

# Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ?

FÉVRIER 2025

2024-069R

• **RAPPORT**

Paul-Marie  
**Atger**

Mikael  
**Hautchamp**

Membres de l'Inspection générale  
des affaires sociales

Avec la contribution de  
Juliette Berthe et Thibault Mazue-Vergereau, Pôle DATA de l'IGAS



Suivez-nous sur LinkedIn

## SYNTHESE

Par lettre datée du 3 juillet 2024, la ministre du travail, de la santé et des solidarités a demandé à l'Inspection générale de mener une mission d'expertise relative à l'attractivité des métiers du champ social. Cette mission avait pour objectif principal de proposer des actions destinées à faciliter le recrutement rapide des métiers en tension dans le champ social grâce à un meilleur appariement offre et demande d'emploi, grâce à l'identification des leviers les plus efficaces permettant de lever les freins actuels à l'attractivité, d'accroître les recrutements et de consolider la fidélisation des professionnels. La mission a fait le choix de traiter l'ensemble des métiers du champ sanitaire et social à l'exception des professions médicales et en faisant un focus plus particulier sur certaines professions du fait de leur volume et de leur rôle pivot dans les politiques sociales : infirmières, aides-soignantes, aides à domicile, éducateurs spécialisés et auxiliaires de puériculture.

Au terme de ses investigations, **la mission fait le constat d'une situation préoccupante en matière de tensions de recrutements** notamment sur un certain nombre de métiers-pivots nécessaires à la mise en œuvre des politiques sociales et à la prise en charge des besoins des publics dont l'accroissement est par ailleurs certain du fait du vieillissement de la population. Cet effet de ciseau entre des besoins en hausse et une offre en baisse est à la racine de nombreuses difficultés que rencontrent les acteurs qu'il s'agisse des fermetures de lits dans les hôpitaux ou les EHPAD, des plans APA qui ne sont pas exécutés au niveau de leur évaluation, des établissements et services qui ne peuvent prendre en charge des personnes en situation de handicap.

**La mission fait également le constat que le facteur explicatif principal de cette situation est l'insuffisance de personnes formées et diplômées.** Entre 2012 et 2023, le nombre d'infirmières diplômées est passé de 26 447 à 24 215, alors que la population totale française a augmenté de plus de 2 millions de personnes dont une part des plus de 65 ans passée de 17 à 21 %. En outre, la demande de soins, qui a augmenté depuis 2013, a conduit à une baisse de la densité standardisée d'infirmières salariées et d'aides-soignantes. Du côté des aides à domicile, 3 303 personnes avaient obtenu un DEAVS en 2012, seulement 799 personnes avaient obtenu le DAES dans la spécialité « vie à domicile » en 2020. D'autres facteurs jouent également un rôle important et notamment l'image que ces métiers - ou certains de ces métiers - véhiculent, des conditions de travail dégradées qui concernent plus la fidélisation des personnels que l'attractivité des métiers ou la faiblesse des rémunérations dont l'effet est variable selon les professions et touche surtout les aides à domicile -, dont les mesures Ségur ont cependant amoindri l'acuité.

De manière plus générale, **la mission constate que l'action publique souffre de trois difficultés majeures.** Tout d'abord, **elle ne dispose pas des moyens suffisants pour connaître les besoins précis en personnels qui sont nécessaires aujourd'hui et qui le seront demain** ; les directions ou structures en charge de l'observation et de la prévision travaillent, sans coordination, sur des éléments épars et sans vision d'ensemble. N'ayant pas d'instruments précis d'observation, l'action publique n'a pas les moyens d'une prévision, pourtant indispensable, des besoins dans les différents métiers. Ensuite, **elle n'a pas, à la différence de pays comparables comme l'Australie, le**

**Royaume-Uni ou les Pays-Bas, de stratégie des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social** qui lui permettrait, comme c'est le cas dans les pays cités, de planifier, sur la base d'une prospective, la mise en action des leviers pour disposer des ressources humaines nécessaires.

L'existence de plans d'actions ponctuels, et souvent spécifiques au secteur du grand âge, perpétue le cloisonnement institué dans les années 1970 entre le système de santé et le secteur médico-social, et ne permet pas de programmer, de façon pluriannuelle, les besoins en formation et en emplois de secteurs pourtant liés de façon structurelle, du fait de la transversalité des professions du soin.

Enfin **manque un dispositif pivot de coordination et de pilotage des actions aujourd'hui menées en ordre dispersé** par des acteurs qui ne se parlent globalement pas, ni au niveau national, ni au niveau local. Plusieurs acteurs disposent d'une partie de la compétence sur l'observation, la prévision, le financement des places en formation initiale ou en formation continue, sur l'appariement, sur les actions de fidélisation, sur le recrutement.

La nature du marché du travail dans le champ sanitaire et social liée à la qualité souvent publique des employeurs, à leur grande hétérogénéité, à la présence forte de professions à diplômes d'Etat, à la place des Régions dans le dispositif de formation induit un fonctionnement de ce marché du travail et des mécanismes d'appariement liés qui sont spécifiques. A ce titre, la place de France travail, malgré des évolutions récentes utiles autour de la politique des viviers reste marginale et devrait être confortée.

Pour autant, la mission estime que si les processus d'appariement offre et demande nécessitent d'être améliorés et renforcés, **l'essentiel des leviers à actionner**, pour résoudre ces tensions de recrutement et ce manque de professionnels en poste, **consiste en une injection massive de professionnels sur le marché du travail**.

Celui-ci souffre aujourd'hui de trois grandes séries de problèmes qui contribuent, dans un sens malheureusement identique, à l'attrition des personnels disponibles. **En premier lieu, le dispositif de formation initiale** dont le calibrage a fait l'objet d'une politique prudente à la fin des années 2010 **ne permet pas aujourd'hui de former suffisamment de professionnels** pour des raisons différentes selon les professions. Ainsi pour les professions du travail social c'est en raison notamment d'une baisse du nombre de candidats, pour les aides-soignantes des places en IFAS qui ne sont pas saturées, et pour les infirmières de taux d'interruption ou d'abandons beaucoup plus forts qui conduisent à ce que le nombre de diplômés baisse alors que le nombre de places a augmenté. **En second lieu, la formation continue, voie d'accès principale pour certaines professions**, notamment les aides à domicile, et majeure pour d'autres (les aides-soignantes) **ne joue pas, à ce stade, le rôle qu'elle pourrait jouer du fait notamment de manques de financement**, dimension essentielle pour des formations souvent longues et coûteuses. En dernier lieu, **le volume de personnels disponibles sur le marché du travail souffre de phénomènes d'attrition importants** liés à de nombreux départs (du fait des conditions de travail, et de la concurrence de l'intérim), de temps partiels majoritaires dans certaines professions (notamment les aides à domicile) qui, pour un même nombre de personnels, limite le volume de prise en charge possible.

Au-delà des leviers de court terme, **la mission estime que l'attractivité et la fidélisation des métiers en tension** dans le champ sanitaire et social **dépendent de facteurs de moyen et de long terme qui ne sont pas aujourd'hui dans une situation nominale.**

Ainsi **la promotion des métiers, via des actions de communication**, quoiqu'ayant connu une hausse des actions visant à améliorer l'image des professions, **fait l'objet d'initiatives prises en ordre dispersé** entre les campagnes nationales (au demeurant associant assez peu les acteurs de terrain), les actions locales mises en œuvre par les ARS ou les établissements de santé, les actions nationales prises par des acteurs tels que les branches professionnelles ou les OPCO, les réseaux associatifs, les collectivités locales. **Ces campagnes sont par ailleurs relativement peu ciblées** et prennent des voies de diffusion très générale, alors que d'autres recruteurs dans d'autres champs professionnels rencontrés, par la mission, complètent ces actions générales par des actions très ciblées, par exemple sur les réseaux sociaux.

De même, **l'aide et l'accompagnement des employeurs dans leur capacité à recruter connaissent des limites importantes** qui tiennent à la faiblesse des dispositifs permettant de mutualiser les compétences, les outils, les professionnels notamment pour les employeurs de petite taille dans le champ social ou médico-social. Les groupements d'employeurs, qui peuvent aller jusqu'à proposer des fonctions de placement de type intérim restent encore faibles en nombre et fragile d'un point de vue juridique alors qu'ils représentent une réponse à la fois aux besoins des établissements sans passer par l'intérim privé et à la demande sociale de certains jeunes professionnels. Sur cette question de politique ressources humaines, **la qualité du management représente aussi un vecteur d'attractivité, ou un repoussoir**, conduisant à des départs des établissements et services, réduisant d'autant des durées de carrière déjà courtes dans ces métiers, vecteur qui est à ce stade peu sollicité.

Enfin, **l'architecture actuelle des diplômes ne permet pas de couvrir des besoins** avec plus d'une centaine de diplômes et certifications d'un côté et, de l'autre, des volumes importants de professionnels non diplômés qui sont dans des situations inconfortables à tout point de vue soit faisant fonction (notamment aides-soignantes) soit exerçant sans diplôme ou même sans formation (cas majoritaire des aides à domicile).

Sur la base de ces constats, la mission a établi trois séries de recommandations visant tout d'abord à améliorer la connaissance et le pilotage du sujet de l'attractivité des professionnels, à augmenter à court terme le nombre de professionnels sur le marché du travail du champ sanitaire et social et enfin, à plus long terme, à ajuster positivement les facteurs qui contribuent à l'attractivité et la fidélisation des professionnels.

Ces recommandations pourraient être mises en œuvre en deux temps.

- **A court terme**, pour faire diminuer les difficultés de recrutement, il faut mieux cibler les efforts du service public de l'emploi. Cela passe par un accompagnement renforcé, sur la base d'une liste établie d'un commun accord avec les directions départementales des ARS, des établissements de santé et des ESMS qui ne parviennent pas, faute de personnels formés, à assurer les missions que les pouvoirs publics leurs confient. Cela passe également, dans une logique d'efficience, par un renforcement du partenariat de France Travail avec les grands comptes constitués par les plus grands acteurs du secteur. Cela passe, enfin, par

une réponse adaptée aux problématiques spécifiques du secteur du grand âge en déployant partout en France les plates-formes autonomie. Dès 2025, un travail doit également être effectué, avec l'appui des Régions et du service public de l'orientation, pour présenter aux bacs professionnels ASSP et SAPAT les poursuites d'études possibles et changer leurs représentations liées au métier d'aide-soignant, afin de mieux remplir les places vacantes en IFAS. Pour résoudre une partie des difficultés de recrutement des EHPAD, tout en garantissant la qualité de l'accompagnement prodigué aux résidents, une nouvelle profession d'assistant en gérontologie pourrait être créée. Une renégociation à mi-parcours du PIC 2024-2027 permettrait de réallouer des crédits à cette nouvelle formation portant sur un métier particulièrement en tension. Ces crédits pourront abonder le nouveau protocole Etat-Régions sur les formations sanitaires et sociales afin de viser à une augmentation du nombre de places de formations en écoles. La mission estime que 8 000 places (5 000 infirmières et 3 000 aides-soignantes), dont 6000 en formation initiale et 2000 en formation continue, devraient être créées pour maintenir la densité standardisée des professionnels du soin.

