plus engagée et ressentie à cause des glissements de tâches et du manque chronique d'infirmier-es qui amènent les AS à « faire l'infirmier-e ».

L'organisation quotidienne du travail révèle également une autonomie relative des AS : pour répondre aux contraintes temporelles fortes, renforcées par le caractère imprévu du travail, les AS sont amenées à s'écarter de la règle, c'est-à-dire du prescrit, pour assurer le bon déroulement de la journée. Par exemple, Viviane explique que dans son service qui accueille des personnes très dépendantes, les soins et les toilettes du matin sont théoriquement partagés avec sa collègue : « *Normalement, on a deux listes de résidents. Donc, on ne travaille pas ensemble, mais comme dans mon service, on n'aime pas ça, donc on se suit. Si l'une entre dans une chambre l'autre suit, ainsi de suite. Au cas où il y aurait une chute, on appelle notre collègue pour nous aider à relever le patient, en cas d'imprévu ou d'urgence ou quelqu'un qui est blessé.* » Ici, l'organisation des toilettes et de la distribution du petit déjeuner en chambre est établie de sorte qu'en cas d'imprévu urgent, la chute d'un résident par exemple, les AS puissent intervenir rapidement et à deux pour la mise en sécurité et pour alerter l'infirmier-e ou l'administrateur-riche de garde.

### 3.2.2.2. La maîtrise des temps de travail

Au quotidien, les AS sont soumis-es à des contraintes temporelles fortes et des temporalités contradictoires. Plusieurs études rapportent l'existence d'un « conflit de temporalité »<sup>137</sup> entre le temps du soin et de l'écoute des besoins d'une part, et la charge de travail prescrite nécessitant un rythme de travail soutenu d'autre part. Un conflit donc, entre un temps « idéal » partagé par les professionnel·les, c'est-à-dire celui qui permet de « bien » faire leur travail tel qu'ils/elles ont été formé·es à le faire et un temps « réel » imposé par l'organisation du travail (*ibid.*). Il apparaît clairement lors des entretiens que le temps leur est insuffisant et que l'organisation du travail prescrit est un élément fondamental pour les AS : la maîtriser leur permet de consacrer du temps à la relation d'aide et d'accompagnement au cœur du métier.

*« Si nous ne sommes pas organisées, si nous ne planifions pas les choses, nous sommes vite débordées et nous le savons très bien. Je l'ai appris tout de suite quand je suis arrivée en première année. Il peut y avoir des catastrophes qui arrivent, même en fin de journée quand vous êtes censées quitter le service. Si vous n'êtes pas organisée, c'est la catastrophe. (...) Cela me laisse un peu plus de temps à passer avec les résidents. C'est un gain de temps pour être avec eux (...). Il faut être organisée car si vous n'y arrivez pas, vous courez partout, vous perdez un temps fou et vous marchez encore plus. Il faut savoir s'économiser aussi physiquement, et si vous êtes organisé, cela évite des débordements. » (Sandra)*

L'entraide entre collègues semble ici très importante pour faire face à l'organisation du travail, aux imprévus et aux situations d'urgence. Le manque de personnel pointé par l'ensemble des AS, source d'un alourdissement de la charge de travail et de l'individualisation du rapport au travail et aux rythmes<sup>138</sup>, renforce ici le besoin de solidarité entre collègues pour rendre le travail supportable. Il s'agit par ailleurs d'un enjeu important dans la formation des élèves stagiaires et des nouvelles recrues : *« On a beaucoup de stagiaires. Heureusement que l'on a des stagiaires, car elles nous font des choses qui nous avancent. Et il faut bien encadrer les nouvelles, quand elles arrivent, pour qu'elles se sentent bien avec les autres... » (Viviane)* Le collectif est également important dans la gestion des contraintes émotionnelles.

---

<sup>137</sup> Billaud Solène, Xing Jingyue (2016), « 'On n'est pas si mauvaises !' Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », *SociologieS* [En ligne], Dossier consulté le 25 avril 2022.

<sup>138</sup> Selon Sophie Divay, l'intensification du travail des soignant-es ainsi que le roulement important du personnel fragilisent l'émergence et le rôle de soutien du collectif de travail face aux conditions de travail dégradées. Divay Sophie (2010), « Les précaires du *care* ou les évolutions de la gestion de l'absentéisme' dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n° 77, pp. 87-109.

### 3.2.2.3. Horaires et organisations du travail

Le travail des professionnel·le·s soignant·e·s est contraint par la continuité des soins avec des horaires atypiques continus (horaires de matin, d'après-midi, de nuit, de week-end) impactant considérablement l'équilibre entre vie professionnelle/vie personnelle. Bien souvent, les équipes sont « postées », avec des horaires de jour ou de nuit. Au sein de notre Ehpad, les AS que nous avons rencontrées travaillent le matin ou l'après-midi/soir. Les horaires varient faiblement d'un établissement à l'autre : elles font en général 7 h-14 h 15 pour les horaires du matin, et 13 h 50-21 h 15 pour les horaires du soir. Le chevauchement des équipes est indispensable vis-à-vis de la continuité des soins puisque c'est à ce moment-là que se font les transmissions. Les AS travaillent ici quatre jours consécutifs suivis d'un ou deux jours de repos ainsi qu'un week-end sur deux. Depuis plusieurs années, on assiste à la mise en place d'horaires dits « en 12 h ». Ce roulement en 12 h – cycle de trois jours en 12 h suivi de deux jours de repos avec reprise de deux jours en 12 h avec ensuite entre cinq et six jours de repos – peut être valorisé notamment par les jeunes professionnel·le·s puisqu'ils limitent les allers-retours vers le lieu de travail et leur permet aussi soit de gérer leur vie personnelle soit d'effectuer des travaux supplémentaires pour compenser les revenus faibles. Dans nos entretiens, les AS ont fait part de leurs réticences concernant une organisation du travail en 12 h en raison notamment d'un travail physiquement pénible et mentalement épuisant.

L'allongement des durées de travail, souvent non rémunérées, est une autre manière de répondre à ce conflit de temporalité, évoqué par Solène Billaud et Jingyue Xing, afin de parvenir à bien faire son travail dans des contextes de manque de personnel. Réduire le temps de pause, arriver en avance ou finir plus tard : « *Nous n'avons pas le choix, nous sommes obligées d'y répondre [aux demandes des résident·es]. Il y aura des jours où vous finirez plus ou moins tôt, et d'autres jours où vous finirez pile poil avant de déjeuner. Ce jour-là, vous courez, vous rentrez et vous êtes sur les rotules. C'est pour l'ensemble de la journée. Pour l'équipe de nuit, c'est pire parce qu'il y a une personne pour soixante résidents et c'est un peu compliqué. Nous sommes obligées de nous adapter mais nous nous usons. J'ai trente ans de boîte et je n'ai plus de dos. J'ai été mise dans un service un peu plus léger et aujourd'hui, il y a du matériel* » (Sandra) ; « *Le repas finit vers 13 h 30-13 h 45 et là, après la vaisselle, on peut prendre notre pause et encore. Parfois, nous n'avons pas le temps de manger parce qu'on fait les transmissions à l'équipe de l'après-midi et on finit à 14 h 25* » (Julia).

### 3.2.2.4. Une disponibilité permanente et une imprévisibilité du travail

L'organisation du travail des AS est également rythmée par des interruptions fréquentes, de la part des résident·es, des familles ou d'autres professionnel·les intervenant auprès des personnes âgées. Les AS peuvent être directement sollicitées par les résident·es ou bien, comme à l'hôpital, un système de sonnette et de voyants lumineux leur permet également de savoir lorsqu'un·e résident·e a besoin de quelqu'un en chambre.

Sandra travaille dans un service de « valides ». Elle est seule pour vingt résident·es et précise au sujet de interruptions que *« cela peut être de tout. Des soins parce qu'il y a des personnes qui se souillent et qui ont besoin d'aide. Cela peut aussi être une aide pour la télé. Nous sommes techniciennes et nous faisons de tout. Cela peut parfois être : 'Est-ce que tu peux venir pour mon téléphone, je n'arrive pas à le faire fonctionner' ; 'Ne veux-tu pas me mettre les bas parce que ce matin, on a oublié de me les mettre ?' Cela peut être tout et n'importe quoi. Parfois, je les accompagne, car ils me demandent de les accompagner à la cafétaria ou dehors. Ils me demandent de prendre des rendez-vous chez le coiffeur, ou ils sont inquiets par rapport à tel ou tel rendez-vous. Je vais voir le médecin ou je vais voir l'infirmière. Il y en a même qui me demandent d'aller sur Internet pour leur faire des recherches pour des visites au musée, etc. »*

Parlant de l'organisation du travail les AS rappellent souvent que « cela dépend ». L'organisation quotidienne du travail dépend des facteurs d'imprévisibilité. Travailler avec l'humain nécessite d'anticiper mais la durée du soin, de l'accompagnement et les besoins des résident·es peuvent être incertains.

#### 3.2.2.5. Un travail difficile physiquement et émotionnellement

La population vieillissant et l'espérance de vie s'allongeant, les résident·es des Ehpad entrent en établissement de plus en plus dépendant·es, aussi bien physiquement que cognitivement : *« Ils rentrent de plus en plus tard, maintenant, très grabataires et très dépendants. On ne va pas aller en mieux. »* (Viviane)

Cette évolution entraîne nécessairement une prise en charge plus lourde pour l'ensemble des personnels soignant·es et en particulier des AS qui sont quotidiennement au contact rapproché de ces personnes. Au sein d'un Ehpad, les AS prennent en charge les soins d'hygiène, de confort et les soins préventifs en fonction de l'état de santé des résident·es (prise de la température, aide au lever et aux transferts, aide à l'habillage, à la toilette, à la douche et à la prise des repas). Bien que le matériel ait évolué dans le sens d'un allègement des pénibilités physiques des AS, ce qu'elles reconnaissent, il ne les supprime pas pour autant, et la proximité physique très grande avec le/la résident·e demande toutefois des efforts importants : *« Il faut tout le temps faire attention à notre posture. Sinon, après, on 'trinque'. (Julia) ; « C'est un travail pénible et physique parce qu'on ne va pas voir quelqu'un qui tombe sans essayer de le rattraper : c'est un réflexe (Viviane). On nous dit : 'Laisser tomber. Vous le ramasserez après', mais ce n'est pas possible (Julia). Notre corps dit autrement. Le risque est qu'en le rattrapant, on risque de se faire mal. Et surtout ce qu'ils [les directions] ne veulent pas, ce sont des accidents du travail parce que cela coûte cher. Mais, on est des humains. Eux aussi, ce sont des humains. On s'occupe des humains. Ce n'est ni des objets ni des animaux. Même les animaux, on s'en occupe. »* (Viviane)

Par ailleurs, du fait de leur ancienneté, les personnes que nous avons rencontrées n'ont pas toujours bénéficié de matériel adapté pour lever ou transférer les résident·es. Pour Viviane,

61 ans et à un an de la retraite, « *le corps a subi, le corps est fatigué. Sincèrement, je suis quelqu'un de très fort, cela se voit, mais là, je suis au bout. J'ai hâte d'être dans un an pour que je puisse m'arrêter parce que même les appareils, il faut de la force, surtout quand la personne est dessus, pour la monter, l'installer dans le lit. Cela demande beaucoup d'efforts. Donc, j'ai mal partout. C'est de l'arthrose. J'ai mal aux épaules. C'est la vieillesse aussi, on va dire. »*

« *Je me dis qu'avec trois enfants, je vais peut-être tirer dix-quinze ans. Je peux encore tenir parce que je pense avoir fait beaucoup attention. J'ai beaucoup utilisé tout ce qu'ils ont mis à disposition pour soulager mon dos, mais c'est vrai qu'il faut se baisser... et en 2017, j'ai fait un AVC. Donc, depuis, je me ménage. »* (Julia) A l'époque, Julia travaillait de nuit et sa collègue interrogée avec elle ne manque pas de préciser que ces horaires, en plus de ses obligations familiales, ont aggravé son état de santé.

Des conditions physiques d'autant plus difficiles que le métier nécessite la répétition quotidienne des gestes accomplis auprès des personnes âgées, des gestes invisibilisés à cause de leur faible technicité et de leur appartenance à la catégorie du « sale boulot » (Arborio, 2009). Mais la relation d'aide et la dimension d'assistance qui ont peu à peu disparu (ou presque) du quotidien des infirmier-es – la délégation des tâches par le/la médecin s'ajoutant au rôle propre de l'infirmier-e, sa charge de travail laisse peu de place à la dimension relationnelle du soin – sont mises en valeur par les AS.

Une relation de soin valorisée par les AS mais qui nécessite l'apprentissage d'un positionnement professionnel pour faire face aux exigences émotionnelles. Dans le cadre des Ehpad, le travail auprès des personnes âgées et l'accompagnement des fins de vie peuvent être particulièrement éprouvants sur le plan émotionnel. La réalisation des toilettes mortuaires est un exemple de cet apprentissage. Dans l'établissement où travaille Viviane, en raison de son ancienneté, certaines collègues font appel à elle pour réaliser les toilettes : « *Si elles voient qu'il y en a une qui a l'habitude de le faire, elles préfèrent m'appeler. Comme je suis la plus ancienne, je sais comment faire. Cela ne me dérange pas. Je suis obligée de les préparer. »*

Émotionnellement, les AS font aussi parfois face à des agressions verbales violentes : « *Quand un résident nous insulte : 'Sale noire, qu'est-ce que tu fous là ?' Ça fait mal. »* (Viviane)

La période de crise sanitaire a été particulièrement difficile pour le personnel soignant et dans les Ehpad, AS que nous avons rencontrées y ont été durement confrontées. « *Pendant le Covid, j'ai perdu beaucoup de résidents dans mon service : sur les quinze, il n'en reste que trois. (...) C'était l'épidémie. Je me disais que c'était de ma faute, que je n'avais pas bien fait mon travail. La direction m'a dit : 'Non, Viviane, vous n'y êtes pour rien. C'est un virus qui est arrivé.' C'est normal parce qu'ils partaient deux par jour. Depuis que je suis dans ce métier, je n'ai jamais vu autant de décès. C'était horrible et on ne pouvait même pas leur dire au revoir. Même les familles ne venaient pas. J'espère que cela ne se reproduira pas. C'était très dur pour*

*nous. Quand je rentrais, je pleurais. A un moment donné, je voulais abandonner, il y avait trop de morts, ce n'était plus possible »*, nous raconte Viviane avec beaucoup d'émotion.

