



DÉCEMBRE 2021

Grand angle 5

Évolution des métiers de la Santé et de l'Action sociale en Provence - Alpes - Côte d'Azur

Zooms sur quelques métiers emblématiques



Des ressources pour agir ensemble



Directrice de publication

Sylvette Avallet

Réalisation

Anne-Sophie Dumortier

Anaïs Heraud

Somoudom Inthavong

Fabien Miroso

Conception graphique, PAO

Gaël Martinez

Anna Chaldjian

Photos

© Adobe Stock

Sommaire

Introduction	5
Chapitre 1 - Les secteurs de la Santé et de l'Action sociale en région Provence - Alpes - Côte d'Azur	6
1. Le contexte général de la région	8
2. Un contexte en pleine évolution, tant sur le plan législatif que social	10
3. Des diplômés qui attirent de moins en moins de candidats	17
Chapitre 2 - Portraits emploi-formation de métiers de la Santé	22
1. Les infirmiers	24
2. Les aides-soignants	37
3. Les masseurs-kinésithérapeutes	44
4. Les cadres de santé	51
Chapitre 3 - Métiers du social, le cas de l'accompagnant éducatif et social	56
Conclusion : Les principaux enjeux	66
Bibliographie	68



Introduction

Les secteurs de la Santé et de l'Action sociale couvrent un large panel de métiers, allant de l'infirmier à l'accompagnant éducatif et social (AES), et une diversité d'employeurs (hôpitaux publics, maisons de santé, Ehpad, structures d'accueil de personnes en situation de handicap...). Ces métiers exigent des compétences très spécifiques mais leur cœur de métier demeure la relation humaine, qui implique une proximité inévitable avec les personnes qu'ils côtoient.

Dès le début de la crise sanitaire, les professionnels de la Santé ont été en première ligne pour soigner les nombreux malades de la Covid-19. Les professionnels du secteur social ont soutenu familles, personnes âgées et personnes en situation de handicap. La crise sanitaire a ainsi montré le rôle primordial de ces professionnels de la Santé et de l'Action sociale, ainsi que la nécessité de disposer d'un système de santé solide et accessible à tous.

Durant cette période, les professionnels de la Santé ont mobilisé des compétences (notamment en section de soins intensifs) acquises dans l'urgence, sur le tas, et ont ainsi ressenti des limites à leur formation professionnelle. Ils ont aussi rencontré des difficultés dans leur pratique quotidienne : manque de matériel, turnover important du personnel...

Dans les établissements d'accueil de personnes âgées, comme dans les hôpitaux, le manque de personnel a été exacerbé par la crise et a montré l'urgence d'améliorer les conditions salariales et de travail pour attirer à nouveau et en nombre les jeunes diplômés.

Le rapport El Khomri (2019), qui a donné lieu au Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie, souligne la nécessité d'améliorer l'attractivité des métiers du grand âge et de prendre en charge à domicile le plus longtemps possible les personnes âgées.

En 2020, le Ségur de la santé, quant à lui, repose sur les objectifs de revalorisation des carrières, l'organisation des soins sur les territoires et l'investissement dans la santé mais également sur une meilleure organisation des équipes et l'implication de tous les acteurs de la santé.

Cette étude a pour objectif de montrer les importantes évolutions professionnelles et législatives rencontrées dans les secteurs de la Santé et de l'Action sociale. Ainsi, pour les cinq métiers emblématiques (infirmier diplômé d'État, aide-soignant, masseur-kinésithérapeute, cadre de santé et accompagnant éducatif et social), un focus sera fait sur :

- les évolutions des métiers et des compétences ;
- les nouveaux besoins en formation (professionnelle et continue) ;
- les enjeux à venir.

Ces travaux sont alimentés par les nombreux témoignages de professionnels et responsables de formation réalisés durant le premier semestre 2021.



Chapitre 1

Les secteurs de la Santé et de l'Action sociale en région Provence - Alpes - Côte d'Azur

L'essentiel

- Une grande partie de la population régionale est concentrée dans les départements du littoral.
- Son indice de vieillissement est plus élevé que celui de la France.
- Le taux de chômage de la région au second trimestre 2021 est supérieur à celui observé au niveau national.
- Le taux de population couverte par le revenu de solidarité active (RSA) est deux fois plus élevé que la couverture nationale.
- Près de 264 000 actifs sont en emploi dans le secteur de la Santé et de l'Action sociale (soit 15 % des actifs en emploi en région), avec une part plus importante dans la Santé (plus de 158 000 actifs).
- Plus des deux tiers des professionnels de la Santé évoluent dans des établissements de 200 salariés et plus ; trois quarts des professionnels de l'Action sociale dans des établissements entre 20 à 200 salariés.
- Plus de 80 % des salariés et des établissements des deux secteurs sont concentrés dans les trois départements du littoral.
- En 2020, les projets de recrutement déclarés avant la crise sanitaire sont particulièrement nombreux, notamment ceux qui concernent : les aides à domicile et aides ménagères, les aides-soignants, les employés de maison et personnels de ménage, les infirmiers.



- Entre 2013 et 2018, le nombre d'emplois dans la Santé a augmenté de 7%. Cette évolution est à imputer au dynamisme de l'emploi des infirmiers libéraux (+26%), des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (+21%), des opticiens audioprothésistes (+20%), des autres spécialistes de la rééducation libéraux (+20%), de sages-femmes (+20%). À l'inverse, le nombre des spécialistes de l'appareillage médical, des infirmiers spécialisés, des préparateurs en pharmacie a diminué.
- Sur la même période, le nombre d'emplois dans l'Action sociale a également augmenté de 2%. Cela s'explique notamment par la hausse du nombre d'aides médico-psychologiques (+126%), d'éducateurs techniques spécialisés, de moniteurs d'atelier (+40%). À l'inverse, le nombre d'employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers, les assistantes maternelles, les conseillères en économie sociale et familiale a baissé.
- Avec une part de femmes de 86%, les métiers des deux secteurs demeurent très féminisés.
- Globalement les professionnels de la Santé et de l'Action sociale sont un peu plus âgés que les actifs de l'ensemble des métiers. C'est surtout le cas dans l'Action sociale.
- Plus de huit salariés sur dix occupent des emplois salariés stables. Néanmoins, le temps partiel est plus développé dans l'Action sociale ; sa part est supérieure à celle observée sur l'ensemble des métiers.
- Près de 7000 personnes sont inscrites en première année dans les formations de la filière Santé et près de 2200 dans la filière de l'Action sociale. Pour la première filière, les flux de formés sont en baisse constante depuis 2016, à l'inverse de la seconde (excepté une légère réduction des effectifs en 2019).

1. Contexte économique et socio-démographique

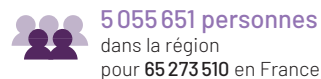
Très peuplée sur le littoral et beaucoup moins dans les territoires alpins et les arrière-pays, la région voit sa population vieillir de plus en plus. Le taux de natalité est proche de la moyenne nationale mais la part des jeunes de moins de 25 ans est plus faible qu'en France. La part des 75 ans et plus augmente, l'indice de vieillissement devenant l'un des plus élevés de France.

La région est au troisième rang (sur 13 régions métropolitaines) en termes de pauvreté, avec un taux bien supérieur à la moyenne nationale. Avec 128 quartiers prioritaires (dont une grande partie se concentre sur la Métropole Aix-Marseille-Provence), la part de la population vivant dans ces quartiers est particulièrement importante en région.

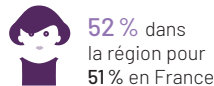
La région se démarque aussi par un taux de chômage très élevé car elle est l'une des plus touchées par les effets de la crise sanitaire, par sa structuration économique et celle de son marché du travail (faibles parts d'actifs et d'actifs en emploi ; pourcentage élevé de non-salariés).

Démographie

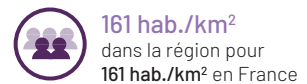
Population en 2020



Les femmes



Densité



Les moins de 25 ans



Les 75 ans et plus



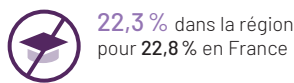
Indice de vieillissement¹



Taux de natalité en 2019



Population non scolarisée sans diplôme de plus de 15 ans



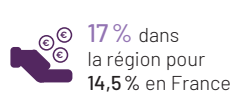
¹ Nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.
Source : Drees, Chiffres-clés 2020 ; DRDJSCS, Chiffres clefs 2020 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Pauvreté - Précarité - Exclusion

Taux de population couverte par le RSA (total en %)



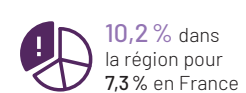
Taux de pauvreté (total en %)



Nombre de quartiers prioritaires

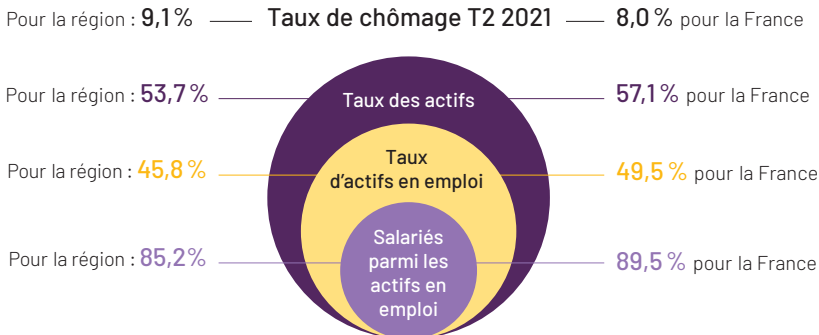


Part de la population résidant dans un quartier prioritaire (total en %)



Source : Drees, Chiffres-clés 2020 ; DRDJSCS, Chiffres clefs 2020 ; CAF Conjoncture n° 33, avril 2021 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Marché du travail



Source : Direccte, Chiffres-clés 2020 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

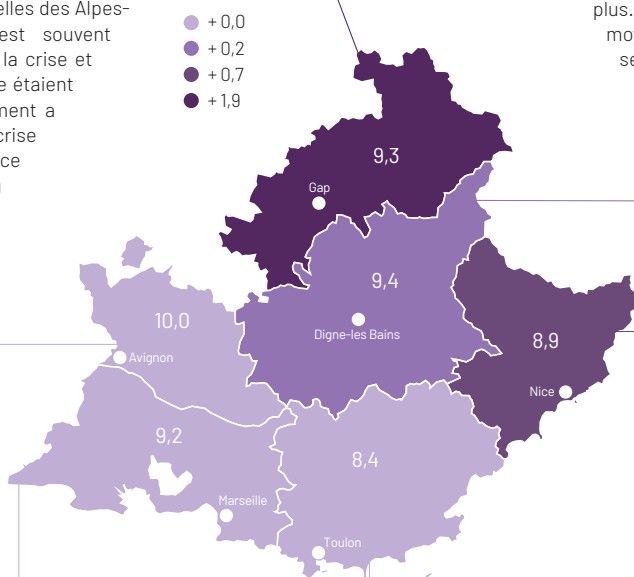
Sur le plan départemental, on remarque de grandes différences de contexte économique et social d'un département à l'autre :

CARTE 1

Taux de chômage (en %) T1 2021

Les **Hautes-Alpes** sont aussi le département alpin à faible densité démographique mais les caractéristiques de sa population sont bien différentes de celles des Alpes-de-Haute-Provence auxquelles il est souvent assimilé. Le taux de chômage avant la crise et le nombre de personnes sans diplôme étaient très faibles. Néanmoins, le département a été particulièrement touché par la crise sanitaire, ce qui a pour conséquence une augmentation importante du taux de chômage (+1,9% entre T1 2020 et T1 2021 contre +0,3% en région). Les actifs en emploi ont moins souvent le statut de salarié (statut mis en difficulté en période de crise de la Covid-19).

Le **Vaucluse**, département à faible densité de population, enregistre un taux de natalité et une part élevée de jeunes de moins de 20 ans. La dynamique démographique se confirme en 2021. Les problématiques sociales sont toujours très présentes avec un taux de chômage et une part de population non scolarisée sans diplôme très élevés. C'est l'un des départements les plus pauvres de France. Pour autant, le recours aux aides sociales est relativement faible comparativement aux besoins sociaux.



Les **Bouches-du-Rhône** se démarquent par une forte densité de population. Le pourcentage des jeunes de moins de 25 ans est le plus élevé avec celui du Vaucluse. Les indices de pauvreté et de précarité sont au-dessus de la moyenne régionale. Le taux de chômage est aussi important.

- Taux de chômage région **9,1%**
- Taux de chômage France métrop. **7,8%**

Le **Var** est le troisième département le plus peuplé de la région mais se démarque des départements littoraux voisins par une assez faible densité. La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans y est importante et l'indice de vieillissement est le plus fort de la région. Les bénéficiaires des prestations sociales sont moins présents qu'en région. Le taux de chômage est le plus faible après celui des Hautes-Alpes.

Les **Alpes-de-Haute-Provence** sont très peu peuplées, et voient leur population vieillir de plus en plus. Le taux de natalité est très inférieur à la moyenne régionale alors que l'indice de vieillissement est l'un des plus élevés de la région. De même, le taux de chômage est très important. Le nombre de bénéficiaires des aides sociales est paradoxalement très faible alors que les besoins sont grands. L'accès aux aides sociales est donc une des principales problématiques du département.

Le département des **Alpes-Maritimes** enregistre la deuxième densité de population de la région, mais celle-ci est bien inférieure à celle observée dans les Bouches-du-Rhône. La part des habitants âgés de 75 ans et plus est très importante. Le taux d'actifs en emploi y est plus élevé alors que le taux de chômage est plus faible qu'en région. Les indices de pauvreté et de précarité sont en dessus de la moyenne régionale sauf pour le RSA.

Source : Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

2. Un contexte en pleine évolution, tant sur le plan législatif que social

Les récentes réformes

Le Ségur de la santé (accords signés le 13 juillet 2020)

Les objectifs : revalorisation des carrières, organisation des soins sur les territoires et investissements dans la santé à travers 33 engagements dont :

- la revalorisation salariale des soignants ;
- l'investissement « du quotidien » pour améliorer le fonctionnement des services hospitaliers ;
- des crédits supplémentaires pour la recherche et l'innovation ;
- le recrutement de soignants et l'ouverture de places supplémentaires dans les formations d'infirmiers et d'aides-soignants ;
- l'ouverture des lits supplémentaires dans les établissements publics de santé ;
- le développement de la télésanté ;
- le développement de l'exercice coordonné (maisons de santé, communautés territoriales de santé) ;
- des dispositifs renforcés pour lutter contre les inégalités de santé ;
- le déploiement de sites pilotes de service d'accès aux soins (SAS) ;
- l'accessibilité plus facile à l'offre de soins psychologiques.

Selon le bilan France Relance, un an après 75 % des mesures sont réalisées ou en cours de déploiement.

Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie (2020-2022)

Les objectifs : répondre aux difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels et à l'urgence de la transition démographique.

Ce plan a pour ambition de réformer l'aide aux personnes âgées et de promouvoir leur maintien à domicile, ou encore d'améliorer leur accompagnement dans les Ehpad. L'idée est de développer la prise en charge à domicile plus longtemps des personnes âgées.

Il repose sur quatre axes :

- changer l'image des métiers pour répondre à l'urgence et aux enjeux de long terme (20 % des postes d'aides à domicile vacants) ;
- adapter les formations aux enjeux présents et à venir (-25 % de candidatures aux concours d'accès au diplôme d'aide-soignant) ;
- donner une priorité forte à la réduction de la sinistralité et à l'amélioration de la qualité de vie au travail (trois fois plus d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans les métiers du grand âge) ;
- améliorer les conditions de rémunération dans les secteurs de l'aide à domicile (75 % des salariés à temps partiel).

Décret n° 2021-1209 du 20 septembre 2021 relatif au développement de l'apprentissage dans la fonction publique hospitalière

Objectif : Alors que l'apprentissage ne faisait pas partie des actions de formation professionnelle recensées pour les agents de la fonction publique hospitalière, le décret favorise son développement dans ce secteur. Le texte inclut cette modalité de formation dans le champ des actions de formation professionnelle tout au long de la vie et l'intègre dans le même temps parmi les actions pouvant être financées par les cotisations employeurs.

Les établissements publics hospitaliers doivent en effet consacrer au minimum 2,1 % du montant de leurs revenus d'activité au financement de ces actions de formation.

Les établissements de la santé et de l'action sociale rassemblent 6 % des établissements de la Région, avec davantage de structures de santé et 15 % des actifs en emploi. (8 % d'actifs en emploi dans la Santé contre 7 % dans l'Action sociale). La Santé se distingue par une prédominance des actifs non-salariés qui rassemblent un quart des effectifs totaux du secteur. On entend par non-salariés les travailleurs indépendants, les employeurs non-salariés et les aides familiaux.

TABLEAU 1

Poids des établissements SASO dans le tissu économique régional

	Région	Répartition en %
Santé	7 812	4 %
Action sociale	3 931	2 %
Total SASO	11 743	6 %
Autres secteurs	178 473	94 %
Total tous secteurs	190 216	100 %

Source : Insee, Flores, effectifs au 31.12.2018 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Précaution de lecture : « Le dispositif Flores succède à Clap, dont le dernier millésime décrivait l'année 2015. Les résultats issus de Flores et de Clap ne sont pas comparables car :

- Clap couvrait auparavant tous les établissements actifs, employeurs comme non-employeurs. Le nombre d'établissements ayant un effectif nul en fin d'année était donc beaucoup plus élevé dans Clap, du fait de cette différence de champ.
- En sens inverse Clap ne comptabilisait que les postes de travail dits non-annexes, c'est-à-dire dépassant un certain seuil de rémunération et/ou de durée. Cette restriction a été supprimée dans Flores, qui comptabilise tous les postes de travail. » (Insee).

On dénombre près de 300 000 professionnels exerçant à titre principal dans les secteurs du sanitaire et social. Dans la Santé, plus d'un quart des actifs sont non-salariés c'est-à-dire travailleurs indépendants, employeurs non-salariés ou aides-familiaux. Les salariés sont très majoritairement employés dans des établissements de 50 salariés et plus (58 %) alors que ces grandes structures ne représentent que 1 % de l'ensemble des établissements de santé. Dans l'Action sociale, le statut de non-salarié est marginal. Les employés sont principalement recrutés par des établissements de plus de 20 salariés.

TABLEAU 2

Actifs en emploi (salariés et non-salariés) tous métiers confondus

	Effectifs salariés	Effectifs non-salariés	Total des actifs en emploi	Répartition (en %)
Santé	114 908	43 131	158 039	8 %
Action sociale	134 458	2 169	136 627	7 %
Total SASO	249 366	45 300	294 666	15 %
Autres secteurs	1 402 538	243 127	1 645 666	85 %
Total tous secteurs	1 651 904	288 427	1 940 332	100 %

Source : Insee, RP 2015-2019, millésimé 2018 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

TABLEAU 3

Répartition des postes salariés et des établissements employeurs par tranche d'effectif (en %)

	Santé		Action sociale		Tous secteurs	
	Salariés	Éts	Salariés	Éts	Salariés	Éts
De 1 à 4 salariés	7 %	78 %	1 %	18 %	12 %	65 %
De 5 à 9 salariés	3 %	10 %	3 %	15 %	11 %	17 %
De 10 à 19 salariés	3 %	5 %	9 %	21 %	11 %	9 %
De 20 à 49 salariés	5 %	3 %	25 %	25 %	15 %	5 %
De 50 à 99 salariés	6 %	2 %	36 %	17 %	13 %	2 %
De 100 à 199 salariés	8 %	1 %	15 %	4 %	10 %	1 %
De 200 à 499 salariés	10 %	1 %	6 %	1 %	11 %	0 %
500 salariés et plus	58 %	1 %	4 %	0 %	18 %	0 %
Total toutes tranches d'effectifs	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Insee, Flores, effectifs au 31.12.2018 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Des emplois stables mais une main-d'œuvre vieillissante

Si l'on se concentre sur les effectifs salariés, on observe que l'évolution de l'emploi a été beaucoup plus importante dans les secteurs de la Santé (+7%) que pour l'ensemble des métiers de la région (+2%) sur la période observée. Cette croissance est très hétérogène : certains métiers enregistrent une importante augmentation de leurs effectifs salariés, comme les aides médico-psychologiques (+126%) ou les masseurs-kinésithérapeutes, les autres spécialistes de la rééducation libéraux, les sages-femmes (+20% environ), alors que certains métiers - moins nombreux - voient leurs effectifs se réduire. C'est notamment le cas des employés de maison (-27%), des préparateurs en pharmacie (-9%), des conseillers en économie sociale et familiale (-7%), des infirmiers spécialisés (-5%).

Les métiers de la Santé et de l'Action sociale sont encore plus féminisés et davantage occupés par les travailleurs seniors que l'ensemble des secteurs d'activité de la région. La problématique du renouvellement de la main-d'œuvre est un enjeu majeur pour les responsables GRH.

Les emplois sont particulièrement stables dans la Santé (85%) comme dans l'Action sociale (81%). En revanche, le temps partiel est très courant dans le social et représente près d'un poste sur deux.