- **A moyen et long terme**, de façon plus structurelle, la France doit se doter d'une capacité de pilotage des ressources humaines de ce secteur comptant environ deux millions d'actifs. Cela passe, dans un premier temps, par la mise en réseau des institutions chargées de l'observation et de la prospective des métiers de la santé et de l'accompagnement social, dans un deuxième temps, par la constitution d'un comité interministériel permettant de définir des orientations stratégiques pour les ressources humaines du champ sanitaire et social et d'en assurer le pilotage, et, enfin, par l'élaboration d'une stratégie nationale des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social, qui pourra compléter la stratégie nationale de santé, à horizon 2028.

## Une nouvelle gouvernance pour les ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social

### Comité interministériel des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social

**Composition** : Présidé par le premier ministre. Il réunit annuellement, outre le ministre de la Santé, qui en est le vice-président, les ministres en charge des affaires sociales, de l'emploi et de la formation professionnelle, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, du budget et des collectivités territoriales.

Un secrétaire général, rattaché au SGMAS, prépare ses travaux et délibérations et coordonne la politique d'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement social. Il assure également la fonction de président du conseil d'administration du fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social. Le secrétariat général du comité interministériel est chargé de l'animation de la politique de communication et de promotion des métiers, sur le plan national et territorial.

**Rôle** : Le comité interministériel :

- Définit, coordonne et évalue la **stratégie nationale des ressources humaines du système de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux**.
- Détermine et affecte les moyens du **Fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social**.



### Fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social

#### Composition :

Le conseil d'administration du fonds, présidé par un représentant du ministère de la Santé, propose au comité interministériel les orientations à donner aux allocations de moyen.

Le CA est assisté d'un comité de surveillance, qui comprend des représentants des salariés et des employeurs des différentes branches concernées, des représentants des collectivités territoriales et des personnes qualifiées. Il assiste le CA dans la définition des grandes orientations.

**Missions** : le Fonds finance l'augmentation de l'offre de formation initiale des métiers du soin et de l'accompagnement social, par le biais d'une convention passée avec les Régions ; les actions favorisant l'appariement offre-demande, notamment les plateformes des métiers de l'autonomie ; les actions de communication autour des métiers, notamment la campagne de recrutement,

Le Fonds participe au financement des parcours de reconversion d'actifs, indépendants ou salariés ; des études portant sur la prospective des ressources humaines dans le champ social, sanitaire et médico-social ; de l'innovation pédagogique.

Il est financé par l'Etat et la CNSA, laquelle bénéficie d'une augmentation de 0,1 point de la contribution additionnelle de solidarité.



### Réseau national d'observation et de prospective des emplois et des métiers de la santé et de l'accompagnement social

**Composition** : ONDPS, DARES, INSEE, France Stratégie, DGOS, DGCS, DGE, DGEFP, DGT, Céreq, France Compétences, France Travail, APEC, Réseau des CARIF-OREF, Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé, CNFPT, CNSA, CNAM.

Le Réseau est animé par la DREES.

Les Régions, les Départements, les ARS et les DREETS peuvent être associés, en tant que de besoin, à ses travaux.

Le Réseau se réunit minima deux fois par an et peut créer des groupes de travail thématiques en son sein.

#### Missions :

- Définit un programme de travail partagé,
- Développe une méthode commune Etat-Régions en matière de prospective emploi-formation, à différentes échelles,
- Contribue à l'élaboration de la stratégie nationale des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social

# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Vecteur	Échéance
A	<b>Améliorer la connaissance et le pilotage du sujet de l'attractivité des professionnels</b>				
2	Créer un réseau national d'observation et de prospective des emplois et des métiers de la santé et de l'accompagnement social pour coordonner les principales structures engagées dans le suivi et l'observation des métiers de la santé et de l'accompagnement social, notamment les directions statistiques ministérielles, les services collecteurs ou utilisateurs de données (ONDPS, ATIH, CARIF-OREF, CEREQ) et pour développer une méthode commune de prospective emploi-formation entre l'Etat et les Régions. La DREES animera ce réseau.	1	DREES, DARES, CEREQ	Arrêté ministériel	2025
1	Elaborer au second semestre 2025, en concertation avec les Régions, un nouveau protocole pour l'évolution des formations sanitaires et sociales, portant le nombre de places supplémentaires à 22 000 à horizon 2028. Les places supplémentaires seront réparties de façon plus objective, en s'appuyant sur les travaux de prospective emploi-formation de la DREES.	1	DGOS- DGCS, DGEFP	Protocole Etat Régions	2025
3	Créer un comité interministériel des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social. Ce comité interministériel sera chargé de définir, de coordonner et d'évaluer la politique en matière de ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social. Présidé par le premier ministre, il réunira annuellement les ministres en charge de la santé, des affaires sociales, de l'emploi et de la formation professionnelle, de l'éducation, de l'enseignement supérieur, du budget et des collectivités territoriales. Un secrétaire général, rattaché au SGMAS, préparera ses travaux et ses délibérations et animera la politique d'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement social, sur le plan national et territorial.	1	MTSS, SGMAS, DGOS, DGCS	Décret du premier ministre	2025

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Vecteur	Échéance
4	<b>Elaborer une stratégie nationale des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social.</b> Cette stratégie sera élaborée conformément aux orientations du comité interministériel, tout en s'appuyant sur les travaux du réseau national d'observation et de prospective des emplois et des métiers de la santé et de l'accompagnement social. Les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales devront entretenir un rapport de compatibilité avec cette stratégie nationale.	1	MTSS SGMAS	Plan de travail du comité interministériel	2028
5	<b>Créer deux groupes de travail</b> au sein du comité interministériel, <b>afin de traiter des problématiques spécifiques du secteur de la santé et du secteur du handicap</b> , les autres secteurs (Travail social, Grand âge, Petite enfance) bénéficiant déjà d'une forme de structuration.	2	MTSS	Plan de travail du comité interministériel	2026
15	<p><b>Créer un fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social.</b> Ce fonds sera alimenté par l'Etat, en mobilisant notamment le FNE-Formation, et par la CNSA, grâce à une augmentation de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), ou par une contribution du dispositif de lissage conjoncturel des recettes fiscales des collectivités territoriales. Il pourra notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pérenniser et accroître, d'ici 2028, à hauteur de 22 000 places de formation, le soutien de l'Etat au financement des formations sanitaires et sociales par les Régions ;</li> <li>• financer les actions en matière de promotion de métiers du soin et de l'accompagnement ;</li> <li>• financer des actions favorisant l'appariement entre offre et demande d'emploi dans les métiers de l'accompagnement et du soin, et notamment des plateformes des métiers de l'autonomie et des campus des métiers de la santé et de l'accompagnement social ;</li> <li>• contribuer au financement des parcours de reconversion d'actifs, indépendants ou salariés ;</li> </ul>	1	MTSS SGMAS	Légitif	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Vecteur	Échéance
	<ul style="list-style-type: none"> <li>contribuer au financement de l'investissement dans les CFA des métiers de la santé et de l'accompagnement social.</li> </ul> <p>Son conseil de gestion sera présidé par un représentant du ministère de la santé, qui assurera également les fonctions de secrétaire général du comité interministériel. Il aura pour rôle de proposer au comité interministériel des ressources humaines du secteur de santé et du secteur social et médico-social les orientations à donner aux allocations de moyens.</p>				
6	<p><b>Conforter, tout en la rénovant, la gouvernance régionale</b> en matière d'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement social : 1/ en élargissant les missions des ARS à l'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement social, 2/ en faisant des contrats d'objectifs et de moyens le cadre du partenariat en matière de formations sanitaires et sociales et de promotion des métiers, 3/ en fusionnant les schémas régionaux des formations sanitaires et des formations sociales en un schéma unique, compatible avec la stratégie nationale des ressources humaines des métiers de la santé et de l'accompagnement social.</p>	2	DGOS, DGCS	Instruction administrative	2026
B	<b>Augmenter le nombre de professionnels du champ sanitaire et social sur le marché du travail</b>				
B1	<b>Améliorer l'appariement entre l'offre et la demande d'emploi</b>				
7	<p><b>Veiller à ce que les agences France Travail passent une convention de partenariat avec chaque grand employeur du champ sanitaire et social de leur territoire.</b> Cette convention serait le support d'un travail de partenariat « grand compte » associant l'équipe RH de l'employeur, le conseiller entreprise France Travail et l'équipe viviers métiers en tension de France Travail.</p>	2	DGEFP, SGMAS	Instruction DGEFP à France travail	2026
8	<p><b>Soumettre les établissements de santé et les ESMS à une obligation de publicité sur la plate-forme « <a href="http://prendresoin.fr">prendresoin.fr</a> » et faire évoluer « <a href="http://prendresoin.fr">prendresoin.fr</a> » en l'enrichissant d'un centre de ressources pour les employeurs et d'une fonction permettant de candidater en ligne sur les formations de niveau bac et infra.</b></p>	1	DGOS	Instruction conjointe DGOS et DGCS	2025