### 3.2.2.6. Un manque de reconnaissance jusqu'à la crise sanitaire

Longtemps invisibilisé-es, les AS prennent peu à peu la parole pour témoigner des conditions de travail difficiles et dénoncer un manque de reconnaissance de la valeur de leur travail. Les faibles rémunérations et le manque de moyens investis, notamment en termes de personnel, sont perçus comme une marque de mépris de la part des institutions. Au sein des Ehpad, la dévalorisation de la profession est aussi interprétée comme un abandon des personnes âgées. Malgré tout, les AS entretiennent un sentiment de fierté important : *« J'ai toujours été fière de mon métier. Je trouve que c'est dommage que nous n'ayons pas été reconnues avant le Covid. C'est vraiment depuis le Covid que l'on parle plus des aides-soignantes parce qu'avant, on n'entendait parler que des infirmières. Je pense que les infirmières ont du boulot. Je ne minimise pas le boulot des infirmières, ni du matin, ni de l'après-midi, mais il est vrai que les aides-soignantes ont un lourd tribut. C'est dommage que nous ayons été valorisées que lorsqu'il y a eu le Covid. J'ai toujours été fière de mon travail. »* (Sandra)

La crise sanitaire a conduit (un temps) la visibilisation des soignant-es et des AS, et a marqué des évolutions dans la rémunération de ces dernier-es : passage en catégorie B, prime Ségur et prime Grand âge : *« Depuis le Covid, il y a beaucoup de changements. Au niveau salaire, nous n'avions jamais été augmentées depuis tant d'années, et désormais nous avons des primes et des augmentations. [Mais] ils nous ont un peu endormi les yeux avec leur prime Grand âge. Si demain, ils décidaient de la retirer, ils le pourraient. Ils se sont juste dit : 'Nous les avons tellement épuisés depuis le Covid.' Depuis que je suis entrée, je n'avais jamais eu d'augmentation. Mon salaire a augmenté au fur et à mesure des années, de changements d'indice et comme par hasard, on nous propose maintenant des petites augmentations. Ce sont des petits trente euros. Je trouve qu'une fois les primes retirées, le salaire est misérable. Je sais qu'il y a des gens qui touchent moins que nous et je ne pleure pas non plus sur mon sort. J'estime que pour le travail que nous fournissons et pour l'usure que nous attrapons, ce n'est pas suffisant. Nous sommes pratiquement toutes conscientes qu'il y a en a plein parmi nous qui y prendront directement une place le jour de la retraite. C'est ce que nous nous disons toutes : nous prendrons des chambres les unes à côté des autres, car nous en voyons tellement. Nous saturons et on nous en demande toujours plus. »* (Sandra)

### 3.2.2.7. Les rémunérations

Le salaire de base des AS rencontrées correspond aux grilles salariales de l'AP-HP. Selon l'échelle des rémunérations et l'ancienneté, la rémunération nette mensuelle de base évolue de 1 759,22 à 2 526,99 € pour les AS de classe normale, et de 1 936,39 à 2 722,34 € pour les AS de classe supérieure.

#### **6. Détail des primes incluses dans la rémunération nette mensuelle de base des aides-soignant-es :**

- Indemnité de résidence : 3 % du traitement indiciaire brut ;
  - Indemnité spéciale de sujétion : 13/1900 de la somme du traitement budgétaire brut annuel et de l'indemnité de résidence ;
  - Complément de traitement (Séjour) : 229,62 € bruts, soit 183 € nets ;
  - Prime spéciale de sujétion : prime forfaitaire de 15,24 € + 10 % du traitement brut indiciaire ;
- Spécificités du secteur du grand-âge :
- Nouvelle bonification indiciaire (NBI) : 10 points d'indices majorés, soit 46,86 € brut<sup>139</sup> (environ 38 € nets) ;
  - Prime Grand-âge : 118 € bruts soit 100 € nets.

Les AS travaillent un week-end sur deux et peuvent également travailler les jours fériés. L'indemnité s'élève alors à 5,98 € par heure travaillée.

- Sabine est à l'échelon 5 de la classe normale et compte 17 années d'ancienneté. Elle gagne 2 204,74 € nets mensuels avant impôt dont 175,99 € bruts (soit environ 149 € nets) pour les dimanches et jours fériés et 100 € nets de prime Grand-âge ;
- Sandra est à l'échelon 7 de la classe supérieure après 29 années d'ancienneté. Elle gagne entre 2 300 et 2 400 € nets mensuels avant impôt comprenant deux dimanches travaillés (soit une indemnité de 83,72 €) et estimant qu'il n'y ait pas d'heures supplémentaires ;
- Viviane est à l'échelon 10 de la classe normale après 20 années d'ancienneté. Elle touche entre 2 200 et 2 300 € nets mensuels avant impôt comprenant deux dimanches travaillés (soit une indemnité de 83,72 €) et estimant qu'il n'y ait pas d'heures supplémentaires ;
- Julia est à l'échelon 2 de la classe supérieure après 25 ans d'ancienneté. Elle touche 2 370,22 € net mensuel avant impôt dont 133,06 € bruts (soit environ 112 € nets) pour les dimanches et jours fériés et 100 € nets de prime Grand-âge.

#### **3.2.3. Le contenu du travail et les rémunérations des ouvriers**

Les ouvriers que nous avons rencontrés ont tous deux leur spécialité : Fabrice, diplômé d'un BEP d'électromécanicien, a été recruté en qualité d'électricien, et Cédric, doté d'un CAP électrique du bâtiment a été recruté en maintenance. Ils font partie de la catégorie C de la fonction publique hospitalière et de la filière technique comprenant alors deux grades : ouvrier principal de 2<sup>e</sup> classe et ouvrier principal de 1<sup>ère</sup> classe. Fabrice a été recruté par la voie du concours mais pour accéder à ce corps, il n'est pas obligatoire en revanche, dans la

---

<sup>139</sup> Dans la fonction publique hospitalière, la NBI est attribuée mensuellement selon les fonctions exercées et fixée par décret. Ainsi, les aides-soignant-es « exerçant auprès des personnes âgées relevant des sections de cure médicale ou dans les services ou les unités de soins de longue durée auprès des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie » (Décret 93-92 du 19 janvier 1993) se voient attribuer dix points d'indices majorés venant compléter le salaire de base brut.

structure retenue pour l'étude. Un niveau CAP ou équivalent est nécessaire qu'il s'agisse d'une spécialisation dans le bâtiment, la menuiserie ou autre.

Les horaires en semaine sont de 8 h 30 à 16 h 15 ou bien de 10 h 15 à 18 h, et ils ne travaillent pas le week-end mais sont d'astreinte tous les deux mois environ. Ces astreintes s'effectuent sur 118 h, s'il n'y a pas de jours fériés, du vendredi 18 h au vendredi suivant 8 h.

Sur l'ensemble de la structure, l'équipe ouvrière est composée d'électriciens, de plombiers et « *d'hommes à tout faire* » selon Fabrice et principalement formés au départ à la maçonnerie ou à la menuiserie.

Chaque site comporte un atelier et en temps normal, les ouvriers n'interviennent que sur l'un des sites de la structure mais en cas d'urgence, ils peuvent être amenés à se déplacer pour aider un-e collègue.

### 3.2.3.1. Un manque de personnel aussi chez les ouvrier-es

Le manque de personnel touche autant le personnel non soignant des établissements de santé et des Ehpad. Ici, dans la filière technique de la structure étudiée, le problème touche aussi tous les niveaux hiérarchiques : « *Depuis maintenant trois mois, on n'a plus de hiérarchie, c'est-à-dire que l'on n'a plus de responsables de direct : on n'a plus d'ingénieur. On n'a plus qu'une directrice qui chapeaute le service. Cela fonctionne sur la bonne volonté de nous tous et de la prise de conscience de notre rôle. En plus, on a une directrice qui est responsable de quatre postes différents. Avant, on avait une directrice que pour les chantiers de maintenance, les services de maintenance (...) et maintenant, elle gère la cuisine, la blanchisserie, le service chauffeur et les services ateliers.* »

Le manque d'attractivité pèse lourd sur les effectifs en place : « *À l'heure actuelle, il cherche un plombier, un menuisier et un ouvrier polyvalent et ils ne trouvent pas et puis le salaire...* » (Fabrice)

Les ouvriers interrogés témoignent d'une autonomie importante sur leur site d'intervention. Le/la chef-fe « *passé une fois par semaine et encore cela dépend. Sur mon site, il ne passait jamais. Quand il n'y a pas de souci, il n'y a personne* » (Cédric).

Une autonomie renforcée dans un contexte de difficultés de recrutement puisqu'ils prennent en charge les tâches qui relèvent en temps normal du ou de la chef-fe, comme la gestion des commandes et des entreprises extérieures qui interviennent dans les établissements.

Mais progressivement, le manque de personnel a modifié le contenu même du travail des ouvriers. Les « gros chantiers », par exemple, ne peuvent plus être pris en charge par le personnel de l'Ehpad et nécessitent parfois de faire appel à des entreprises extérieures. Selon Fabrice, « *un chantier, par exemple sur quinze jours trois semaines, à mon époque, sur mon Ehpad où il y avait 900 lits, on était 25 sur les services techniques : il y avait le plombier,*

*l'électricien, les peintres. On pouvait se permettre de refaire un service complet. Certains restaient en maintenance, mais on faisait le chantier. Par exemple, un problème de lino, on ne peut plus faire parce qu'il nous faut le matériel, faire la découpe, etc. Il faut être au moins deux ou trois pour poser un lino. On ne peut pas le faire. Cela s'est beaucoup compliqué. Moi, qui suis là depuis trente ans, les choses ont vraiment changé » ; « Vu les effectifs, on subit, on ne fait que du curatif et aucun préventif, ce qui fait qu'avec le vieillissement des locaux, on passe notre temps dessus. C'est même un peu désespérant. »*

### 3.2.3.2. Une polyvalence accrue par les effectifs réduits

Au quotidien, leur travail est rythmé par les besoins de réparation dans l'établissement et dans les chambres des résident·es. En tant qu'électricien, ils ont à charge spécifiquement l'entretien et la maintenance des éclairages de sécurité et des systèmes d'alarme incendie qui font l'objet de contrôles annuels. Sur tous les sites de la structure, chaque système d'alarme est différent et complexe. C'est pourquoi il est nécessaire d'avoir du personnel formé. Mais l'absence de fiche de poste, la délimitation peu claire de leurs tâches et le manque de personnel les obligent à intervenir sur tout type de travaux de maintenance au sens large, voire sur des tâches en dehors de leur fonction, comme la gestion des poubelles ou des livraisons : « *C'est le problème des petits établissements : il n'y a pas de personnel de logistique qui faisait les poubelles. Et comme on est les seuls hommes dans les établissements, la plupart du temps, ils essayent de nous refiler ce genre de choses, comme les déménagements, etc. On rend service, on aide les équipes, mais ils ne nous appellent pas en premier pour organiser des choses.* » (Cédric)

De même, « *si un résident tombe par terre et on est dans le secteur, on donne un coup de main. Et pourtant, on n'a pas le droit de relever un résident qui serait tombé parce que s'il avait quelque chose ou autre, ce sont aux aides-soignants avec des machines qui devraient le relever. Mais parfois, les agents nous appellent pour nous demander de le relever* » (Fabrice).

« *Sur certains sites, ce sont les agents électriciens qui font aussi de la plomberie, de la menuiserie, de la serrurerie parce qu'ils sont tout seuls sur leur site. On adapte notre profession, mais on fait plus que notre profession. Parfois, on est un peu bloqué : les collègues n'ont pas le temps de nous donner un coup de main ; alors c'est à nous de bricoler comme on peut.* »

Sur une journée de travail, les agents sont toujours joignables par téléphone et sont facilement interrompus. C'est le degré d'urgence qui détermine alors l'organisation du travail et des interventions. « *Une fuite, un tuyau qui pète, un lavabo ou un évier boucher* » ou, plus rarement, le déclenchement d'une alarme incendie, sont des exemples d'interventions immédiates.

En dehors des interventions au sein des locaux, le travail des agents n'est pas visible pour les autres personnels qui n'évaluent pas toujours la globalité du champ d'intervention créant ainsi des situations de tension pour les ouvriers qui ne parviennent pas toujours à répondre à toutes les demandes : *« Tous les jours, tout est urgent. Parfois, des choses ne peuvent pas se faire dans la journée, et après, ils viennent dire à leurs cadres ou autres et nous, des mails sont envoyés à notre directrice pour dire qu'on n'a pas fait le boulot. Mais, parfois, nous ne pouvons pas. Nous n'avons pas quatre mains et les urgences peuvent être des choses bénignes. Parfois, le lit est bloqué, mais il est déjà au plus bas et ils peuvent monter les barrières. Pour la nuit, ça peut passer, pour eux, c'est une urgence : il faut que le lit monte parce qu'ils ne veulent pas se casser le dos. Mais il arrive que l'on n'ait pas le matériel ou on ne peut pas le réparer. »* (Fabrice) Néanmoins, contrairement aux aides-soignantes, ici l'urgence ne concerne pas nécessairement la sécurité directe ou la santé des résident·es, et il apparaît que les tâches qualifiées d'« urgentes » n'exigent pas nécessairement d'intervention immédiate et peuvent concerner une intervention jugée « bénigne ».

### 3.2.3.3. Des responsabilités limitées

Les enjeux de sécurité sont importants notamment dans le cadre de la maintenance des systèmes électriques et de l'entretien de la plomberie. Des commissions de sécurité sont organisées tous les trois ans pour assurer la conformité des locaux et des installations, et en cas d'avis défavorable, les commissions peuvent décider la fermeture d'un établissement. Pour les ouvriers interrogés, il s'agit là d'une responsabilité importante que de s'assurer que les normes soient respectées et cela peut générer du stress, notamment chez les plus jeunes : *« Les commissions de sécurité, (...) quand on débute, on stresse, on dit : 'C'est peut-être à cause de nous. On a fait une faute... Rien du tout, c'est notre chef qui va s'en prendre plein dans la gueule', mais nous, non. Mais on a du stress là-dessus. Les astreintes, pareil, on commence là-dedans. Mais des fois, on stresse, on dit : 'Peut-être que j'ai mal fait.' (...) Les astreintes, ce n'est pas très dur, il ne se passe rien. Mais on dort mal parce qu'on a le téléphone et qu'il peut sonner à tout moment. »* (Cédric) Assurer la conformité des locaux et du matériel relève de la principale responsabilité des fonctions techniques toutefois limitée pour les ouvrier·es en raison de responsabilités hiérarchiques plus claires que chez les AS. Bien que légalement l'AS exerce sous la responsabilité d'un·e infirmier·e, la délimitation de la responsabilité des AS au quotidien apparaît en effet plus floue en raison notamment des glissements de tâches.