TABLEAU 4

Répartition et caractéristiques des actifs en emploi dans les métiers
de la Santé et de l'Action sociale en 2018

	Effectifs 2018	Variation 2013-2018 (en %)	Part des femmes
Agents des services hospitaliers (de la fonction publique ou du secteur privé)	24 926	+ 6 %	75 %
Aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé)	31 612	7 %	90 %
Ambulanciers salariés (du secteur public ou du secteur privé)	3 652	4 %	23 %
Autres spécialistes de la rééducation, libéraux	5 086	20 %	75 %
Autres spécialistes de la rééducation, salariés	2 379	6 %	86 %
Autres spécialistes de l'appareillage médical (indépendants et salariés)	1 702	- 5 %	32 %
Auxiliaires de puériculture	7 754	8 %	99 %
Cadres infirmiers et assimilés	4 208	1 %	86 %
Infirmiers en soins généraux, salariés	29 583	4 %	86 %
Infirmiers libéraux	13 104	26 %	80 %
Infirmiers psychiatriques	314	1 %	55 %
Infirmiers spécialisés (autres qu'infirmiers psychiatriques et puéricultrices)	1 720	- 5 %	79 %
Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, libéraux	7 441	21 %	50 %
Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, salariés	1 338	- 2 %	70 %
Opticiens lunetiers et audioprothésistes (indépendants et salariés)	3 038	20 %	58 %
Préparateurs en pharmacie	6 606	- 9 %	91 %
Puéricultrices	1 663	- 1 %	98 %
Sages-femmes (libérales ou salariées)	1 845	20 %	96 %
Techniciens médicaux	7 317	7 %	73 %
Total Santé	155 288	7 %	82 %
Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales	41 368	1 %	95 %
Aides médico-psychologiques	6 937	126 %	91 %
Assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, familles d'accueil	18 351	- 6 %	98 %
Assistants de service social	5 687	14 %	94 %
Cadres de l'intervention socio-éducative	2 806	7 %	70 %
Conseillers en économie sociale familiale	1 124	- 7 %	92 %
Éducateurs de jeunes enfants	1 306	4 %	96 %
Éducateurs spécialisés	8 296	4 %	70 %
Éducateurs techniques spécialisés, moniteurs d'atelier	1 033	40 %	43 %
Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers	7 175	- 27 %	92 %
Moniteurs-éducateurs	1 804	2 %	69 %
Total Action sociale	95 888	2 %	91 %
Total métiers de la Santé et de l'Action sociale	251 176	5 %	86 %
Total actifs tous métiers	1 940 331	2 %	48 %

Source : Insee, RP 2015-2019, millésimé 2018 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Part des moins de 25 ans	Part des 50 ans et plus	Part des salariés	Part des emplois stables salariés	Part du temps complet
9 %	38 %	100 %	81 %	78 %
9 %	32 %	100 %	83 %	83 %
5 %	26 %	100 %	89 %	95 %
4 %	24 %	0 %	-	82 %
14 %	22 %	100 %	88 %	64 %
7 %	35 %	53 %	46 %	93 %
9 %	24 %	100 %	83 %	78 %
2 %	52 %	100 %	96 %	92 %
8 %	26 %	100 %	91 %	82 %
0 %	36 %	0 %	-	92 %
2 %	77 %	100 %	94 %	88 %
2 %	40 %	100 %	96 %	80 %
5 %	33 %	0 %	-	89 %
9 %	32 %	100 %	86 %	80 %
14 %	18 %	74 %	66 %	87 %
9 %	22 %	100 %	90 %	74 %
7 %	26 %	100 %	92 %	74 %
5 %	25 %	81 %	68 %	69 %
8 %	32 %	100 %	93 %	84 %
7 %	31 %	81 %	85 %	82 %
5 %	49 %	100 %	82 %	37 %
4 %	34 %	100 %	53 %	46 %
7 %	40 %	100 %	82 %	71 %
2 %	33 %	100 %	89 %	75 %
2 %	36 %	100 %	93 %	88 %
2 %	24 %	100 %	90 %	79 %
8 %	26 %	100 %	82 %	80 %
6 %	25 %	100 %	84 %	83 %
0 %	42 %	100 %	95 %	92 %
2 %	56 %	100 %	80 %	45 %
7 %	19 %	100 %	80 %	85 %
5 %	42 %	100 %	81 %	55 %
6 %	35 %	88 %	83 %	71 %
8 %	33 %	85 %	72 %	83 %

Les intentions d'embauche dans la Santé et l'Action sociale

Entre 2016 et 2020, comme le montre le tableau 5, on observait une forte augmentation des intentions d'embauche dans les établissements publics ou privés de la Santé (+18 % entre 2016 et 2020) ainsi que dans le secteur du social (+8 %). Dans le même temps, les projets de recrutement sont en forte baisse pour l'ensemble des secteurs (-19 %). L'année 2020 marque l'arrêt des embauches dans la région, particulièrement impactée par la crise sanitaire.

Pour la plupart des métiers, les projets de recrutement en 2020 (tableau 6) sont jugés très difficiles par les employeurs (70 % total projets SASO). Les aides à domicile et aides ménagères, les assistantes maternelles présentent des difficultés de recrutement particulièrement élevées (respectivement 86 % et 84 %).

TABLEAU 5

**Évolution des embauches entre 2016 et 2020 dans les secteurs
de la Santé et de l'Action sociale**

	Nombre de contrats en 2020	Nombre de contrats en 2016
Santé (privé)	155 445	131 011
Santé (public)	5 450	4 906
Total Santé	160 895	135 917
Action sociale (privé)	236 775	231 308
Action sociale (public)	8 343	7 859
Total Action sociale	245 118	239 167
Total Santé et Action sociale	406 013	375 084
Total tous secteurs	1 626 571	2 010 151

Source : Urssaf PACA/Accoss, Déclarations préalables à l'embauche en 2020 et 2016 (régime générale, hors intérim) - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

TABLEAU 6

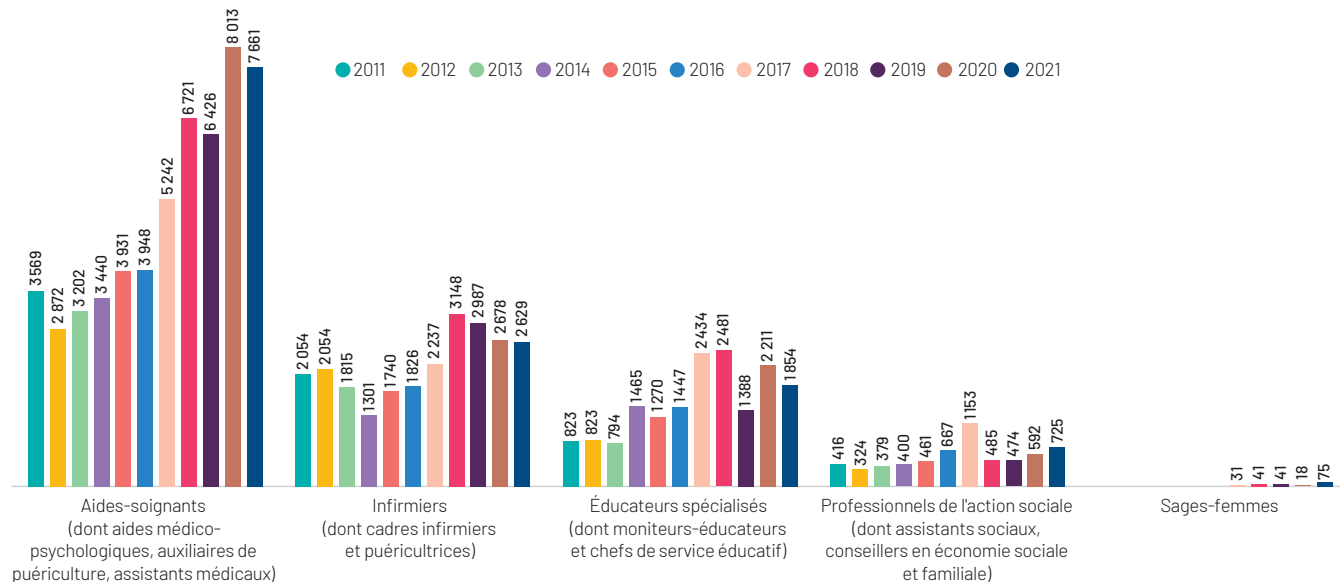
Les projets de recrutement en 2020

	Projets de recrutement	Dont jugés difficiles	Dont emplois saisonniers
Aides à domicile et aides ménagères	8 532	86 %	9 %
Aides-soignants	8 013	60 %	10 %
Employés de maison et personnels de ménage	2 892	67 %	31 %
Infirmiers	2 678	44 %	13 %
Éducateurs spécialisés	2 211	37 %	6 %
Assistants maternelles	1 575	84 %	2 %
Autres professionnels paramédicaux	792	73 %	4 %
Professionnels de l'action sociale	592	65 %	3 %
Médecins	573	63 %	2 %
Pharmaciens	495	74 %	31 %
Spécialistes de l'appareillage médical	443	85 %	3 %
Psychologues, psychothérapeutes	225	17 %	-
Dentistes	132	60 %	-
Sages-femmes	18	-	-
Total projets SASO	29 171	70 %	10 %
Total Santé et Action sociale	255 047	43 %	40 %

Source : Pôle emploi et Credoc, Enquêtes besoins en main-d'œuvre (BMO) 2020, métiers en FAP 87 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

GRAPHIQUE 1

Nombre de projets de recrutement de 2011 à 2021



Source : Pôle emploi et Crédoc, Enquêtes besoins en main-d'œuvre (BMO) de 2011 à 2021, métiers en FAP 87 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

3. Des diplômes qui attirent de moins en moins de candidats

Les réformes de formations conduisant aux métiers de la Santé et de l'Action sociale

L'universitarisation des formations paramédicales

Les formations paramédicales sont ancrées sur les territoires mais réparties au sein d'un paysage dispersé. Par leur ancrage, elles contribuent au maintien d'une offre de formation et de santé au service des citoyens, ainsi qu'au rôle d'ascenseur social de l'enseignement supérieur. Cependant, la dispersion de l'offre de formation rend difficile l'exercice interprofessionnel et favorise une organisation en silos des corps de métier (Buzyn et Vidal, 2018). Ainsi, former tous les professionnels de santé dans un cadre universitaire - universitariser les formations - représente pour les décideurs publics un défi mais aussi une réponse aux problématiques du système de santé français.

La mission de concertation confiée à Stéphane Le Bouler dans le cadre de l'universitarisation des formations en Santé met en exergue quatre axes de réforme¹ :

1. **Repenser l'interprofessionnalité** : en favorisant la transversalité, par une nouvelle approche des maquettes de formation ; en rapprochant les cursus paramédicaux et universitaires, mais aussi en bâtissant des métiers intermédiaires.

¹ Buzyn A., Vidal F., *Universitarisation des formations en Santé*, dossier de presse, ministère de la Solidarité et de la Santé et ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, mars 2018.

2. **Promouvoir la recherche** : en organisant la qualification des enseignants-chercheurs, notamment par l'ouverture de voies de qualification dans trois filières : sciences de la réadaptation, sciences infirmières, maïeutique.
3. **Créer de nouveaux parcours étudiants** : en simplifiant le recrutement dans les filières paramédicales (référencement de l'ensemble des formations sur Parcoursup) ; en améliorant les conditions d'accueil à l'université et sur les terrains de stage (délivrance de la carte d'étudiant de l'université, aides au logement et au transport...).
4. **Promouvoir les initiatives territoriales** : notamment en rapprochant les équipes pédagogiques au sein des Groupements de coopération sanitaire (GCS).

En région, le premier axe de réforme a pour déclinaison concrète deux initiatives portées par Aix-Marseille Université (AMU) et l'Université Côte d'Azur (UCA) de Nice :

- Le master Santé (AMU), créé en 2018, permet d'acquérir des compétences dans les domaines du management d'équipes et de la coordination de soins, ainsi que des compétences linguistiques et en matière de recherche.
- L'UCA de Nice donne la possibilité aux étudiants en masso-kinésithérapie de valider un master parallèlement à leur dernière année en IFMK, ou d'intégrer directement un M2 Ingénierie de la santé - Parcours recherche.

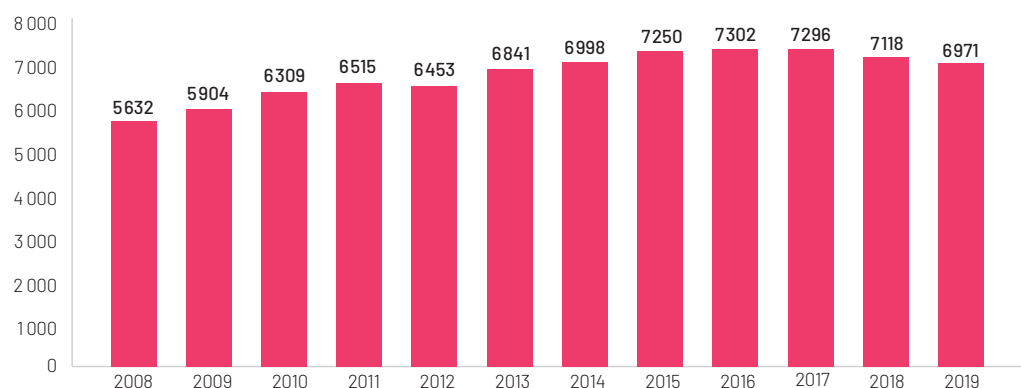
Des diplômes qui évoluent régulièrement

Ces dernières années, les diplômes de la filière Santé et de la filière Action sociale ont connu plusieurs évolutions dues en premier lieu à l'universitarisation des formations supérieures de la Santé (enclenchée en 2009) et la rénovation ou la création de plusieurs diplômes dans les deux filières.

Ces rénovations impactent les flux des stagiaires. Ainsi, la mise en œuvre des réformes peut engendrer momentanément une réduction des entrées en formation due au décalage dans l'organisation des épreuves pour le nouveau diplôme. Néanmoins, cela n'explique pas la réduction générale du nombre de formés, plus marquant dans la filière de la Santé, qui semble attirer de moins en moins de candidats.

GRAPHIQUE 2

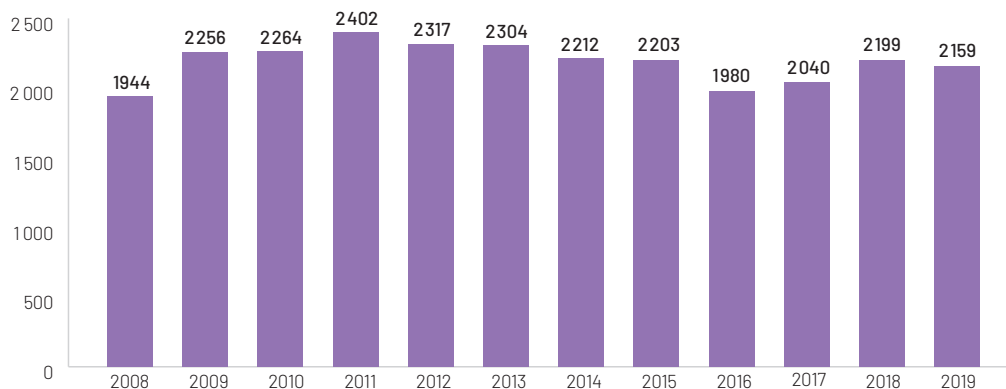
Évolution du nombre d'inscrits en première année dans les formations de la Santé



Source : Drees - Enquête Écoles 2008 à 2019 - Traitement Carif-Oref

GRAPHIQUE 3

Évolution du nombre d'inscrits en première année dans les formations de l'Action sociale



Source : Drees - Enquête Écoles 2008 à 2019 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Des effectifs qui se réduisent sensiblement

L'une des problématiques principales de ces métiers est donc l'attractivité de leurs formations.

Dans la filière Santé, les effectifs en 1^{re} année de formation baissent de façon continue depuis 2016 alors que l'emploi y est en constante augmentation et que certains métiers (infirmier et aide-soignant) sont régulièrement classés parmi les métiers les plus en tension. Les flux de diplômés sortants ne couvrent plus les besoins des employeurs. Cette baisse s'observe principalement dans les formations d'aide-soignant, d'ambulancier, de cadre de santé et de sage-femme. De plus, au cours de la formation d'aide-soignant, 10 % des stagiaires interrompent le cursus. Fort heureusement, les taux de réussite sont globalement très bons puisque plus de neuf formés sur dix obtiennent leur diplôme à la fin du parcours.

Dans la filière de l'Action sociale, où le public de candidats est très féminisé, les fluctuations des effectifs en 1^{re} année de formation sont irrégulières depuis 2016 (date de la création du diplôme d'accompagnant éducatif et social remplaçant les diplômes d'État d'aide médico-psychologique et d'auxiliaire de vie sociale - de niveau 3 de la filière). La baisse est essentiellement à imputer à la réduction importante des personnes préparant le diplôme d'Accompagnant éducatif et social, qui se réduisent d'année en année (-19 % pour le parcours B et -58 % pour le parcours C).

Parallèlement, on relève un taux de réussite à l'examen un peu moins élevé que celui observé dans la Santé. Le taux d'interruption en cours de formation y est globalement important (7%) ; il atteint même 14 % dans les formations AES et 26 % pour les TISF. Ceci accentue la baisse des sortants diplômés en fin de cursus.

TABLEAU 7

Les effectifs en formation de la Santé en 2019

	Effectifs toutes années de formation confondues	Variation des effectifs 2018-2019, toutes années confondues	Part des femmes en 1 ^{re} année	Nombre de présentés au diplôme en 2019	Nombre de diplômés en 2019	Taux de réussite	Part des interruptions de parcours en 2019	Variation des interruptions 2018-2019 (en points)	Sélectivité à l'entrée en formation (taux de pression)
Niveau 3 - Anciennement niveau V (CAP, BEP...)									
Aide-soignant (avant réforme 2021)	2 403	-6,1%	89 %	2 086	1 849	89 %	10 %	+3	1,8
Ambulancier	349	-7,7%	32 %	368	320	87 %	2 %	stable	1,5
Auxiliaire de puériculture	828	3,5%	99 %	702	656	93 %	5 %	+2	2,5
Niveau 5 - Anciennement niveau III (BTS, DUT...)									
Préparateur en pharmacie hospitalière	57	23,9%	88 %	49	48	98 %	0 %	stable	1,3
Psychomotricien	463	1,3%	91 %	149	147	99 %	1%	+1	2,6
Niveau 6 - Anciennement niveau II (licence, master 1...)									
Cadre de santé	142	-7,8%	85 %	150	146	97 %	1%	-2	1,7
Ergothérapeute	187	-2,6%	86 %	68	59	87 %	2 %	+2	1,6
Infirmier diplômé d'État	7 532	-0,1%	86 %	2 303	2 167	94 %	3 %	stable	2,0
Infirmier en puériculture	99	3,1%	97 %	92	82	89 %	4 %	+3	2,2
Infirmier de bloc opératoire	102	27,5%	85 %	41	41	100 %	0 %	stable	1,7
Manipulateur d'électroradiologie médicale	129	18,3%	78 %	20	20	100 %	7 %	+5	-
Masseur-kinésithérapeute	848	0,6%	65 %	207	207	100 %	0 %	stable	14,5
Pédicure-podologue	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc	nc
Niveau 7 - Anciennement niveau I (master 2, diplôme d'ingén.)									
Infirmier anesthésiste	101	1,0%	71 %	47	47	100 %	1 %	stable	2,4
Sage-femme	258	-2,6%	99 %	85	63	74 %	4 %	-3	24,3
Total Santé	13 498	-0,9%	86 %	6 367	5 852	92 %	4 %	+1	2,5

Source : Drees, Enquêtes écoles 2019 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.
nc : Non-communicé en 2019. En 2018, les effectifs toutes années de formation confondues s'élevaient à 99 étudiants.