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Vecteur	Échéance
9	<b>Créer dans chaque département une plate-forme de l'autonomie.</b> La forme privilégiée de cette plate-forme serait un GIP présidé par le conseil départemental et intégré dans le Réseau pour l'emploi de France Travail. Elle bénéficiera du financement de la CNSA, des départements, de France travail et de l'ARS.	1	CNSA, DGEFP, SGMAS, DGCL	Comité interministériel dotation CNSA	2026
B2	<b>Augmenter le nombre de diplômés issus de la formation initiale</b>				
10	<b>Mettre en place un plan d'attractivité des IFAS à l'échelle de leur bassin de recrutement.</b> Ce plan devrait être un plan d'action partagé entre les Régions, l'Education nationale et les partenaires du SPRO (dont France Travail et les missions locales), les communes, et l'établissement. Un travail de diversification des viviers – personnes des quartiers de la politique de la ville, BRSA, personnes en reconversion - sera mis en place.	2	DGOS, DGEFP, Ministère éducation national, Régions	Concertation régionale mise en œuvre dans le cadre du plan d'action du comité interministériel	2025
11	<b>Améliorer l'orientation et la sélection des candidats aux IFSI.</b> Tout d'abord, faire en sorte que le service public de l'orientation calibre mieux l'orientation des candidats vers la formation adaptée (ne pas viser systématiquement la qualification la plus élevée). De ce point de vue, il serait bon que les directions d'IFSI mettent l'accent sur l'appréciation de la motivation des candidats au moins autant que le profil académique. En second lieu, il faudrait améliorer l'ergonomie de parcours sup qui pourrait préciser le taux d'échec (ou de réussite) selon le type de baccalauréat et proposer un outil d'auto-positionnement beaucoup plus précis (comme celui des formations en STAPS)		DGOS, Education nationale	Plan d'action comité interministériel	2026
12	<b>Améliorer les conditions de vie sociale des étudiants dans les formations sanitaires et sociales :</b> 1/ Mettre en œuvre le remboursement des frais de déplacements pour les stages ainsi que des indemnités de stages pour toutes les formations du champ sanitaire et social, y compris les formations de travail social. 2/ Faire en sorte que les élèves des formations post Bac aussi bien pour le champ sanitaire que pour le champ social accèdent automatiquement au CROUS. 3/ Renforcer le nombre de logements étudiants près des IRTS et des IFSI/ IFAS qui sont souvent éloignés des campus.	1	DGOS, DGCS, MESR, DGCL	Plan d'action du comité interministériel	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Vecteur	Échéance
13	<b>Développer l'alternance et notamment l'apprentissage dans les formations sanitaires.</b> Concrètement, les ARS devraient s'attacher à demander aux écoles de passer des partenariats avec des CFA et aux employeurs, notamment les établissements de santé, mais aussi les ESMS, de s'engager à embaucher plus d'apprentis. Enfin, l'offre de places de formations pourrait passer par la création par l'éducation nationale de CFA du sanitaire et du social comme c'est le cas en Nouvelle Aquitaine. La cible pourrait être de passer progressivement à un taux de formations en alternance dans le champ sanitaire de 10 % en cinq ans (aujourd'hui 6 %).	2	DGOS, DGCS, DGEFP	Instruction DGOS aux ARS et plan d'action du comité interministé riel	2025
B3	<b>Développer la place de la formation continue</b>				
14	<b>Améliorer le dispositif de certification des diplômes du champ social</b> via une plus grande reconnaissance du statut de membre de jury et une délégation de l'organisation des épreuves dans un premier temps et, ultérieurement, de la délivrance des diplômes aux écoles de formation au travail social (EFTS). Un recours plus important au réseau de l'éducation nationale pourra par ailleurs être recherché.	2	DGEFP et DGCS	Circulaire DGCS / DGEFP	2026
B4	<b>Augmenter le volume des professionnels en poste</b>				
16	<b>Limiter le recours des établissements de santé et médico-sociaux à l'intérim.</b> Cette réduction doit s'articuler avec le soutien au développement de formes publiques groupements d'employeurs pour les remplacements (voir reco 23) et à l'amélioration des pratiques managériales dans les établissements et services (voir reco 25). Cet encadrement pourrait prendre une forme progressive pour aider à la transformation de leur effectif.	1	DGOS, DGCS	PLFSS	2026
17	<b>Modifier le financement des services d'aide à domicile en passant de la tarification à l'heure à une tarification à la mesure.</b> Le surcoût potentiel d'une telle mesure est évalué par la mission à 920M€, dont le financement pourrait être gagé à due concurrence par une baisse de la dépense fiscale occasionnée par le CESU sur les heures dites « de confort ».	1	DGCS	PLFSS ?	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Vecteur	Échéance
C	<b>Renforcer les déterminants de moyen terme de l'attractivité : image des métiers, pratiques RH et managériales et architecture des diplômes</b>				
C1	<b>Communication</b>				
18	<b>Elaborer, après une concertation avec l'ensemble des parties prenantes, une « promesse employeur » du champ sanitaire et social, c'est à dire les messages clés qui donnent de la cohérence à la communication en matière de recrutement et de promotion des métiers.</b> Pour élaborer cette "promesse employeur", il conviendra d'identifier les quatre à cinq piliers majeurs de l'image du champ sanitaire et social, de les traduire en preuves tangibles, de réfléchir au positionnement et à la spécificité du champ sanitaire et social par rapport aux autres secteurs, et de définir le ton à adopter pour la communication. Cette "promesse employeur" devra offrir un cadre souple et adaptable, pour permettre à toutes les structures de santé, sociales ou médico-sociales, de communiquer sur leurs métiers de façon personnalisée mais cohérente.	2	DICOM MTSS	Groupe de travail communication du comité interministériel	2026
19	<b>Coordonner, au niveau national, l'événementiel en matière de promotion des métiers du soin et de l'accompagnement social dans le cadre d'un groupe de travail du comité interministériel.</b> Cette coordination sera réalisée au niveau régional, dans le cadre des contrats d'objectif sanitaire et social, et au niveau départemental, grâce à la délégation départementale de l'ARS, en lien avec le Département.	2	DICOM MTSS	Groupe de travail communication du comité interministériel	2026
20	<b>Elaborer une stratégie de segmentation pour mieux cibler la communication sur les métiers :</b> - en sollicitant l'expertise en marketing social de l'EHESP, - en ciblant les départements vieillissants où l'offre potentielle localisée est faible, - en finançant, par le biais de la Mission Recherche (MiRe) de la DREES un programme de recherche sur les facteurs d'engagement dans les carrières sanitaires et sociales, afin de mieux connaître le public et ses attentes.	1	DICOM MTSS	Groupe de travail communication du comité interministériel	2026

n°	Recommandation		Priorité	Autorité responsable	Vecteur	Échéance
C2	Soutenir et améliorer les compétences RH et les pratiques managériales des employeurs					
24	<b>Soutenir les groupements d'employeurs ou de sociétés coopératives dans le champ sanitaire et sociale</b> , à la condition explicite que les groupements concernés s'engagent sur des objectifs en faveur de l'emploi stable et qualifié dans le cadre d'une convention entre les pouvoirs publics et le groupement d'employeurs concerné. Les GHT devraient être un pivot de la création des groupements.	1	DGEFP/ CNSA	Crédits DGEFP		2026
25	<b>Installer dans chaque ARS, au niveau régional et/ou départemental un référent gestion RH</b> dont la mission sera d'animer un réseau des responsables RH des établissements et services sociaux, sanitaires et médico-sociaux. Ce référent serait également chargé de l'animation de cette communauté RH en s'appuyant sur des outils d'animation de communauté professionnelle en ligne.	1	DGOS, DGCS, SGMAS	Instruction DGOS/ SGMAS		2025
26	Sur la base d'une évaluation des organisations managériales innovantes notamment dans le champ de l'intervention à domicile, <b>soutenir financièrement la mise en place d'initiatives de pratiques managériales innovantes et diffuser les bonnes pratiques dans les établissements de santé et les ESMS.</b>	2	CNSA avec DGCS et DGOS	Appels à projets CNSA		2026
C3	Réformer l'architecture des certifications des métiers du grand âge					
21	<b>Créer un nouveau diplôme d'Etat d'« Assistant en gérontologie» afin de qualifier les faisant-fonction d'aide-soignant des EHPAD.</b> Des dispenses pourront être accordées, au vu de l'expérience ou des diplômes antérieurs. Le référentiel, établi en prenant en compte notamment les référentiels d'« Auxiliaire de santé Croix-Rouge Suisse » et d'« Accompagnant en gérontologie », portera sur les soins liés à l'hygiène corporelle et au bien-être des résidents, ainsi que sur les soins liés à l'alimentation et à l'élimination. La durée de la formation théorique ne dépassera pas deux mois. Les modalités pédagogiques favoriseront l'alternance. Seuls les titulaires de cette certification pourront travailler	1	DGOS DGCS	Plan d'action du comité interministé riel CASF		2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Vecteur	Échéance
	auprès de personnes âgées dépendantes, classées GIR 1 à 2, que ce soit au sein en EHPAD ou à domicile.				
22	<b>Etudier, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et sur la base d'un parangonnage européen, les modalités de création d'une pratique avancée en soins gérontologiques pour les aides-soignantes ayant exercé trois ans à temps plein sur la période des cinq dernières années.</b> Cette pratique avancée en soins gérontologiques serait accessible sous réserve d'une formation qui pourrait être réalisée notamment dans le cadre d'une alternance.	1	DGOS DGCS	Arrêté MTSS	2028
23	<b>Etudier l'intérêt de la création d'une profession d'assistant en soins infirmiers.</b> Une étude comparative pourrait être réalisée par le réseau des conseillers aux affaires sociales, sur les infirmières auxiliaires au Québec, sur le bilan de la mise en place des infirmières auxiliaires au Royaume-Uni depuis 2017, et sur la création du diplôme d'assistant en soins infirmiers en Belgique. Cette réflexion sur l'intérêt de la création d'une nouvelle profession d'assistant en soins infirmiers s'appuiera également sur les travaux de recherche en santé publique conduits au Royaume-Uni depuis la création du métier d'infirmière-auxiliaire. L'intérêt de la création de cette nouvelle profession pourra être discutée lors de la concertation préalable à l'élaboration d'une stratégie des ressources humaines pour la santé, le social et le médico-social.	1	DGOS DGCS DAEI	Plan d'action du comité interministériel	2028