### 3.2.3.4. Au quotidien, des contraintes physiques et une faible charge émotionnelle

En termes physiques, le métier comporte des risques, risques d'électrocution ou de brûlure par exemple, et des contraintes de charges pour certains travaux. Les déplacements répétés et longs, sur certain site l'atelier étant éloigné de l'établissement, génèrent de la fatigue physique.

Sur le plan émotionnel, Fabrice, plus ancien, répète qu'il est important de ne pas s'attacher aux résident-es. Bien que relativement isolés, le contact et la relation avec les résident-es restent une dimension partagée avec les ouvriers. « *On est souvent proche d'eux et on a un peu plus de temps. On n'a pas un chronomètre comme les aides-soignantes où il faut que tout le monde [entendu les résident-es] soit fait avant midi.* » Lorsqu'ils sont présents dans l'établissement, les ouvriers parviennent à prendre du temps pour aider les résident-es, et il arrive aussi que l'on fasse appel à eux pour gérer des tensions notamment entre les familles et le personnel soignant. Mais ces interventions n'apparaissent pas comme quotidiennes et par conséquent, la charge émotionnelle est plus limitée.

### 3.2.3.5. Les rémunérations

Selon l'échelle des rémunérations et l'ancienneté, la rémunération nette mensuelle évolue de 1 628,94 à 1 950,65 € pour les ouvriers principaux de 2<sup>e</sup> classe, et de 1 658,18 à 2 172,09 € pour les ouvriers principaux de 1<sup>ère</sup> classe.

#### **7. Détail des primes incluses dans la rémunération nette mensuelle de base des ouvrier-es :**

- Indemnité de résidence : 3 % du traitement indiciaire brut ;
- Indemnité spéciale de sujétion : 13/1900 de la somme du traitement budgétaire brut annuel et de l'indemnité de résidence ;
- Complément de traitement (Séguir) : 229,62 € brut soit 183 € net ;
- Prime multisite : autour de 200 € (la prime n'apparaît pas dans les grilles de l'AP puisqu'elle a été négociée par les ouvrier-es au sein de l'établissement).

L'astreinte d'une semaine qui a lieu tous les trois mois environ est rémunérée 430 € sans jours fériés pour un ouvrier avec peu d'ancienneté, comme c'est le cas de Cédric. Pour un ouvrier plus ancien comme Fabrice, la rémunération d'astreinte s'élève autour de 600 €.

- Fabrice est à l'échelon 9 de la 1<sup>ère</sup> classe après 30 années d'ancienneté. Il gagne 2 077,69 € nets mensuel avant impôt comprenant la prime multisite ;
- Cédric touche quant à lui 1840 € net par mois avant impôt, ce qui correspondrait à l'échelon 9 du grade ouvrier principal de 2<sup>e</sup> classe – l'échelon n'a pas pu être confirmé lors de notre entretien – et comprenant également la prime multisite.

<b>Tableau 69 : Comparaison des rémunérations nettes mensuelles entre aides-soignant-es et ouvrier-es Grille indiciaire de l'AP-HP, 2022</b>	
<b>Rémunération nette mensuelle des aides-soignant-es</b> <b>Catégorie B</b> Comprenant l'indemnité de résidence, de sujétion, le complément de traitement (Séjour), la prime aide-soignant-e (ou prime spéciale de sujétion).	<b>Rémunération nette mensuelle des ouvrier-es</b> <b>Catégorie C</b> Comprenant l'indemnité de résidence, de sujétion et le complément de traitement (Séjour).
<b>Classe normale :</b> De l'échelon 1 : <b>1 759,22 €</b> à l'échelon 12 (24,5 ans d'ancienneté) : <b>2 526,99 €</b>	<b>Ouvrier principal 2<sup>e</sup> classe :</b> De l'échelon 1 : <b>1 628,94 €</b> à l'échelon 12 (24 ans d'ancienneté) : <b>1 950,65 €</b>
<b>Classe supérieure :</b> De l'échelon 1 : <b>1 936,39 €</b> à l'échelon 11 (23,5 ans d'ancienneté) : <b>2 722,34 €</b>	<b>Ouvrier principal 1<sup>ère</sup> classe :</b> De l'échelon 1 : <b>1 658,18 €</b> à l'échelon 10 (18 ans d'ancienneté) : <b>2 172,09 €</b>

Comparant la rémunération des AS (DEAS-niveau bac) et des ouvrier.e.s principaux (catégorie C), embauchés au niveau 5 de l'Education nationale (niveau CAP-BEP), on obtient un écart net mensuel avant impôt en faveur des AS :

- Pour les grades inférieurs de chaque profession, soit la classe normale pour les AS et la 2<sup>e</sup> classe pour les ouvrier-es principaux-ales, on observe un écart de 130,28 € en début de carrière et un écart de 576,34 € au dernier échelon avec 24 ans d'ancienneté ;
- S'agissant des grades supérieurs de chaque profession, soit la classe supérieure des AS et la 1<sup>ère</sup> classe des ouvrier-es principaux-ales, on note un écart de 278,21 € au premier échelon ainsi qu'un écart de 550,25 € après 23,5 ans d'ancienneté pour les AS (échelon 11) et 18 ans pour les ouvrier-es (échelon 10).

Compte tenu du diplôme et des responsabilités à l'égard des résident-es, l'écart de rémunération de l'ordre de 130 € en faveur des AS en début de carrière reste faible malgré le passage en catégorie B de ces dernier-es. Certes, au dernier grade de chaque classe, le passage en catégorie B des AS se traduit en théorie par un écart d'environ 500 €. Mais ce passage dans les grades supérieurs n'est pas automatique : des ratios d'avancement de grade ou taux de promotion sont déterminés par décret au niveau national, ce qui rend difficile l'accès à une promotion pour la filière des soins par rapport à la filière technique.

Dans l'Ehpad que nous avons étudié, si l'on compare à ancienneté équivalente les rémunérations de Fabrice (30 ans d'ancienneté en 1<sup>ère</sup> classe) et Sandra (29 ans d'ancienneté en classe supérieure), on obtient :

- Pour Fabrice, une rémunération de 2 077,69 € nets par mois avant impôt comprenant la prime multisite de 160 € nets environ (0,8\*200 € bruts) ;
- Pour Sandra, on estime à 2 350 € sa rémunération nette mensuelle prime comprise dont 67 € nets environ pour deux dimanches travaillés.

soit un écart de 272,31 € en faveur de l'AS, qui ne nous paraît pas refléter les différences de qualification en termes de diplôme, de responsabilités et de conditions de travail. Mais attention, cet écart s'explique par des primes plus importantes attribuées aux AS. Or celles-ci n'entreront pas en totalité dans le calcul de la retraite et sont réversibles, comme l'ont rappelé les témoignages précédents.

Il est important de retenir toutefois que l'exemple de Fabrice et Sandra correspond à une fin de carrière et n'est pas représentatif de la majorité des salarié·es.

Par ailleurs, les perspectives de carrière et la mobilité verticale des AS, notamment vers des postes d'infirmier·es, restent limitées, car conditionnées à la formation en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et sous réserve de réussite à l'examen d'entrée. Une expérience d'au moins trois années est également nécessaire pour que l'employeur finance cette formation. La formation est longue : elle dure initialement trois ans ramenés à deux ans et demi, voire deux ans, pour les AS depuis septembre 2020, et pèse assez lourd sur « *les services [comme] sur les professionnels concernés, et cela est d'autant plus discriminant qu'elle concerne des professions très féminisées, peu rémunérées et donc pour qui le coût d'opportunité est très fort* » (Cour des comptes, 2021).

Enfin, une autre comparaison avec les technicien·nes hospitalier·es aurait été pertinente puisqu'ils/elles font partie de la catégorie B mais comme nous l'avons souligné, nous n'avons pas pu rencontrer de technicien·nes attaché·es à cet Ehpad. Toutefois, on peut comparer les grilles de salaire de l'AP-HP des AS et des technicien·nes.

<b>Tableau 70 : Comparaison des rémunérations nettes mensuelles entre aides-soignant·es et technicien·nes Grille indiciaire de l'AP-HP, 2022</b>	
<b>Rémunération nette mensuelle des aides-soignant·es</b> <b>Catégorie B</b> Comprenant l'indemnité de résidence, de sujétion, le complément de traitement (Ségur), la prime aide-soignant·e (ou prime spéciale de sujétion).	<b>Rémunération nette mensuelle des technicien·nes</b> <b>Catégorie B</b> Comprenant l'indemnité de résidence, une indemnité forfaitaire technique et le complément de traitement (Ségur).
<b>Classe normale :</b> De l'échelon 1 : <b>1 759,22 €</b> à l'échelon 12 (24,5 ans d'ancienneté) : <b>2 526,99 €</b>	<b>Technicien·ne hospitalier·e :</b> De l'échelon 1 : <b>1 815,91 €</b> à l'échelon 13 (28 ans d'ancienneté) : <b>2 575,86 €</b>
<b>Classe supérieure :</b> De l'échelon 1 : <b>1 936,39 €</b> à l'échelon 11 (23,5 ans d'ancienneté) : <b>2 722,34 €</b>	<b>Technicien·ne supérieur·e hospitalier·e 2<sup>e</sup> classe :</b> De l'échelon 1 : <b>1 992,21 €</b> à l'échelon 13 (28 ans d'ancienneté) : <b>2 894,92 €</b>
-	<b>Technicien·ne supérieur·e hospitalier·e 1<sup>e</sup> classe :</b> De l'échelon 1 : <b>2 174,78 €</b> à l'échelon 11 (23 ans d'ancienneté) : <b>3 163,70 €</b>

Première remarque, les technicien·nes hospitalier·es ont trois grades alors que les AS n'en ont que deux, ce qui donne davantage de possibilités de promotion aux premier·es. Par ailleurs, si l'on compare la rémunération nette mensuelle au premier et au dernier échelons pour chaque grade, il y a systématiquement un écart en faveur des technicien·nes : cet écart est seulement de 56,7 € en tout début de carrière mais il est de 172,6 € à partir de 28 ans d'ancienneté de la classe supérieure des AS et des technicien·nes hospitalier·es supérieur·es de 2<sup>e</sup> classe. L'écart est encore plus élevé pour les technicien·nes supérieur·es de la 1<sup>ère</sup> classe puisqu'il est de 441,4 €. Qui plus est, ces données correspondent à une indemnité forfaitaire technique minorée estimée ici à 22 % pour le premier grade des technicien·nes et à 30 % pour les deux autres grades alors que cette indemnité peut atteindre 25,4 % au premier grade et 40 % aux suivants.

## CONCLUSION

Le principe d'égalité salariale d'un salaire égal pour un travail de valeur égale repose sur la valeur des emplois. Cette partie de l'étude illustre ce principe en comparant trois métiers du soin et du lien féminisés avec des trois comparateurs masculins de la filière technique. Si le constat d'une dévalorisation des métiers féminisés est avéré, les situations sont en réalité plus complexes et en évolution. Ainsi, les sages-femmes connaissent, même avec le Ségur de la santé, des écarts salariaux conséquents par rapport aux ingénieurs. C'est moins le cas des aides-soignantes dont le positionnement hiérarchique a été relevé ces dernières années, en tout cas dans la fonction publique. Les assistantes de services sociaux de la fonction publique ont-elles aussi obtenu des revalorisations, pas transposées à notre connaissance dans le secteur privé. Mais au-delà de la comparaison des salaires à un instant t, l'étude montre aussi des retards de carrière pour toutes ces professions féminisées par rapport aux professions masculinisées. De même, l'ensemble des compléments salariaux n'est pas toujours intégré à nos analyses du fait de l'opacité des systèmes de rémunération, même dans la fonction publique. Et lorsque nous avons accès à ces informations, les métiers à prédominance masculine semblent en bénéficier davantage.

Soulignons que nous avons rencontré des difficultés pour appliquer cette méthode, notamment pour choisir un comparateur masculin et collecter des témoignages de ces salariés. Comparer le contenu du travail de métiers différents est un exercice difficile et délicat. L'égalité salariale reste comprise seulement pour un travail strictement égal.

Ces trois comparaisons d'emploi proposent une première analyse, assez générale, qui demande à être mobilisée de manière opérationnelle pour alimenter des négociations collectives sur l'égalité, des revendications collectives ou même des recours en justice par des dispositifs d'action de groupe.



## **Conclusion générale**



La crise sanitaire a été un véritable révélateur des métiers essentiels, ceux que des millions de Françaises et Français ont applaudi tous les soirs de confinement en 2020. La société a pris en partie conscience de ce paradoxe, entre l'utilité sociale, essentielle et vitale de ces professions du soin et du lien aux autres, occupées majoritairement par des femmes, et leurs niveaux particulièrement faibles de considération et de reconnaissance professionnelle et salariale.

Cette recherche, nous l'espérons, permettra d'aller plus loin et de démontrer tous les enjeux et l'urgence « d'investir dans les métiers du soin et du lien aux autres », pour assurer le bien-être de nos citoyen·nes à tout âge, pour redonner du sens à notre société et concrétiser la définition de la santé selon l'OMS, soit « *un état de complet bien-être physique, mental et social* ». Il s'agit par là-même de favoriser des créations d'emplois, de relancer l'économie, de revaloriser les professions du soin et du lien aux autres et d'assurer l'égalité entre les femmes et les hommes.

Des résultats concrets se dégagent de cette recherche :

- Tout d'abord, les estimations économiques proposées dans la première partie de ce rapport sont claires : l'étude estime à environ 3,5 millions de salarié·es l'actuel secteur du soin et du lien aux autres. L'objectif a été ensuite d'estimer le montant de la revalorisation de ces professions en termes de rémunération, en retenant une hypothèse simple : le salaire mensuel moyen par niveau de diplôme.

Selon les métiers retenus et le secteur public ou privé, des hausses salariales nécessaires se situent dans une fourchette très large, entre 12 et 89 %. Le coût total net de cette revalorisation est estimé à 35 milliards d'euros.