TABLEAU 8

Les effectifs en formation de l'Action sociale en 2019

	Effectifs toutes années de formation confondues	Variation des effectifs 2018-2019, toutes années confondues	Part des femmes en 1 ^{re} année	Nombre présentés au diplôme en 2019	Nombre de diplômés en 2019	Taux de réussite	Part des interruptions en 2019	Variation des interruptions 2018-2019 (en points)	Sélectivité à l'entrée (taux de pression)
Niveau 3 - Anciennement niveau V (CAP, BEP...)									
Accompagnant éducatif et social (A, B, C)	669	-16 %	87 %	542	508	94 %	14 %	+2	1,5
• Parcours A : accompagnement à la vie à domicile	40	18 %	100 %	36	33	92 %	3 %	nc	nc
• Parcours B : accompagnement à la vie en structure collective	538	-19 %	86 %	439	408	93 %	16 %	nc	nc
• Parcours C : accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire	91	-10 %	86 %	67	67	100 %	0 %	nc	nc
Aide médico-psychologique	13	-58 %	71 %	16	8	50 %	0 %	stable	ns
Assistant familial	212	-5 %	82 %	90	80	89 %	4 %	+1	1,0
Auxiliaire de vie sociale	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Niveau 4 - Anciennement niveau IV (bac...)									
Moniteur-éducateur	622	2 %	71 %	204	184	90 %	3 %	-2	2,2
Technicien de l'intervention sociale et familiale	73	-17 %	97 %	15	15	100 %	26 %	+9	1,7
Niveau 5 - Anciennement niveau III (BTS, DUT...)									
Assistant de service social	616	11 %	97 %	184	146	79 %	4 %	-3	2,4
Conseiller en économie sociale et familiale	126	17 %	98 %	99	72	73 %	12 %	+5	1,6
Éducateur de jeunes enfants	419	6 %	97 %	111	101	91 %	7 %	-1	2,2
Éducateur spécialisé	941	-1 %	78 %	377	299	79 %	4 %	-1	3,4
Éducateur technique spécialisé	24	4 %	43 %	9	8	89 %	0 %	-22	1,3
Niveau 6 - Anciennement niveau II (licence, master 1...)									
Caferuis	299	2 %	77 %	170	126	74 %	6 %	+2	1,1
Médiateur familial	10	ns	ns	8	6	75 %	0 %	-10	ns
Niveau 7 - Anciennement niveau I (master 2, diplôme d'ingén.)									
Cafdes	52	-19 %	86 %	29	22	76 %	6 %	+1	1,5
Diplôme d'État en ingénierie sociale	70	3 %	69 %	31	26	84 %	0 %	-6	1,1
Total Action sociale	4 146	-2 %	85 %	1886	1601	85 %	7 %	stable	2,2

Source : Drees - Enquêtes écoles 2019 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur. nc : non communiqué, ns : non significatif.



Chapitre 2

Portraits emploi-formation de métiers de la Santé

L'essentiel

• Évolution des métiers

- Plus de 158 000 actifs sont en emploi en région dans le secteur de la Santé.
- Entre 2013 et 2018, le nombre d'emplois dans la Santé a augmenté de 7 %. La tendance est tirée par l'essor de l'exercice libéral : infirmiers libéraux (+26 %), masseurs-kinésithérapeutes libéraux (+21 %).
- La part des femmes en emploi est importante (82 % contre 42 % tous métiers), mais moindre que dans le secteur de l'Action sociale (91 %).
- Moins d'un tiers des actifs en emploi sont âgés de 50 ans et plus, contre 42 % dans l'Action sociale.
- Plus de huit actifs en emploi sur dix sont salariés (contre 100 % dans l'Action sociale), ce qui s'explique par le poids de l'exercice libéral dans la Santé.
- Les conditions d'emploi sont bonnes, l'emploi stable et le temps complet concernant plus de huit actifs en emploi sur dix.
- Si le contexte de crise sanitaire a accru les besoins en main-d'œuvre dans le secteur de la Santé, certains métiers font toujours face à des problèmes d'attractivité et de conditions de travail.
- Le milieu rural est pénalisé par le manque de professionnels de la santé, inégalement répartis dans les territoires de la région.



• Évolution des compétences

- Les compétences des professionnels de la santé ont évolué en lien avec le contexte et les besoins des acteurs concernés.
- Cela se traduit par des changements de pratiques professionnelles (téléconsultation, infirmier en pratique avancée [IPA], usage de nouveaux outils...).
- L'ensemble est accompagné par de nouveaux plans (par exemple le Ségur de la santé), de nouvelles réformes (par exemple le statut d'aide-soignant), une réorganisation des formations (par exemple des infirmiers, des aides-soignants, des masseurs-kinésithérapeutes).

• Évolution des formations

- La formation d'infirmier poursuit ses mutations (formation initiale, spécialisation, formation continue, IPA, formation tout au long de la vie).
- Le diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS) doit répondre aux problèmes d'attractivité, d'accès, de parcours et de passerelles vers d'autres métiers de proximité.
- La formation des masseurs-kinésithérapeutes doit prendre en compte les problématiques de reconnaissance des spécificités (professionnels formés à l'étranger, formations non reconnues par l'État).

• Enjeux

- Plusieurs enjeux sont transverses à l'ensemble des métiers : l'attractivité, la rémunération, la valorisation de la VAE, l'alternance, la qualité de vie au travail (QVT), le développement de passerelles, la mobilité.



Méthodologie : la démarche d'enquête

Une quarantaine d'entretiens ont été conduits auprès d'acteurs institutionnels de la Santé et de l'Action sociale (responsables d'organisme de formation, représentants d'Ordre...) mais surtout auprès de professionnels régionaux de la santé en activité depuis plusieurs années, à savoir des infirmiers diplômés d'État, infirmiers en pratique avancée, aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, masseurs-kinésithérapeutes, cadres de santé. Le terrain sondé s'illustre par sa diversité : cliniques privées, hôpitaux publics, Ehpad, Ssiad, structures libérales, crèches, ESAT, milieu rural et zones urbaines... Les entretiens ont porté sur différentes dimensions associées aux métiers : formation initiale et continue, conditions de travail et d'emploi, impact de la crise sanitaire.

1. Les infirmiers

Chiffres-clefs emploi-formation

L'emploi

44 721 actifs en 2018 dont :



29 583 infirmiers en soins généraux, salariés (+ 4 % sur cinq ans)

13 104 infirmiers libéraux (+ 26 % sur cinq ans)

314 infirmiers psychiatriques (+ 1 % sur cinq ans)

1 720 infirmiers spécialisés (+ 5 % sur cinq ans)

Actifs de 50 ans et plus :

77 % pour les infirmiers psychiatriques ;
26 % pour les infirmiers en soins généraux salariés

Près de **quatre actifs sur cinq** sont **des femmes**, à l'exception du métier d'infirmier psychiatrique (55 % de femmes parmi les actifs)

Plus de **90 %** d'emplois stables

Plus de **80 %** de temps complet (92 % des infirmiers libéraux, 80 % des infirmiers spécialisés)

Source : Insee, RP 2015-2019, millésimé 2018 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Les projets de recrutement



2 678 projets de recrutement d'infirmiers en 2020

44,1 % sont jugés difficiles

13,4 % des projets d'emploi à caractère saisonnier

Source : Pôle emploi et Crédoc, Enquête besoins en main-d'œuvre (BMO), métiers en FAP 87 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

La formation

En 2019, les différents cursus d'infirmiers regroupent **7 834 personnes (+ 0,2 % sur un an)** :



7 532 en formation d'infirmier diplômé d'État (+ 0,1 % sur un an)

99 en formation en puériculture (+ 3,1 % sur un an)

101 en formation d'infirmier anesthésiste (+ 1 % sur un an)

102 en formation d'infirmier de bloc opératoire (+ 27,5 % sur un an)

97 % de femmes dans les cursus d'infirmier en puériculture ;

71 % en formation d'infirmier anesthésiste

Environ **90 %** de réussite aux examens

De **faibles taux de sélectivité** (environ deux candidats pour une place en formation)

De **faibles taux d'abandon** au cours de la formation (entre 0 et 4 %)

Source : Drees, Enquêtes écoles 2019 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

1.1. Évolution du métier

Un métier en tension structurelle mais aussi conjoncturelle

L'évolution dans les secteurs de la Santé et de l'Action sociale se concrétise en premier lieu par la croissance continue de l'emploi durant cette dernière décennie. La hausse s'observe notamment pour le métier d'infirmier, dont le nombre de professionnels en région s'est accru de 10 % ces cinq dernières années pour atteindre un peu plus de 44 700 actifs (dont près de 30 % de libéraux). Pour autant, le métier d'infirmier demeure sous tension car les employeurs, du secteur privé comme dans le public, dans les hôpitaux comme dans les Ehpad, ressentent des difficultés de recrutement importantes pour les postes d'infirmiers.

La croissance des emplois est tirée par le dynamisme des professionnels libéraux (+26 % contre +4 % pour les infirmiers en soins généraux salariés).

L'exercice en statut libéral : les conditions générales d'installation sous convention

Selon la législation en vigueur, pour s'installer en tant qu'infirmier libéral sous convention, le diplômé doit avoir acquis une expérience professionnelle durant les six ans précédant la demande d'installation sous convention (ou un nombre d'heures suffisant).

En zone « surdotée », les conditions d'installation sont prévues par l'avenant n° 3 de la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux. Il faut :

- qu'un infirmier libéral sous convention dans la zone d'établissement cesse d'exercer de manière définitive dans la zone en question ;
- que l'intéressé(e) reprenne un cabinet d'infirmier libéral déjà existant dans la zone ou qu'il intègre un groupe de cabinet.

Cette pratique a pour but de maintenir la continuité des activités de l'infirmier libéral lorsque l'un de ses confrères ou l'une de ses consœurs se retire.

« Pour le statut de libéral (le statut mixte reste marginal), on a le zonage qui est venu bousculer les pratiques. On ne peut plus ouvrir son cabinet librement. Aussi, beaucoup de jeunes remplacent des titulaires de cabinet de façon durable, ce qui les "précarise" dans le sens où ils n'ont plus d'emploi stable, pas de visibilité dans les années à venir. C'est difficile de faire un crédit dans ces conditions par exemple. Néanmoins, les jeunes optent pour le statut de libéral car il y a un vrai intérêt financier. » (infirmier en libéral)

Le double statut professionnel salarié/professionnel libéral est, quant à lui, de plus en plus difficile à obtenir car les demandes pour faire des vacances dans le libéral semblent systématiquement rejetées, surtout dans les établissements publics.

La difficile gestion des ressources humaines

Depuis de très nombreuses années, les professionnels alertent les pouvoirs publics sur la dégradation des conditions de travail notamment dans le secteur public. Outre la détérioration des bâtiments, c'est toute l'organisation des ressources humaines qui inquiète. Certains éléments semblent particulièrement perturbés la gestion des ressources humaines des structures de santé :

Le turnover et l'absentéisme devenus récurrents

L'absentéisme et le turnover semblent s'être accentués ces dernières années et plus particulièrement dans les établissements publics. Ce phénomène est d'ailleurs systématiquement abordé lors des entretiens réalisés pour cette étude ; il est identifié comme un problème majeur dans l'organisation et le bien-être au travail.

« Il y a beaucoup de turnover dans les services. On a très peu d'infirmiers experts qui ont la charge de former les nouveaux venus dans le service. Pour le service de réanimation, cette formation dure en moyenne jusqu'à deux mois et permet aux nouveaux venus d'appréhender les spécificités du service. Cependant celle-ci est régulièrement écourtée du fait des différentes urgences auxquelles est confrontée la structure. De par cette situation, des infirmiers pas forcément très expérimentés se retrouvent à coacher les nouveaux. Il y a une sorte d'effet boule de neige qui fait que, peu à peu, la compétence se perd. Il y a donc un gros problème de transfert de compétences ce qui peut impacter la qualité de service, des erreurs peuvent se produire et tout ce que cela implique. » (infirmière en hôpital public)

Outre le manque de moyens de plus en plus criant, l'absence d'entretien des locaux, le manque de matériel et d'équipement dans l'hôpital public, de nombreux services souffrent aussi de l'absentéisme. Ceci oblige les cadres de santé à faire bouger leurs équipes, à les transférer d'un service à l'autre sans formation préalable, les mettant dans des situations très inconfortables et très stressantes. Cette obligation de mobilité interne de plus en plus récurrente amène une démotivation grandissante de l'infirmier.

Les employeurs notent aussi des difficultés de fidélisation du personnel dans les services, qui se traduisent par l'augmentation des demandes de temps partiel pour mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle. De plus en plus de jeunes choisissent de travailler en CDD pour plus de liberté et une meilleure rémunération. À la sortie de la formation, les diplômés vont exercer en tant que salarié dans un établissement afin d'accumuler le nombre d'heures suffisant pour exercer en libéral puis optent pour le statut de professionnel libéral.

« Le turnover, j'entends de tout : remise en question du projet professionnel ; difficulté dans les Ehpad avec gros turnover ; professionnels qui ne veulent plus de CDI et travaillent à la carte (intérim, vacation, temps partiel). L'évolution sociologique fait que le rapport au travail n'est pas le même aujourd'hui. » (responsable de formation)

L'une des conséquences de ces conditions de travail difficiles est que les jeunes optent de moins en moins pour un début de carrière dans la fonction publique. Ils privilégient les emplois dans les cliniques privées, où les conditions de travail et les avantages sociaux paraissent meilleurs, avec notamment un nombre plus réduit d'arrêts de travail.

Le manque de formation ressenti par beaucoup d'infirmiers salariés

Selon les personnes interrogées, les hôpitaux et les IFSI s'appuient trop sur les formations sur le tas, le transfert de compétences d'une personne expérimentée vers un novice alors que les temps de partage se réduisent comme une peau de chagrin. Cette réduction des effectifs entraîne, selon elles, un manque de compétences ressenti de plus en plus intensément lors des transferts dans des services spécifiques tels que les soins intensifs et palliatifs, les urgences, la psychiatrie, les blocs opératoires...

Les postes de nuit manquent de volontaires. De fait, l'équipe de nuit (infirmières et aides-soignantes) est très réduite, de même que le nombre de médecins en service. Les infirmières sont donc amenées à être plus autonomes et à assumer des tâches qui ne leur incombent pas initialement. Dans ce cadre, des éléments positifs sont néanmoins ressortis des échanges : le glissement des tâches et la plus grande coopération entre soignants peuvent apparaître comme enthousiasmants et motivants.

« *Avant le transfert dans ce service, je n'ai reçu aucune formation, contrairement à l'engagement qu'avait fait la cadre de santé. Je devais être en formation pendant au moins un mois, en binôme avec un infirmier du service en question. Je pensais coller, suivre l'infirmier "mentor" pour commencer mon apprentissage. Il m'a dit : "Cette nuit, on va faire une tournée ensemble pour que tu prennes tes marques. Cependant, tu seras en poste de façon autonome dès demain." J'ai tout appris sur le tas, sans support.* » (infirmière de nuit, hôpital public)

Le manque d'attractivité des structures médico-sociales, des Ehpad

En sortant de formation, la quasi-totalité des diplômés aspirent à obtenir un poste en hôpital. Les structures médico-sociales, les Ehpad ont souvent été perçus comme des « choix par défaut » en termes d'emploi. Toutefois, il est aussi souligné que la cohésion d'équipe y est plus forte et que l'autonomie y est plus importante. Comme cela sera développé par la suite : « *En Ehpad, les transferts de compétences entre médecin et infirmiers sont très réguliers, notamment en termes de prescription. Il en est de même dans les services de psychiatrie, peu sollicités eux aussi. L'infirmier suit le protocole prescrit par le médecin ; il peut être amené à le corriger selon la disponibilité en pharmacie.* » (infirmière en Ehpad)

1.2. Évolution des compétences

L'infirmier est un professionnel de la santé initialement chargé de dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative pour promouvoir, maintenir et restaurer la santé des patients. Il a aussi un rôle social important car c'est généralement le premier interlocuteur des patients. Ce métier est en constante évolution afin de s'adapter aux nouvelles exigences des besoins de santé.

« *Le législateur s'est interrogé sur le métier d'infirmier. Des travaux nationaux débutent actuellement sur l'évolution des actes. [...] Il y a déjà les protocoles de coopération. Mais l'idée serait de permettre de poursuivre la prescription médicale s'il n'y a pas de changement de l'état de santé du patient par exemple. La réflexion nationale serait d'aller jusqu'à l'intégrer directement dans la formation d'infirmière. Mais il y a eu des objections de la part des médecins sur la formation des infirmiers de pratique avancée car ils avaient l'impression qu'on glissait vers leurs tâches.* » (responsable de formation en IFSI)

Un transfert de tâches implicite

« *Au fil du temps, on nous a demandé d'installer des dialyses, puis de manipuler les tuyaux pour les branchements alors que cette tâche incombe normalement à un infirmier perfusionniste ou à un médecin. Avec le Covid, j'ai dû commencer à paramétrer la machine. [...] Une relation de confiance entre le médecin et les infirmiers s'est installée dans la délégation de cette tâche médicale.* » (infirmière en hôpital public)

« L'infirmier en psychiatrie est très autonome, il suit des protocoles stricts signés par les médecins pour les tâches d'ordre médical, c'est-à-dire celles qui relèvent de la prescription. Il y a certes un glissement de tâches du médecin vers l'infirmier mais il est très codifié, cadré. S'il y a un doute sur le protocole à appliquer, il faut appeler le médecin d'astreinte. » (infirmier en service psychiatrique)

Ces transferts de compétences impliquent de nouvelles formes de coopération conduisant à une nouvelle répartition des tâches, l'émergence de nouvelles tâches voire de nouveaux métiers.

« Du fait de l'absence d'infirmier tuteur, il arrive que des aides-soignants remplissent ce rôle de tuteur par intérim. De même que les infirmières peuvent guider les internes car elles ont en mémoire les différentes étapes des protocoles de soins à appliquer ou peuvent proposer des conseils (provenant de l'observation des actes des autres médecins). L'évolution de la réglementation est souvent la suite logique des pratiques déjà en cours dans les établissements. Mais attention, nous sommes sur une logique d'actes et non sur la logique de missions et de compétences, ce qui peut impacter les services rendus aux usagers. » (infirmière en hôpital public)

Dans le cadre de ces transferts, on observe néanmoins une dichotomie entre la volonté d'accentuer les transferts de compétences entre le médecin et les professionnels de la santé, la judiciarisation qui s'accroît et donc la responsabilité de l'infirmier en cas de problème : « Les patients sont de plus en plus procéduriers. L'administration hospitalière alerte sur la nécessité de ne pas effectuer de tâches n'entrant pas dans le champ des compétences des infirmiers. Pourtant, dans les faits, les médecins délèguent beaucoup de tâches aux infirmiers sans toutefois les couvrir en cas de problème. »

L'évolution des pratiques et des compétences prend différentes formes :

- exercer en service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ;
- adhérer à une maison de santé ;
- pratiquer la téléconsultation ;
- assurer un rôle d'infirmier en pratique avancée (IPA) ;

- Le Ssiad s'adresse aux personnes de plus de 60 ans en état de dépendance ou aux personnes de moins de 60 ans ayant un handicap ou une pathologie chronique. L'infirmier coordinateur y assure un travail similaire à celui d'une IDE libérale, du point de vue des tâches et des missions. Il facilite le retour à domicile suite à une hospitalisation et permet de retarder une entrée en institution. Il peut éviter l'hospitalisation en fonction des pathologies et assurer un accompagnement en fin de vie. L'infirmier du Ssiad a des compétences étendues dans le sens où il est amené à proposer un programme de soins et de services pour la prise en charge du patient à domicile et à coordonner l'équipe du Ssiad (aides-soignants, professionnels du social, aides à domicile, etc.).
- Les maisons de santé sont des structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale et constituées de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Les professionnels de santé y exerçant (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé coordonné. L'infirmier a souvent un rôle de coordinateur, qui assure une prise en charge pluridisciplinaire du patient, dans le libre respect de ses choix, avec des soins de proximité.

- Depuis plusieurs années, les professionnels de santé ont été incités par les autorités publiques à se lancer dans le télésoin et la télémédecine. Avant la crise sanitaire, les infirmières étaient peu nombreuses à avoir développé cette pratique. L'épidémie de Covid-19 a accéléré le processus de consultation à distance permettant de poursuivre les traitements des pathologies des patients pendant les confinements et à maintenir les patients à domicile pour les soins. Le télésoin s'inscrit ainsi peu à peu dans le parcours global de soins et ne supprime pas pour autant les visites « physiques », qui demeurent incontournables. L'infirmière en pratique avancée suit des patients qui lui ont été confiés par un médecin avec son accord et celui du patient, au sein de l'équipe dans laquelle elle exerce et sur la base d'un protocole d'organisation précisant les modalités de travail en collaboration.

Dès lors, l'IPA a la responsabilité du suivi régulier des patients et peut procéder à des actes de dépistage ; de prévention ; de prescription d'examen complémentaires ; de renouvellement et/ou adaptation de traitements médicamenteux. Selon un responsable de formation, « *c'est un infirmier sur le versant clinique : il a des compétences cliniques en appui du médecin. Possibilité de prescription pour le renouvellement des médicaments et pour les prélèvements sanguins, etc., pour venir en soutien du corps médical. Pour ce qui est chronique, ou pour une maladie stabilisée, il soulage le médecin.* »

Dans le cadre du Ségur, le comité de suivi sur la pratique avancée a engagé une réflexion avec l'ensemble des parties prenantes sur les freins au déploiement du dispositif. Parallèlement, une mission de l'IGAS travaille sur les protocoles et l'opportunité d'une profession intermédiaire. L'objectif de ces démarches est d'accélérer le déploiement des infirmiers en pratique avancée car il apporte une réelle plus-value dans la prise en charge des patients.

La spécialisation et l'élargissement des compétences de l'infirmier se sont accélérés pour répondre aux fortes contraintes du système de santé. Des expérimentations ont donné lieu à des transferts de compétences entre le médecin et les professionnels de santé (dont les infirmiers) afin de faire face à la réduction du nombre de professionnels médicaux, d'optimiser le système de soins, de réguler les pratiques existantes non reconnues et d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels.

L'évolution numérique a aussi modifié les tâches des infirmiers. L'accessibilité des dossiers sur les logiciels de suivi des dossiers médicaux des patients facilite le suivi médical, et la visibilité des prescriptions fluidifie les échanges entre professionnels de la santé. Néanmoins, il alourdit les tâches administratives des infirmiers chargés de saisir toutes les évolutions de prescription et les actes médicaux.