Chiffrage des recommandations, principaux enjeux financiers

Recommandation	Chiffrage du coût en millions d'Euros	Financement
<b>Créer un fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social, permettant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Financement de l'augmentation de l'offre de formation, en formation initiale et en formation continue (pro A),</li> <li>– Mise en place dans chaque département d'une plate-forme autonomie,</li> <li>– Plan de qualification des "faisant-fonction" d'aide-soignant,</li> <li>– Tutorat pour réduire l'abandon des étudiants infirmiers,</li> <li>– Soutien à l'investissement dans les CFA</li> </ul>	<p>Ce fonds prendrait à sa charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le coût du protocole Etat-Régions en cours : <u>273 M €</u>,</li> <li>– les dépenses nouvelles liées majoritairement à de nouvelles augmentations du nombre de place de formation : 226,5 M€, soit <u>au total 490,5 M€</u>. les dépenses nouvelles liées majoritairement à de nouvelles augmentations du nombre de place de formation : 217,5 M€, soit <u>au total 490,5 M€</u>.</li> </ul>	<p>Scénario 1 : CNSA, grâce à augmentation de 0,1 point de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, soit 350 millions €, et Etat, grâce au redéploiement de 140,5 M€ sur les 273 M € du protocole Etat-Régions.</p> <p>Scénario 2 : Etat, grâce à un abondement à hauteur de 270 M € du dispositif de lissage conjoncturel des recettes fiscales des collectivités, et CNSA à hauteur de 12 M €</p>
<b>Modifier le financement des services d'aide à domicile en passant de la tarification à l'heure à une tarification à la mesure</b>	920	Baisse de la dépense fiscale de du CESU pour les heures dites de confort, à hauteur de 1,1 milliard d'euros
<b>Soutenir financièrement la mise en place d'initiatives de pratiques managériales innovantes et diffuser les bonnes pratiques dans les établissements de santé et les ESMS</b>	1	CNSA avec FSE+

Détail de l'équilibre du fonds de développement des compétences des métiers<sup>1</sup>

Charges	Montants en M€	Produits	Montants en M€
Protocole Etat-Régions	273	Etat	140,5
Création de 6 000 nouvelles places (IDE et AS) en formation initiale	112	CNSA	350
Création de 3 000 places de formation initiale d'accompagnant en gérontologie	10		
Augmentation du soutien à l'investissement dans les IFSI-IFAS	5		
Plates-formes autonomie, étendues à l'ensemble du territoire national	35		
Plan de qualification des faisant-fonction	5		
Promotion des métiers et communication	5		
1000 places de formation supplémentaires grâce au déplafonnement Pro-A	35		
Soutien à l'investissement dans les CFA	5		
Accompagnement renforcé de 10 000 étudiants infirmiers en première année	5		
Soutien aux groupements d'employeurs	0,5		
<b>Total</b>	<b>490,5</b>		<b>490,5</b>

---

<sup>1</sup> Plusieurs scénarios de financement du fonds sont présentés dans le rapport.

# SOMMAIRE

<b>SYNTHESE.....</b>	<b>2</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....</b>	<b>7</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>17</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>20</b>
<b>1 L'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS POUR RESOUDRE LES TENSIONS DE RECRUTEMENT DES PROFESSIONNELS DU SOIN S'EST MATERIALISEE DANS DES PLANS D'ATTRACTIVITE QU'IL CONVIENDRAIT DE TRANSFORMER EN UNE STRATEGIE RH PLUS STRUCTURELLE ET MIEUX PILOTEE .....</b>	<b>21</b>
1.1    LE CHAMP SOCIAL CONNAIT UNE CRISE D'ATTRACTIVITE DES METIERS DU SOIN, QUE REVELE L'AUGMENTATION DEPUIS PRES DE DIX ANS DES TENSIONS DE RECRUTEMENT, AGGRAVEE PAR LA CRISE COVID ET SES SUITES .....	21
1.1.1 <i>Le champ social connaît une crise d'attractivité de ses métiers, qu'il s'agisse des professions sanitaires ou des professions sociales, qui toutes concourent à la mise en œuvre des politiques sociales dans leur ensemble.....</i>	21
1.1.2 <i>Les difficultés de recrutement les plus importantes, notamment pour les métiers du soin, sont essentiellement dues à une insuffisance du nombre de personnes formées. ....</i>	27
1.2    LES TENSIONS DE RECRUTEMENT ONT DEGRADE LES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS LES ETABLISSEMENTS ET LES SERVICES ET LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS CONTRIBUANT A UNE MAUVAISE IMAGE DES METIERS ..	29
1.2.1 <i>La réduction du nombre de lits, en dégradant les conditions de travail du personnel hospitalier, a engendré une spirale négative.....</i>	32
1.2.2 <i>La faiblesse des rémunérations et la difficulté des conditions de travail nuisent à l'image du secteur, tant auprès du personnel que du grand public, et des jeunes d'âge scolaire susceptibles de s'orienter vers ces métiers .....</i>	34
1.3    FACE A CETTE SITUATION, LES POUVOIRS PUBLICS ONT AUGMENTE L'OFFRE DE FORMATION ET ACCRU LES REMUNERATIONS DANS LE CADRE D'UN PLAN D'ATTRACTIVITE .....	35
1.3.1 <i>La mise en place d'un plan d'action sur l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement social .....</i>	35
1.3.2 <i>Une forte augmentation de l'offre de formation dans les métiers du soin.....</i>	37
1.3.3 <i>Une revalorisation structurelle, mais hétérogène, des rémunérations.....</i>	38
1.4    POUR RESOUDRE LES TENSIONS DE RECRUTEMENT, IL CONVIENT D'ELABORER UNE STRATEGIE DES RESSOURCES HUMAINES DES METIERS DU SOIN ET DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL PILOTEE PAR UN COMITE INTERMINISTERIEL.....	39
1.4.1 <i>Le manque actuel d'une stratégie des ressources humaines dans le champ sanitaire et social nous distingue par rapport à d'autres pays.....</i>	39
1.4.2 <i>Améliorer le travail d'observation et de prospective, au niveau national et au niveau régional, sur les métiers du sanitaire et du social, est une condition indispensable au pilotage des ressources humaines du champ sanitaire et social .....</i>	45
1.4.3 <i>Confier à un comité interministériel le pilotage stratégique des ressources humaines du champ sanitaire et social .....</i>	50
1.4.4 <i>Au niveau régional, une gouvernance à conforter et à rénover.....</i>	53

<b>2 SEULE UNE AUGMENTATION MASSIVE DES PROFESSIONNELS SUR LE MARCHE DU TRAVAIL PERMETTRA D'EN CORRIGER LES DESEQUILIBRES.....</b>	<b>56</b>
2.1 CENTRER LES ACTIONS D'APPARIEMENT SUR LES GRANDS EMPLOYEURS (FRANCE TRAVAIL) ET LES PUBLICS PRIORITAIRES (PLATES-FORMES DE L'AUTONOMIE) PERMETTRA DE MIEUX CIBLER L'INTERVENTION DU SERVICE PUBLIC DE L'EMPLOI .....	58
2.1.1 <i>L'action de France travail désormais fondée sur une politique de viviers pourrait être plus ciblée et renforcée via la nouvelle plate-forme « prendre soins.fr ».....</i>	58
2.1.2 <i>Les services de l'Etat contribuent également à cet appariement .....</i>	62
2.1.3 <i>Le rôle des plates-formes de l'autonomie sur l'appariement est prometteur et devrait être étendu au niveau national .....</i>	63
2.2 AUGMENTER DE FAÇON STRUCTURELLE LE NOMBRE DE PERSONNES DIPLOMEES EST LE PRINCIPAL LEVIER POUR CORRIGER LES DESEQUILIBRES DE CE MARCHE DU TRAVAIL.....	66
2.2.1 <i>Saturer les places de formation ouvertes en IFAS.....</i>	66
2.2.2 <i>Augmenter le nombre de professionnels diplômés en formation initiale nécessitera une réduction des taux d'abandon en cours de formation.....</i>	68
2.3 LEVIER INDISPENSABLE A L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS EN POSTE, LE DEVELOPPEMENT DE LA FORMATION CONTINUE CONTRIBUE EGALEMENT A L'ATTRACTIVITE DE CES CARRIERES	76
2.3.1 <i>La formation continue n'est pas à ce jour à la hauteur des enjeux .....</i>	76
2.3.2 <i>Comment trouver de nouvelles ressources de financement fléchées pour accroître l'effort de formation de l'ensemble des actifs du champ ?.....</i>	80
2.3.3 <i>Face à la diminution de la durée des carrières, il convient d'agir sur la fidélisation des professionnels .....</i>	89
2.3.4 <i>Augmenter le temps de travail rémunéré des professionnels qui, notamment à domicile, se voient encore imposer des temps partiels.....</i>	94
2.3.5 <i>Recruter et former ensuite : l'exemple des faisant fonction d'aide-soignante en EHPAD. ....</i>	96
<b>3 AMELIORER L'ATTRACTIVITE DES PROFESSIONS SUPPOSE EN OUTRE DE MIEUX COMMUNIQUER SUR LES METIERS, DE RENOVER L'ARCHITECTURE DES DIPLOMES ET D'AMELIORER LES PRATIQUES MANAGERIALES .....</b>	<b>97</b>
3.1 RENDRE PLUS EFFICACE LA COMMUNICATION SUR LES METIERS SUPPOSE UNE MEILLEURE SEGMENTATION DES PUBLICS ET LA MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATEGIE COORDONNEE.....	97
3.1.1 <i>La promotion des métiers du soin et de l'accompagnement social a fait l'objet de nombreuses initiatives, mais en ordre dispersé.....</i>	97
3.1.2 <i>Une stratégie de communication coordonnée doit être élaborée avec l'ensemble des parties prenantes et reposer sur une connaissance approfondie du public visé et de ses attentes .....</i>	101
3.2 POUR RENDRE ATTRACTIFS LES METIERS DU GRAND AGE, IL CONVIENT DE REFORMER L'ARCHITECTURE DES CERTIFICATIONS .....	106
3.2.1 <i>Les nombreuses réformes des diplômes de premier niveau de qualification de l'accompagnement social n'ont pas permis de renforcer leur attractivité et de certifier davantage de personnels .....</i>	107
3.2.2 <i>La validation des acquis de l'expérience ne peut pas être une voie de certification massive des "faisant-fonction" d'aide-soignant des EHPAD.....</i>	108
3.2.3 <i>La création d'une nouvelle profession d'assistant en soins gérontologiques permettrait de valoriser les missions actuellement réalisées par les faisant fonction et de garantir la qualité des soins .....</i>	110