Le troisième objectif a été de chiffrer les besoins sociaux en termes d'emplois (de qualité), à partir d'une méthode innovante fondée sur la réalité des territoires. Il en ressort des besoins allant de 330 500 à 1,1 million d'emplois nécessaires. Pour garder le scénario haut, ces 1,1 million d'emplois correspondent à un coût net de 44 milliards d'euros pour les finances publiques. Au total, l'investissement public nécessaire aux créations d'emplois dans le secteur des soins et du lien aux autres, ainsi que la revalorisation de tous les métiers concernés, coûteraient moins de 80 milliards d'euros, soit 3,2 % du PIB<sup>140</sup>. Ce chiffre peut paraître élevé, mais rappelons que la fraude fiscale a été estimée au minimum à ce même niveau – entre 80 et 100 milliards d'euros annuels<sup>141</sup> – ou encore que les niches fiscales sont évaluées à 90 milliards d'euros par la Cour des comptes en 2019. Autre ordre de grandeur, les aides publiques aux entreprises sont près de deux fois plus élevées que

---

<sup>140</sup> Il s'agit du coût net, c'est-à-dire en intégrant les effets positifs pour les finances publiques de ces créations d'emplois et revalorisations salariales, grâce aux simulations réalisées dans la première partie de ce rapport.

<sup>141</sup> Selon le syndicat Solidaires des Finances publiques (2019), *La fraude fiscale nuit gravement*, rapport, <https://solidairesfinancespubliques.org/le-syndicat/media/presse/2786-la-fraude-fiscale-nuit-gravement-nouveau-rapport-du-syndicat-solidaires-finances-publiques.html>

les besoins estimés par notre étude puisqu'elles représentent 156 milliards d'euros par an<sup>142</sup>. Cette partie du rapport alerte enfin sur les dangers de la privatisation, croissante, des secteurs du soin et du lien aux autres, tout particulièrement la petite enfance et l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie (Ehpad). Non seulement les salaires et conditions de travail sont plus dégradés dans le secteur marchand que dans le secteur non marchand, mais qui plus est cette « *silver économie* » engendre des profits conséquents, encore difficiles à évaluer, mais qui sont en profonde contradiction avec les besoins sociaux et vitaux inhérents à ces secteurs. L'opinion publique, grâce à l'ouvrage de Victor Castanet à propos d'Orpéa<sup>143</sup>, a déjà été alertée, mais ces analyses mériteraient des approfondissements pour l'ensemble des secteurs du soin et du lien aux autres, désormais concernés par cette tendance à la privatisation ;

- Ensuite, le second volet de résultats importants est issu de notre consultation « Mon travail le vaut bien ». La parole des professionnel·les du soin et du lien aux autres est essentielle. Elle nous a permis de confirmer nos hypothèses : le besoin, et même l'urgence, de reconnaître la valeur professionnelle de ces métiers, c'est-à-dire l'ensemble des savoirs et des savoir-faire, des techniques et des exigences que ces métiers nécessitent pour bien les occuper. Tout ceci renvoie aux critères de la loi Roudy : la qualification, la technicité et complexité du travail, les responsabilités et les conditions de travail. Ici quelles que soient les professions, les résultats de la consultation montrent une sous-valorisation et une invisibilisation des qualifications, des responsabilités, de la complexité du travail ou encore des exigences organisationnelles.

Rappelons quelques résultats intéressants issus de la consultation : plus d'une personne interrogée sur deux considère qu'il faut plus d'un an pour bien maîtriser son travail ; 98 % disent que leur métier requiert des connaissances théoriques et 95 % des connaissances techniques. Plus de la moitié considère que leur fiche de poste ne correspond pas à la réalité du travail et font des activités supplémentaires qui sont indispensables à la bonne tenue de l'emploi. 86 % disent effectuer plusieurs tâches en même temps et plus de la moitié n'a pas assez de temps pour bien travailler. Plus de 60 % estiment qu'anticiper les besoins des personnes est au cœur de leur métier. Enfin, 97 % disent que leur métier est dur sur le plan émotionnel, et 84 % sur le plan physique.

Tous ces résultats s'appliquent à l'ensemble des métiers de l'étude, y compris pour les métiers les moins qualifiés, pour lesquels, au-delà du travail prescrit, les exigences professionnelles sont fortes. Certes, les hauts niveaux de qualification, notamment

---

<sup>142</sup> Abdelsalam Aïmane, Botte Florian, Cordonnier Laurent, Dallery Thomas, Duwicquet Vincent, Melmies Jordan, Nadel Simon, Van de Velde Franck, Tange Loïck (2022), *Un capitalisme sous perfusion. Mesure, théories et effets macroéconomiques des aides publiques aux entreprises françaises*, Clersé-UMR 8019, Université de Lille, RRS-Cgt, rapport final, mai.

<sup>143</sup> Castanet Victor (2022), *Les fossoyeurs*, Fayard.

couplés à un diplôme d'État (comme les sages-femmes ou les professeur-es d'école, par exemple), renvoient à des métiers à plus haut niveau de responsabilité, de technicité et d'autonomie. Néanmoins, la consultation met en lumière la complexité des métiers peu ou pas diplômés (comme les AESH, les aides à domicile ou les assistant-es maternel-les, par exemple). L'absence de diplôme requis dans ces métiers participe de leur non-reconnaissance, car ils sont assimilés à des métiers non qualifiés, ce que la parole des professionnel-les de cette consultation remet en cause.

Les deux-tiers des professionnel-les sont fier-es de leur travail et pourtant, elles et ils ne se sentent pas reconnu-es et moins de la moitié recommanderait leur métier. On retrouve ici le paradoxe entre valeur sociale et valeur professionnelle de ces métiers. Les personnes interrogées sont à bout. Elles parlent toutes de l'usure, de la fatigue accumulée, au-delà de la crise sanitaire, et d'un mal-être au travail, du fait des choix budgétaires de ces dernières décennies, engendrant des baisses d'effectif, un travail toujours plus pressé et empêché, et une forte dégradation des conditions de travail. Au total, la parole des professionnel-les témoigne que la dimension du « lien » est transversale à tous ces métiers, y compris ceux du soin, alors qu'elle se perd au profit d'une technicité du soin.

L'égalité salariale pour ces métiers doit ainsi passer par leur revalorisation professionnelle et par des moyens de retrouver le sens de ce travail. C'est bien parce qu'il s'agit de professions ultra-féminisées que cette reconnaissance reste limitée et que la question des salaires est aussi prioritaire, comme ces professionnel-les l'ont affirmé puisque plus de 88 % ont placé la question salariale comme prioritaire. Comme si encore aujourd'hui, ces métiers relevaient d'une vocation et non de compétences professionnelles et que l'on n'ait encore la valeur salariale de ces métiers. C'est bien pourtant par la revalorisation salariale, mais aussi par la reconnaissance professionnelle du travail réel, que l'on parviendra à une vraie professionnalisation de ces métiers, et à terme à une plus grande mixité, pour répondre à l'ensemble des besoins sociaux, de la petite enfance au grand âge ;

- Enfin, le dernier volet de cette étude ouvre sur une démarche concrète de ce que permet la comparaison d'emplois. En s'appuyant sur trois professions – les sages-femmes, les assistant-es de services sociaux et les aides-soignant-es –, nous avons démontré, chiffres à l'appui, que ces professions étaient peu ou pas assez valorisées, si on les comparait avec des professions à prédominance masculine, en l'occurrence des ingénieur-es hospitalier-es, des technicien-nes et des ouvrier-es. Quand on regarde de près le travail effectué, le degré de responsabilité, les exigences professionnelles et les contraintes organisationnelles de ces différents métiers, on remarque que globalement les métiers féminisés retenus sont dévalorisés en termes de reconnaissances salariales.

Ainsi, les sages-femmes d'un grand hôpital ont été comparées à des ingénieurs hospitaliers. Si ces métiers sont tous à bac+5, si les responsabilités peuvent être

considérées comme analogues (responsabilités sur des vies humaines *versus* encadrement d'équipe), les procédures de recrutement, les évolutions de carrière et les rémunérations, ou encore les conditions de travail sont globalement plus favorables aux ingénieurs. Nous avons démontré que si toutes les revalorisations annoncées se réalisaient, à l'embauche, les sages-femmes seront légèrement gagnantes par rapport aux ingénieurs, mais ce ne sera toujours pas le cas en fin de carrière. Des écarts en faveur des ingénieurs en fin de carrière pourraient dépasser 500 €.

De même, les assistantes de services sociaux ont été comparées à des techniciens, dans deux situations : au sein d'une collectivité territoriale et au sein d'une grosse association. La reconnaissance de leur diplôme a permis aux assistantes de services sociaux de la collectivité de passer en catégorie A. Ce passage en catégorie A se traduit par de légères améliorations de leur traitement de base (de l'ordre de 100 €) par rapport aux techniciens en catégorie B, mais il semble que les régimes indemnitaires, fixés au niveau de chaque collectivité territoriale, soient en faveur des techniciens. De plus, cet accès à la catégorie A des travailleurs sociaux de la fonction publique hospitalière a entraîné la perte de leur statut d'actif, c'est-à-dire la possibilité de partir en retraite avant l'âge légal en raison de leur présence « au chevet des patients ». Mais dans l'association, il n'en est rien et les assistant·es de service social n'ont pas la reconnaissance professionnelle et salariale de leur métier : leur diplôme n'est pas totalement reconnu et des différences salariales en leur défaveur (de plus de 200 €) peuvent être repérées avec des techniciens recrutés d'un niveau inférieur, soit le bac+2 (BTS). Enfin, toutes les assistant·es de service social sont « enfermées » dans leur catégorie d'emploi, avec peu de possibilités de progression et d'évolution professionnelles, à la différence de la filière technique.

Pour finir, nous avons comparé des aides-soignantes (catégorie B) à des ouvriers (catégorie C) d'un Ehpad. Compte tenu du diplôme et des responsabilités à l'égard des résident·es, l'écart de rémunération, en faveur des aides-soignantes en début de carrière, est faible malgré le passage en catégorie B de ces dernières. Au regard de l'immense travail porté par ces aides-soignantes, que ce soit en termes de responsabilités accrues (du fait notamment d'une pénurie d'infirmier·es) ou de conditions de travail dégradées, l'écart de 130 € en leur faveur paraît mince. Certes, au dernier grade de chaque classe, le passage en catégorie B des aides-soignant·es se traduira en théorie par un écart pouvant atteindre 500 €. Mais ce passage dans les grades supérieurs n'est pas automatique : des ratios d'avancement de grade ou taux de promotion sont déterminés par décret au niveau national, ce qui rend difficile l'accès à une promotion dans la filière des soins par rapport à la filière technique.

Donc, au-delà de la comparaison des salaires à un instant t, l'étude confirme des retards de carrière pour toutes ces professions féminisées par rapport aux professions

masculinisées. A cela s'ajoute l'effet des compléments salariaux qui relève d'un système de rémunération souvent opaque mais semble plus favorable dans la filière technique.

Cet exercice de comparaison pourrait aller plus loin : on pourrait envisager que ces professionnelles osent aller en justice et porter leur cas auprès des instances concernées (conseil des prud'hommes ou tribunal administratif) dans le cadre d'une action de groupe. En effet, depuis la Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle, l'action de groupe est une procédure de poursuite collective qui permet à des salarié-es, victimes d'une même discrimination, de se regrouper et d'agir en justice. Cette loi a été retranscrite dans le Code de justice administrative (article L. 77-10-1). A notre connaissance, cette procédure est peu usitée. Nous avons observé une tentative concernant des éducatrice-s de jeunes enfants qui se sont comparées à des techniciens dans une grande ville, mais cette démarche n'a pas abouti<sup>144</sup>. Dans un secteur très différent, la CGT est en cours de procédure pour une action de groupe auprès de la Caisse d'épargne Ile-de-France en matière de discrimination salariale à l'égard des femmes<sup>145</sup> ; il s'agit de comparer les carrières des unes et des autres et de relever une discrimination dans l'accès aux promotions. On pourrait envisager que notre étude alimente une démarche d'action de groupe, si des sages-femmes, des assistant-es de services sociaux ou des aides-soignant-es osaient se comparer.

La question de la revalorisation salariale des métiers du soin et du lien aux autres est le fil rouge des trois parties de cette recherche, mais elle ne relève pas des mêmes mécanismes. Dans la première partie, les revalorisations sont fondées sur le niveau de diplôme requis pour chaque profession, ce qui est une base de revalorisation salariale possible, simple et uniforme. Dans la suite du rapport, ces revalorisations sont envisagées dans une approche plus large et en lien avec les critères de la loi Roudy puisque toutes les dimensions de la valeur des emplois sont analysées et mises en avant, comme le degré élevé de technicité, de responsabilités et les exigences organisationnelles.

Au total, cette recherche revendique l'égalité entre les femmes et les hommes à partir de l'investissement et de la valeur des métiers du soin et du lien aux autres. Il s'agit d'une approche différente et complémentaire de celle de la mixité habituellement portée par les politiques publiques, afin de concrétiser l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

---

<sup>144</sup> Voir la fiche sur les EJE dans l'annexe en ligne.

<sup>145</sup> Voir les détails du dossier sur le site de la CGT dédié à l'égalité professionnelle : <https://www.egalite-professionnelle.cgt.fr/action-egalite-femmes-hommes-nouvelle-victoire-de-la-cgt/>



## **Bibliographie**



Abdelsalam Aïmane, Botte Florian, Cordonnier Laurent, Dallery Thomas, Duwicquet Vincent, Melmies Jordan, Nadel Simon, Van de Velde Franck, Tange Loïck (2022), *Un capitalisme sous perfusion. Mesure, théories et effets macroéconomiques des aides publiques aux entreprises françaises*, Clersé-UMR 8019, Université de Lille, RRS-Cgt, rapport final, mai.

<http://www.ires.fr/index.php/etudes-recherches-ouvrages/etudes-des-organisations-syndicales/item/6572-un-capitalisme-sous-perfusion-mesure-theories-et-effets-macroeconomiques-des-aides-publiques-aux-entreprises-francaises>

Albelda Randy, Duffy Mignon, Folbre Nancy, « Counting on Care Work: Human Infrastructure in Massachusetts » (2009). *Center for Social Policy Publications*, 33.