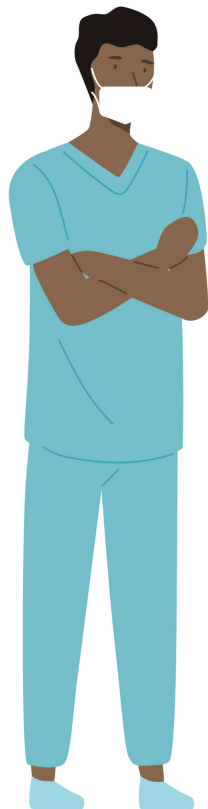
La dernière évolution datant de 2021 est liée au Covid. Elle donne la possibilité aux IDE de ville ou libéraux de prescrire ou d'administrer le vaccin anti-Covid. Les infirmiers deviennent ainsi des « acteurs majeurs de la campagne vaccinale de lutte contre la pandémie ».

La revalorisation des carrières dans le cadre du Ségur de la Santé

« Le Ségur a été apprécié sur la valorisation et l'augmentation des rémunérations. Pour autant, il y a encore des secteurs en souffrance : le médico-social, les Ehpad, la psychiatrie malgré des évolutions positives observées ces dernières années. » (infirmier en hôpital public)

REVALORISATION DES CARRIÈRES DES INFIRMIERS EN SOINS GÉNÉRAUX

153 000 infirmiers de la fonction publique hospitalière seront concernés par ces revalorisations.



→ **JUSQU'À + 100 € BRUT / MOIS** EN CAS DE PRIME D'ENGAGEMENT COLLECTIF



Une amélioration de la rémunération de la carrière qui concernera de la même manière les manipulateurs radio, les ergothérapeutes, les orthoptistes, ou encore les pédicure-podologues.

Source : Ségur de la Santé - un an de transformations pour le système de santé, juillet 2021.

1.3. Évolution de la formation

Les professions de santé étant réglementées, la formation est au cœur des parcours des personnes à l'entrée dans le métier mais aussi tout au long de leur vie professionnelle. C'est particulièrement le cas des études d'infirmier. Les problématiques de la formation initiale et celles de la formation tout au long de la vie professionnelle ont souvent été différenciées au cours des entretiens. Aussi, nous aborderons ces différentes étapes du parcours des infirmiers de façon distincte.

La poursuite de l'universitarisation de la formation d'infirmier

L'universitarisation a bouleversé les études des infirmiers dans le sens où une partie des enseignements a été confiée aux universités, le reste demeurant à la charge des écoles d'infirmiers (IFSI). Des conventions de partenariat entre universités, instituts de formation et Régions ont défini, pour chaque territoire académique, de nouvelles modalités de mise en œuvre des enseignements et ont aussi permis l'accès des étudiants aux services des universités.

Ainsi, les unités d'enseignements (UE) sous la responsabilité des universités ne sont pas les mêmes d'une académie à l'autre... À Aix-Marseille Université (AMU) par exemple, 27 UE sur 59 sont placées sous la responsabilité de l'université (harmonisation des référentiels d'enseignement, habilitation des enseignants et responsabilité de la certification). AMU a aussi fait le choix de la formation à distance pour éviter les déplacements des élèves (notamment pour ceux qui vivent dans des territoires éloignés). Par ailleurs, ce partenariat a également entraîné le développement des espaces numériques de travail pour suivre les formations en visioconférence et du télé-enseignement, ainsi que l'accès à des ressources documentaires en ligne dédiées aux sciences infirmières. Ce processus permet depuis 2009 de délivrer le grade de licence aux infirmiers diplômés.

Cette période de transition n'est pas encore complètement aboutie à ce jour. Le rapport de la mission « Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique » conduite par M. Le Bouler en 2018 a établi une feuille de route au regard des enjeux du système de santé actuels. Dans ce contexte, et concomitamment à la réforme des études de santé, les ministères en charge de la santé et de l'enseignement supérieur autorisent, depuis 2020, les universités à mettre en œuvre des expérimentations innovantes visant à rapprocher les formations paramédicales et médicales². À ce jour, la formation des infirmiers par les universités ne peut se faire que dans le cadre d'expérimentations (décret du 10 mai 2020) car le diplôme d'infirmier reste un diplôme d'État.

Pour les formés, se pose la question de la légitimité d'un diplôme dont les conditions de passage peuvent apparaître inégales selon le lieu géographique de formation et les conditions d'enseignement. Pour les formateurs des IFSI, centres de formation historiques des études d'infirmier, une partie de l'enseignement leur échappe car, durant les travaux dirigés, ils sont souvent amenés à réexpliquer les contenus des cours, les savoirs n'étant pas acquis par les élèves dans le cadre des cours théoriques.

² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), et décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche - Légifrance : www.legifrance.gouv.fr.

Parallèlement, avec la mise en œuvre de la sélection via la plateforme Parcoursup, les études d'infirmier attirent un public plus diversifié. Outre les jeunes diplômés universitaires et les bacheliers issus de l'enseignement général ou professionnel, on accueille parmi les formés de plus en plus de personnes plus âgées en reconversion ou en reprise de cursus pour une évolution professionnelle comme les aides-soignantes. Cette ouverture entraîne une hétérogénéité plus grande des promotions d'élèves infirmiers. Les échecs à l'examen sont en augmentation surtout dans certains départements. Ce phénomène peut s'expliquer en partie par une sélectivité à l'entrée en formation plus élevée sur certains territoires. « *Parallèlement, la formation continue amène un public très peu connu jusqu'alors. Toutes les personnes qui ont une expérience professionnelle (cotisations sociales) de trois ans quel que soit le métier peuvent postuler à l'entrée des IFSI. Cette modification de profil a provoqué une profonde disparité des niveaux des entrants. Ainsi, les personnes entrant en formation chez nous peuvent être divisés en deux catégories : les uns (60 % des individus) sont issus de Parcoursup (jeunes, public majoritairement féminin) mais avec une grande disparité entre les titulaires de bac professionnel et les titulaires de diplômes universitaires). Les 40 % restants sont des personnes en formation continue parfois peu ou pas diplômées.* » (responsable de formation d'infirmier, IFSI)

Le problème de financement des frais annexes et de mobilité des études d'infirmier

La sélection via Parcoursup (qui concerne en Région Provence - Alpes - Côte d'Azur 60 % des places) permet aux candidats de formuler plusieurs vœux d'affectation sur l'ensemble du territoire national. De ce fait, les candidats peuvent recevoir plusieurs propositions d'admission. Ils choisissent donc celle qui est la plus proche de leur domicile pour éviter les problèmes de logement. Trouver un logement près de son lieu de formation n'est pas toujours facile et peut être très coûteux notamment dans les zones où les loyers sont très chers ou les logements rares (ex : Nice, Cannes...).

Les étudiants peuvent bénéficier, pendant les périodes de formation, d'aides individuelles de la part du Conseil régional, ou d'indemnités de la part de Pôle emploi. Cependant, les bourses régionales sont versées pendant dix mois et les demandeurs d'emploi peuvent arriver en fin ou en suspension de droits pendant les vacances scolaires. Aussi, ils sont nombreux à assurer des vacances en tant qu'aides-soignants ou infirmiers (en fin de formation) pour pallier les problèmes financiers qu'ils rencontrent durant leur cursus. Les étudiants s'organisent parfois en réseau pour se transmettre les coordonnées des employeurs en recherche de vacataires. Ces difficultés ont parfois des effets « positifs » sur le parcours : « *Ces périodes permettent de s'immerger davantage dans le milieu hospitalier et de prendre plus précisément connaissance des protocoles de soins, de la pharmacopée, etc. dans les services techniques. En Ehpad on est plus dans l'accumulation de mécanismes, d'automatismes.* » (responsable de formation, IFSI)

Un besoin d'être mieux formé sur les « spécialisations »

L'exercice des métiers d'infirmier puériculteur(riche), anesthésiste, de bloc opératoire ou en pratique avancée nécessite une formation complémentaire certifiante en complément de la formation d'infirmier généraliste. En revanche, pour travailler en réanimation, il n'existe pas de formation spécifique alors que plusieurs professionnels ont souligné que « *faire de la réanimation sans connaître les spécificités de la pratique, c'est plutôt risqué pour le patient, et les compétences déployées dans le cadre de la réanimation mériteraient une reconnaissance, une spécialisation en termes de formation au même titre que les infirmiers de bloc opératoire, par exemple.* » (infirmier en réanimation)

Il existe un diplôme universitaire des soins infirmiers d'urgence dont l'objectif est de satisfaire aux exigences de compétences validant la Formation aux gestes et soins d'urgences de niveau 2 – délivrance d'une AFGSU2 initiale ou continue par le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) –, mais la reconnaissance de ce titre n'est pas la même que celle des spécialisations d'infirmier.

« *Infirmière en psychiatrie n'est pas une spécialisation, il n'y a pas de diplôme spécifique. Je considère qu'il faudrait un an de formation complémentaire, qui comprendrait une forte dose de stages orientés pratique. Sinon, intégrer dans le cursus des trois ans d'IFSI un parcours bien identifié qui forme au travail en psychiatrie. En IFSI on a très peu de cours, pratiques comme théoriques, axés sur ce domaine. Si on ne fait pas de demande de stages supplémentaires en IFSI on est très peu formés. Le passage du statut d'étudiante à celui d'infirmière est "raide", je n'étais pas bien préparée à l'exercice du métier. J'avais le sentiment d'être lâchée dans le bain.* »
(infirmière de jour, structure d'accueil des autistes)

Favoriser l'accès à la formation d'IPA

Le Ségur de la santé prévoit d'accélérer le **déploiement des infirmiers en pratique avancée** : la plus-value de la pratique avancée infirmière dans la prise en charge des patients a conduit à renforcer le rôle de premier recours de ces professionnels de santé, en élargissant leur périmètre d'action et en permettant des consultations directes. L'accès à la formation et au métier d'infirmier en pratique avancée doit être simplifié et le nombre de places augmenté, avec pour objectif 3000 professionnels en 2022 puis 5000 en 2024. En 2019, le champ d'exercice des IPA a été étendu à la psychiatrie et à la santé mentale. Pour devenir infirmier en pratique avancée, il faut suivre une formation conduisant à un diplôme d'État, de niveau master 2, après l'obtention du diplôme d'État d'infirmier. Celle-ci est ouverte à tous les infirmiers mais il faut au moins trois années d'expérience professionnelle pour pouvoir exercer cette fonction. Toutes les universités ne sont pas encore accréditées. En Région Provence - Alpes - Côte d'Azur, Aix-Marseille Université et Université Côte d'Azur sont toutes deux accréditées. AMU a été précurseur avec une offre de masters en santé avant son accréditation en 2018 qui a permis la diplomation de deux promotions. « *La particularité de la France est que l'on permet aux jeunes sortants infirmiers d'accéder à la formation mais il faut trois ans d'expérience professionnelle pour pouvoir exercer. On est dans l'illogisme ! Un jeune infirmier sortant de formation doit donc attendre cinq ans pour devenir infirmier de pratique avancée... L'autre frein est le problème de valorisation financière : il y a moins de 200 euros par mois de différence entre un infirmier et un IPA, titulaire d'un bac +5, et surtout avec la prise de responsabilité ! Donc, on ne se bouscule pas dans les facs pour suivre cette formation !* » (infirmière en pratique avancée)

Le 4 mars 2021, le gouvernement et Régions de France ont lancé, dans le cadre du Ségur de la santé et du plan France Relance, un plan d'augmentation des places en formations sanitaires et sociales à hauteur de 200 millions d'euros. Il prévoit notamment 6 600 places supplémentaires en formation d'infirmier d'ici 2022 pour répondre aux besoins du système de santé.

Le décret n° 2021-1384

du 25 octobre 2021, relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmier, dans le domaine d'intervention des urgences, intègre l'option urgence au diplôme d'IPA.

Un grand besoin de formation complémentaire dans le cursus initial comme dans la formation continue

Tout le monde s'accorde à dire que les élèves infirmiers en IFSI sont bien formés sur le plan juridique, notamment en matière de réglementation et de déontologie, au cours des trois ans de formation. Mais beaucoup soulignent que les formations demeurent encore trop théoriques. La pratique n'est pas assez abordée de façon « concrète ». Par exemple, la psychiatrie demande une formation complémentaire permettant de se familiariser avec les spécificités du service – celles-ci ne sont pas abordées au cours de la formation initiale (comme pour la réanimation). Lors des stages, les infirmiers tuteurs ont de moins en moins de temps à consacrer à la transmission des gestes et usages aux étudiants (ou aux nouveaux venus). « *Les jeunes sont mis dans le bain quasiment sans compétence ; la formation initiale devrait aujourd'hui combler un minimum la réduction de formation sur le tas (faire une initiation aux spécialisations plus poussée).* » Les élèves infirmiers confirment ce ressenti de manque de formation sur les spécialisations (réanimation, psychiatrie...).

La formation tout au long de la vie : les formations dans le cadre du développement professionnel de continu (DPC)

On observe une différence d'accès à la formation continue en fonction du lieu d'exercice, notamment entre le secteur hospitalier privé et public. Compte tenu de l'absentéisme et des pénuries de main-d'œuvre, il est beaucoup plus difficile de se voir accorder une autorisation d'absence pour formation dans le secteur public. « *C'est au futur formé d'organiser son planning, d'échanger des jours de travail avec les collègues pour se rendre disponible... Finalement, beaucoup suivent leur formation sur leur temps de repos. Même les formations d'urgence (formation de recyclage) ne sont pas réalisées alors que c'est une obligation légale de les suivre tous les deux ans.* » (IDE, hôpital public)

Le e-learning s'est beaucoup développé pour les formations courtes comme celles sur les risques incendie ou sur la démarche qualité. « *C'est souvent le cadre de santé qui impose/propose les formations à suivre. C'est souvent une formation courte en e-learning qui ne donne pas lieu à une certification.* » (infirmière en clinique privée)

1.4. Les enjeux pour le métier d'infirmier

Retrouver une attractivité du métier

- L'attractivité ne se limite pas à la question financière (déjà abordée par le Ségur) mais aussi aux conditions de travail dans leur ensemble
- Repenser la relation infirmier/professionnels de la santé
- Remettre au cœur du métier le volet humain, la relation patient-soignant

Anticiper les besoins de professionnels avec la perte accélérée d'autonomie (suite à la crise sanitaire)

- Le déficit d'infirmiers dans les établissements d'accueil de personnes âgées pourrait s'accroître si l'évolution des besoins en personnel n'est pas anticipée
- Accentuer les possibilités de passerelles entre métiers (par exemple aide-soignant/infirmier)

Valoriser la VAE

- En faire une voie d'accès comme les autres au diplôme d'infirmier
- Faciliter les passerelles entre la VAE et la formation continue en cas de validation partielle du diplôme

Développer l'alternance, l'apprentissage

- Une forme d'enseignement très adaptée à l'apprentissage du métier d'infirmier où le tuteur peut transmettre les compétences spécifiques et usages du service

Développer les passerelles aide-soignant/formation d'infirmier

- Passerelles facilitées avec la réforme du diplôme DEAS
- Faciliter l'accès aux financements pour les actifs en emploi
- Promouvoir l'évolution interne des salariés

Aider la profession à évoluer dans le cadre de la transition écologique

- Thème très peu abordé en formation
- Gros enjeux sur les lieux d'exercice (hôpitaux, Ehpad...)

« Quand les jeunes générations imaginent les compétences infirmières de demain » (extrait de l'article d'Anne Perette-Ficaja, *GPSanté*, juillet 2021)

L'Ordre national des infirmiers a consacré sa dernière matinale du 8 juillet 2021 au thème « Après la crise sanitaire, quel regard des nouvelles générations sur l'évolution des compétences infirmières ? » Voici quelques éléments ressortis des échanges entre élèves infirmiers et professionnels de santé.

Une formation à peaufiner

Le paradoxe n'est qu'apparent mais il laisse perplexe : le métier d'infirmier génère de la fierté chez ceux qui l'exercent et attire de plus en plus de jeunes (en témoigne le record de demandes d'entrée en formation en 2021 via Parcoursup). Mais dans le même temps, les sondages réalisés auprès des professionnels en exercice montrent un sentiment de déclassement social lié à un manque de reconnaissance et un épuisement préoccupant en raison de conditions difficiles à supporter sur le long terme (manque de personnel, horaires ingrats, etc.). Pour répondre à ce besoin d'attractivité, l'Ordre appelle à une universitarisation de la profession et à une évolution des métiers qui réponde à celle des besoins de la population en matière de santé (augmentation significative des maladies chroniques, vieillissement de la population...). Selon lui, les étudiants pâtissent des effets de la crise sanitaire et se destinent à entrer dans la vie professionnelle avec un passif de départ. « *Les élèves en soins infirmiers ont grandement contribué à la gestion de la pandémie. Mais ils ont été considérés comme une variable d'ajustement et leur formation, mal encadrée voire interrompue, a été mise à mal* », constate la présidente de la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI).

Travailler ensemble

« *Les conflits entre professionnels et la guerre des spécialités n'amènent rien de bon ; il faut les faire cesser.* » L'amélioration des relations entre professionnels de santé au sein des services pour mieux articuler les actions de soins est un autre souhait fort ressorti des débats : celui de l'entente des différentes parties prenantes. « *Rester empêtré dans un corporatisme bloquant comme celui qui a tué dans l'œuf la pratique avancée aux urgences alors qu'un rapport de la Cour des comptes a montré qu'une part importante des patients reçus aux urgences n'ont pas besoin de voir un médecin, ou au contraire avancer conjointement au bénéfice du patient* », remarque le président de l'Ordre.

Ce constat est partagé par le représentant des internes. Le président de l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI) appelle d'ailleurs à « *s'éloigner des considérations corporatistes et à travailler ensemble de façon décloisonnée tout en respectant les périmètres de compétences, clairement définis, des métiers de chacun.* »

Davantage de prévention et de numérique

La prévention est l'une des voies à investir, à la fois pour faire évoluer les professionnels de santé mais également pour le bénéfice des usagers, potentiels patients. Le virage de la prévention doit s'accentuer, notamment pour éviter l'engorgement des hôpitaux. La prévention peut aussi passer par d'autres acteurs comme les clubs sportifs.

Enfin, le thème des bénéfices du développement des outils numériques comme l'échange de données de santé en toute sécurité. Néanmoins, il est rappelé que l'ADN de la profession reste la relation humaine. « *On ne peut pas tout axer sur le numérique ; le métier d'infirmier, c'est avant tout un métier de l'humain.* »

2. Les aides-soignants

Chiffres-clefs emploi-formation

L'emploi



31 612 actifs
en 2018 (+ 7 %
sur cinq ans)

Une part relativement faible d'actifs
de 50 ans et plus mais en hausse
(32 % en 2018, contre 27 % en 2013)

90 %
de femmes

Des emplois **stables et à temps complet** pour plus de quatre actifs sur cinq

Source : Insee, RP 2015-2019, millésimé 2018 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Les projets de recrutement



8 013 projets
de recrutement
d'aides-soignants

59,9 % jugés
a priori difficiles

10,4 %
à caractère saisonnier

Source : Pôle emploi et Crédoc, Enquête besoins en main-d'œuvre (BMO), métiers en FAP 87 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

La formation



2 403 stagiaires en
formation d'aide-soignant
en 2019 (- 6,1 % sur un an)

89 %
de femmes

9 présentés à
l'examen sur 10
sont diplômés

Un **faible taux de sélectivité** (moins de
deux candidats pour une place en formation)

Un **taux d'abandon élevé et en progression**
(10 % en 2019 contre 7 % en 2018)

Source : Drees, Enquêtes Écoles 2019 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

2.1. Évolution du métier

Des conditions de travail différenciées selon les lieux d'intervention

En collaboration avec l'infirmier et sous sa responsabilité, l'aide-soignant assure auprès des patients des soins d'hygiène et de confort : toilette, repas, réfection des lits, accueil, installation et transfert des patients... Il transmet ses observations par écrit et par oral pour assurer la continuité des soins. Il participe à la réalisation d'animations à destination des personnes admises dans des centres de soins de suite et de rééducation. L'aide-soignant peut être amené à travailler la nuit, le week-end et les jours fériés. (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021)

L'aide-soignant (AS) peut exercer son métier au sein de différentes structures : hôpitaux, cliniques, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, mais aussi à domicile, dans le cadre des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Cette pratique à domicile est particulièrement répandue en zone rurale, là où le maillage du territoire en établissements de santé est faible.

Si le métier d'AS est rythmé par des horaires décalés, en établissement comme en soins à domicile (tournées tôt le matin et tard en soirée), l'exercice en Ssiad semble dispenser de meilleures conditions de travail : pas de travail nocturne, autonomie, solidarité entre collègues de travail, hiérarchie moins pesante et disponible (week-end compris) et davantage de temps à consacrer au patient – écoute de ses besoins/aspirations – qu'en établissement.