3.2.4	<i>Pour limiter les difficultés de recrutement d'infirmière, il faut également envisager la possibilité de pratiques avancées pour les aides-soignants.....</i>	113
3.3	<b>POUR AGIR SUR LES TENSIONS DE RECRUTEMENT, IL CONVIENT EGALEMENT DE SOUTENIR LES COMPETENCES EN RESSOURCES HUMAINES DES EMPLOYEURS .....</b>	116
3.3.1	<i>La mutualisation des fonctions ressources humaines est un levier important pour faciliter les recrutements .....</i>	116
3.3.2	<i>Il convient également d'accompagner les employeurs dans la professionnalisation de leurs compétences en ressources humaines .....</i>	119
3.4	<b>L'ATTRACTIVITE DES METIERS SUPPOSE ENFIN QUE LES PROFESSIONNELS BENEFICIENT DE PARCOURS DE CARRIERE FLUIDES ET DE PRATIQUES MANAGERIALES VALORISANTES.....</b>	121
3.4.1	<i>La promotion de pratiques managériales innovantes et d'organisations du travail nouvelles contribuent à l'attractivité des métiers .....</i>	121
3.4.2	<i>La fluidité des parcours professionnels entre les lieux d'exercice en établissement ou à domicile est à rechercher .....</i>	123
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	125
	<b>ANNEXE 1 : TITRE.....</b>	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
	<b>ANNEXE 2 : METHODOLOGIE .....</b>	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....</b>	144
	<b>SIGLES UTILISES .....</b>	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
	<b>LETTRE DE MISSION .....</b>	160

# RAPPORT

## INTRODUCTION

Dans le cadre de son programme de travail, l'IGAS a choisi de traiter en 2024 et 2025 la question de l'attractivité des professionnels du champ social sous la forme du lancement de trois missions. L'une est relative à l'amélioration des données et des outils dont disposent les pouvoirs publics pour piloter et réguler la masse salariale et les effectifs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, l'autre porte sur l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail dans les métiers du social et du médico-social.

La dernière, enfin, qui fait **l'objet de ce présent rapport est une mission d'expertise relative à l'attractivité des métiers du champ social, plus large, mais visant aussi à proposer des actions destinées à faciliter le recrutement rapide des métiers en tension dans le champ social** grâce à un meilleur appariement offre et demande d'emplois. Une lettre de mission, jointe au présent rapport, a été signée par la Ministre du Travail, de la santé et de la solidarité, Catherine Vautrin. Paul-Marie Atger et Mikaël Hautchamp ont été désignés pour mener ces travaux. Ils ont bénéficié d'un apport important en expertise du pôle Data de l'inspection générale et de la relecture de Benjamin Maurice, membre également de l'IGAS.

Pour mener à bien ses investigations, la mission a pris en compte la très grande masse d'écrits et de rapports qui ont été publiés sur le sujet, bon nombre de rapports IGAS et mené des entretiens avec les nombreux acteurs qui ont la charge du sujet ou d'un morceau du sujet aussi bien au niveau des administrations centrales que des opérateurs, des fédérations, des branches, des associations, ce dont témoigne la liste des personnes rencontrées.

**Au niveau local la mission a concentré ses investigations sur quatre régions** : Ile de France (Seine Saint Denis, Yvelines et Hauts de Seine), Auvergne Rhône-Alpes (Rhône, Savoie et Haute-Savoie), Normandie (Calvados, Orne et Seine Maritime) et Occitanie (Hérault et Ariège) en veillant à rencontrer des acteurs institutionnels chargés du sujet de l'attractivité tant au niveau régional (ARS, Régions, DR France Travail, DREETS) que départemental (Conseil régional, DDETS, DD ARS, associations) ou communal (Communes) que des établissements et services du champ sanitaire mais aussi social et médico-social (Etablissements de santé, EHPAD, ESMS, services, plates-formes de l'autonomie, Groupements d'employeurs, etc.).

**Le choix des terrains d'investigation a résulté du croisement de données** sur le niveau de tensions de recrutement sur les métiers ciblés, sur le niveau des salaires, la place du secteur public / secteur privé dans l'accueil en établissement vs accueil à domicile et sur l'accessibilité potentielle localisée (APL) des professionnels en mêlant départements connaissant les plus fortes tensions et les mois fortes, à ce stade ou en 2030. **La mission a veillé à recueillir le plus possible la parole des usagers** notamment via des rencontres organisées ou spontanées lors de ses nombreuses visites d'écoles, d'établissements et de services.

La mission s'est également attachée à mener **une approche comparatiste à la fois en s'intéressant à la manière dont le sujet est traité dans certains pays étrangers** (Canada, Royaume-Uni et Australie notamment), **mais aussi dans d'autres secteurs professionnels** (notamment Ministère des

armées et secteur de l'hôtellerie restauration) **et dans les entreprises publiques (SNCF) ou privées** (Orange notamment). Cette approche comparative a permis de nourrir la réflexion de la mission et de fonder plusieurs de ses recommandations.

Enfin, la mission, avec l'aide du pôle Data, a cherché à exploiter des données relatives d'une part à l'appréciation des tensions de recrutement grâce à des données fournies par France Travail et par la DARES (base JOCAS) et, d'autre part, sur le parcours et le suivi de cohortes d'élèves en écoles grâce à plusieurs bases de données (base SISE du Ministère chargé de l'enseignement supérieur et base Parcours sup notamment). Ces travaux qui outillent la réflexion et certaines recommandations de la mission sont retracés dans deux annexes au présent rapport produites par le pôle Data de l'IGAS.

## **1 L'action des pouvoirs publics pour résoudre les tensions de recrutement des professionnels du soin s'est matérialisée dans des plans d'attractivité qu'il conviendrait de transformer en une stratégie RH plus structurelle et mieux pilotée**

1.1 Le champ social connaît une crise d'attractivité des métiers du soin, que révèle l'augmentation depuis près de dix ans des tensions de recrutement, aggravée par la crise COVID et ses suites

1.1.1 Les difficultés de recrutement, qui varient selon les métiers, les secteurs, les types d'établissement et les territoires, sont particulièrement élevées pour les métiers du soin et de l'aide à domicile

[1] La crise d'attractivité des métiers du champ social se matérialise par des difficultés de recrutement et, dans certains cas, une baisse des entrées en formation, signe d'une désaffection de la part des jeunes. L'intensité de cette crise est très variable en fonction des métiers, des secteurs, des types d'établissements, des territoires.

[2] Elle s'inscrit dans un contexte général de tensions sur le marché du travail : la DARES constatait en 2023 que « les tensions sur le marché du travail atteignent, en 2022, leur plus haut niveau depuis 2011 : 8 métiers sur 10, représentant (87 % de l'emploi) sont en tension forte ou très forte, contre 7 sur 10 l'année précédente »<sup>2</sup>.

[3] Sans être ceux qui connaissent les difficultés de recrutement les plus aigües, les métiers du social, du médico-social et de la santé contribuent néanmoins fortement aux tensions sur le marché du travail dans son ensemble : dans la liste des trente métiers les plus en tension établie par la DARES, le métier d'infirmier, fin 2022, est celui qui compte les effectifs les plus importants.

---

<sup>2</sup> V. Ducatel, M. Niang, F. Lainé, et F. Chartier, "Les tensions sur le marché du travail en 2022", DARES Résultats, DARES, n°59, décembre 2023

[4] Ce constat général peut être affiné par une observation des difficultés de recrutement rencontrées, métier par métier. Il a semblé important à la mission d'approfondir cette analyse en observant plus finement quatre métiers (infirmier, aide-soignant, aide à domicile, éducateur spécialisé) pour plusieurs raisons :

- D'une part parce que ces professions sont celles qui sont, numériquement, les plus importantes :
  - Les infirmiers en activité étaient 559 000 en emploi en 2021 selon la DREES.
  - Les aides-soignants en activité étaient 423 000 en 2021.
  - Les aides à domicile travaillant effectivement auprès de personnes âgées, à domicile et sur des activités médico-sociales, représentaient 144 000 ETP en 2019<sup>3</sup>.
- D'autre part parce que les employeurs et leurs représentants ont alerté les pouvoirs publics sur leurs difficultés à recruter ces professionnels dans différents plaidoyers ;

[5] Le taux de tension des infirmières, après avoir baissé durant la première moitié des années 2010, a augmenté continûment depuis 2015. Il a dépassé en 2019 la moyenne de l'ensemble des métiers : fin 2022, il était de 2,011, contre 0,851 pour tous les métiers.

[6] Les tensions sur le marché du travail des infirmiers étaient alors considérées comme très fortes dans l'ensemble des départements pour lesquelles elles pouvaient être comptabilisées, alors que ce n'était le cas que dans 30 départements en 2012.

Graphique 1 : Evolution des tensions depuis 2011, Infirmiers

## Evolution des tensions



Source : Pôle Emploi- DARES - Métiers en tension

[7] 72,6 % des projets de recrutement d'infirmiers étaient jugés difficiles par les employeurs en 2024, d'après l'enquête Besoins en Main d'œuvre (BMO). La proportion de ces recrutements difficiles était supérieure à 90 % en région Centre-Val de Loire et en région Normandie.

[8] **Le taux de tension des aides-soignants a lui aussi connu une évolution assez similaire : il augmente de façon continue depuis 2015, bien avant, donc, la crise sanitaire due à la COVID 19.**

<sup>3</sup> A. Carrère et S. Monirijavid, « Accessibilité géographique à l'offre sociale et sanitaire pour les personnes âgées : une approche territoriale », *Etudes et résultats*, DREES, n° 1279, septembre 2023.

Il dépasse également le taux de tension de l'ensemble des métiers en 2019, mais se situe néanmoins, fin 2022, à un niveau sensiblement plus faible que celui des infirmières (1,186 contre 2,011). 69,4 % des projets de recrutement d'aides-soignants étaient jugés difficiles par les employeurs en 2024, avec de fortes variations régionales : plus de 83 % en région Pays de la Loire mais seulement 53 % en Bourgogne-Franche-Comté.

[9] D'autres métiers du secteur de la santé connaissent des difficultés de recrutement importantes. Le taux de tension des techniciens médicaux, dont font partie les manipulateurs en radiologie (MER), par exemple, a lui aussi<sup>4</sup>

[10] **Le taux de tension des aides à domicile a lui aussi augmenté de façon continue depuis 2015 :** il atteignait 1,447 fin 2022. Il était alors considéré comme très fort dans l'ensemble des départements métropolitains, à l'exception de l'Ain, alors qu'il n'était très fort que dans 44 départements métropolitains en 2012.