[https://scholarworks.umb.edu/csp\\_pubs/33](https://scholarworks.umb.edu/csp_pubs/33)

Anact (2022), *Photographie statistique de la sinistralité au travail en France selon le sexe entre 2001 et 2019*, juin.

[https://www.anact.fr/sites/anact/files/photographie\\_statistique\\_de\\_la\\_sinistralite\\_au\\_travail\\_en\\_france\\_selon\\_le\\_sexe\\_2001-2019\\_vf.pdf](https://www.anact.fr/sites/anact/files/photographie_statistique_de_la_sinistralite_au_travail_en_france_selon_le_sexe_2001-2019_vf.pdf)

Arborio Anne-Marie (2019), « Les ‘faisant fonction’ d’aide-soignante face à la validation des acquis de l’expérience (VAE) au risque de l’invalidation par d’autres professionnels », Congrès de l’Association française de sociologie : *Classer, déclasser, reclasser*.

Arborio Anne-Marie (2016), « Promouvoir ou former ? Enjeux et usages sociohistoriques du diplôme d’aide-soignante », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, pp. 241-262.

Arborio Anne-Marie (1995) « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l’hôpital. », *Sciences sociales et santé*, Volume 13, n° 3, pp. 93-126.

Arborio Anne-Marie (2012), *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l’hôpital*, 2<sup>e</sup> édition, Economica, Paris.

Avril Christelle, Marichalar Pascal (2016), « Quand la pénibilité du travail s’invite à la maison. Perspectives féministes en santé au travail », *Travail et Emploi*, n° 147, pp. 5-26.

<https://doi.org/10.4000/travailemploi.7110>

Becker Marie, Lemièrre Séverine, Silvera Rachel (2013), *Un salaire égal pour un travail de valeur égale. Guide pour une évaluation non discriminante des emplois à prédominance féminine*, Défenseur des droits.

[https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd\\_gui\\_20130301\\_discrimination\\_emploi\\_femme.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_gui_20130301_discrimination_emploi_femme.pdf)

Bessin Marc (2005), « Le travail social est-il féminin ? », in Ion Jacques, *Le travail social en débat(s)*, La Découverte, coll. « Alternatives sociales ».

Billaud Solène, Xing Jingyue (2016), « 'On n'est pas si mauvaises !' Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) face aux épreuves de professionnalité », *SociologieS* [En ligne], Dossier consulté le 25 avril 2022.

Bonnell Bruno, Ruffin François (2020), *Rapport d'information déposé par la Commission des affaires économiques sur les « métiers du lien »*, présenté à l'Assemblée nationale le 24 juin.

Bouquet Brigitte (2013), *Rapport du Conseil supérieur du travail social*.

Briard Karine (2022), « Métiers 'de femmes', métiers 'd'hommes'. En quoi les conditions de travail des femmes et des hommes différent-elles ? », in Insee Référence, *Femmes et hommes, l'égalité en question*, 3 mars.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/metiers-de-femmes-metiers-dhommes-en-quoi-les-conditions-de-travail-des-femmes-et-des>

Brunel Mathieu, Carrère Amélie (2019), « La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Quelles disparités entre départements ? », *Les dossiers de la Drees*, n° 34.

Buchet-Molfessis Christine (2008), « Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés », *Recherche en soins infirmiers*, n° 92, pp. 68-94.

<https://doi.org/10.3917/rsi.092.0068>

Castanet Victor (2022), *Les fossoyeurs*, Fayard.

CGT (2020), *Présentation et état des lieux du secteur aide à domicile*, Document de travail du collectif Aides à domicile, octobre.

Charrier Philippe (2011), *Les sages-femmes en France*, rapport de recherche, Université de Lyon.

Chapon Nathalie (2022), « Assistant familial : évolution des profils et enjeux professionnels », *Dialogues*, n° 237.

Chavaroche Philippe (2008), « Aides médico-psychologiques : une profession « inclassable » et qui devrait le rester ? », *Empan*, 2008/2, n° 70.

<https://www.cairn.info/revue-empan-2008-2-page-36.htm>

Comparot Romain (2021), « Identité(s) professionnelle(s) des agents de service hospitalier : entre invisibilité, multi-activité et défaut de reconnaissance : portrait d'une profession en manque de repères », *Sociologie*.

Confédération Syndicale Internationale (2016), *Investir dans l'économie des soins*.

<https://www.ituc-csi.org/investing-in-the-care-economy?lang=en>

Conseil supérieur à l'égalité professionnelle (2017), *Guide pour la prise en compte de l'égalité entre les femmes et les hommes dans les systèmes de classifications*.

<https://m.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/guide-egalite-systemes-de-classifications-v2.pdf>

Cour des comptes (2021), *Les services de soins à domicile. Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Cour des Comptes, décembre.

Cours des comptes (2022), *Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap*, Sécurité sociale.

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-10/20221004-Ralfss-2022-6-enjeux-maitrise-risques-professionnels-etablissements-services-personnes-agees-situation-handicap.pdf>

Coutrot Thomas, Perez Coralie (2022), *Redonner du sens au travail. Une aspiration révolutionnaire*, Seuil, coll. « République des idées ».

Dares (2021), *Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail*.

De Carlos Jésus (2017) *Les agent(e)s territoriaux spécialisé(e)s des écoles maternelles*, rapport au Conseil supérieur de la fonction publique territoriale.

Dejours Christophe (2003), « Critique et fondements de l'évaluation », in Dejours C., *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation*, Éditions Quæ, pp. 9-56.

De Robertis Christina (2021), *Assistantes sociales en lutte, 1990-1992. Le succès trente ans après !*, ANAS.

Devers Gilles (2021), « Une nouvelle étape pour le métier d'aide-soignant », *Droit, Déontologie & Soins*, vol. 21, n° 3, pp. 345-362, septembre.

Devetter François-Xavier (2012), « Qualité de l'emploi des professionnel·les de la petite enfance », *Politiques sociales et familiales*, n° 109, septembre.

Devetter François-Xavier, Dussuet Anne, Puissant Emmanuelle (2017), « Pourquoi les aides à domicile sont-elles davantage rémunérées dans certains départements ? », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, n° 2, pp. 239-270.

Devetter François-Xavier, Dussuet Annie, Puissant Emmanuelle (2019), « La réduction du travail au temps 'productif' dans l'aide à domicile : un outil de baisse du 'coût' du travail », *Socio-économie du travail*, n° 6, Classiques Garnier, pp. 213-239.

Devetter François-Xavier, Puissant Emmanuelle (2020), « Aide à domicile : les caractéristiques de ces emplois font qu'ils ne sont pas à temps partiel mais plutôt payés à temps partiel », *Le Monde*, 15 juin.

Devetter François-Xavier, Valentin Julie (2021), *Deux millions de travailleurs et des poussières. L'avenir des emplois du nettoyage dans une société juste*, Ed. Les petits matins.

Devetter François-Xavier (2022), « Entre soin et tâches d'entretien quel positionnement des aides à domicile », *Symposium Profam*, Nantes, juin.

Divay Sophie (2010), « Les précaires du *care* ou les évolutions de la gestion de l'absentéisme' dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n° 77, pp. 87-109.

<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-1-page-87.htm>

Drees (2019), « Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits », n° 1135.

Drees (2020), « Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) », n° 1172.

Drees (2021), « L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs », n° 1215.

Drees (2021), « La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017 », *Études et Résultats*, n° 1201, juillet.

<https://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1201.pdf>

Drees (2021), « La hausse de l'offre d'accueil collectif des enfants de moins de trois ans se poursuit en 2019 », *Communiqué de presse*, données issues de l'enquête annuelle Aide sociale réalisée par la Drees.

Drees (2022), *Les travailleurs sociaux : des professions féminisées, plus âgées et travaillant plus souvent à temps partiel*.

<https://data.Drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/les-professions-sociales-effectifs-profil-et-caracteristiques-des-emplois/information/>

Dugué Pierre (2020), « Le malaise professionnel des éducateurs spécialisés, entre mal-être et mal à être », *Revue Phronesis*, vol. 9, n° 1.

Dussuet Annie (2013), « Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile », *La Revue de l'Ires*, vol. 78, n° 3, pp. 77-97.

El Khomri Myriam (2019), *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024*, rapport remis à la ministre des Solidarité et de la Santé.

Estryn-Béhar Madeleine (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'EHESP.

Fepem (2021), *Le secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile*, rapport sectoriel.

France Stratégie (2017), *Compétences transférables et transversales Quels outils de repérage, de reconnaissance et de valorisation pour les individus et les entreprises*, rapport du groupe de travail n° 2 du Réseau Emplois Compétences.

[https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/gt2\\_competences-ok.pdf](https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/gt2_competences-ok.pdf)

Freidson Eliot (1984), *La Profession médicale*, Payot, coll. « Médecine et sociétés ».

Gadrey Jean, Gadrey Nicole (2010), « To care or not to care ? », *Alternatives économiques*, n° 293.

Gambin Elsa (2018), « Le travail des éduc spé est très mal rémunéré (mais ça pourrait s'arranger) », *Slate*, 2 novembre.

<https://www.slate.fr/story/169287/metier-educ-spe-travail-social-salaire>

Garabige Alexandra, Trabut Loïc (2020), « Le glissement de tâches comme aporie de la construction d'un territoire professionnel : le cas des aides à domicile », *Socio-économie du travail*, n° 7.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03784160/document>

Gernet Isabelle, Dejours Christophe (2009), « Évaluation du travail et reconnaissance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 8, pp. 27-36.

Gollac Michel (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psycho-sociaux piloté, mai.

[https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)

Georges-Kot Simon (2020), « Écart de rémunération Femmes-Hommes : surtout l'effet du temps de travail et de l'emploi occupé », *Insee Premières*, n° 1803, juin.

<file:///Users/r.silvera/Downloads/ip1803.pdf>

Grangier Juliette, Mikou Myriam, Roussel Romain, Solard Julie (2017), « Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015 », *Etudes et Résultats*, Drees, n° 1025, septembre.

Hugentobler Valérie, Dallera Corinne (2017), « Tous égaux face à la relation d'aide et de soin à domicile ? Derrière la vitrine du Libre-choix », in Burnay Nathalie, Hummel Cornelia, *Vieillesse et classes sociales*, Peter Lang AG, Internationaler Verlag der Wissenschaften.

Imbert Pierre (2019), « La puissance insoupçonnée des travailleuses », *Le Monde diplomatique*, janvier, pp. 18-19.

Jacquot Mélanie, Thevenot Anne, De Chasse Jutta (2017), « De l'assistante maternelle à l'assistant familial : des effets de la professionnalisation sur les pratiques des accueillants d'enfants en France », *Enfances Familles Générations*, n° 28.

Joulain Michèle, Milanka Emmanuelle (2018), « Déterminants scolaires et professionnels des femmes et des hommes s'orientant vers un métier dit 'féminin', le cas des AMP », *L'orientation scolaire et professionnelle*, 47/4.

<https://journals.openedition.org/osp/8919>

Kergoat Danièle, Imbert Françoise, Le Doaré Hélène et Senotier Daniel (1992), *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*, Edition Lamarre.

Knibiehler Yvonne (2016), *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle*, Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Lagandré Véronique *et al.* (2019), « L'accompagnement des personnes âgées à domicile, Baromètre des emplois de la famille », *Observatoire des emplois de la famille*, n° 27, janvier.

Lapeyre Nathalie, Laufer Jacqueline, Lemièrre Séverine, Pochic Sophie, Silvera Rachel (2021), *Le genre au travail. Recherches féministes et luttes de femmes*, Éditions Syllepse.

Laugier Sandra, Molinier Pascale, Paperman Patricia (2009). *Qu'est-ce que le care. Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Payot.

Lemièrre Séverine, Silvera Rachel (2010), « Un salaire égal pour un travail de valeur comparable entre les femmes et les hommes. Résultats de comparaisons d'emplois », *la Revue de l'Ires*, n° 66, mai.

Lemièrre Séverine, Silvera Rachel (2020), « Coronavirus : Il faut « revaloriser les emplois et carrières à prédominance féminine », *Le Monde*, avril.

<http://mage.recherche.parisdescartes.fr/2020/04/22/tribune-de-chercheur-e-s-et-organisations-syndicales-parue-dans-le-monde-sur-la-devalorisation-salariale-des-metiers-de-femmes/>

Mabille Morgane (2015), *Le glissement de tâches entre personnels invisibles en milieu hospitalier : le cas particulier de la toilette*, mémoire EHESS.

Maestracci Nicole (2011), *Le livre blanc de l'accompagnement social*, préface.

Memmi Sarah, Rosankis Élodie, Duval Marion, Léonard Martine (2021). « Quels risques psychosociaux chez les salariées de l'aide à domicile ? », *Dares Analyses*, n° 53.

Meuret-Champfourt Eve (2014), « Dire la pénibilité du travail des crèches ? Une enquête auprès d'auxiliaires de puériculture syndicalistes », *Société contemporaine*, n° 95.

Mikanga Emmanuelle (2020), « Actualité du genre dans le travail social. Première étape d'une recherche doctorale », *Éducation et socialisation* [En ligne], 55.

<http://journals.openedition.org/edso/9316>

Molinier Pascale (2010), « Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du *care* », *Champ psy*, n° 58, pp. 161-174.

Molinier Pascale (2013), *Le travail du care*, La Dispute, coll. « Le genre du monde ».

Morand Giselle (1992), *Identité professionnelle et formation permanente des assistantes sociales*, Bayard Éditions.

Odena Sophie (2012), « Travailler en crèche : un choix par défaut et une hétérogénéité des professions source de tensions », *Politiques sociales et familiales*, n° 109.

OCDE (2020), « Who Cares ? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly », *OECD Health Policy Studies*, Éditions OCDE.

Pascal Henri (2012), « La construction de l'identité professionnelle des assistantes sociales. L'ANAS (1944-1950) », *Politiques et Interventions sociales*, Presse de l'École des Hautes Études en Santé Publique.

Perseil Louise et Sonny (2020), *Le scandale des assistantes maternelles*, L'Harmattan.

Pucci Muriel, *Maquette de simulation des transferts sociaux et fiscaux*, disponible en open source : <https://github.com/murielpucci/SOFI>

Queudet Jacques (2012), *Éducateur spécialisé, un métier entre ambition et repli*, L'Harmattan.

Rouzel Joseph (2018), « Ce qui demeure et ce qui change dans les métiers de l'éducation spéciale », *Vie sociale et traitements*, n° 138.