« En Ssiad, je trouve que les relations entre AS et autres professionnels de santé sont bonnes : il n'y a pas de flicage et une souplesse sur les horaires. » (AS en Ssiad en milieu rural)

A *contrario*, les conditions de travail sont jugées très mauvaises en Ehpad - rythme de travail soutenu, travail à la chaîne, patients difficiles (atteints de troubles), absentéisme... - par plusieurs AS, qui aspirent parfois à s'orienter vers des structures hospitalières où le travail apparaît moins contraignant.

À cela s'ajoute un taux d'encadrement des personnes prises en charge jugé « très bas », ce qui donne le sentiment aux AS de devoir « bâcler le travail » pour traiter tous les patients.

Exercer en service de nuit peut rebuter les professionnels :

« *Je n'ai jamais travaillé en service de nuit car j'ai très peur d'être à l'Ehpad de nuit. Il n'y a pas d'agent de sécurité alors que l'établissement est situé dans un quartier sensible. On ne sait jamais, il pourrait arriver qu'une personne fasse intrusion.* » (AS en Ehpad)

Ces dernières années, l'essor de la pratique du soin ambulatoire et du maintien à domicile implique une prise en charge de plus en plus complexe des personnes vivant en Ehpad. En effet, aujourd'hui, les familles placent en institution des aînés en situation de perte d'autonomie (démence, maladies neurodégénératives...). Cette contrainte accentue la tension au sein des équipes d'AS, et plus largement des équipes soignantes en Ehpad. Ce mouvement en faveur du maintien à domicile donne la possibilité aux personnes âgées d'être soignées et de finir leurs jours chez elles. Néanmoins, cela nécessite de mettre à la disposition des personnes et de leurs aidants un matériel de soin plus sophistiqué. Cette tendance favorise l'exercice du métier en Ssiad plutôt qu'en Ehpad. On observe aussi des différentiels de moyens selon la taille des structures d'accueil des publics :

« *Les maisons de retraite appartenant à de grands groupes, comme le groupe Colisée, bénéficient de moyens importants : rails au plafond pour déplacer les personnes grabataires, octroi de tablettes informatiques aux AS, des effectifs en hausse...* » (AS en maison de retraite médicalisée)

En dépit des avantages à la pratique du métier en Ssiad, des AS exerçant à domicile évoquent le fait que « *les mères qui souhaitent s'occuper de leurs enfants ont tendance à chercher à se reconverter vers des métiers aux horaires plus classiques, comme éducateur spécialisé, technicien en intervention sociale et familiale (TISF) ou assistante sociale.* »

Le manque de professionnels de la santé en zone rurale, notamment de médecins, constitue un problème dans l'exercice des AS :

« *Il y a certes des maisons médicales, où se regroupent les jeunes médecins qui débutent. Cependant, ils ne restent pas car ce n'est pas une proposition attractive pour eux. De fait, de nombreux patients n'ont pas de médecin traitant, encore moins de médecins pouvant se rendre à leur domicile. Tout cela concourt à ralentir le parcours de soins...* » (AS en Ssiad en zone rurale)

Un enjeu d'attractivité du métier

Le métier d'AS peut s'exercer en « faisant fonction », c'est-à-dire sans détention du DEAS. Peu attractive, l'inscription dans un cursus d'AS est souvent un choix par défaut, notamment pour des diplômés de brevet d'études professionnelles Carrières sanitaires et sociales (BEP CSS) qui souhaitaient initialement s'orienter vers les métiers d'infirmier ou d'auxiliaire en puériculture.

On constate un taux de rotation de la main-d'œuvre plus élevé dans les structures du médico-social, les Ehpad que dans les cliniques et hôpitaux. Cela peut s'expliquer par le fait que les revalorisations salariales du Ségur ont touché plus tardivement les établissements du médico-social que ceux du secteur de la Santé.

« Certaines structures n'ont pas eu le Ségur (notamment les structures du médico-social). Donc, il y a un mouvement de démission du personnel de ces structures pour aller vers celles qui ont bénéficié de la revalorisation des salaires du Ségur. Ce qui est légitime. Quand on est payée 1300-1400 euros, 185 euros d'augmentation c'est énorme ! Ainsi, sur les 25 IFSI en région, les IFSI associatifs n'ont pas eu l'augmentation. Donc, disparité de salaires entre les personnels qui pose d'énormes soucis de recrutement. » (adjoint de direction, coordinateur de la formation AS dans les Bouches-du-Rhône)

Impact de la crise sanitaire sur le métier d'AS

La crise de la Covid-19 a impacté le moral des soignants, aides-soignants compris. Cependant, la crise sanitaire n'a pas eu que des effets négatifs sur la pratique des AS. Les AS rencontrés ont évoqué comme points positifs :

- Une diminution des contaminations de toutes sortes (exceptées celles liées à la Covid-19) a été observée à la suite de l'application des gestions barrières. De ce fait, hors malades de la Covid-19, il y a eu moins de patients à prendre en charge.
- La mise en place de canaux de communications informels (groupes WhatsApp, Messenger...) pour surmonter l'épreuve de la crise sanitaire.
- Le développement de l'entraide et de la solidarité entre professionnels.
- Le versement d'une prime exceptionnelle de 600 € versée par l'agence régionale de santé (ARS).
- La réticence des familles à placer leurs aînés en institution, par peur que ces dernières ne contractent la Covid-19. Cela contribue à soulager les effectifs des Ehpad.

Impact du Ségur de la santé sur le métier d'AS

La mesure phare du Ségur de la santé est celle relative aux augmentations de salaire dans le secteur de la Santé puis dans le Médico-social. Selon une communication du ministère des Solidarités et de la Santé (« Accords carrières, métiers et rémunérations », juillet 2020), un aide-soignant dans un Ehpad, âgé de 41 ans, gagnera 1895 € nets/mois après le Ségur.

Si ces revalorisations salariales semblent conséquentes de prime abord, elles sont néanmoins vues par les AS rencontrés comme un « *juste retour des choses, quelque chose de mérité, pour un travail exigeant mais peu rémunérateur* ».

Concernant l'axe formation : dans un premier temps, le ministère des Solidarités et de la Santé avait pour objectif de doubler les effectifs en IFAS à l'horizon 2025. Dernièrement, cet objectif a été revu à la baisse lors d'un point d'étape sur le degré d'avancée du plan d'actions gouvernemental en faveur des personnes âgées : la ministre déléguée à l'Autonomie, Brigitte Bourguignon, a indiqué que l'État souhaitait créer 10 000 places supplémentaires au sein des IFAS. (AEF info, 25/08/2021)

2.2. Évolution des compétences

L'usage de nouveaux outils

En parallèle de la digitalisation de la gestion des dossiers patients et des transmissions, les AS ont dû s'accoutumer à de nouveaux outils numériques dans leur pratique quotidienne. Dans le passé, les transmissions se faisaient à l'oral aux infirmiers, ces derniers retranscrivaient ensuite le contenu de la transmission sur ordinateur. Aujourd'hui, les AS ont accès au dossier de soins informatisé. Les AS exerçant en Ssiad utilisent dorénavant une application pour renseigner la liste des soins prodigués au patient à domicile ainsi que pour coder leurs heures de travail. Ces changements ne se font pas toujours sans défaillance : le système de comptage des heures peut parfois rencontrer des problèmes informatiques.

L'essor des outils numériques impacte donc l'activité de l'AS et nécessite son accouturation à la prise en main de tablettes, de smartphones et d'applications, d'instruments de télésoin...

La réforme du statut d'aide-soignant (2021)

La réforme du statut d'AS (2021)³ investit le domaine extrahospitalier : handicap, médico-social, exercice à domicile. Cette réforme élargit le champ des compétences des AS par le passage du diplôme au niveau 4⁴. Dans le même temps, les AS passent de la catégorie C à B dans la classification de la fonction publique hospitalière, ce qui induit une revalorisation salariale de leur activité.

Selon un responsable d'organisme de formation, l'extension des prérogatives des AS n'est pas du goût de tous. En effet, les infirmiers libéraux s'opposent à cette évolution car elle pourrait concurrencer à terme leur activité. Cette réforme semble mieux acceptée à l'hôpital où les AS pourront davantage soulager les infirmiers dans les services en tension tels que la réanimation. La genèse de cette réforme date du rapport El Khomri⁵ et du Plan grand âge : le transfert de certaines compétences aux AS et leur exercice en statut libéral y sont présentés comme d'éventuelles réponses à la problématique de l'avancée en âge des populations, dans un contexte de manque de personnel infirmier.

Le décret ministériel de septembre 2021 attribue une nouvelle compétence aux AS, l'hémogluco-test (HGT ou dextro), tâche qui incombait initialement aux IDE mais déjà effectuée par un bon nombre d'AS dans le cadre de protocoles.

2.3. Évolution de la formation

Avant 2021, la formation d'aide-soignant durait dix mois. Elle était perçue par les formés comme très intense et semblait nécessiter deux mois de stage supplémentaires. La réforme renforce plus la théorie que la pratique. Au-delà de l'allongement de la durée c'est surtout l'état d'esprit qui a changé à travers la montée des compétences, reconnaissance au niveau bac, suppression du concours et diversification des profils. À compter de septembre 2021, dans le cadre de la réforme du DEAS, la formation s'étalera sur douze mois et comprendra vingt-deux semaines en milieu professionnel. Des compétences supplémentaires sont attendues des

³ Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JORF, n° 0135, 12 juin 2021.

⁴ « Fiche-métier Aide-soignant(e) », *Guide des métiers*, Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

⁵ *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024*, rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé, octobre 2019.

candidats avec la prise en compte de nouveaux actes de soin et une vraie concordance avec le référentiel infirmier dans le raisonnement et la démarche clinique. À titre d'exemple, les formés en institut de formation d'aides-soignants (IFAS) pourront aussi suivre une formation enrichie dédiée à l'hémogluco-test au cours de leur stage. Enfin cette nouvelle ingénierie donne accès au niveau 4 des formations.

Une formation peu attractive

Selon un responsable d'organisme de formation, sept IFAS sur dix ne remplissent pas leurs sections d'AS. Une disposition récente donne la possibilité aux agents de services hospitaliers (ASH) d'entrer en IFAS sans passer par un test d'admissibilité. Si le passage au régime de gratuité des frais d'inscription au concours d'entrée en IFAS a multiplié le nombre de candidats à l'admission, cela ne reflète pas un nouvel engouement pour la formation. Cette évolution a juste poussé les personnes à multiplier les candidatures sur différents IFAS – sans coût –, et à choisir celui qui correspond le plus à leurs attentes.

Le manque de statut des AS (tel que le statut d'étudiant) ne permet pas l'accès aux logements et aux dispositifs d'aide sociale du centre régional des œuvres universitaires et scolaires (Crous), ce qui rend difficile la poursuite de formation. Néanmoins, différents dispositifs d'aide existent : bourse régionale d'études sanitaires et sociales⁶, fonds d'aide régionale aux étudiants du secteur sanitaire et du travail social⁷...

Un grand nombre d'abandons de formation

On observe un grand nombre d'abandons au cours de cursus en IFAS. Les origines de ces abandons sont multiples : elles peuvent provenir de motifs économiques, de l'intensité des cours perçue face à une situation personnelle difficile ou d'un trop faible niveau de connaissances face au niveau exigé. On notera aussi que de plus en plus d'élèves démarrent leur formation puis l'abandonnent en cours de route, pour intégrer un cursus correspondant davantage à leurs souhaits. C'est notamment le cas des « déboutés » de Parcoursup, fortement incités à s'inscrire en IFAS par l'Éducation nationale et qui finissent souvent par abandonner la formation. Ce phénomène pose un problème car ils prennent la place de candidats plus motivés.

Des profils de candidats en évolution

Le profil des candidats à l'entrée en IFAS a évolué au fil du temps : aujourd'hui, la très grande majorité des candidats sont titulaires d'un diplôme de niveau baccalauréat ou supérieur ; nombre d'entre eux sont des jeunes recalés de Parcoursup. Cette hausse du niveau de qualification reste toutefois à nuancer : depuis 2020, du fait du contexte sanitaire, le recrutement des candidats aux formations d'AS se fait uniquement sur dossier, donc sans oral d'admissibilité. Dans ce cadre, il est devenu difficile de sélectionner des candidats pour leurs compétences car beaucoup se font aider pour le montage du dossier. Cette situation liée à la crise sanitaire était transitoire et, à compter de janvier 2022, la sélection des candidats à l'entrée de la formation AS se fera bien, comme prévu par les textes, sur la base d'un dossier et d'un entretien.

⁶ <https://www.maregionsud.fr/aides-et-appels-a-projets/detail/bourse-regionale-detudes-dans-les-filieres-sanitaires-et-du-travail-social>

⁷ <https://www.maregionsud.fr/aides-et-appels-a-projets/detail/fonds-daide-regional-aux-etudiants-du-secteur-sanitaire-et-du-travail-social>

Un accès facilité à la formation professionnelle continue

En établissement de soins comme en Ssiad, les AS ont un accès facilité aux différents programmes de formation continue. En Ehpad, l'employeur tend à inscrire les AS en formation en fonction des besoins en compétence de la structure. En Ssiad, les cadres de santé tiennent plutôt compte des souhaits de formation du personnel. L'employeur informe les salariés des places disponibles dans différents organismes de formation, tels que l'Institut méditerranéen de formation et recherche en travail social (IMF), afin qu'ils suivent des formations qualifiantes. Ces formations, financées par le Ssiad, visent à développer son portefeuille de compétences. Pour les AS exerçant en Ehpad privé, la réussite aux modules de formation est un critère déterminant au versement d'une prime.

Les formations durent de trois à cinq jours et donnent lieu à la délivrance d'une attestation de fin de formation. Elles portent sur des sujets divers : démences, Alzheimer, self-défense... Chaque trimestre, les AS suivent une formation appelée « analyse de pratique » en présence d'un psychologue ou d'une infirmière en psychiatrie. Ce programme s'inscrit dans une logique d'amélioration continue de la pratique du métier, par la tenue de bilans et par la mise en place d'un suivi psychologique de l'AS.

Les AS ont au cours de leur carrière la possibilité de suivre des formations plus « poussées », telle que celle d'assistant de soins en gérontologie (ASG), qui se déroulent au sein d'un établissement partenaire. Plus classiquement, ils ont l'obligation de suivre – tous les trois à quatre ans – des formations dites « de recyclage », telles que l'attestation de formations aux gestes et soins d'urgences (AFGSU).

Le diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS), une des étapes du parcours professionnel

Se former au métier d'aide-soignant : pas une fin en soi ?

Suivre une formation d'AS est considéré comme une opération « rentable » pour beaucoup de formés : d'une durée de dix mois et qualifiante, elle permet d'obtenir un diplôme reconnu par l'État dans un délai très court ; chose permettant de penser à la suite de sa carrière professionnelle, notamment à des passerelles en direction d'autres métiers des secteurs de la Santé et du Médico-social. Suivre la formation AS peut avoir pour objectif l'obtention d'un premier niveau de diplôme, considéré comme une première étape d'un cursus de formation.

Des passerelles vers des métiers connexes

Les AS ont l'opportunité d'étoffer leurs compétences par l'obtention des diplômes d'auxiliaire en puériculture et d'accompagnant éducatif et social (AES) en validant deux modules du diplôme visé, au sein d'organismes de formation proposant ces passerelles. Toutefois, cette possibilité est rare : dans le département des Bouches-du-Rhône, bien doté en IFAS, seuls trois organismes proposent cette passerelle. L'offre restreinte peut rebuter les candidats éloignés des grandes villes.

AES, auxiliaire en puériculture, assistante sociale, technicien en intervention sociale et familiale (TISF), infirmière ou encore éducateur spécialisé sont autant d'éventuels projets de reconversion ou d'évolution de carrière évoqués par les AS rencontrés. Des parcours de mobilité interne sont parfois envisagés : par exemple, une AS travaillant au domicile des patients projette d'œuvrer au sein des crèches de la fédération associative à laquelle appartient son Ssiad à la suite de l'obtention d'un diplôme d'auxiliaire en puériculture.

2.4. Enjeux pour le métier d'aide-soignant

Revaloriser les rémunérations et faciliter les évolutions professionnelles

- Accentuer les hausses de salaires initiées par le Ségur et par le passage de catégorie C à B pour permettre aux professionnels de vivre décemment de leur métier (et ainsi limiter le cumul des emplois, des vacations)
- Permettre aux aides-soignants de se construire un parcours professionnel progressif au sein des établissements de santé et médico-sociaux

Mieux anticiper les évolutions de gestion de ressources humaines

- Anticiper le remplacement des salariés seniors proches de la retraite
- Anticiper l'augmentation des besoins de personnel dans le cadre de la perte d'autonomie

Améliorer la qualité de vie au travail (QVT)

- Réduire les cadences, particulièrement soutenues en Ehpad
- Accentuer les créations de postes (au-delà de ce qui est prévu dans le Plan grand âge)
- Veiller à ce que les revalorisations salariales ne soient pas effectuées au détriment des embauches

Développer l'apprentissage

- Pour pallier le faible de taux de remplissage actuel
- Mieux communiquer sur les dispositifs de financement de l'apprentissage auprès des employeurs et des salariés
- Faciliter l'accès à la formation par le biais des classes prépa-apprentissage

Réduire les abandons en cours de parcours

- Rétablir un examen oral d'admission afin d'apprécier le plus finement possible le niveau réel des candidats
- Mieux accompagner les formés tant sur le plan social que pédagogique, tout au long de la formation en IFAS
- Donner un vrai statut aux formés et leur permettre d'avoir accès aux logements et aux aides sociales, comme les étudiants
- Encourager les formations à distance pour les personnes éloignées des lieux de formation

Encourager la mobilité professionnelle

- Développer les formations modulaires permettant de passer d'un métier à l'autre (ex : auxiliaire de puériculture, accompagnant éducatif et social vers aide-soignant)
- Encourager les passerelles vers le nouveau métier d'assistant médical (créé en 2019) ou vers la formation d'infirmier

3. Les masseurs-kinésithérapeutes

Chiffres-clefs emploi-formation

L'emploi

8779 actifs en 2018 :



7441 professionnels libéraux (+21% en cinq ans) et **1338 salariés** (-2% en cinq ans). La croissance de l'emploi de 17% est tirée par l'accroissement du nombre de professionnels libéraux

Une féminisation accrue :

70% des salariés sont des femmes contre seulement **50%** des professionnels libéraux

Une faible part de 50 ans et plus :

Stable pour les libéraux (33% en 2018 contre 34% en 2013)

mais **en baisse pour les salariés** (32% en 2018 contre 42% en 2013), **de plus en plus jeunes** (9% en 2018 contre 5% en 2013)

Près de **neuf salariés sur dix** ont un emploi stable et sont à temps complet. Ces proportions sont à peu près stables depuis 5 ans

Source : Insee, RP 2015-2019, millésimé 2018 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

La formation



848 personnes en formation de masseur-kinésithérapeute (+0,6% sur un an)

65% de femmes inscrites en première année

100% de réussite à l'examen

Un très fort taux de sélectivité :

14 candidats pour une place en formation et **très peu d'abandons** en cours de cursus

Source : Drees, Enquêtes écoles 2019 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Masseur-kinésithérapeute, la construction d'identités professionnelles

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (extraits)

La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

- Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
- Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

[...] Il exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, il met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination. Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.

Le masseur-kinésithérapeute, professionnel de santé, appartient à la catégorie des professions d'auxiliaires médicaux, tout comme les infirmiers ou les aides-soignants.

Des textes ont permis d'éclaircir les rapports qui existent entre expérience et professionnalisation de ce métier. Néanmoins, les activités du masseur-kinésithérapeute, ses pratiques et ses rôles ne sont pas encore complètement identifiés. Pour les professionnels, l'activité du masseur-kinésithérapeute et la pratique de la profession doivent être mieux reconnues. Ils expriment un besoin de reconnaissance, aussi bien professionnelle que sociale :

« En France, il y a vraiment une non-reconnaissance du métier de masseur-kinésithérapeute qui est réduit à la fonction de rééducateur. Le masseur-kinésithérapeute a pourtant une vraie compétence de diagnostic. [...] Il y a aussi une non-reconnaissance sociale. On ne se rend pas compte de l'intérêt du masseur-kinésithérapeute dans le parcours de soins. On ne s'en rend compte que lorsque l'on est sur le handicap et sur la rééducation dure. » (responsable de formation, IFMK)

3.1. Évolution du métier

Le métier de masseur-kinésithérapeute a évolué pour plusieurs raisons.

Les jeunes masseurs-kinésithérapeutes privilégient leur qualité de vie

Les jeunes masseurs-kinésithérapeutes ont une approche professionnelle différente de celle de leurs aînés. Ils ne souhaitent pas passer leur vie au travail comme le faisait la génération précédente.