Graphique 2 : Evolution des tensions, Aides à domicile et aides ménagères

## Evolution des tensions



Source : Pôle Emploi- DARES - Métiers en tension

[11] 83,7 % des projets de recrutement d'aides à domicile étaient jugés difficiles en 2024, avec de moindres variations régionales : partout supérieur à 77 % en France métropolitaine, le taux de tension des recrutements des aides à domicile dépassait 92 % en Normandie.

[12] **Les taux de tension des professions sociales ont augmenté, mais ils restent très inférieurs à ceux des professions du soin et des aides à domicile.** Fin 2022, à titre d'exemple, le taux de tension des éducateurs spécialisés, quoi qu'en hausse continue depuis 2016, restait légèrement inférieur à celui de l'ensemble des métiers.

<sup>4</sup> Dans leur rapport IGAS de février 2021, « Manipulateur en électroradiologie médicale : un métier en tension, une attractivité à renforcer », Charlotte Carsin et Alain Meunier écrivaient que « cette situation s'explique par un effet ciseau entre la baisse continue de 2011 à 2019 du nombre de MEM formés accédant au marché du travail et la croissance de la demande d'emploi de ces personnels qui est restée dynamique sur la même période. Le nombre de MEM formés a diminué sous le double effet d'une baisse du nombre d'étudiants admis en formation et d'une proportion croissante d'étudiants qui ne terminent pas leurs études. Dans le même temps, la demande de MEM a continué d'augmenter régulièrement, en lien avec le développement des activités d'imagerie, de radiothérapie et de médecine nucléaire et de manière cohérente avec l'évolution des effectifs médicaux. »

## Graphique 3 : Evolution des tensions, Educateurs spécialisés

**Datavisualisation**

Source : Pôle Emploi- DARES - Métiers en tension

[13] Cette analyse par métier peut être complétée par une analyse par secteur, type d'établissement ou de service, par public accueilli, et en fonction des conditions d'exercice.

[14] **De façon générale, les difficultés de recrutement sont particulièrement fortes dans le secteur médico-social.** Les secteurs de l'autonomie et du grand âge, d'une part, et du handicap d'autre part, notamment lorsque les établissements sont médicalisés, sont les plus touchés par ces difficultés de recrutement.

[15] En avril 2024, 35 000 seraient vacants dans les structures représentées par Axess, contre 30 000 en 2021. Le taux de postes vacants aurait augmenté pour la moitié des répondants entre 2021 et 2023.

[16] **Le secteur de l'autonomie et du grand âge connaît les difficultés de recrutement les plus importantes** : 92 % des adhérents d'Axess du secteur du grand âge faisaient état de difficultés de recrutement croissantes entre 2021 et 2023<sup>5</sup>. De son côté, la FHF estimait en 2022 que "la filière grand âge est peu attractive tant en gériatrie aiguë qu'en EHPAD"<sup>6</sup>.

[17] Ces difficultés se sont accrues, mais elles sont anciennes, puisqu'en 2015 déjà, 49 % des EHPAD privés déclaraient être confrontés à des difficultés de recrutement, et 38 % des établissements publics<sup>7</sup>.

[18] **Le secteur du handicap connaît également des difficultés de recrutement importantes, notamment dans les établissements de santé médicalisés<sup>8</sup>.** Ces difficultés de recrutement

<sup>5</sup> « Deuxième baromètre des tensions RH », Axess, avril 2024. Baromètre élaboré sur la base d'une enquête menée en 2023, à laquelle ont répondu 383 établissements et services représentant 133 000 postes. Avec 610 000 salariés, professionnels du soin, du médico-social et du travail social, Nexem et la FEHAP sont les deux principales organisations professionnelles des employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire à but non lucratif.

<sup>6</sup> "Ambition Santé 2022, 30 ambitions de la FHF pour refonder notre système de santé", FHF, avril 2022.

<sup>7</sup> M. Bazin et M. Muller, (DREES), « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Études et Résultats*, DREES, n°1067, juin 2018.

<sup>8</sup> V. Bellamy et A. Farges, « L'accompagnement médico-social des personnes handicapées fin 2022 : plus de personnel mais des difficultés de recrutement », *Etudes et résultats*, DREES, n° 1307, juillet 2024.

touchent davantage les établissements médicalisés, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements d'accueil médicalisées (EAM) et les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés. 94 % des MAS, 88 % des EAM et 88 % des établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés ont déclaré des difficultés de recrutement en 2022.

**[19] Les difficultés de recrutement se sont également accrues dans le secteur de la protection de l'enfance :** selon l'UNIOPSS, 97 % des établissements connaissaient en 2023 des difficultés de recrutement, et le taux moyen de postes vacants était de 9 % contre 2,1 %, selon la DARES, au 4ème trimestre 2023<sup>9</sup>.

**[20]** De façon générale, les difficultés de recrutement sont plus importantes dans les établissements qui accueillent des usagers en continu, notamment en cas de prise en charge la nuit et le week-end<sup>10</sup>.

**[21] Les difficultés de recrutement touchent également le secteur de la protection juridique des majeurs :** selon l'UNAF, les difficultés de recrutement sont anciennes et concernent l'ensemble des territoires<sup>11</sup>. Lors d'un déplacement en Haute-Savoie, le président de la délégation départementale de l'UNAF a confirmé à la mission sa difficulté grandissante à recruter des mandataires judiciaires, et la taille, selon lui trop importante, du nombre de personnes suivies par chaque mandataire.

**[22] Elles sont apparues dans le secteur de la petite enfance :** 66,9 % des employeurs anticipaient des recrutements difficiles en 2023, selon l'enquête BMO, contre 46,6 % en 2015<sup>12</sup>. D'après Axess, parmi ses adhérents, 7 % des postes seraient vacants dans le secteur de la petite enfance<sup>13</sup>.

**[23] Tous secteurs confondus, les difficultés de recrutement sont plus importantes dans les établissements situés en zone rurale.** La probabilité pour un établissement d'avoir des problèmes de recrutement est près de 30 -points plus élevés en Corse qu'en Île-de-France. À l'inverse, un EHPAD implanté dans les Hauts-de-France a une probabilité de 12- points de pourcentage moins élevée qu'un EHPAD francilien de rencontrer des difficultés de recrutement<sup>14</sup>. Rencontrées par la mission, les directions du FAM de Carla-Bayle et de l'EHPAD des Portes de l'Ariège, à Saverdun, ont indiqué souffrir de plus grandes difficultés de recrutement que les établissements situés en zone urbaine.

---

<sup>9</sup> Enquête du réseau Uniopss-Uriopss, novembre 2023, Pénurie de professionnels en protection de l'enfance. Enquête menée auprès de 314 établissements et services.

<sup>10</sup> La FHF indique, par exemple, dans son plaidoyer paru en avril 2022, que les recrutements d'infirmier de nuit sont particulièrement difficiles, ce que les entretiens menés par la mission au GHT de Flers, au CHU de Montpellier et au GHT de Chambéry a permis de confirmer.

<sup>11</sup> Evane Jeanne-Rose, CESE, *Les métiers de la cohésion sociale*, 2022

<sup>12</sup> Proportion des recrutements anticipés comme difficiles pour le code Rome K 1303, assistance auprès d'enfants.

<sup>13</sup> Axess, Deuxième baromètre des tensions RH, avril 2024.

<sup>14</sup> M. Bazin et M. Muller, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Études et Résultats*, DREES, n°1067, juin 2018.

[24] L'ensemble de ces observations permet donc de parvenir aux conclusions suivantes.

[25] Les difficultés de recrutement sont beaucoup plus importantes dans le domaine de la santé et du médico-social que dans le domaine du social, même si l'ensemble des professions prises en compte (infirmier, aide-soignant, aides à domicile, manipulateur-radio, éducateur spécialisé, aide médico-psychologique) connaissent des difficultés de recrutement supérieures à la moyenne de l'ensemble des métiers.

[26] Elles sont particulièrement fortes dans le secteur de l'autonomie et du handicap. Dans le secteur de l'autonomie, les difficultés de recrutement se sont propagées de l'établissement vers le domicile, qui rencontrait jusqu'alors moins de difficultés en raison d'une intensité de la relation formation-emploi plus faible.

[27] Dans le secteur de la petite enfance, les difficultés de recrutement sont plus récentes et moins fortes. Cependant, elles suscitent de fortes inquiétudes chez les employeurs, dans un secteur qui n'était pas, jusqu'alors, confronté à des difficultés de recrutement.

[28] De façon générale, les employeurs rencontrés par la mission nous ont indiqué que les établissements qui doivent fonctionner en continu pour répondre aux besoins de la population, avec un travail de nuit et le week-end, sont également ceux qui connaissent les plus grandes difficultés de recrutement.

[29] Les établissements et services situés en zone rurale rencontrent aussi davantage de difficultés.

[30] Tout en restant à un niveau à la fois très élevé et sensiblement supérieur à ce qu'il était avant la crise COVID, ces difficultés de recrutement semblent cependant diminuer légèrement durant les derniers mois, selon les employeurs rencontrés par la mission. Cette évolution est conforme à celle des vacances d'emploi dans l'ensemble du secteur privé : selon la DARES, en novembre 2024, « *sur un an, le taux d'emplois vacants recule dans tous les grands secteurs.* » Le nombre d'emplois vacants demeure cependant nettement plus élevé qu'avant la crise sanitaire (+19 % par rapport au 4e trimestre 2019). Dans le secteur de l'enseignement et de la santé humaine, le nombre d'emplois vacants, qui était monté à 92 658 au 3e trimestre 2022, n'est que de 78 405 au 2e trimestre 2024, mais il n'était que de 47 591 au 4e trimestre 2019. Il est donc à la fois nettement plus élevé qu'avant la crise, mais aussi nettement plus élevé que pour l'ensemble des secteurs (+ 65 % contre + 19 %). Le nombre d'emplois vacants, connu grâce à l'enquête ACEMO, baisse également.<sup>15</sup>

[31] Il n'est pas possible de savoir, à ce stade, si cette baisse des emplois vacants – ici dans le secteur des établissements de santé privé, et plus largement, dans l'ensemble des secteurs, selon les employeurs rencontrés – est due aux efforts des pouvoirs publics – et notamment aux augmentations Ségur – ou si elles ne sont qu'un aspect d'une baisse, plus générale, des tensions sur le marché du travail.