Schweitzer Sylvie (2002), *Les femmes ont toujours travaillé*, Odile Jacob.

Schweyer François-Xavier (1996), « La profession de sage-femme, autonomie et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n° 3.

Silvera Rachel (2014). *Un quart en moins : des femmes se battent pour en finir avec les inégalités de salaires*, La Découverte.

Syndicat Solidaire des Finances publiques (2019), *La fraude fiscale nuit gravement*, rapport. <https://solidairesfinancespubliques.org/le-syndicat/media/presse/2786-la-fraude-fiscale-nuit-gravement-nouveau-rapport-du-syndicat-solidaires-finances-publiques.html>

Thomas Catherine (2022), *Sage-femme, gardienne de l'eutocie ? Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, Ères.

Tronto Joan, Maury Hervé (2009), *Un monde vulnérable. Pour une politique du 'care'*, La Découverte.

Tronto Joan (2013), *Le risque ou le care ?* Presses universitaires de France.

Trabut Loïc (2014), « Aides à domicile : la formation améliore-t-elle l'emploi ? », *Formation emploi*, n° 127, pp. 71-90.

Trat Josette (1993), « La lutte des assistantes sociales : un mouvement de femmes salariées conjugué au masculin », *Futur antérieur*, numéro spécial : Les coordinations de travailleurs dans la confrontation sociale.

Vaulot Corinne (2021), « Accompagner des élèves en situation de handicap, une profession féminisée et maltraitée », *Blog Huffpost*, 17 mars.

[https://www.huffingtonpost.fr/entry/accompagner-des-eleves-en-situation-de-handicap-une-profession-feminisee-et-maltraitee-blog\\_fr\\_604a8a76c5b672fce4eb60bf](https://www.huffingtonpost.fr/entry/accompagner-des-eleves-en-situation-de-handicap-une-profession-feminisee-et-maltraitee-blog_fr_604a8a76c5b672fce4eb60bf)

## **Annexes**



## ANNEXES DE LA PREMIÈRE PARTIE

## Annexe 1 : Estimation des effectifs

Tableau A1 : Enquête Emploi ou DADS ?					
Profession	PCS	Effectifs EE 2019	Effectifs DADS 2018	Ecart	En %
Professeur·e des écoles	421b	343 513	400 643	- 57 130	- 14 %
aide éducateur	422e	97 896	201 118	- 103 222	-51 %
Puéricultrice	431c	24 026	20 268	3 758	15 %
Sage-femme	431e	28 155	19 875	8 280	42 %
Infirmier·e	431f	414 991	418 850	- 3 859	- 1 %
Assistant·e des services sociaux (et métiers proches)	434X	132 098	107 396	24 702	23 %
Éducateur·trice spécialisé·e	434Y	208 537	206 604	1 933	1 %
Éducateur·trice de jeunes enfants	434g	19 874	31 294	- 11 420	- 36 %
Agent·e territorial·le des écoles maternelles (Atsem)	525a	171 466	78 742	92 724	118 %
ASH	525d	322 500	354 114	- 31 614	- 9 %
Aide-soignant·e	526a	459 485	471 177	- 11 692	- 2 %
Aide médico-psychologique	526d	149 876	91744	58 132	40 %
Auxiliaire de puériculture	526c	108 685	90 445	18 240	20 %
Assistant·e maternel·le	563a	425 790	400 290	25 500	6 %
Aide à domicile ou auxiliaire de vie	563b	554 975	409 528	145 447	36 %
<b>Ensemble</b>		<b>3 461 867</b>	<b>3 302 088</b>	<b>159 779</b>	<b>5 %</b>
Source : DADS 2018 et enquête Emploi 2019, Insee.					

## Annexe 2 : Eléments pour l'évaluation des coûts de création d'emplois

<b>Tableau A2 : Masse salariale et autres coûts de production</b>			
<b>Domaine</b>	<b>% des frais de personnels dans le CA ou le total des coûts</b>	<b>Autres charges</b>	<b>Source</b>
Petite enfance – garde à domicile/assistante maternelle	+ de 90 %	Encadrement (RAM), entreprises SAP	ONPE
Petite enfance – EAJE	68 % (micro crèches) à 75 % EAJE public	Immobilier, achats externes, fonctions supports (internes ou externalisées)	L'essentiel, CAF, ONPE
Personnes âgées – Aide à domicile	85 %	Encadrement, déplacement, immobilier,	Eneis
Personnes âgées – Ehpad	75 %	Immobilier, fonction hôtelière (restauration, blanchisserie), achats externes	CNSA, Xerfi
Santé – activité hospitalière	68 %	Immobilier, fonctions supports (internes et externalisées) équipements techniques...	Rapport sénatorial

<b>Tableau A3 : Eléments d'estimation du reste à charge pour les usagers des services</b>			
<b>Domaine</b>	<b>Contributions des usagers (emploi public)</b>	<b>Subventions aux usagers (emploi privé)</b>	<b>Source</b>
Petite enfance – garde à domicile/assistante maternelle	--	80 %	ONPE
Petite enfance – EAJE	17,5 %		L'essentiel, CAF, ONPE
Personnes âgées – Aide à domicile	21 %	79 %	Eneis
Action sociale	0 %	100 %	
Education maternelle et primaire	0 %	100 %	
Santé	7,2 %	90 %	Rapport sénatorial

### **Annexe 3 – Coût unitaire des créations d’emploi par profession et par secteur**

Pour estimer le coût pour l’Etat de la création d’un emploi, on doit au préalable estimer les coûts non salariaux. On suppose que dans les deux secteurs, le coût de la main d’œuvre représente 90 % du coût total dans toutes les professions hormis les assistantes maternelles pour lesquelles on suppose que les coûts non salariaux sont négligeables.

Pour les emplois publics, on estime ensuite la contribution des usagers, qui vient en déduction du coût pour l’Etat (cf. tableau A3).

Pour les emplois privés, on suppose que le tarif est égal au coût de production et on estime le reste à charge pour les usagers avant revalorisation (tableau A3). Après revalorisation, on raisonne en considérant que les subventions et aides aux usagers augmenteront de sorte à ce que le reste à charge soit inchangé. Cela nous permet d’estimer les subventions aux usagers après la hausse des salaires.

La comparaison des coûts publics par emploi créé selon le statut est détaillée dans les tableaux suivants :

- Le tableau A4 (par fonction sociale, sans revalorisation), fait apparaître un coût des emplois publics sensiblement plus élevé. Cette différence provient de la meilleure qualité des emplois publics : non seulement les types d’emplois concernés sont meilleurs (dans la petite enfance, par exemple, il s’agit majoritairement d’auxiliaires de puériculture versus des assistantes maternelles) mais également parce que chaque emploi tend à être mieux rémunéré dans le secteur public ;
- Le tableau A5 (coût par fonction sociale, après revalorisation) permet de neutraliser l’effet des différences de salaires et montre ainsi que la création d’emplois privés est susceptible d’être plus coûteuse, à l’exception de ceux du champ de la petite enfance en raison de l’effet de structure des emplois concernés ;
- Les tableaux A6 et A7 permettent de comparer le coût de création des emplois publics et privés non plus par fonction mais par PCS. Avant revalorisation, certains emplois privés semblent « moins coûteux » dès lors que les PCS concernées sont bien moins rémunérées que leurs collègues du public. La situation des AMP et des aides-éducateurs est particulière : bien plus « coûteux » dans le privé car leur temps de travail est plus élevé en moyenne. Après revalorisation, l’ensemble des métiers apparaissent moins coûteux pour l’État dans le secteur public que dans le secteur privé.

Ce dernier résultat s’explique d’une part par les hypothèses retenues sur la tarification des services par les entreprises privées et l’adaptation des subventions aux usagers et d’autre part par les exonérations de cotisations dont bénéficient les employeurs privés.

**Tableau A4 : – Comparaison public/privé du coût unitaire de la création d’emplois non revalorisés par fonction sociale**

		Petite enfance	Personnes âgées	Action sociale	Education maternelle et primaire	Santé
Emplois publics	Coût de la main d'œuvre	3 044 €	2 803 €	3 584 €	3 558 €	3 349 €
	Coûts non salariaux	338 €	311 €	398 €	395 €	372 €
	déduction de la contribution des ménages	-592 €	-654 €	0 €	0 €	-268 €
	<b>Coût net de la création</b>	<b>2 790 €</b>	<b>2 460 €</b>	<b>3 982 €</b>	<b>3 953 €</b>	<b>3 453 €</b>
Emplois privé	Exonérations de cotisations	637 €	441 €	273 €		342 €
	Subventions aux usagers	1 273 €	1 592 €	3 754 €		2 821 €
	<b>Coût net de la création</b>	<b>1 910 €</b>	<b>2 033 €</b>	<b>4 028 €</b>		<b>3 163 €</b>
<b>Différence privé/public</b>		<b>-881 €</b>	<b>-427 €</b>	<b>46 €</b>		<b>-290 €</b>

**Tableau A5 : Comparaison public/privé du coût unitaire de la création d’emplois revalorisés par fonction sociale**

		Petite enfance	Personnes âgées	Action sociale	Education maternelle et primaire	Santé
Emplois publics	Coût de la main d'œuvre	3 540 €	3 438 €	4 450 €	4 902 €	3 912 €
	Coûts non salariaux	393 €	382 €	494 €	545 €	435 €
	déduction de la contribution des ménages (figée)	-592 €	-654 €	0 €	0 €	-268 €
	<b>Coût net de la création</b>	<b>3 342 €</b>	<b>3 166 €</b>	<b>4 945 €</b>	<b>5 446 €</b>	<b>4 079 €</b>
Emplois privé	Exonérations de cotisations	473 €	287 €	245 €		216 €
	Subventions aux usagers	2 394 €	3 152 €	5 161 €		3 967 €
	<b>Coût net de la création</b>	<b>2 867 €</b>	<b>3 440 €</b>	<b>5 406 €</b>		<b>4 183 €</b>
<b>Différence privé/public</b>		<b>-474 €</b>	<b>273 €</b>	<b>461 €</b>		<b>104 €</b>

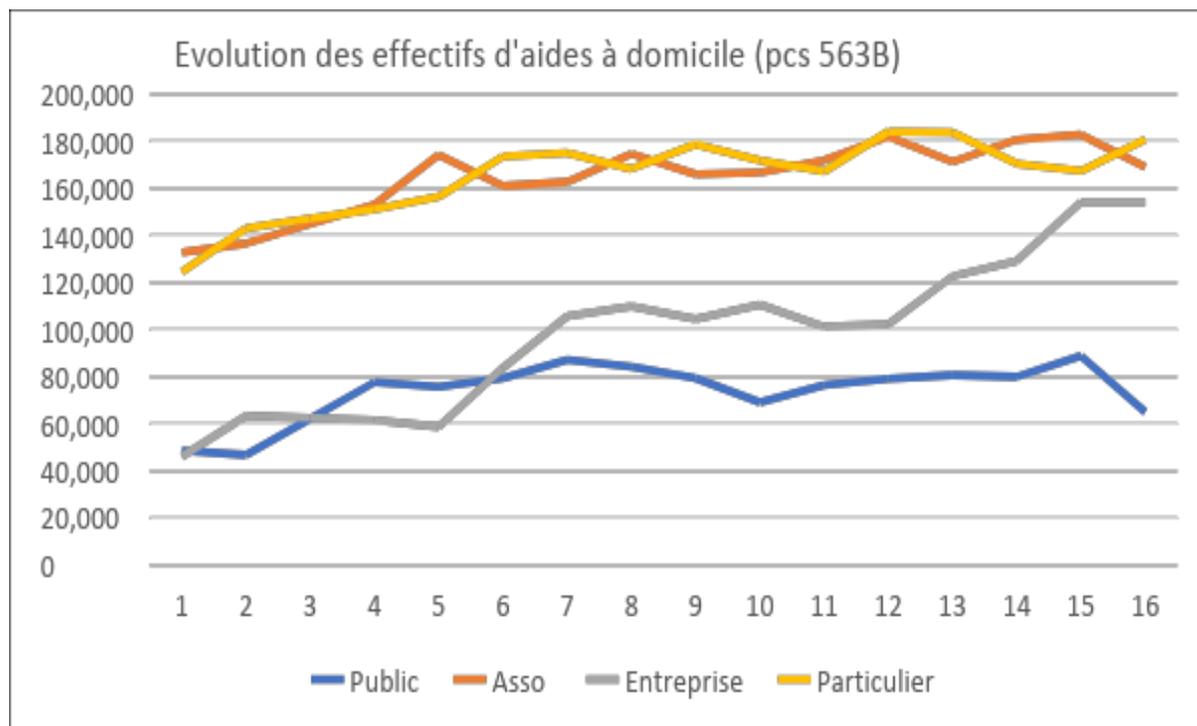
**Tableau A6 : Comparaison public/privé du coût unitaire de la création d'emplois non revalorisés par profession**

	Emplois publics				Emplois privé			Différence privé/public
	Coût de la main d'œuvre	Coûts non salariaux	déduction de la contribution des ménages	Coût net de la création	Exonérations de cotisations	Subventions aux usagers	Coût net de la création	
Aide à domicile					459 €	1 263 €	1 722 €	
Assistant-e maternel-le					654 €	1 231 €	1 885 €	
Éducateur-trice de jeunes enfants	3 292 €	366 €	-640 €	3 017 €	516 €	2 120 €	2 637 €	-381 €
Agents de service des étab. primaires	2 341 €	260 €	0 €	2 601 €				
Infirmier-e	3 709 €	412 €	-375 €	3 746 €	197 €	3 676 €	3 873 €	127 €
ASH	2 653 €	295 €	-366 €	2 582 €	469 €	1 852 €	2 321 €	-262 €
Éducateur-trice spécialisé-e et métiers connexes.	3 339 €	371 €	0 €	3 710 €	300 €	3 478 €	3 778 €	68 €
Assistant-e des services sociaux et métiers connexes	3 864 €	429 €	0 €	4 294 €	210 €	4 424 €	4 633 €	340 €
Professeur-e des écoles	3 901 €	433 €	0 €	4 335 €				
Sage-femme	4 339 €	482 €	-347 €	4 474 €	215 €	4 076 €	4 291 €	-183 €
Puéricultrice	3 999 €	444 €	-320 €	4 123 €				
Auxiliaire de puériculture	2 987 €	332 €	-595 €	2 724 €	470 €	1 931 €	2 400 €	-323 €
Aide-soignant-e	3 032 €	337 €	-397 €	2 972 €	420 €	2 389 €	2 809 €	-163 €
Aides éducateurs – surveillants	1 767 €	196 €	0 €	1 964 €	505 €	2 138 €	2 643 €	679 €
Aides médico-psychologiques	1 646 €	183 €	-320 €	1 509 €	454 €	1 945 €	2 399 €	891 €