« Auparavant, les vieux masseurs-kinésithérapeutes travaillaient 13 heures par jour. Les jeunes privilégient aussi leur qualité de vie, comme les médecins. [...] Beaucoup de jeunes diplômés partent en vacances en juillet-août et ne travaillent qu'en septembre. Alors que ma génération, on travaillait tout de suite. Il y a un vrai changement de paradigme et de rapport au travail. Ils pensent la profession différemment. » (masseur-kinésithérapeute libéral)

Cette tendance a un effet négatif dans les hôpitaux, qui sont en manque de personnel. Les jeunes masseurs-kinésithérapeutes viennent juste « pour parfaire leur cursus mais ils n'y restent pas, ce qui pose de réels problèmes de gestion RH pour les chefs de service. Dès qu'ils se sentent capables, ils prennent le statut de libéral, ce qui provoque des turnovers importants ; il n'y a pas de fidélisation du personnel. Du coup, sur toutes les modifications de poste de soins de suite et de réadaptation, les postes de masseur-kinésithérapeute ont été transformés en postes de rééducateur (ce qui permet de pallier le manque de masseurs-kinésithérapeutes en hôpital). » (représentant de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes)

Du fait de l'avancée en âge des actifs, il y a un réel manque de masseurs-kinésithérapeutes intervenant à domicile, certaines pathologies nécessitant plus de technicité et de force. Les masseurs-kinésithérapeutes spécialistes de la prise en charge à domicile sont aujourd'hui rares. Cela n'est pas sans conséquences sur le parcours de soins des personnes âgées ou en situation de vulnérabilités, personnes qui ne peuvent pas toujours se déplacer en cabinet.

Face à ce phénomène, deux évolutions majeures ont été constatées :

L'instauration du zonage

Les masseurs-kinésithérapeutes sont peu nombreux dans les communes rurales et petites villes. De ce fait, le SNMCR (Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes) a conclu le 6 novembre 2017 l'avenant n°5 permettant d'augmenter les tarifs pour les confrères qui ont des spécialités. En contrepartie, il y a eu l'instauration du zonage pour mieux répartir les professionnels sur le territoire.

« Plus d'ouverture (zone 5), neutre (zone 3) et sous-dotées en professionnels donc ouverture et facilités d'installation (zone 1 et 2). »

Le Ségur de la santé avec les hôpitaux

Le rythme de travail étant soutenu à l'hôpital, une grande majorité des jeunes masseurs-kinésithérapeutes préfèrent exercer directement en libéral à la sortie de leurs études. Ainsi, pour donner l'envie aux jeunes d'avoir le statut salarié, les salaires hospitaliers ont été revalorisés avec le Ségur de la santé.

« Ce n'est pas l'amour du libéral qui les pousse à choisir ce statut. Ils vont en libéral pour avoir plus de revenus car ils sont très mal payés en tant que salariés (ils sont au niveau technicien). » (masseur-kinésithérapeute libéral)

Les masseurs-kinésithérapeutes, de plus en plus nombreux à exercer en libéral

Du fait d'un travail plus soutenu à l'hôpital, les chiffres montrent que de plus en plus de professionnels font le choix de l'exercice libéral (+21 % contre -2 % en activité salariée en cinq ans).

L'origine de cette tendance viendrait d'une rémunération plus attractive chez les kinésithérapeutes exerçant en libéral. Par exemple : « *Les Ehpad font appel à des MK libéraux. Les MK sont contents car ils ont l'amour de la gériatrie... ou plutôt parce qu'ils ont une grande clientèle sur un même lieu. C'est plus rentable pour eux !* » (masseur-kinésithérapeute libéral)
Le libéral gagne presque deux fois plus que s'il travaillait en hôpital.

Travailler en libéral, mais à quel prix ?

Face à des journées épuisantes, des contraintes administratives qui s'intensifient, les retards et annulations des patients et le sentiment de manque de considération de la part des professionnels de santé, certains masseurs-kinésithérapeutes en arrivent à douter de leur vocation, voire à arrêter brutalement leur activité, à fermer leur cabinet :

« *Ce qui vient dans cette décision d'exercer en libéral est la rémunération ; pourtant c'est un faux-problème : quand vous êtes en libéral vous devez vous acquitter de charges assez importantes, vous n'avez pas forcément le matériel que vous voulez car cela coûte très cher (contrairement à une clinique qui mutualise les coûts), et des tâches administratives très chronophages. Globalement, il y a tout un tas de problèmes à gérer, pas seulement en semaine mais aussi le week-end.* » (masseur-kinésithérapeute libéral)

Exemple d'investissement d'un fonds de commerce :

« *Quand on s'installe, il faut le logiciel de kinésithérapeute (1000 euros) ; table électrique (2500 à 3000 euros), ultrasons, cryothérapie (9000 euros), ondes de choc (appareil à 15000 euros). 30000 euros minimum de matériel. J'ai acheté une réalité virtuelle... Au final, on a vite 50000 à 60000 euros d'investissement si on veut du matériel actualisé et performant. Échographe : 25000 euros.* »

Afin d'améliorer la profession dans le cadre législatif et institutionnel, l'Ordre national des kinésithérapeutes s'est battu pour que des changements soit opérés sur le nombre de jours de carence en cas d'arrêt de travail.

« *Avant, les professions libérales avaient 90 jours de carence ouvrés. Un vrai souci pour les professions libérales. Depuis le 1^{er} juillet, on n'a plus que trois jours de carence : avancée de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL).* » (directeur IFMK)

Trouver un bon équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle

Les masseurs-kinésithérapeutes désirent de plus en plus améliorer leur qualité de vie et ne plus sacrifier leur vie de famille aux dépens de leur temps passé au travail. De nos jours, la nouvelle génération qui se dessine, prend conscience des horaires, des gardes et astreintes imposés, fortement corrélés à un taux de divorce important dans la profession. De plus en plus, ils ont la volonté de mieux concilier leur vie privée et leur vie professionnelle.

« *Ma femme a une appétence pour la pédiatrie et a fait des formations kinésithérapeutes respiratoires. Elle travaillait sept jours sur sept. Avec notre enfant de deux ans, elle a arrêté et a cherché quelqu'un pour reprendre cette spécialité. Elle n'a trouvé personne qui voulait reprendre car cela demande trop de disponibilité.* » (masseur-kinésithérapeute libéral)

En conséquence, les kinésithérapeutes optent pour la médecine de groupe afin de réduire leur charge de travail et ainsi consacrer plus de temps à leur vie personnelle : « *J'ai commencé en cabinet seul. Maintenant, j'exerce en groupe (comme les dentistes). On a souvent des cabinets avec un gros plateau technique de cinq ou six masseurs-kinésithérapeutes. C'est l'évolution des nouvelles générations !* » (masseur-kinésithérapeute libéral)

Un métier qui se féminise avec des carrières plus adaptées à la vie familiale

Cette envie de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale tient sans doute à la féminisation accrue des effectifs depuis quelques années : « *On a vu que le profil des MK salariés est jeune et davantage de femmes.* » Les femmes ont davantage envie de concilier leur vie de famille avec leur vie professionnelle et optent davantage pour un poste salarié en hôpital (70 % des salariés MK sont des femmes contre 50 % des professionnels libéraux).

Ce phénomène n'est pas sans conséquence sur la baisse du nombre de kinésithérapeutes en ville. « *Il y a une féminisation de la profession : 60 % de femmes. Il y a trente ans, c'était l'inverse. De ce fait, les carrières hospitalières sont plus adaptées à la vie familiale.* » (représentant départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes)

Le phénomène des masseurs-kinésithérapeutes formés à l'étranger

Près de la moitié des kinésithérapeutes exerçant sur le territoire niçois ont été formés dans d'autres pays européens comme l'Espagne ou la Belgique (données Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes - CNO MK). En effet, en France, il est difficile d'intégrer une formation MK du fait de la limitation des entrées en formation. La conséquence de ce *numerus clausus* est que les jeunes vont se former à l'étranger et reviennent en France pour exercer leur profession.

« *Ici, beaucoup de MK viennent d'autres pays européens – enfin, sont formés ailleurs – car ils ont droit d'exercer avec autorisation Dreets ou après avoir suivi un complément de formation.* » (directeur IFMK)

La réduction des contingents de remplaçants

Le passage de trois à quatre années de formation a conduit à une année blanche de sortie de diplômés et a réduit le contingent de remplaçants ces deux dernières années. S'il était facile de se faire remplacer il y a encore quelques années, les professionnels soulignent qu'aujourd'hui cela devient très compliqué. La crise a accentué ce problème car les jeunes diplômés se sont retrouvés sans travail pendant la crise, avec la réduction de l'activité. Ils ont donc été amenés à s'installer directement à la sortie des études pour pouvoir exercer leur métier.

« *Le fait que les installations aient augmenté et qu'il y ait moins de jeunes diplômés a rendu difficile le recrutement de remplaçants sur ces deux dernières années.* » (directeur IFMK)

3.2. Évolution des compétences

L'évolution des compétences des masseurs-kinésithérapeutes suit l'évolution des métiers de la santé, à savoir l'universitarisation de la formation de kinésithérapeute et l'extension des compétences (sur le même modèle que les infirmiers) qui donne de nouvelles prérogatives.

L'universitarisation a fait en sorte que les universités mettent en place des formations nouvelles et proposent aux étudiants qui le souhaitent un double cursus formation de masseur-kinésithérapeute/master 1 (cf. réforme de 2015). En masso-kinésithérapie, il n'existe pas de spécialités comme en médecine avec les 42 diplômes d'études spécialisées (DES). Il est fait mention de spécificité. Cette différence est importante car elle a pour conséquence l'absence de cursus universitaire dédié à ces pratiques. Les formations en spécificités sont dispensées par des organismes de formation privés très peu contrôlés sur la qualité pédagogique.

Aujourd'hui, il existe pourtant un intérêt pour certaines spécificités (comme la traumatologie) à devenir des spécialités pour les kinésithérapeutes.

Des avancées sont à prévoir concernant l'élargissement de la prescription avec la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (dite loi « Rist »), ce qui constituerait une évolution notable pour les MK : « *Élargissement du droit de prescription qui est prévue (soumise à l'approbation de l'Académie de médecine). Les masseurs-kinésithérapeutes pourront passer directement sans prescription : l'entorse de cheville et la lombalgie chronique (élargissement des compétences). On va pouvoir faire des diagnostics et des prescriptions avec les nouveaux dispositifs.* » (directeur IFMK)

L'impact de la numérisation : la téléconsultation

Avec le confinement, les kinésithérapeutes ont dû acquérir des compétences en informatique. L'arrêté du 18 avril 2020 leur a donné l'autorisation de pratiquer des consultations à distance. Cette possibilité devrait s'étendre dans les années à venir et va dans le sens de la numérisation des professions de santé.

3.3. Évolution de la formation

La formation professionnelle pour les masseurs-kinésithérapeutes

Il existe trois possibilités de financer la formation professionnelle continue :

- l'autofinancement ;
- le FIF PL (fonds d'investissement à la formation) créé à l'initiative de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL) ;
- et le développement professionnel continu (DPC) : formation obligatoire de façon triennale, elle est gratuite car elle est payée par l'État.

Il est facile pour les professionnels d'avoir accès au FIF-PL et au DPC. L'accès aux formations n'a jamais été refusé aux professionnels interrogés. L'accès à la formation continue est très accessible une fois le diplôme en poche : « *Pour ma part, les demandes d'entrées en formation étaient toujours validées et les financements associés débloqués assez rapidement.* » Selon les professionnels, faire des formations est indispensable pour l'évolution de la profession, ce qui permettra une meilleure reconnaissance.

Évolution de la formation et mise en place d'un double cursus

On note une grosse évolution de la formation, notamment avec le passage de quatre à cinq années de formation après sélection à l'issue de la première année d'études de santé⁸. Le diplôme de masseur-kinésithérapeute peut être articulé avec un master en ingénierie de la santé (exemple de double cursus de l'Université de Nice - Côte d'Azur), donnant la possibilité de poursuivre les études en doctorat.

La formation est donc déclinée selon un modèle universitaire en unités d'enseignement, semestres, et non plus en modules. La mise en place du double cursus est vue par les professionnels comme étant un réel atout pour la formation et l'évolution de la profession. Le développement de ce double cursus a conduit à une universitarisation de la profession.

Toutefois, la sélection pour le double cursus est sévère, les candidats doivent être motivés. Ce double cursus permet notamment l'accès au doctorat et est vu par certains professionnels comme bénéfique en attendant une vraie reconnaissance de la profession. Cet accès au doctorat a permis l'augmentation des publications médicales. « *L'habilitation à diriger des recherches (HDR) a permis de développer la partie recherche dans un labo de recherche sur la santé publique.* » (directeur d'IFMK)

Le manque de reconnaissance des formations spécifiques

Certains soulignent qu'ils ont suivi une formation spécifique longue (jusqu'à trois ans) composée de nombreux cours ou séminaires. En effet, la plupart d'entre elles ne sont reconnues que localement car très spécifiques ; elles ne sont pas inscrites au RNCP et donc n'ont pas reçu de reconnaissance nationale. « *En fin de parcours, j'ai obtenu une attestation de formation. C'est un diplôme d'organisme privé, reconnu par l'ordre mais pas dans tous les départements, notamment les Bouches-du-Rhône. Une procédure de reconnaissance est en cours, afin de pouvoir témoigner de la maîtrise de cette spécificité sur la plaque.* » (masseur-kinésithérapeute libéral)

Formation par la pratique

En travaillant de pair avec les médecins et les chirurgiens, les kinésithérapeutes gagnent en professionnalisme. Selon les professionnels interrogés, il faudrait encourager le réseautage entre professionnels de la santé afin de développer les échanges sur les bonnes pratiques et les retours d'expérience. « *Il n'y a pas de formation en masso-kinésithérapie qui permet de se spécialiser. Les masseurs-kinésithérapeutes se spécialisent en apprenant avec leurs pairs. Moi, dans les années 90, je me suis formé avec les médecins, des neurologues, des publications.* » (masseur-kinésithérapeute libéral)

Les jeunes kinésithérapeutes ne veulent plus pratiquer comme leurs aînés. Ils ont la volonté d'améliorer leur qualité de vie, de progresser dans leur pratique afin de mieux soigner les patients, d'exercer avec plaisir en travaillant dans un environnement bienveillant, de maintenir un bon équilibre entre une vie professionnelle intense et leur vie personnelle. « *La jeunesse est beaucoup moins soumise que ma génération. La différence tient au fait que les jeunes n'ont pas la même attitude face au travail. Elle a donc plus de chance de promouvoir le métier de MK à son juste rang (en termes de technicité, compétences et donc en matière de rémunération).* » (représentant départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes)

⁸ Décret n° 2021-1085 du 13 août 2021 relatif au diplôme d'État de masseur kinésithérapeute conférant le grade de master - Légifrance : [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr).

3.4. Enjeux pour le métier de masseur-kinésithérapeute

Reconnaître davantage la technicité et les compétences spécifiques des masseurs-kinésithérapeutes

- Reconnaître les compétences des jeunes diplômés par l'élévation du niveau de diplôme : ouvrir plus facilement les portes au doctorat
- Créer des formations de spécialités ou des postes de MK spécialistes. Il faudrait des MK spécialistes avec des DU ou master, avec des vraies formations de spécialités (vestibulaires, de sport...)
- Préparer davantage aux pathologies-clefs qui se découvrent habituellement sur le tas ou *via* la formation continue. Il faudrait donner plus de temps d'enseignement

Obtenir l'autonomie de prescription aux soins

- Possibilité d'avoir une autonomie de prescription sous réserve de remplir les conditions prévues par l'arrêté du 9 janvier 2006
- Permettre un glissement des tâches de médecin vers kinésithérapeute, excepté pour la première consultation

Pallier les manques de masseurs-kinésithérapeute dans les zones désertées

- Aider l'installation des jeunes diplômés dans les zones blanches
- Rendre le statut salarial plus attractif en revalorisant les salaires des MK à la hauteur de leurs compétences, en milieu hospitalier
- Réévaluer les objectifs imposés par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui ne sont pas réalisables en termes de durée de séance

Assurer l'avenir de la profession

- Revaloriser le coût de la séance
- Permettre de créer le métier d'aide-kinésithérapeute sous la responsabilité du MK
- Encourager la création des groupes de travail entre professionnels de la santé à l'hôpital
- Développer la téléconsultation dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Faire évoluer la formation en IFMK

- Intégrer cette pratique au sein des cours d'ETP en IFMK.
- Intégrer les questions environnementales dans la formation

4. Les cadres de santé

Chiffres-clefs emploi-formation

L'emploi



4 208 personnes exercent le métier de cadre infirmier et assimilé en 2018 (+1% en cinq ans)

86 % de femmes

Un cadre sur deux a 50 ans ou plus (stable sur cinq ans)

96 % d'emplois stables en 2018 (95 % en 2013)

92 % d'emplois à temps complet (87 % en 2013)

Source : Insee - RP 2015-2019, millésimé 2018, Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

La formation



142 formés cadre de santé en 2019 (-7,8 % sur un an)

85 % de femmes en 1^{re} année de formation

97 % de réussite aux examens

Un faible taux de sélectivité (moins de deux candidats pour une place en formation)

De très rares abandons en cours de formation

Source : Drees, Enquêtes écoles 2019 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Précaution de lecture

Nous faisons ici référence aux cadres de santé que l'on peut qualifier de cadres « de proximité ». Notre parti pris a été de placer la focale d'analyse sur les cadres de santé faisant fonction et cadres formés au sein des instituts de formation des cadres de santé (IFCS). Dans ce contexte, les cadres supérieurs administratifs et techniques tels que les directeurs d'hôpitaux (DH) ou directeurs des soins (DS) n'entrent pas dans le périmètre de notre étude.

4.1. Évolution du métier

La place du faisant fonction

Le poste de cadre de santé peut être occupé par un professionnel de la santé non diplômé d'un institut de formation des cadres de santé (IFCS), c'est ce que l'on appelle un cadre « faisant fonction ». Le recrutement d'une personne faisant fonction survient lorsqu'un besoin non couvert en matière d'encadrement vient à être identifié au sein d'un service de soins. La principale qualité à faire valoir par le postulant est de témoigner de son expérience professionnelle et de montrer en quoi cette démarche s'inscrit dans un projet professionnel réfléchi et cohérent.

Les avantages financiers à exercer le métier de cadre de santé en faisant fonction vont croissant avec le temps : une fois en poste, la personne touche une prime de coordination ; par la suite, au bout d'un an d'ancienneté dans le métier, cette dernière bénéficie d'une mutuelle plus intéressante et d'une prime plus conséquente. Toutefois, ces primes d'encadrement ne sont pas aussi importantes que celles octroyées pour le service de nuit et de réanimation, dont bénéficient les infirmiers diplômés d'État :

« *Sur tout mon parcours [de cadre faisant fonction], plus j'avancais [dans le métier] et moins j'avancais financièrement car je perdais les primes de nuit et primes de réanimation. J'ai fait le choix de gagner moins d'argent pendant mon apprentissage.* » (un cadre de santé faisant fonction, ex-infirmier en service de réanimation)

Les cadres de santé face à la crise de la Covid-19

La crise sanitaire a sollicité des cadres de santé une forte capacité à s'adapter et à se montrer réactif aux évolutions réglementaires, notamment en situation d'incertitude : échanges de soignants entre services, fermetures de services en présence de personnes positives ou cas contact...

Les cadres de santé faisant fonction sont souvent revenus à leurs activités précédentes, notamment d'infirmier, afin de pallier les besoins non couverts dans les services sous tension. Si certains professionnels sondés qualifient la crise sanitaire de « *quelque chose d'unique, avec beaucoup de solidarité* », cette période a aussi compté son lot de *burn out* et d'arrêts maladie chez le personnel cadre.

4.2. Évolution de la formation

La formation en institut de formation des cadres de santé (IFCS)

Le diplôme de cadre de santé (DCS) est une formation de niveau 6 – anciennement niveau II, licence, bac +4, maîtrise, master 1 –, certifiée par le ministère en charge de la santé. L'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé⁹ dresse les contours de la formation : composée de six modules, elle comprend vingt-six semaines d'enseignement théorique, treize semaines de stage (en entreprise, d'encadrement, de formation et d'approfondissement) et deux semaines de travail de recherche. Le stage d'approfondissement peut s'effectuer aussi bien en établissement de santé qu'en établissement social, de formation ou encore en structure de santé publique. De plus, celui-ci doit être effectué au sein de la structure où exerce le professionnel ou dans celle de son employeur futur, ce qui a pour avantage de faciliter son entrée en fonction.

En région Provence - Alpes - Côte d'Azur, la formation à l'IFCS de Marseille se caractérise par un partenariat avec la faculté d'économie et gestion d'Aix-Marseille Université. Depuis 2018, cette collaboration permet aux étudiants d'obtenir un diplôme universitaire de niveau master 2 en management des équipes de soins (MES).¹⁰ Toujours à Marseille, le Groupement de coopération sanitaire du pays d'Aix est en partenariat avec la faculté de médecine d'AMU autour du master santé « Parcours cadre et formateur dans le secteur sanitaire, médico-social et social, option cadre de proximité du secteur sanitaire et social ». L'IFCS de Nice est, quant à lui, associé à l'Institut d'administration des entreprises (IAE) de l'Université Côte d'Azur. Ainsi, le futur diplômé de l'école de cadres sera aussi diplômé d'un master 2 en management et administration des entreprises.¹¹

En outre, des organismes de formation donnent la possibilité aux aspirants de se préparer au concours d'admission des IFCS. À cet égard, on peut citer l'Institut régional de formation sanitaire et sociale (IRFSS) de la Croix-Rouge qui propose trois modalités de préparation : présentiel, *e-learning* ou accompagnement personnalisé. Cette dernière modalité plaçant la focale sur les candidats ayant échoué une première fois à l'épreuve d'admission.¹²

⁹ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, version en vigueur au 27 septembre 2021, Légifrance : www.legifrance.gouv.fr.