---

<sup>15</sup> Acemo est une enquête trimestrielle menée sur l'ensemble des entreprises de 10 salariés ou plus du secteur privé hors agriculture, particuliers employeurs et activité extra-territoriales en France (hors Mayotte).

**1.1.2 Les difficultés de recrutement les plus importantes, notamment pour les métiers du soin, sont essentiellement dues à une insuffisance du nombre de personnes formées.**

[32] Les indicateurs complémentaires publiés par la DARES pour expliquer les difficultés de recrutement permettent de comprendre, pour les principaux métiers étudiés, les raisons de ces difficultés<sup>16</sup>. Ces indicateurs complémentaires, discrétisés en cinq classes allant de 1 à 5, de très faible à très fort, sont les suivants :

- **L'intensité d'embauches** : plus les employeurs recrutent, plus ils ont à rechercher des candidats et à réitérer le processus, ce qui joue potentiellement sur les tensions.
- Le caractère contraignant ou non des **conditions de travail**.
- **Le caractère durable ou non de l'emploi** : comme les conditions de travail, les conditions d'emploi interviennent dans l'attractivité du poste à pourvoir.
- **Le manque de main-d'œuvre disponible** : recruter auprès d'un large vivier de demandeurs d'emploi est a priori plus aisé que dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.
- **Le lien entre la spécialité de formation et le métier** : un décalage entre les compétences requises par les employeurs et celles dont disposent les personnes en recherche d'emploi peut alimenter les tensions. L'indicateur permet d'apprécier si le métier en question est difficile d'accès pour des personnes ne possédant pas la formation requise : le lien entre formation et emploi est particulièrement fort pour toutes les professions réglementées.
- **L'inadéquation géographique** : la main-d'œuvre disponible peut être suffisante au niveau national mais si sa répartition géographique diffère fortement de celle des postes proposés, il peut y avoir des tensions localisées.

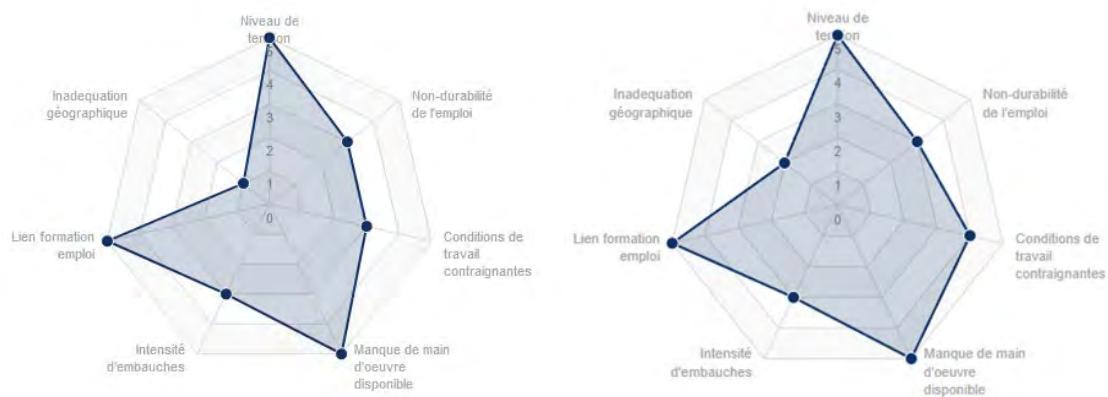
[33] **Les tensions de recrutement des métiers du soin, infirmier et aide-soignant, s'expliquent essentiellement par le manque de main d'œuvre disponible et par le lien formation-emploi.** Dans une profession réglementée, il faut avoir suivi une formation sanctionnée d'un diplôme d'état pour pouvoir exercer : l'intensité du lien entre la formation et l'emploi est donc particulièrement forte. Cet indicateur est au plus haut, à 5 sur 5, pour les infirmiers et pour les aides-soignants, qui présentent dans l'ensemble un profil relativement similaire. Les difficultés de recrutement s'expliquent donc, dans une large mesure, par le manque de personnes formées.

---

<sup>16</sup>Ces indicateurs correspondent aux cinq causes principales évoquées dans la littérature économique pour expliquer les difficultés de recrutement :

le manque d'attractivité des métiers (conditions de travail difficiles, bas salaires...) ;  
 le problème d'offre de travail ;  
 l'inadéquation des compétences (manque de travailleurs avec les qualifications attendues) ;  
 l'inadéquation géographique (les emplois à pourvoir et les personnes avec les qualifications adéquates ne sont pas au même endroit) ;  
 l'intensité des embauches (accroît la compétition entre les entreprises).

Graphique 4 : Facteurs de tension, infirmières à gauche, aides-soignants à droite



Source : DARES

[34] La stagnation entre 2012 et 2024 du nombre d'infirmiers formés et la croissance de la demande d'emplois de ces personnels qui est restée dynamique sur la même période, ont engendré un effet ciseau. Entre 2013 et 2021, la densité standardisée d'infirmières salariées a diminué dans toutes les régions sauf en Martinique où elle reste stable. La densité standardisée d'aides-soignantes a diminué dans toutes les régions, sauf dans les DROM, où elle est restée relativement stable<sup>17</sup>.

[35] Ces constats rejoignent ceux des employeurs. Interrogés dans le cadre de l'enquête BMO<sup>18</sup> en 2024, ils considéraient que l'insuffisance de formation et de diplôme était la première raison de l'inadéquation des profils des candidats dans le domaine de la santé et du social.

[36] En 2022, les employeurs interrogés par l'OPCO Santé<sup>19</sup> faisaient le même constat : selon eux, la principale raison des difficultés de recrutement était la pénurie de candidats sur le diplôme recherché. Le deuxième facteur explicatif était, selon eux, le défaut d'attractivité du métier pour les aides-soignants, et les questions de rémunération, pour les infirmiers.

[37] L'évolution du nombre de professionnels du soin formés depuis les dix dernières années, et en parallèle de la demande en santé, est développée dans le chapitre 2.

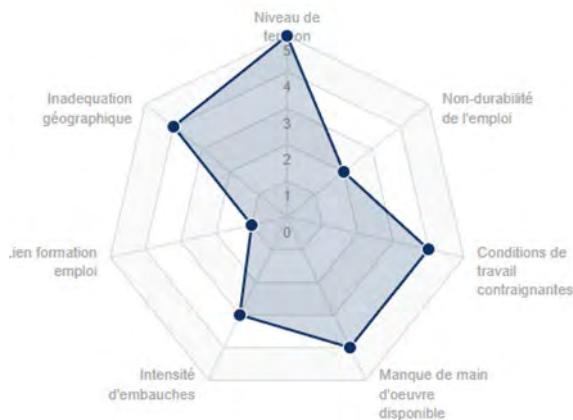
[38] **La situation des aides à domicile est très différente. Les tensions ne sont pas dues à un manque de personne formées, mais au manque de main d'œuvre disponible, à des conditions de travail contraignantes, à une forme d'inadéquation géographique, et dans une moindre mesure à l'intensité des embauches.** Selon l'enquête BMO, il s'agissait en 2023 du 3e métier pour lesquels les employeurs déclarent le plus de projets de recrutement non saisonniers.

<sup>17</sup> C. Babet, M. Donnenfeld et J. Kamionka, « Démographie des infirmières et des aides-soignantes, Méthodologie de construction de séries longues », DREES Méthodes, n° 15, juin 2024.

<sup>18</sup> F. Chartier, S. Gaumont et F. Lainé, « Enquête « Besoins en main d'œuvre » : baisse des intentions d'embauche en 2024 », Eclairage et synthèse, France Travail, n° 81, avril 2024.

<sup>19</sup> Baromètre emploi-formation 2022

Graphique 5 : Facteurs de tension Aides à domicile



Source : DARES

[39] L'effondrement du nombre de personnes formées en formation initiale a pu néanmoins contribuer à l'accroissement des tensions sur le marché du travail : alors que 3303 personnes avaient obtenu un DEAVS en 2012, seulement 799 personnes avaient obtenues le DAES dans la spécialité « vie à domicile » en 2020. De façon plus générale, l'étude sur les professions sociales montre la désaffection des jeunes d'âge scolaire pour ces formations : 67 087 personnes s'étaient inscrites dans des formations aux professions sociales en 2010, contre 56 226 en 2023.

## 1.2 Les tensions de recrutement ont dégradé les conditions de travail dans les établissements et les services et la prise en charge des usagers contribuant à une mauvaise image des métiers

[40] Dans sa dernière étude sur les capacités d'accueil hospitalière, la DREES constate que le recul du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'est poursuivi en 2023 : -1,3 % après 1,8 % en 2022 et -1,4 % en 2021. Elle reste plus rapide qu'avant la crise sanitaire (-0,9 % entre 2013 et 2014)<sup>20</sup>. Cette baisse générale masque des évolutions partiellement divergentes entre l'hôpital public et les cliniques privées. En effet, que ce soit en moyen séjour ou dans le secteur de la psychiatrie, la diminution de la capacité des hôpitaux publics contraste avec la progression des cliniques privées.

[41] En dix ans, de 2013 à 2023, le nombre de lits d'hospitalisation complète a baissé de 43 505 unités, passant de 412 927 à 369 423, soit une baisse de 10,5 %.

[42] Cette baisse du nombre de lits, qui était à l'origine un choix du développement de l'hospitalisation en ambulatoire, est désormais une contrainte du fait du manque de personnel.

<sup>20</sup> B. Boisguérin, « En 2023, la baisse du nombre de lits et la hausse du nombre de places se poursuivent dans les établissements de santé », *Etudes et résultats*, DREES, n° 1315, octobre 2024.

[43] La baisse de l'offre de soins est plus importante dans les secteurs, comme la psychiatrie ou le grand âge, qui souffraient déjà d'un manque d'attractivité.

[44] Dans une enquête menée en 2023, la FHF constate que les fermetures structurelles de lits sont nombreuses et se sont intensifiées après la crise sanitaire. Avant la crise sanitaire de 2020, 80 % des établissements n'avaient fermé aucun lit. Au 31 décembre 2022, moins de la moitié des établissements n'avait pas été contraints de fermer de lits (42 %) et près d'un quart des établissements (24 %) avaient été contraints de fermer de 10 % à 30 % de leur capacitaire. Ils n'étaient que 5 % à enregistrer de telles fermetures capacitaires avant 2020.