**Tableau A7 : Comparaison public/privé du coût unitaire de la création d'emplois revalorisés par profession**

	Emplois publics				Emplois privé			Différence privé/public
	Coût de la main d'œuvre	Coûts non salariaux	Déduction des contributions des ménages (figées)	Coût net de la création	Exonérations de cotisations	Subventions aux usagers (RAC figé et tarif-coût total de l'emploi)	Coût net de la création	
Aide à domicile					334 €	3 053 €	3 387 €	
Assistant-e maternel-le					504 €	2 295 €	2 799 €	
Éducateur-trice de jeunes enfants	4 450 €	494 €	-640 €	4 304 €	244 €	4 629 €	4 873 €	570 €
Agents de service des étab. primaires	3 104 €	345 €	0 €	3 449 €				
Infirmier-e	4 450 €	494 €	-375 €	4 570 €	244 €	4 682 €	4 926 €	356 €
ASH	3 098 €	344 €	-366 €	3 077 €	188 €	3 266 €	3 454 €	377 €
Éducateur-trice spécialisé-e et métiers connexes.	4 454 €	495 €	0 €	4 949 €	245 €	5 164 €	5 409 €	460 €
Assistant-e des services sociaux et métiers connexes	4 446 €	494 €	0 €	4 940 €	244 €	5 155 €	5 399 €	459 €
Professeur-e des écoles	5 360 €	596 €	0 €	5 956 €				
Sage-femme	5 340 €	593 €	-347 €	5 587 €	293 €	5 741 €	6 034 €	447 €
Puéricultrice	4 797 €	533 €	-320 €	5 011 €				
Auxiliaire de puériculture	3 331 €	370 €	-595 €	3 105 €	183 €	3 445 €	3 628 €	523 €
Aide-soignant-e	3 328 €	370 €	-397 €	3 301 €	209 €	3 453 €	3 662 €	361 €
Aides éducateurs – surveillants	3 096 €	344 €	0 €	3 440 €	232 €	3 513 €	3 745 €	305 €
Aides médico-psychologiques	3 096 €	344 €	-320 €	3 120 €	250 €	2 974 €	3 224 €	104 €

#### Annexe 4 – La montée du privé lucratif dans le secteur de l'aide à domicile



Source : enquête Emploi 2019

## ANNEXE DE LA DEUXIEME PARTIE

### Questionnaire d'enquête : « Mon travail le vaut bien ! »

MonTravailLeVautBien.fr

## Questionnaire

---

### Pourquoi ?

La crise sanitaire a permis à toutes et tous de prendre conscience de l'utilité sociale des métiers du soin et du lien aux autres. Mais ces professions essentielles, hier applaudies au balcon, sont toujours dévalorisées et sous-payées... parce que féminisées !

### Vous êtes :

- accompagnant-e des élèves en situation de handicap (ou AVS) ;
- aide-soignant-e ;
- agent-e d'entretien ou agent-e des services hospitaliers ;
- agent-e territorial-le des écoles maternelles (ATSEM) ;
- aide à domicile ou auxiliaires de vie ;
- assistant-e familial-e ;
- assistant-e maternel-le ;
- assistant-e des services sociaux ;
- auxiliaire de puériculture ;
- éducateur-trice de jeunes enfants ;
- éducateur-trice spécialisé-e ;
- infirmier-e ;
- professeur-e des écoles
- sage-femme...

**Ce questionnaire est pour vous.**

### Comment ?

Il est strictement anonyme. Il comporte 5 groupes de questions. Il prend 10-15 min. à remplir.

### Pour quoi faire ?

Parlez de votre travail, de vos responsabilités, des contraintes et difficultés de vos métiers. Donnez votre avis sur les manières de revaloriser ces métiers du soin et du lien aux autres. Les résultats seront publiés dans le cadre de travaux de recherche et serviront à alimenter une campagne de la CGT. Pour qu'enfin les métiers féminisés soient reconnus à leur juste valeur, parce que votre travail le vaut bien !

### Et après ?

Un autre formulaire vous permet de rester en contact avec la CGT pour connaître les résultats de la consultation, participer aux suites, être informé-e des actions syndicales, et proposer de témoigner auprès de la presse de votre situation professionnelle.

## 1/5 : Caractéristiques de votre emploi

---

VE01Q01

### Quel métier exercez-vous ?

- Accompagnant·e des élèves en situation de handicap (ou AVS)
- Aide-soignant·e
- Agent·e d'entretien ou agent·e des services hospitaliers
- Agent·e territorial·le des écoles maternelles (ATSEM)
- Aide à domicile ou auxiliaire de vie
- Assistant·e familial·e
- Assistant·e maternel·le
- Assistant·e des services sociaux
- Auxiliaire de puériculture
- Éducateur·trice de jeunes enfants
- Éducateur·trice spécialisé·e
- Infirmier·e
- Professeur·e des écoles
- Sage-femme
- Autre :

VE02Q02

### Quelle est votre statut principal ?

- Fonctionnaire
- Salarié·e en CDI
- Salarié·e en contrat temporaire (CDD, contractuel·le, vacataire, intérimaire, emploi aidé, apprenti·e, stagiaire, etc.)
- Indépendant·e ou autoentrepreneur·e

### **QUESTION RÉSERVÉE**

#### **Questions 3 et 4 réservées pour les fonctionnaires et salarié·es :**

VE03Q03

#### **Vous avez :**

- Un seul contrat de travail avec un employeur
- Plusieurs contrats de travail avec différents employeurs

VE04Q04

**Vo(tre)s employeur(s) est (sont) :**

*Plusieurs réponses possibles :*

- Une structure publique (hôpital, établissement social ou médico-social, école, collectivités locales, etc.)
- Une structure privée à but non lucratif (clinique, crèche ou maison d'accueil, EHPAD, établissement social ou médico-social... gérés par des associations ou mutuelles, etc.)
- Une structure privée à but lucratif (clinique, crèche, EHPAD, établissements de santé, scolaire... privés, etc.)
- Un ou des particuliers

**Passez à la section 2/5 >>>**

## 2/5 : Description de votre travail

---

VT01Q05

**À votre avis, combien de temps est nécessaire pour bien maîtriser votre travail lorsque l'on débute dans ce métier ?**

- Quelques jours
- 1 mois
- De 1 à 6 mois
- De 6 mois à 1 an
- Plus de 1 an

VT02Q06

**Diriez-vous que votre métier :**

	Tout-à-fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
demande des connaissances théoriques				
peut être fait sans diplôme				
exige des savoir-faire techniques				
exige de plus en plus de procédures administratives et gestionnaires				
est difficile sur le plan émotionnel				
est difficile physiquement				
demande un fort engagement et de prendre des responsabilités				
est un métier « sexué » (métier dit « de femme » ou métier dit « d'hommes »)				
exige des qualités personnelles particulières				
permet d'apprendre de nouvelles choses				

VT03Q07

**Avez-vous une fiche de poste ou « un référentiel métiers » qui décrit votre travail ?**

- Oui et je la respecte
- Oui mais elle ne correspond pas à la réalité de mon travail et il m'arrive de faire des activités supplémentaires
- Oui mais elle ne correspond pas à la réalité de mon travail et je ne fais que certaines des activités que je devrais effectuer
- Non je n'ai pas de fiche de poste
- Je ne sais pas

**QUESTIONS RÉSERVÉES**

**Si vous faites des activités supplémentaires (2<sup>ème</sup> case à la question précédente) :**

VT04Q08

**Pouvez-vous donner un exemple de tâches réalisées en dehors de votre fonction ?**

VT05Q09

**Ces activités supplémentaires sont-elles indispensables à la bonne réalisation de votre travail ?**

- Oui
- Non

VT06Q10

**Diriez-vous que vous êtes autonome ?**

- Oui je suis tout-à-fait autonome, j'ai beaucoup de liberté dans mon travail
- Oui, je suis plutôt autonome, j'ai des vraies marges de manœuvre même si je suis contrôlée
- Non, je ne suis pas vraiment autonome, car je dois respecter des consignes précises
- Non, je ne suis pas du tout autonome, je suis sans cesse contrôlé-e

VT07Q11

**Êtes-vous amené-e à anticiper des demandes ou des besoins avant même que les personnes que vous accompagnez ne les expriment ?**

- Oui c'est le cœur de mon travail
- Oui j'essaie quand mon temps de travail me le permet
- Non, je réponds seulement aux besoins exprimés

VT08Q12

**Effectuez-vous souvent plusieurs tâches à la fois ?**

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, jamais

*QUESTIONS RÉSERVÉES*

**Si vous effectuez plusieurs tâches à la fois (« oui toujours » ou « oui, la plupart du temps » à la question précédente :**

VT09Q13

**Pouvez-vous donner un exemple de tâches effectuées simultanément ?**

VT10Q14

**Êtes-vous fréquemment interrompu-e dans votre travail pour effectuer une autre tâche imprévue ?**

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, jamais

VT11Q15

**Estimez-vous avoir des responsabilités sur :**

	Oui toujours	Oui souvent	Non, rarement	Non, jamais	Non concerné-e
un budget					
la confidentialité des données auxquelles vous avez accès					
la sécurité et la protection des personnes					
le bien-être et la santé des personnes					
une équipe ou des collègues					

VT12Q16

**Quelles autres responsabilités avez-vous dans votre travail ?**

VT13Q17

**Quand au cours de votre travail, il se produit quelque chose d'anormal, est-ce que :**

- La plupart du temps, vous réglez personnellement l'incident
- Vous réglez personnellement l'incident mais selon une procédure prévue d'avance
- Vous faites généralement appel à d'autres (un supérieur, un collègue, un service spécialisé)
- Ne se prononce pas

VT14Q18

**Avez-vous des objectifs chiffrés à atteindre ? (nombre d'actes à réaliser, nombre de patient-es par heure, etc.)**

- Oui
- Non

**QUESTION RÉSERVÉE**

VT15Q19

**Si oui, vous avez des objectifs chiffrés, sont-ils difficiles à atteindre ?**

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, jamais

VT16Q20

**Estimez-vous que votre métier comporte des contraintes « physiques » :**

	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, très peu	Non, pas du tout
Charges physiques (port de personnes, charges lourdes...)				
Postures pénibles (piétiner, être assis-e sur des petites chaises, rester longtemps debout...)				
Bruit				
Gestes répétitifs				
Promiscuité physique très grande avec des personnes				
Risques liés à des produits, des équipements ou engins dangereux				
Exposition aux saletés				
Travail en extérieur quelle que soit la météo				
Des trajets entre vos différents lieux de travail				

VT17Q21

**Y a -t-il d'autres contraintes physiques dans votre métier ?**

VT18Q22

**Estimez-vous que votre métier comporte des contraintes « émotionnelles » :**

	Oui beaucoup	Oui un peu	Non, très peu	Non, pas du tout
Avez-vous peur parfois ? (à cause de certains comportements, de machines, de situations...)				
Faites-vous face à la souffrance des autres ?				
Devez-vous gérer des personnes agressives ou violentes ?				
Devez-vous cacher vos émotions ?				
Vous sentez vous isolé-e dans votre travail ?				
Êtes-vous inquiet-e ? (par ex, de ne pas maîtriser votre travail, de ne plus faire face à la surcharge de travail et au manque de personnel qualifié)				
Devez-vous faire face à des ordres contradictoires de votre employeur ?				
Devez-vous faire face à des attentes contradictoires émanant de différents acteurs (employeurs, usagers, familles...) ? »				

VT19Q23

**Pouvez-vous donner un exemple de « contrainte émotionnelle » à laquelle vous avez fait face ?**

VT20Q24

**Bénéficiez-vous d'une aide, d'un accompagnement face à cette charge émotionnelle ?**

- Oui, avec un dispositif formel de mon employeur (réunions régulières avec des professionnels par exemple, ou réunions de régulation d'équipe)
- Oui, mais seulement de manière informelle dans l'équipe, entre collègues
- Non

VT21Q25

**Pour bien effectuer votre travail, avez-vous des temps d'échange avec des collègues ?**

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, jamais

VT22Q26

**Avez-vous fait face à des violences sexistes et sexuelles sur votre lieu de travail (propos, blagues, affichages, ambiances sexistes, harcèlement, agressions, viols...) ?**

- Oui dans l'année
- Oui par le passé
- Non mais j'ai été témoin de telles situations
- Non jamais

**Passez à la section 3/5 >>>**

### 3/5 : Les contraintes « organisationnelles » de votre emploi

---

OT01Q27

**Travaillez-vous à temps plein (35 h ou davantage) ?**

- oui
- non
- je ne sais pas

OT02Q28

**En moyenne, combien de jours travaillez-vous par semaine ?**

- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 4 jours
- 5 jours
- 6 jours
- 7 jours

OT03Q29

**En moyenne, combien d'heures travaillez-vous par jour ?**

- 2 heures
- 3 heures
- 4 heures
- 5 heures
- 6 heures
- 7 heures
- 8 heures
- 9 heures
- 10 heures
- 11 heures
- 12 heures

**QUESTION RÉSERVÉE**

OT04Q30

**Si vous êtes à moins de 35h / semaine, ce temps partiel (ou incomplet pour la fonction publique) est-il à votre demande ?**

- Oui
- Non

OT05Q31

**Souhaiteriez-vous travailler davantage que ce temps partiel (ou incomplet) ?**

- Oui quelques heures de plus
- Oui à temps complet
- Non, je ne peux pas travailler davantage
- Non, je ne souhaite pas travailler davantage

OT06Q32

**Faites-vous des heures supplémentaires (pour les temps complets) ou complémentaires (pour les temps partiels/incomplets) ?**

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, jamais

**QUESTION RÉSERVÉE**

***Si oui (« toujours » ou « la plupart du temps »)***

OT07Q33

**Ces heures supplémentaires ou complémentaires sont-elles payées ou compensées en temps ?**

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, jamais

OT08Q34

**Estimez-vous avoir assez de temps pour bien effectuer votre travail ?**

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, jamais

OT09Q35

## Travaillez-vous en horaires atypiques ?

	Oui, toujours	Oui, la plupart du temps	Non, rarement	Non, jamais
le matin tôt (entre 5 et 8 heures)				
le soir (entre 18h et minuit)				
La nuit (de minuit à 5 heures)				
le samedi				
le dimanche				
des heures d'astreinte				
en équipes alternées (jour et nuit), ou en 12 heures...				
avec des coupures, de plus de deux heures dans la journée				

OT10Q36

## Avez-vous souvent des changements horaires ?

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, jamais

### QUESTION RÉSERVÉE

OT11Q37

## Si vous avez souvent des changements horaires (oui, toujours ou la plupart du temps), estimez-vous être prévenu-e assez tôt de ces changements ?