¹⁰ IFCS AP-HM, Formation cadre de santé 2020/2021.

¹¹ IRFSS PACA Croix-Rouge, « La formation cadre de santé à Nice, c'est l'opportunité d'un double parcours diplômant », 1^{er} janvier 2021.

¹² IRFSS PACA Croix-Rouge, « Devenir cadre de santé - IFCS de Nice », 20 juillet 2021.

L'apport de la formation de cadre de santé

Nombre de cadres faisant fonction engagent des démarches pour entrer en IFCS. Ces personnes sont motivées par la possibilité que donne la formation d'acquérir et/ou développer des compétences qui ne s'inscrivaient pas dans leur formation initiale ou leur parcours professionnel en établissement.

Les stagiaires viennent notamment se former en :

- création et gestion de projet ;
- gestion d'un service / son amélioration continue ;
- qualité de vie au travail (QVT) ;
- gestion des ressources humaines (GRH) ;
- gestion du matériel de soin ;
- gestion des compétences des équipes (infirmiers comme aides-soignants) et suivi des programmes de formation continue (notamment des formations réglementaires).

En sus des compétences énumérées ci-dessus, les professionnels sondés évoquent le fait que leur formation de cadre les a aidés à mieux accompagner et intégrer les nouvelles recrues au sein de service. En termes de débouchés professionnels : « *Le cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin peut exercer son métier en établissement de santé public ou privé, sanitaire ou médico-social, ainsi qu'en réseau de soins, en secteur d'activité extra-hospitalier, ces structures pouvant être de différentes tailles.* » (France compétences, Répertoire national des certifications professionnelles, DE – diplôme de cadre de santé)

Par exemple, le diplôme de cadre de santé est un prérequis pour les infirmiers et infirmières qui souhaitent poursuivre leur carrière en tant que formateur en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ; ou encore pour ceux qui souhaitent exercer le métier de directeur de crèche publique. Sur ce dernier point, les services des crèches des communes financent la formation en IFCS des infirmières en puériculture qui souhaitent devenir directrices : « *Je suis cadre de santé au statut depuis 2003 (j'avais dix-huit ans d'expérience de directrice), statut que j'ai acquis via l'ancienneté. Aujourd'hui, les nouvelles directrices, peu expérimentées, ont leur formation prise en charge pour qu'elles puissent obtenir le statut de cadre de santé.* » (directrice de crèche municipale)

Les conditions d'accès à la formation de cadre de santé

Pour entrer à l'école des cadres de santé, il est nécessaire « *d'être titulaire d'un diplôme, certificat ou titre permettant d'exercer une des professions pour lesquelles l'IFCS est agréé ; de justifier de quatre ans au moins d'exercice professionnel à temps plein au 31 janvier de l'année du concours ; d'avoir passé avec succès les épreuves de sélection.* »¹³ Concrètement, les professions paramédicales concernées sur les IFCS de Marseille et de Nice sont les diététiciens, infirmiers, infirmiers sapeurs-pompiers, manipulateurs en électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, préparateurs en pharmacie, psychomotriciens, ergothérapeutes, techniciens en analyse biomédicales, orthophonistes.

¹³ Voir. Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille : <http://fr.ap-hm.fr/site/ifcs/concours-d-entree>

Les épreuves de sélection se composent d'un écrit d'admissibilité et d'un oral d'admission, ce dernier prenant la forme d'une présentation d'un dossier professionnel puis d'un échange avec le jury d'admission.

Les frais de scolarité sont particulièrement élevés : 9800 euros avec une prise en charge institutionnelle (financement Région, ANFH...), 6500 euros en autofinancement. « *L'hôpital ne paie plus la formation (volonté de la nouvelle direction de ne plus financer la formation car elle n'a pas la certitude que le personnel reste après la formation). Donc, je dois me mettre au chômage. Je pars dans de bonnes conditions. Le DRH, très humain, a tout fait pour les personnes qui voulaient aller en formation, fait que ça se passe bien pour que les gens aient les indemnités chômage durant la formation.* » (cadre de santé en hôpital privé)

Ce métier est peu attractif, notamment en raison des contraintes rencontrées dans les hôpitaux publics (sous-effectif, gestion des plannings, etc.) : « *Il y a une pénurie de cadres sur toute la France. Une fonction peu attractive au regard de la faible rémunération et des fortes responsabilités. Le cadre est vu comme un "couteau suisse" alors qu'il possède un vrai métier, une véritable compétence sur l'organisation des soins. Quand on passe d'infirmier(e) à cadre, beaucoup regardent le temps de travail, parfois on gagne moins qu'un infirmier(e). On perd le dimanche... Avec le Ségur, il devrait y avoir une revalorisation. Il faudrait modéliser à nouveau la formation des cadres avec plus de gestion des organisations. L'autorité des cadres passe par les compétences.* » (directrice des soins en hôpital public)

L'arrêté du 9 septembre 2021 relatif à l'autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche va permettre à Aix-Marseille Université d'expérimenter l'universitarisation des formations de spécialités infirmières et de cadres de santé à compter de la rentrée universitaire 2022-2023. Les formations concernées par ce dispositif conduisent aux métiers de cadre de santé, infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmière puéricultrice, infirmier en pratique avancée.

4.4. Enjeux pour le métier de cadre de santé

Aide au financement de la formation

- Lever ce frein à la formation que représente le coût élevé du cursus (près de 9000 euros), souvent en grande partie financé par le stagiaire
- Encourager les structures à participer à la construction des parcours et au financement de leurs cadres, notamment pour le faisant fonction
- Faciliter l'accès aux aides financières pour tous les salariés, du privé comme du public, afin que ces derniers ne soient pas obligés de s'inscrire au chômage pour suivre la formation

Travailler l'attractivité de l'offre de formation des IFCS

- Développer le partenariat avec les universités afin de délivrer une double certification IFCS/universités
- Diversifier l'offre de master 2

Mieux communiquer sur les débouchés du diplôme

- Valoriser les débouchés du diplôme de cadre de santé, notamment la possibilité de devenir formateur en IFSI
- Travailler en partenariat avec les établissements publics et privés comme le font les universités ou écoles privées, de façon à construire des programmes de formation plus adaptés aux besoins des employeurs

Accompagner l'avancée en âge des actifs

- Développer la gestion prévisionnelle des effectifs (GPEC) pour anticiper les départs en retraite



Chapitre 3

Métiers du social, le cas de l'accompagnant éducatif et social

L'essentiel

• Évolution des métiers

- Près de 96 000 actifs sont en emploi en région dans le secteur de l'Action sociale.
- Entre 2013 et 2018, le nombre d'actifs en emploi dans l'Action sociale a augmenté moins fortement que dans la Santé (respectivement +2 % et +7 %). Cette hausse est notamment portée par les aides médico-psychologiques (+126 %), les éducateurs techniques spécialisés, les moniteurs d'atelier (+40 %).
- La part des femmes en emploi est importante (91 % contre 48 % tous métiers) et supérieure à celle observée dans la Santé (82 %).
- Les actifs sont plus âgés qu'ailleurs, avec une part des 50 ans et plus supérieure à celle mesurée dans la Santé et l'ensemble tous métiers.
- Si le salariat est la norme (100 % des actifs en emploi), la part du temps complet est très basse : seulement 55 % des actifs en emploi exercent à temps complet (82 % en Santé, 83 % tous métiers).
- Le métier d'accompagnant éducatif et social (AES) se caractérise par la polyvalence des tâches à effectuer, tâches ayant pour finalité de compenser les conséquences d'une perte d'autonomie des personnes fragiles (personnes âgées, personnes en situation de handicap...).
- Ce métier rencontre d'importantes difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels alors que les besoins sont grandissants (avancée en âge de la population, crise sanitaire...).
- Dans ce contexte, des travaux ont été menés par l'État (mission El Khomri) afin élaborer un plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie, dont font partie les AES.



- **Évolution des compétences**

L'adaptation des pratiques professionnelles aux besoins des structures, le développement de la polyvalence, la transition numérique concourent à une évolution des compétences des AES.

- **Évolution des formations**

Le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES), créé en 2016, a été révisé en 2021 afin de s'adapter aux évolutions du marché du travail. Les trois spécialités (accompagnement à la vie à domicile, accompagnement de la vie en structure collective, accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire) ont été fusionnées pour décloisonner et donc faciliter l'insertion des diplômés, les faire monter en compétences sur le plan théorique. Cette réforme vise à répondre plus justement aux besoins des professionnels (mobilité, parcours intégrés...) comme des employeurs (vivier plus important de professionnels, plus qualifiés). Elle a aussi pour objet d'attirer davantage de personnes sur ces métiers en favorisant les passerelles entre métiers de l'Action sociale.

- **Enjeux**

Le métier d'AES est confronté à plusieurs enjeux, parmi lesquels améliorer l'image du métier, adapter la formation aux besoins des établissements, revoir les grilles de rémunération des professionnels, accentuer la mise en place de passerelles entre métiers de l'Action sociale.

Chiffres-clefs emploi-formation

L'emploi



6 937 aides médico-psychologiques en 2018 (+126 % en cinq ans)

34 % d'actifs de 50 ans et plus
contre **42 %** tous métiers du
secteur (+10 points sur cinq ans)

**Baisse significative
des moins de 25 ans**
(4 % contre 9 % en 2013)

86 % de femmes
contre **91 %** en 2013

Forte dégradation
des conditions d'emploi

53 % des actifs ont un
contrat stable en 2018,
contre **83 %** en 2013

46 % des actifs travaillent
à temps complet en 2018,
contre **86 %** en 2013

Source : Insee, RP 2015-2019, millésimé 2018 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

La formation

669 stagiaires en formation en 2019 (-16 % sur un an) dont :



40 en parcours A
« Accompagnement
à la vie à domicile »
(+18 % sur un an)

538 en parcours B
« Accompagnement à la vie
en structure collective »
(-19 % sur un an)

91 en parcours C
« Accompagnement à l'éducation
inclusive et à la vie ordinaire »
(-10 % sur un an)

87 % de femmes
(100 % dans le
parcours C)

Plus de **90 % de réussite**
à l'examen (100 % dans
le parcours C)

**Un taux de sélectivité
très bas** (1,5 candidat pour
une place en formation d'AES)

**Un important taux
d'abandon** (14 % en 2019
contre 12 % en 2018)

Source : Drees, Enquêtes écoles 2019 - Traitement Carif-Oref Provence - Alpes - Côte d'Azur.

1. Évolution du métier

1.1. Différentes facettes du métier selon les publics et les lieux d'intervention

« *L'accompagnant éducatif et social réalise des interventions sociales au quotidien visant à accompagner la personne en situation de handicap ou touchée par un manque d'autonomie quelles qu'en soient l'origine ou la nature. Il prend en compte les difficultés liées à l'âge, à la maladie ou au mode de vie ou les conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, pour permettre à la personne d'être actrice de son projet de vie. En lien avec l'entourage de la personne, il accompagne tant dans les actes essentiels de la vie quotidienne que dans les activités de la vie sociale, scolaire et de loisirs. Il veille à l'acquisition, la préservation ou la restauration de l'autonomie de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte, de la personne vieillissante, et l'accompagne dans sa vie sociale et relationnelle. Ses interventions d'aide et d'accompagnement contribuent à l'épanouissement de la personne à son domicile et en établissement.* » (ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

L'AES exerce son métier dans de nombreux contextes professionnels : au domicile des patients, en établissement social et médico-social ou encore en établissement scolaire et de formation.

1.2. Un métier qui évolue entre spécialité et polyvalence

Le métier d'AES peut conjuguer des compétences « cœur de métier » relevant de l'éducatif, du social et des compétences proches du soin. Dans certains cas, il répond à une demande croissante de polyvalence dans l'accompagnement des situations de dépendance. Ainsi, l'AES peut être considéré comme un « couteau suisse » par certains professionnels. Ses com-

pétences peuvent lui permettre de venir en appui ou de remplacer d'autres professionnels en matière d'intervention, comme les moniteurs-éducateurs. Le Conseil départemental, en autorisant le financement de postes d'AES sur ce service, institutionnalise cette pratique.

Au sein des établissements, certaines interventions de l'AES peuvent croiser celles de l'aide-soignant en matière d'hygiène, de santé ou de sécurité de la personne (aider à la prise de médicament, à la prise alimentaire, à l'hydratation, informer les professionnels de la santé des signes de détresse, de douleur...). L'organisation du travail ainsi mise en place répond aux contraintes humaines et financières de la structure, ainsi qu'aux besoins des personnes.

L'activité des AES spécifique à leur mode d'accompagnement (domicile, structure collective, milieu scolaire) participe à les cantonner dans un cadre d'intervention limité. Paradoxalement, le diplôme d'État (DEAES) avait pour objectif de favoriser une plus grande fluidité des parcours via un système de passerelles entre les spécialités (DGCS, 2017). À la lumière des témoignages recueillis, la possibilité de se former par la voie de la formation continue est pourtant rarement envisagée par les professionnels.

1.3. Un enjeu d'attractivité du métier face à des besoins grandissants

De manière générale, les employeurs rencontrent des difficultés de recrutement d'AES. Ces difficultés sont d'autant plus accrues que la population dépendante et/ou vieillissante augmente, que le maintien à domicile des personnes âgées s'allonge, que l'entrée en Ehpad est plus tardive mais avec des pathologies lourdes. La population de 70 ans et plus va doubler d'ici 2030, ce qui va accentuer les besoins en emploi. L'Institut Montaigne prévoit la création de 79 000 emplois d'ici 2030 alors que ces métiers sont déjà en tension car les jeunes ne s'orientent plus vers ces métiers et le turnover des postes est important.

Le manque d'attractivité s'explique en partie par des conditions d'emploi difficiles (rémunération, horaires) et de travail (risques professionnels physiques et psychologiques...) et par le déséquilibre des choix de spécialités d'accompagnement. Comme l'observe une responsable d'association de service à la personne, « *une majorité des candidats DEAES choisissent de travailler dans des structures collectives. On y est mieux payé et plus encadré... Ils sont moins nombreux à vouloir intervenir à domicile car ce n'est pas toujours facile de travailler seul avec la personne pouvant avoir différentes pathologies : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson... Exercer à domicile est moins attractif.* »

Aussi, pour faire face aux difficultés de recrutement et au turnover, des structures proposent un parcours d'intégration à leurs salariés afin de les fidéliser. L'idée est de construire une perspective d'évolution et des passerelles vers des métiers proches, comme ceux de moniteur-éducateur et d'aide-soignant. Cette problématique conduit des employeurs à recourir à du personnel « faisant fonction », c'est-à-dire non-titulaires du DEAS, et à les former sur le tas. Cette carence de main-d'œuvre qualifiée pousse des employeurs à innover dans leurs pratiques de recrutement : campagnes sur les réseaux sociaux, sur les plages et auprès des étudiants pour des contrats saisonniers. En outre, les employeurs ont aussi la possibilité de se tourner vers les aides à domicile, lesquels peuvent constituer un vivier potentiel de candidats au poste d'AES.

2. Évolution des compétences

2.1. Une adaptation des pratiques professionnelles

L'AES élargit son domaine d'intervention en direction de nouveaux publics (comme les polyhandicapés), ce qui requiert un approfondissement des connaissances et des techniques adaptées aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap. Cela se concrétise à travers une démarche personnelle en autodidacte ou par le biais d'actions de formation. La crise sanitaire a cristallisé cet impératif de formation au fil de l'eau, nécessitant une maîtrise des nouvelles réglementations en matière d'hygiène, de propreté, de protection, de soins et des protocoles à appliquer en situation de crise...

« *J'interviens auprès d'une personne paraplégique mais qui a toute sa tête. Je travaille aussi auprès d'un garçon autiste. J'essaye de trouver des choses qui vont l'intéresser. Je m'occupe également d'un monsieur qui ne parle qu'avec le regard.* » (une AES accompagnant à la vie à domicile)

2.2. Une polyvalence accrue

L'AES se voit de plus en plus confier des tâches de soin et d'hygiène, proches de celles des AS, axées sur le bien-être physiologique et mental du patient. Dans le même temps, l'AES peut aussi faire office de moniteur-éducateur (ME) par les capacités dont il peut témoigner en matière d'animation. Ces délégations de tâches s'opèrent souvent dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

Le cas de glissement de tâches moniteur-éducateur vers AES dans un institut médico-éducatif (IME)

« *L'association a fait le choix de positionner des AES sur le service d'accueil de jour, en lieu et place des moniteurs éducateurs (ME), fonction qui théoriquement devrait incomber à ces derniers. Le CD 13 a autorisé le financement de postes d'AES sur ce service, ce qui institutionnalise le glissement de tâches. Aujourd'hui, les AES sont des "couteaux suisses", polyvalents, polys-compétents, et moins coûteux en termes de salaire que les ME... En outre, sur l'activité d'hébergement, on a de moins en moins de ME. Dans ce cadre, on fait donc le choix d'embaucher des profils AES, qui font fonction de ME ou d'animateurs. Ces AES qui font fonction vont sans doute me demander de les soutenir, à l'avenir, dans une démarche de VAE pour passer ME.* » (chef de pôle ESAT)

Le cas de glissement de tâches AS vers AMP (AES) dans un Ehpad

« *J'ai embauché deux AMP (AES) au sein d'une équipe pluridisciplinaire pour intervenir dans l'unité protégée auprès de 12 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées. Elles accomplissent également des tâches d'aides-soignantes autour du soin. L'accompagnement est long et intense avec beaucoup de manipulations des patients, une confrontation à la souffrance.* » (responsable de ressources humaines EPHAD)

« J'accompagne l'enfant pendant l'école. Je l'aide à reformuler les consignes. Une fois la classe finie, j'accompagne l'enfant jusqu'au portail. En fait, c'est l'organisation du travail avec l'administration qui change. Autrement je suis en relation avec l'instituteur. C'est bien d'échanger sur l'enfant à la récréation. Certains font des choses qu'ils n'ont pas à faire comme surveiller les enfants dans la cours de récréation, des tâches administratives. » (un AES dans l'éducation inclusive et la vie ordinaire)

L'AES peut aussi être amené à surveiller des enfants au sein de structures éducatives, à remplir des tâches administratives et éducatives pour faciliter le fonctionnement d'une classe.

2.3. L'impact de la transition numérique

Dans le domaine de l'accompagnement à la vie à domicile, de nouveaux outils ont fait leur apparition, tels que le verticalisateur ou le lève-malade ainsi que la mise à disposition d'un smartphone. Ces équipements facilitent le travail quotidien de l'AES et contribuent à réduire l'apparition de troubles musculo-squelettiques. Cependant, ces nouveaux outils induisent un minimum de besoins en formation quant à leur utilisation.

Le cas d'une AES accompagnante de vie à domicile

« Depuis juin 2021, on a désormais un téléphone portable qui permet un pointage sur téléphone, une feuille de route journalière avec le planning, le GPS pour trouver l'adresse (avant j'allais repérer les lieux la veille). On utilise le verticalisateur pour effectuer un transfert d'un lit vers un fauteuil roulant ou bien d'un lit vers une chaise-toilette ou un siège de douche. Parfois, la position debout sera nécessaire pour réaliser un soin sur une personne, et dans ce cas, cet appareil sera très utile. Il peut être mis en place à domicile si les personnes en font la demande ».

3. Évolution de la formation

3.1. Le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES)

→ DEAES : la fusion de deux diplômes en 2016

En 2016, la grande proximité des référentiels de formation propres à chacun des métiers de l'accompagnement des situations de dépendance a conduit à fusionner les diplômes d'accompagnant médico-psychologique (DEAMP) et d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), dans le cadre de la restructuration des diplômes du travail social. La nouvelle formation se structure alors autour d'un tronc commun et de trois parcours distincts, à savoir : l'accompagnement à la vie à domicile (parcours A), l'accompagnement à la vie en structure collective (parcours B) et l'accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire (parcours C).

Cette formation de niveau 3 (niveau V selon l'ancienne nomenclature) dure un an et comprend une formation théorique de 525 heures au rythme de cinq à dix jours par mois, complétée par une période de stage. Selon la situation du stagiaire, le nombre d'heures en milieu professionnel diffère : pour les demandeurs d'emploi, il est prévu 840 heures de stage contre 240 heures pour les personnes en emploi et 140 heures pour les alternants.

Le DEAS 2016 avait pour finalité de limiter le recours à du personnel faisant fonction, ceci en mettant sur le marché du travail une main-d'œuvre qualifiée et répondant aux besoins des employeurs. L'intervention des professionnels faisant fonction est jugée dans certaines situations comme « contre-productive ».

« Au-delà des apports techniques de la formation, il est important de donner du sens au métier. Quelle est la dimension éducative de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ? La formation doit amener les formés à réfléchir sur la situation de la personne, sa pathologie, afin de faire un diagnostic et mettre en place des actes appropriés. La question de la participation de la personne dans les actes de la vie quotidienne est importante : « faire avec et pas faire à la place ». Tout comme le travail en équipe sur les échanges de pratiques fait également partie de la démarche pédagogique. Par exemple, sur la place du professionnel dans la famille de la personne accompagnée. » (responsable d'organisme de formation)

Pour une autre responsable d'organisme de formation, la particularité du diplôme est de permettre le passage vers d'autres métiers du médico-social : « Avant, le DEAVS n'était pas un niveau permettant de travailler comme AMP ou AS. Nombreux étaient ceux qui souhaitaient évoluer vers le métier d'AS en Ehpad par exemple. Le diplôme 2016 permet aux AVS d'avoir un diplôme leur permettant d'évoluer vers d'autres métiers : AS, moniteur-éducateur... »

→ Les points forts et les points faibles du DEAES 2016

Selon une responsable associative, le parcours d'accompagnant à la vie en structure collective (parcours B) correspond bien aux besoins des établissements : « Toutes les AES accueillies sont ou ont été dans ce parcours spécifique. L'association n'embauchera pas des personnes qui ont suivi les autres options : accompagnant à la vie à domicile, accompagnant à l'éducation inclusive. »

Le fait que les formés aient effectué des stages pratiques dans des structures collectives, où le cadre est très spécifique et protocolisé constitue la valeur ajoutée de ce parcours. Il semble que la réforme du DE ait élargi le portefeuille de compétences des formés. Les personnes sont jugées plus dynamiques par les employeurs et plus au fait des problématiques spécifiques auxquelles font face les structures collectives.

Cependant, des besoins non couverts par la formation sont apparus au fil du temps :

- L'articulation entre l'accueil - l'animation - et le projet de santé dans les établissements et services médico-sociaux reste à consolider. De l'avis de professionnels, les questions relevant de la santé sont peu présentes dans les cursus. Ce manque de formation nécessite d'avoir du personnel autodidacte, capable de rechercher l'information sur le projet de santé. Il apparaît donc nécessaire de consacrer plus de temps de formation DEAES aux enseignements sur les pathologies et les troubles.
- Les compétences de l'AES sont limitées en matière d'animation de l'accueil et du séjour des patients spécifiques tels que les personnes en situation de handicap, dont l'accompagnement peut atteindre sept heures par jour). Il faut savoir être à l'écoute du rythme de vie de la personne, être capable d'évaluer la situation, les besoins et les attentes de la personne. C'est un axe de travail qui reste à renforcer au sein de la formation d'AES.

→ La réforme du DEAES en 2021, un ajustement pour rééquilibrer les situations d'insertion

L'évaluation du dispositif de formation, conduite par le ministère des Solidarités et de la Santé, a mis en évidence un déséquilibre entre les secteurs vers lesquels se tournent les nouveaux diplômés ainsi qu'un manque de lisibilité pour les employeurs du fait de la juxtaposition des trois spécialités. Les entretiens réalisés auprès de professionnels

confirment ce déséquilibre entre secteurs, liés aux choix des spécialités en début de formation. De même, les employeurs témoignent, au-delà de la juxtaposition des spécialités, de la méconnaissance du diplôme.

L'accompagnement de vie en structure collective semble attirer davantage de professionnels. Selon une responsable de formation, « *le candidat se projette plus dans une structure avec une valorisation du travail en équipe* ». Le système de spécialités a contribué à cantonner le professionnel dans son environnement de travail et a eu tendance à freiner la dynamique de mobilité.

La formation « révisée » a pour objectif de mieux inscrire l'AES dans un parcours professionnel : des passerelles possibles vers les soins (AS) ou vers l'éducatif (moniteur-éducateur). Il existe des proximités entre les métiers d'AES et d'AS, avec des glissements de tâches de l'AES vers celles de l'AS. Avec une dimension « éducative » importante, le métier d'AES peut ouvrir à d'autres métiers comme moniteur-éducateur.

La révision du diplôme porte sur les axes suivants :

- la fusion des trois parcours pour permettre aux futurs professionnels d'exercer dans l'ensemble des secteurs d'intervention ;
- un diplôme d'État organisé en cinq blocs de compétences (contre quatre précédemment) ;
- la constitution d'un bloc de compétences commun aux DEAES et DEAS, tout en conservant les spécificités de chacun des métiers ;
- une augmentation des heures de formation théorique ;
- la Formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AGFSU niveau 2) remplace la Formation prévention et secours civique de niveau 1 (PSC1) ;
- une procédure d'admission simplifiée : l'épreuve écrite d'admissibilité est remplacée par la sélection sur dossier (l'épreuve orale pour les candidats retenus demeure).

Dans le cadre d'un diplôme d'État unique de niveau 3, les apprenants seront formés aux trois spécialités. Il n'y aura plus de positionnement possible sur une spécialité. On revient à une certification axée sur les enseignements théoriques : la note de stage ne sera plus prise en compte. La mise en place d'un bloc de compétences commun avec le DEAS vise à favoriser les passerelles, cela constitue une nouveauté par rapport au précédent référentiel.

3.2 Profil des formés

La formation d'AES présente un déficit d'attractivité en région : toutes années et parcours confondus, elle enregistre un recul significatif de ses effectifs : - 16 % entre 2018 et 2019. Cette tendance est tirée par la baisse des effectifs dans les parcours B (- 19 %) et C (- 10 %), que la bonne santé du parcours A (+ 18 %) ne suffit pas à tempérer.

Le manque d'attrait pour la formation s'illustre par un taux de sélectivité à l'entrée (taux de pression) inférieur à la moyenne du secteur de l'Action sociale (1,5 contre 2,2).

La part des femmes inscrites en première année de formation en 2019 est importante, à l'image de la filière sociale (87 % contre 85 %). Les femmes sont plus représentées dans le parcours A : accompagnement à la vie à domicile (100 % des effectifs de 1^{re} année, 86 % dans les parcours B et C).

Si les taux de réussite sont élevés dans les parcours (supérieurs à 90 %, contre 85 % pour l'ensemble de la filière), la part des interruptions de formation interroge (14 % en 2019). Le phénomène s'explique principalement par les abandons en cours de parcours B : accompagnement à la vie en structure collective (16 %) ; spécialité comprenant 80 % des effectifs de formés au métiers d'AES. On constate par ailleurs que, tous parcours confondus, le nombre d'abandons est en hausse entre 2018 et 2019 (+ 2 pts).

En termes de profil de formés, il s'agit principalement d'un public entrant avec un faible niveau de qualification, voire sans diplôme. Le DEAES permet de remettre le pied à l'étrier, d'« apprendre à apprendre ». L'accueil de ce public demande d'approfondir le versant du savoir-être, de l'assiduité, de l'engagement, du travail en groupe.

La formation rassemble un public hétérogène tant du point de vue des origines socioprofessionnelles que des trajectoires individuelles. En effet, les personnes qui se dirigent vers un cursus d'AES sont susceptibles d'avoir développé... :

- une sensibilité avec le public personne en situation de handicap ;
 - une expérience d'accompagnement de jeunes, de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap dans un cadre familial ;
- ... ou encore d'être :
- en reconversion professionnelle (demandeur d'emploi) ;
 - en recherche d'un emploi adapté aux contraintes familiales (exemple : femme seule avec enfant) ;
 - en recherche d'un métier dans l'humain ou le soin ;
 - en demande de reconnaissance professionnelle dans le métier (ex : AES faisant fonction).

Selon un organisme de formation, il n'y avait pas de niveau minimal requis pour entrer en DEAVS, contrairement au DEAS : *« Si l'AS est sur le soin, l'AES est sur l'accompagnement global où il peut y avoir des soins, des prises alimentaires... L'AES va faire la même chose que l'AS en Ehpad, avec en plus des compétences à la vie sociale, la mise en œuvre de projet d'animation dans la structure ou à domicile. C'est ce qui valorise cette pratique. »*

4. Enjeux à pour le métier d'accompagnant éducatif et social

Anticiper les départs à la retraite

- Compte tenu de la proportion particulièrement élevée de 50 ans et plus, il devient urgent d'anticiper les départs en retraite en embauchant dès maintenant
- Attirer les aides à domicile qui souhaitent évoluer professionnellement, en leur facilitant l'accès à la formation AES et en valorisant la VAE comme voie d'accès à la formation. La convention collective nationale d'aide à domicile entrant en vigueur début 2022 devrait faciliter l'accès à la formation et à l'alternance
- Répondre aux problèmes de pénibilité, d'usure et d'organisation du travail

Attirer les jeunes vers le métier d'AES

- Communiquer sur ce métier et la formation DEAES, encore très mal connus, pour les rendre plus attractifs
- Améliorer les conditions d'emploi, qui se sont fortement dégradées ces cinq dernières années (stabiliser les emplois et proposer des temps complets)
- Développer l'apprentissage

Adapter davantage la formation aux besoins des structures employeuses et aux évolutions sociales

- Donner plus de place aux enseignements axés sur la santé, le projet de santé et l'animation de la journée du patient
- Faciliter l'accès à la formation tout au long de la vie

Faciliter la mobilité professionnelle des AES

- En augmentant l'offre de passerelles entre métiers du secteur de l'Action sociale
- Proposer des plans de carrière aux salariés (avec possibilité de promotion interne ou passerelles vers des métiers plus qualifiés)

Conclusion : les principaux enjeux

Le constat n'est pas nouveau : les professionnels de santé ont accepté, enduré physiquement et moralement des conditions de travail de plus en plus dégradées. La crise sanitaire n'a fait que raviver le manque de moyens, l'absence de revalorisation salariale et plus globalement la dégradation du système de santé déjà observés depuis des dizaines d'années.

Ces conditions de travail devenues très peu attractives ont implicitement déséquilibré le marché de l'emploi. Les offres d'emploi dans la plupart des métiers étudiés s'accroissent alors que les flux de formés se réduisent régulièrement depuis cinq ans. Ces métiers n'attirent plus les jeunes malgré l'opportunité d'une insertion rapide sur le marché du travail et des propositions d'emplois stables.

Au manque d'attractivité s'ajoute l'accentuation des besoins en recrutement des employeurs, par le vieillissement de la main-d'œuvre dans plusieurs métiers, le développement des soins ambulatoires, de l'hospitalisation à domicile et du maintien des personnes âgées chez eux autant que possible.

L'enjeu est donc de rendre les métiers de la santé et du social à nouveau attractifs en travaillant sur l'amélioration des conditions de travail, la mobilité/promotion interne et la revalorisation globale des salaires – déjà enclenchée par le Ségur de la santé –, mais aussi sur les investissements en matériel et dans la réhabilitation des hôpitaux publics. Parallèlement, l'accompagnement des stagiaires tant sur le plan pédagogique que social (par l'accès au financement de la formation et aux aides sociales) devrait être généralisé pour limiter les risques d'abandon en cours de cursus (croissants dans certaines formations). Enfin, augmenter le nombre de places en formation ne peut suffire à répondre à la problématique des tensions sur le marché de l'emploi, ces dernières étant multifactorielles.

Enjeux généraux

- Valoriser les parcours hors milieu hospitalier : services psychiatriques, établissements médico-sociaux, Ehpad...
- Promouvoir les métiers auprès des personnes âgées en lien avec les actions du Gérontopole
- Se servir du déploiement du service civique « Solidarité seniors » comme vivier potentiel pour susciter des vocations dans les métiers de la Santé et de l'Action sociale
- Développer les maisons de santé pour désengorger les services hospitaliers, faciliter l'accès aux soins pour tous afin de permettre au corps médical de replacer l'humain au centre
- Valoriser la VAE comme voie d'accès à la formation
- Améliorer la coordination et la coopération entre les différents professionnels de la santé (cf. rôle de l'IPA)
- Améliorer l'accès aux soins sur les territoires, notamment ruraux
- Anticiper l'accélération de la perte d'autonomie, et l'impact de la crise sanitaire sur les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

Les enjeux pour le métier d'infirmier

- Améliorer l'attractivité du métier en rétablissant de bonnes conditions de travail et en valorisant la profession auprès des autres professionnels de la santé
- Développer l'alternance, l'apprentissage pour laisser le temps aux formés d'acquérir les compétences techniques adaptées au terrain et de se familiariser aux changements de service
- Développer les passerelles entre les formations d'aide-soignant et d'infirmier (facilitées par la réforme du diplôme d'AS)
- Faciliter le déploiement des infirmières de pratique avancées (IPA)

Les enjeux pour le métier d'aide-soignant

- Le passage du diplôme au niveau IV devrait encourager la valorisation des rémunérations
- Poursuivre l'amélioration de la qualité de vie au travail notamment dans les Ehpad
- Revoir les conditions d'entrée en formation pour mieux détecter les potentialités des candidats
- Développer l'alternance pour attirer davantage de candidats et privilégier l'apprentissage par la pratique
- Soutenir financièrement les candidats pour lutter contre la précarité des élèves aides-soignants qui n'ont pas le statut d'étudiant
- Faciliter la mobilité professionnelle en développant les formations modulaires et en communiquant sur le nouveau métier d'assistant médical

Les enjeux dans le métier de masseur-kinésithérapeute

- Reconnaître davantage la technicité et les compétences spécifiques des professionnels
- Obtenir l'autonomie de prescriptions aux soins
- Lever les freins financiers à l'installation
- Pallier les manques de professionnels dans les zones blanches en facilitant l'installation des jeunes et en rendant le statut salarié plus attractif
- Assurer l'avenir de la profession en revalorisant le coût de la séance, en développant la téléconsultation
- Créer le métier d'aide-kinésithérapeute
- Au-delà du diplôme nécessaire à la pratique du métier, permettre la poursuite en doctorat (recherche)

Les enjeux pour le métier d'accompagnant éducatif et social

- Anticiper les nombreux départs à la retraite
- Répondre aux problèmes de pénibilité, d'usure et d'organisation du travail
- Augmenter la rémunération, particulièrement faible
- Améliorer l'image dégradée du métier par une communication de qualité
- Adapter la formation aux besoins des structures et des évolutions sociales
- Faciliter l'accès à la formation tout au long de la vie pour répondre aux évolutions professionnelles
- Faciliter la mobilité professionnelle des AES

Bibliographie

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR (ARS), « Accompagner l'évolution des métiers de santé », 3 mars 2020

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR (ARS), « Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée (IPA). Guide d'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée en milieu hospitalier », décembre 2019

BERLAND Y. et BOURGUEIL Y., « Évolution des métiers de la santé, Coopérations entre professionnels », *ADSP*, n° 70, mars 2010

BOURGUIGNON B., ministre déléguée chargée de l'Autonomie, « Point d'étape du plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie »

BREMOND F., GAY-FRAGNEAUD P. et al., *Quels enjeux et préconisations pour les métiers en tension en région ?*, tome 2 : *Domaines des services*, ORM, « Grand angle », n° 13, janvier 2019

BREMOND F., GAY-FRAGNEAUD P. et al., *Les Entreprises de Provence - Alpes - Côte d'Azur et leur gestion des ressources humaines. Une typologie des secteurs d'activité pour une nouvelle lecture du tissu économique*, ORM, « Grand angle », n° 18, janvier 2020

BUZYN A. et VIDAL F., « Universitarisation des formations en santé », dossier de presse, ministère de la Solidarité et de la Santé/ ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, mars 2018

CHARENTREUIL L., GIVOVICH C., *La Silver Économie en Provence - Alpes - Côte d'Azur. Anticiper les mutations économiques et les besoins en compétences*, ORM, « Grand angle », n° 19, février 2020

CHUVIN G. ET MOUSSET I., sous la direction de PARDINI B., « Les besoins en emploi du domaine professionnel de la santé, du sanitaire et du social », Défi métiers, note d'analyse, 14 octobre 2020

COLLET A., « Rôle propre des aides-soignants : le HCPP dit non », *ActuSoins*, 23 juin 2021

DUMORTIER A.-S., *Quels emplois, quelles formations dans la santé et l'Action sociale ? Les données de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur*, ORM, « Panorama », n° 8, 2019

DUMORTIER A.-S., *La Croissance des secteurs de la Santé et l'Action sociale en Provence - Alpes - Côte d'Azur*, Carif-Oref, « Panorama », n° 2, mars 2021

DUMORTIER A.-S., MONSEF A. ET ROUAUD P., « Provence - Alpes - Côte d'Azur, région de prédilection des professionnels libéraux », Insee, Insee Analyses Provence - Alpes - Côte d'Azur, n° 67, décembre 2018

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS), « Évaluation et amélioration des pratiques, Développement professionnel continu (DPC) – Fiche méthode – Les protocoles de coopération », mai 2014

LANGLOIS G., « IPA "urgences" : le projet de décret, modifié, est désapprouvé par le HCPP », *ActuSoins*, 25 juin 2021

LE BOULER S., « Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique. Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation », février 2018

MATHIEU C. ET PENOT C., « Le rôle des IPA », communication à la 14^e Journée de promotion de la santé, Comité départemental d'éducation pour la santé 83, 1^{er} octobre 2020

MUTUALITÉ FRANÇAISE ET ASSOCIATION DES MAIRES DE FRANCE (AMF), « 1^{er} Baromètre santé-social. Territoires et mutuelles engagés pour répondre aux attentes des Français », novembre 2020

RAMSAY SANTÉ, « Présentation du groupe Ramsay Santé »

SACCOMANNO B., « Les contrats courts dans l'aide à domicile, entre tensions et bricolages quotidiens », *Céreq, Bref*, n° 407, 2021

Annexes

Liste des métiers de la Santé et de l'Action sociale

Santé	
431B	Infirmiers psychiatriques
431C	Puéricultrices
431D	Infirmiers spécialisés (autres qu'infirmiers psychiatriques et puéricultrices)
431E	Sages-femmes (libérales ou salariées)
431F	Infirmiers en soins généraux, salariés
431G	Infirmiers libéraux
432A	Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, libéraux
432B	Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, salariés
432C	Autres spécialistes de la rééducation, libéraux
432D	Autres spécialistes de la rééducation, salariés
433A	Techniciens médicaux
433B	Opticiens lunetiers et audioprothésistes (indépendants et salariés)
433C	Autres spécialistes de l'appareillage médical (indépendants et salariés)
433D	Préparateurs en pharmacie
525D	Agents des services hospitaliers (de la fonction publique ou du secteur privé)
526A	Aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé)
526C	Auxiliaires de puériculture
526E	Ambulanciers salariés (du secteur public ou du secteur privé)
Action sociale	
431A	Cadres infirmiers et assimilés
434A	Cadres de l'intervention socio-éducative
434B	Assistants de service social
434C	Conseillers en économie sociale familiale
434D	Educateurs spécialisés
434E	Moniteurs éducateurs
434F	Educateurs techniques spécialisés, moniteurs d'atelier
434G	Educateurs de jeunes enfants
526D	Aides médico-psychologiques
563A	Assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, familles d'accueil
563B	Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales
563C	Employés de maison et personnels de ménage chez des particuliers

Liste des NAF détaillées de la Santé et de l'Action sociale

NAF 732

8610Z	Activités hospitalières
8621Z	Activité des médecins généralistes
8622A	Activités radiodiagnostic radiothérapie
8622B	Activités chirurgicales
8622C	Autres activités médecins spécialistes
8623Z	Pratique dentaire
8690A	Ambulances
8690B	Laboratoires d'analyses médicales
8690C	Centres de collecte et banques d'organes
8690D	Activité des infirmiers et sages-femmes
8690E	Activité professionnels rééducation
8690F	Activités santé humaine non classées
8710A	Hébergement médicalisé personnes âgées
8710B	Hébergement médicalisé enfants handicapé
8710C	Hébergement médicalisé adultes handicap
8720A	Hébergement social handicapés malades mentaux
8720B	Hébergement social pour toxicomanes
8730A	Hébergement social pour personnes âgées
8730B	Hébergement social handicapés physiques
8790A	Hébergement social enfants en difficulté
8790B	Hébergement social adultes familles difficulté
8810A	Aide à domicile
8810B	Accueil sans Hébergement adultes handicapés
8810C	Aide par le travail
8891A	Accueil de jeunes enfants
8891B	Accueil sans Hébergement enfants handicapés
8899A	Autre accueil sans Hébergement enfants ados
8899B	Action sociale sans hébergement non comptabilisé ailleurs



Évolution des métiers de la Santé et de l'Action sociale en Provence - Alpes - Côte d'Azur

Zooms sur quelques métiers emblématiques

Séjour de la santé, Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie... les secteurs de la Santé et de l'Action sociale ont été au cœur de l'actualité dès le début de la crise du Covid. Les politiques publiques se sont intéressées aux situations d'emploi et aux conditions de travail de ces nombreux professionnels exerçant en hôpitaux comme en Ehpad, après des dizaines d'années de dégradation du système de santé français.

À travers l'exemple de quatre métiers emblématiques de la Santé (infirmier, aide-soignant, cadre de santé et masseur-kinésithérapeute) et un métier de l'Action sociale (accompagnant éducatif et social), l'étude a pour objet de mettre en avant les évolutions des métiers, des compétences et donc de la formation - prérogative des Régions - pour souligner les nouveaux enjeux dans ces secteurs majeurs de l'économie régionale.

Cette étude a été commanditée par



Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