- Oui, toujours
- Oui, la plupart du temps
- Non, rarement
- Non, jamais

OT12Q38

## Avez-vous déjà travaillé en étant malade ?

- Oui, car si je m'arrête, mon travail ne sera pas fait
- Oui, car il y aurait des conséquences financières (jours de carences, pertes de primes, etc.)
- Non je m'arrête quand je suis malade
- Non je ne suis que rarement ou jamais malade

OT13Q39

## Ressentez-vous une dégradation de votre santé liée à votre travail ?

- Oui
- Non

## 4/5 : La reconnaissance de votre travail

---

RE01Q40

**Êtes-vous fier-e de votre métier ?**

*Plusieurs réponses possibles*

- Oui, c'est un métier d'engagement, utile aux autres, avec des valeurs fortes
- Oui, c'est un métier intéressant parce que je découvre tous les jours
- Oui, même si c'est un métier mal reconnu dans la société
- Non, pas particulièrement, j'ai juste besoin d'un salaire
- Non, parce que l'image de ce métier est négative dans la société
- Non ce n'est pas ce que je voulais faire quand j'étais jeune

RE02Q41

**Est-ce que vous recommanderiez ce métier à d'autres ?**

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas
- Non, pas du tout

RE03Q42

**Pourquoi ?**

RE04Q43

**Bénéficiez-vous de primes et compléments de salaire ?**

	Oui tous les ans	Oui parfois	Non
Primes individuelles en fonction de votre travail (par exemple en fonction d'objectifs)			
Primes individuelles en fonction de votre présence/absence			
Primes collectives accordées à toute l'équipe			
Compléments de salaire (par exemple titre restaurants, avantages en nature...)			

RE05Q44

**Estimez-vous que votre salaire corresponde à la juste « valeur » de votre travail ?**

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas
- Non, pas du tout

**QUESTION RÉSERVÉE**

**Si vous n'estimez pas que votre salaire corresponde à la juste « valeur » de votre travail (« non, plutôt pas » ou « non, pas du tout » à la question précédente) :**

RE06Q45

**Selon vous, quel salaire correspond à votre travail et votre qualification (sachant que le smic mensuel net est de 1250€ aujourd'hui) ?**

1250 1500 1750 2000 2250 2500 2750 3000 3250 3500 3750 4000

RE07Q46

**Pensez-vous que vous avez les moyens de bien faire votre travail ?**

- Oui
- Non, mais je trouve des solutions pour bien faire mon travail
- Non, je ne suis pas satisfait·e du rendu de mon travail

RE08Q47

**Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles que vous jugez prioritaires ?**

- Une revalorisation salariale
- Une reconnaissance de la pénibilité par un départ anticipé à la retraite
- Une formation qualifiante rémunérée
- Le paiement de tous les temps nécessaires à la réalisation de votre travail
- Des créations de postes
- Une progression de carrière (davantage d'accès à un grade/échelon/coefficient supérieur...)
- Des passerelles permettant des équivalences et des changements de métiers
- La réduction du temps de travail
- L'allongement des durées du travail à temps partiel et le passage des temps partiels vers le temps complet
- La titularisation des contractuel·les
- La fin des horaires atypiques
- L'accès à un contrat de travail stable et la fin des contrats multi-employeurs
- Davantage de mixité (femmes-hommes) dans votre métier

RE09Q48

**Avez-vous d'autres propositions à faire ?**



**Presque finis ! Passez à la section 5/5 >>>**

## 5/5 : À propos de vous

---

AP01Q49

### Genre

- F
- H
- Non binaire

AP02Q50

### Âge :

- moins de 20 ans
- 20 à 29 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 59 ans
- plus de 60 ans

AP03Q51

### Situation familiale :

- Seul·e sans enfant à la maison
- Seul·e avec enfant(s) à la maison
- En couple sans enfant à la maison
- En couple avec enfant

AP04Q52

### Dans le cadre de votre famille, vous occupez-vous d'un proche en perte d'autonomie ou en situation de handicap ?

- Oui
- Non

AP05Q53

### Quel est votre niveau de diplôme le plus élevé ?

- sans diplôme
- cap-bep
- brevet des collèges
- bac ou diplôme équivalent
- bac +2
- bac+3
- bac+4
- bac+5 et plus

AP06Q54

**Votre diplôme correspond-il à votre emploi ?**

- Oui
- Non j'ai un diplôme du secteur mais plus élevé
- Non je n'ai pas de diplôme ou à un niveau inférieur
- Non j'ai un diplôme qui n'a rien à voir avec ce métier

AP07Q55

**Quelle est votre ancienneté dans ce métier (même si vous avez changé d'employeur) ?**

- moins d'un an
- 1 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- plus de 10 ans

AP08Q56

**Vous sentez-vous capable de faire ce métier jusqu'à votre retraite ?**

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas
- Non, pas du tout

AP09Q57

**En moyenne, votre rémunération nette par mois (AVANT IMPOT) :**

- moins de 1000€
- de 1000-1500€
- de 1500-2000€
- de 2000-2500€
- plus de 2 500€

AP10Q58

**Êtes-vous adhérent-e ou sympathisant-e d'une organisation syndicale ?**

- Oui, adhérent-e
- Oui, sympathisant-e
- Non

**ANNEXE DE LA TROISIEME PARTIE**  
**Guide d'entretien (durée – environ 1 h 30)<sup>146</sup>**

**DÉMARRAGE DE L'ENTRETIEN**

Financée par l'Ires pour la CGT dans le cadre de sa campagne sur la revalorisation des métiers féminisés, cette étude est pilotée par Rachel Silvera, maîtresse de conférences à l'université de Paris-Nanterre et Séverine Lemièrre, maîtresse de conférences à l'université de Paris. Pour le premier volet de l'étude, une consultation « Mon travail le vaut bien » à destination de l'ensemble des professionnels du soin et du lien s'est clôturée récemment et a recueilli plus de 7 000 réponses. Cet entretien s'inscrit dans le deuxième volet dans lequel nous mettons en place une démarche de comparaison d'emplois, qui cherche à comparer des emplois à prédominance féminine avec des emplois à prédominance masculine de « valeur égale » (ou comparable) selon les critères déterminés par la loi Roudy (connaissances, capacités professionnelles, responsabilités et charges physiques et nerveuses) et afin d'observer les écarts de rémunération (en l'occurrence : des SF avec des ingénieurs hospitaliers). Votre anonymat est garanti ainsi que celui de votre établissement. L'objectif de notre entretien est que vous nous parliez de votre métier, de son contenu, de ses évolutions si vous en avez été témoin et de ses exigences et difficultés. On parlera enfin de la rémunération et du comparateur.

**Éléments personnels :**

- Âge : .....
- Situation familiale :
  - Seul-e sans enfant à la maison
  - Seul-e avec enfant(s) à la maison
  - En couple sans enfant à la maison  En couple avec enfant(s)
- (Si en couple) Profession du/de la conjoint-e
- Êtes-vous aidant-e ? (S'occuper d'un proche en perte d'autonomie et/ou handicap)
- Parcours (formation, emplois)

**Caractéristiques de l'emploi occupé :**

- **Ancienneté**
- **Statut :**
  - Fonctionnaire (titulaire ?)       Salarié-e en CDI
  - Indépendant-e       Salarié-e contrat temporaire
- **Durée de travail** :       Temps complet       Temps partiel\*
- Nbr d'heures/semaine : .....
- \*Pour les temps partiels : Souhaitez-vous travailler davantage ? Pourquoi ?

<sup>146</sup> Ce guide a été en appui des entretiens réalisés dans la troisième partie de l'étude. Il a été adapté aux professions rencontrées, c'est-à-dire pour les sages-femmes, les assistantes de service social et les aides-soignantes, ainsi que les ingénieurs, techniciens et ouvriers rencontrés.

- Description des horaires : Travaillez-vous en **horaires atypiques** ? (tôt matin, soir, nuit, week-end, astreinte, équipes alternées, des coupures longues dans la journée) Temps de **transport** ?
- Avez-vous souvent des changements horaires ? Si oui, estimez-vous être prévenu·e assez tôt de ces changements ?
- Quelle **articulation des temps** travail/temps personnel (notamment avec des enfants/temps garde) ?

### Décrire le travail :

- Une **journée type** (exemples de tâches, horaires, organisation quotidienne...)
- Avez-vous les **moyens** (temps, matériel) de bien faire votre travail ?
- Avez-vous une **fiche de poste** ? Si oui, correspond-elle à la réalité quotidienne du travail ?
- Réalisez-vous des **tâches supplémentaires** normalement ? (exemples) Sont-elles indispensables à la bonne réalisation de votre travail ?
- A votre avis, combien de **temps est nécessaire pour maîtriser le métier** ?

## MESURER LA VALEUR DU TRAVAIL

### (4 critères Loi Roudy)

#### 1<sup>er</sup> critère : Les connaissances professionnelles

- Quel est votre niveau de **diplôme le plus élevé** ?
- Votre diplôme correspond-il à votre emploi ?
- Diriez-vous que votre métier demande des **connaissances théoriques** : si oui quelle part cela représente dans votre travail ?
- Pensez-vous qu'une **formation** régulière est nécessaire pour bien faire votre travail et actualiser ces connaissances ? Vous personnellement, vous formez-vous ? Par votre emploi, votre employeur ? Par vous-même ?

#### 2<sup>e</sup> critère : Les capacités professionnelles

- Quels **savoir-faire indispensables** au métier ?
- Degré d'**autonomie**, de liberté et/ou de contrôle dans la réalisation des tâches ? Quelles marges de manœuvre par rapport aux consignes/au contrôle ?
- Êtes-vous amené·e à **anticiper des demandes** ou des besoins avant même que les personnes que vous accompagnez ne les expriment ? Si oui, est-ce le cœur de votre travail ou seulement quand vous avez le temps ?
- Effectuez-vous souvent **plusieurs tâches** à la fois ? (exemples)
- Êtes-vous fréquemment **interrompu·e** dans votre travail pour effectuer une autre tâche imprévue ?

#### 3<sup>e</sup> critère : Les responsabilités

- Quelles **responsabilités** demande votre travail ? (budget ? Confidentialité des données ? Sécurité des personnes ? Bien être et santé des personnes ? Équipe ou collègues ?)
- Est-ce que vous **coordonner** le travail d'autres personnes ?
- Est-ce que vous avez à prendre des **décisions** ? Lesquelles ? Quelle importance ?
- Une responsabilité médicale individuelle importante en fonction des actes que vous êtes amené·e à faire ?

#### 4<sup>e</sup> critère : Les charges physiques et nerveuses

- Décrivez les **contraintes « physiques »** de votre métier (Charges, postures, gestes répétitifs, bruit, environnement, déplacements etc.)
- Estimez-vous que votre métier comporte des **contraintes « émotionnelles »** (souffrances, violences, ordres contradictoires, crainte de commettre une erreur, surcharge de travail, culpabilité etc.) + **Exemples** de contraintes émotionnelles
- Il y a-t-il une part de « charge mentale » liée au travail qui vous préoccupe même en rentrant chez vous ?
- Bénéficiez-vous d'une aide, d'un **accompagnement** face à cette charge émotionnelle ? Si oui, formelle ou seulement informelle entre collègues ? Est-ce suffisant ?
- Comment supportez-vous l'organisation du travail ? Des horaires ?
- Avez-vous déjà **travaillé en étant malade** ? si oui, pour quelles raisons ? (Personne pour remplacer, conséquences financières ex. jours de carences, pertes de primes, autres raisons...)
- Ressentez-vous une **dégradation de votre santé** liée à votre travail ? Pourquoi ?
- Vous sentez-vous **capable de faire ce métier jusqu'à votre retraite** ? Pourquoi ?

#### LA RECONNAISSANCE DU TRAVAIL

##### Le rapport au métier

- Êtes-vous **fier·e de votre métier** ? Pourquoi ?
- **Recommanderiez-vous ce métier** à d'autres ? Pourquoi ?
- Quelle **perception des autres**, de la société, des politiques vis-à-vis de votre métier ?
- Estimez-vous que vos compétences soient bien reconnues dans le collectif de travail/à l'hôpital ?

##### La rémunération

- En moyenne, quelle est votre rémunération nette par mois (AVANT IMPOT) :
- Bénéficiez-vous de primes et compléments de salaire ? (primes individuelles en fonction de votre travail, en fonction de votre présence/absence, primes collectives, titre restaurants, avantages en nature)
- Estimez-vous que votre salaire corresponde à la **juste « valeur »** de votre travail ?
- Si non, quel salaire correspondrait à votre travail et votre qualification (sachant que le smic mensuel net est de 1250 € aujourd'hui) ?

#### LE COMPAREUR

##### (Ingénieur hospitalier)

- Connaissez-vous le métier de (compareur selon la profession interrogée) ? (en termes de contenu du travail, de responsabilités, d'exigence, rémunération, etc.)
- Que pensez-vous d'une **comparaison avec votre métier** ?

##### Revendications

- Selon vous, quelles sont les **mesures/objectifs prioritaires** qui devraient être mis en place au sein de la profession sage-femme ? Et peut-être au-delà, au niveau des métiers du soin ? (revalorisation salariale, reconnaissance de la pénibilité par un départ anticipé à la retraite, le paiement de tous les temps nécessaires à la réalisation de votre travail, des créations de postes, la réduction du temps de travail, une formation qualifiante rémunérée...) Autres ?

- Êtes-vous adhérent·e ou sympathisant·e d'une organisation syndicale ?

POUR FINIR : Quel est l'aspect le plus difficile dans votre métier ? Ce que vous aimez le plus ? Cela a-t-il changé depuis que vous exercez ce métier ?