[45] **Le manque de personnel médical et/ou paramédical était identifié comme étant le facteur principal de 88 % des fermetures structurelles de lits en 2022.** 14 % des établissements indiquaient qu'environ un quart de leurs postes d'IDE sont vacants. 7 % des établissements fonctionnaient avec plus de 30 % de postes d'IDE vacants<sup>21</sup>.

[46] Dans le secteur du grand âge, la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) faisait le constat en septembre 2024 d'une situation RH qui reste préoccupante mais qui s'améliore nettement, notamment quant au nombre d'établissements et services concernés par un manque de personnel à la même période<sup>22</sup>. 64 % des structures disaient manquer de personnel (contre 78 % un an plus tôt). 63 % des SSIAD et 58 % des SAD ayant répondu disaient réduire les plans d'aide, faute de personnel.

[47] Ce constat d'un impact du manque de personnel sur les services rendus aux usagers est cohérent avec les conclusions des entretiens menés par la mission auprès des services d'aide à domicile et des Départements, le manque de personnel étant systématiquement cité comme la première cause de réduction des plans d'aide APA.

[48] La dépense annuelle moyenne d'APA à domicile par bénéficiaire a d'ailleurs fortement baissé depuis 2003<sup>23</sup>, et le nombre d'assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées a stagné, voire légèrement baissé, entre 2010 et 2015<sup>24</sup>.

---

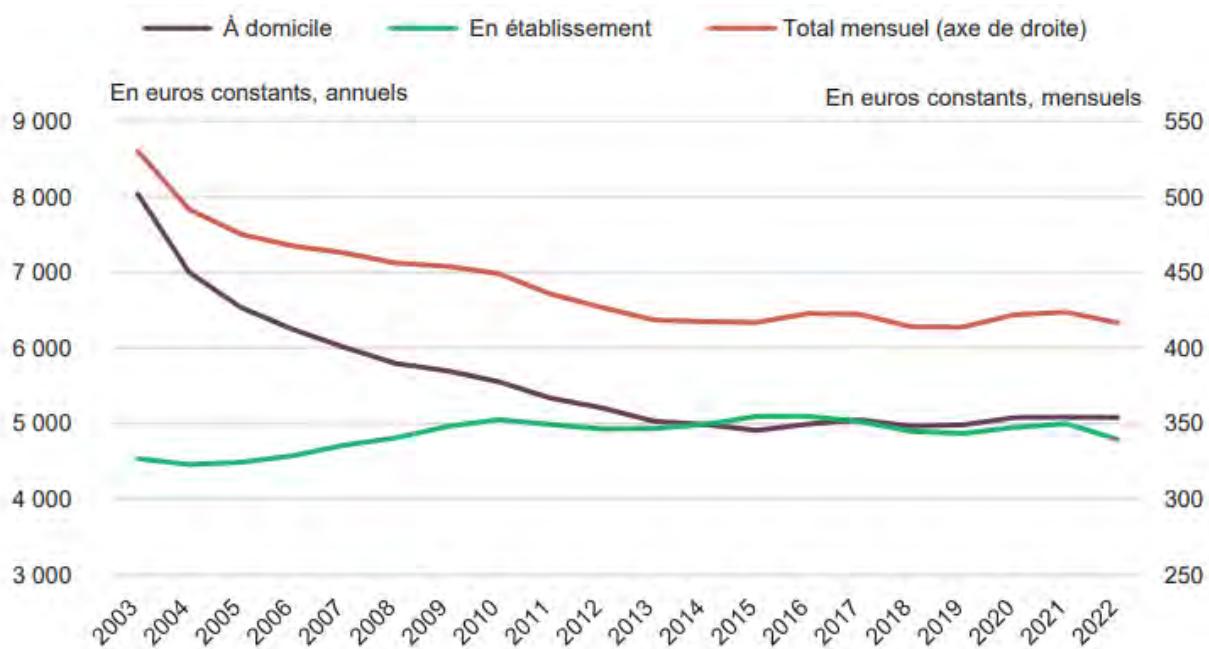
<sup>21</sup> « Résultats de l'enquête psychiatrie », FHF, septembre 2023 : enquête menée entre avril et mai 2023 auprès de 110 établissements (CH, CHS, CHRU), soit 48 % des établissements publics autorisés en psychiatrie.

<sup>22</sup> Enquête Flash FNADEPA, RH et finances, septembre 2024, menée auprès de 1600 établissements et services, dont 75 % d'EHPAD, 264 structures ayant répondu.

<sup>23</sup> L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées > Édition 2024 > DREES

<sup>24</sup> E. Kulanthaivelu et L. Thiérus, « Les salariés des services d'aide à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi », DARES, n° 38, août 2018.

Graphique 6 : Evolution de la dépense moyenne annuelle d'APA par bénéficiaire depuis 2003



Source : Drees, *L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées, perte d'autonomie et handicap*, édition 2024

[49] Dans un rapport publié en septembre 2023, Amélie Carrère, économiste à l'Institut des politiques publiques, estime que les besoins de prise en charge seraient compris entre 720 000 et plus d'un million d'ETP en France métropolitaine, alors que 515 000 professionnelles, en ETP, interviendraient actuellement auprès des personnes âgées, soit un manque de plusieurs centaines de milliers d'ETP<sup>25</sup>.

[50] La direction départementale de l'ARS de la Savoie a également attiré l'attention de la mission sur la situation d'une structure médicalisée en charge d'enfants en situation de handicap qui ne peut ouvrir de nouvelles places, pourtant financées par l'ARS, faute de personnels.

[51] Enfin, dans le domaine de la protection de l'enfance, selon une enquête menée en juillet 2022 par le réseau UNIOPSS-URIOPSS auprès de 252 établissements et services, 20 % des établissements et services auraient été contraints de réduire leur capacité d'accompagnement en semaine ou les weekends faute de professionnels. 5 % auraient été contraints à des fermetures totales de service en semaine ou les weekends. Sur ces périodes, les établissements et services ont été amenés à développer des alternatives, « y compris lorsqu'elles ne correspondent pas au projet de l'enfant et à ses besoins », notent les auteurs<sup>26</sup>.

[52] Le constat des baisses de l'offre de soin, des plans d'aide APA non réalisés, et de façon générale de la difficulté à répondre s'appuie sur une grande diversité de sources, dont la fiabilité et la précision sont variables. Le tableau d'ensemble est néanmoins clair : **le manque de personnel**

<sup>25</sup> Amélie Carrère, *L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale*, rapport IPP n°45, septembre 2023.

<sup>26</sup> Pénurie de professionnels en protection de l'enfance, Enquête du réseau Uniopss-Uriopss, novembre 2023.

**formé est la première cause de la dégradation du service rendu aux usagers, dans l'ensemble des secteurs, qu'il s'agisse de l'hôpital, des EHPAD, ou du secteur de l'aide à domicile.**

### 1.2.1 La réduction du nombre de lits, en dégradant les conditions de travail du personnel hospitalier, a engendré une spirale négative

[53] Pour la Cour des Comptes, la réduction du nombre de lits à l'hôpital, qui était le résultat d'une politique incitative de développement de l'hospitalisation en ambulatoire dans un contexte financier contraint, est depuis le début de la crise COVID, la conséquence des effets du manque de personnel<sup>27</sup>.

[54] Le virage ambulatoire a eu pour effet d'intensifier la charge en soin, définie comme l'ensemble des actions paramédicales requises par un patient en 24 heures, incluant l'ensemble des soins prodigués. En effet, les patients pris en charge en hospitalisation complète le sont au moment de la phase aiguë de leur pathologie : il en résulte une augmentation de la sévérité des séjours et de l'âge moyen des patients.

[55] Le manque de personnel et les vacances de postes ont aggravé en retour les conditions de travail des personnels hospitaliers, ce qui a renforcé la crise du secteur.

[56] La DREES a mis en évidence la dégradation des conditions de travail à l'hôpital, dans une publication de novembre 2021. Elle y montre que le personnel hospitalier a ressenti une intensification de sa charge et de son rythme de travail entre 2013 et 2019. En 2019, 57 % des salariés du secteur jugeaient leur quantité de travail excessive, contre 53 % des salariés du secteur en 2013 et 40 % de l'ensemble des salariés, sur la période 2013-2019. Plus de 60 % des salariés hospitaliers indiquaient en 2019 qu'ils devaient se dépêcher pour effectuer leur travail (contre environ 45 % de l'ensemble des salariés), et 78 % étaient souvent interrompus pour des tâches non prévues<sup>28</sup>.

[57] Cette perception d'une dégradation des conditions de travail, en raison d'une quantité de travail excessive, peut être rapportée à l'évolution contrastée de l'activité hospitalière et des effectifs soignants. La Cour des comptes rappelle qu'entre 2013 et 2019, l'activité hospitalière a progressé de 9 % alors que les effectifs infirmiers n'ont progressé que de 2,4 %. La productivité des infirmiers a pu augmenter durant cette période, mais leur charge de travail a également pu augmenter, sans qu'aucune mesure en soit faite.

[58] Cette dégradation des conditions de travail nourrit, selon la DREES, une insatisfaction croissante. En 2019, 34 % font état de tensions avec leur hiérarchie (31 % en 2016), contre 24 % de l'ensemble des salariés (27 % en 2013). 33 % rapportent des tensions avec leurs collègues (29 % en 2016). En 2019, 49 % des salariés du secteur, en particulier des infirmiers et des sage-femmes, déclarent recevoir des injonctions contradictoires (41 % pour l'ensemble des salariés). Le

---

*La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes, Cour des comptes, mai 2024, rapport annuel sur le PFLSS*

<sup>28</sup> J. Pisarik, « L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs », DREES, *Enquête et résultats*, n° 1215, novembre 2021.

sentiment de reconnaissance recule notamment chez les infirmiers, les sage-femmes et les aides-soignants.

[59] Alors que ses conditions de travail étaient déjà difficiles avant la crise sanitaire, le personnel hospitalier, en première ligne dans la gestion de la crise sanitaire, a été soumis à une intensification de sa charge de travail durant la crise. L'analyse des résultats de l'enquête EpiCov conduit la DREES à conclure que les conditions de travail difficile à l'hôpital contribuent à un score de dépression élevé<sup>29</sup>. La DREES indique que les difficultés à concilier vie personnelle et professionnelle et les surcharges inhabituelles de travail ont un impact sur le score de dépression par rapport à l'ensemble de la population en emploi (respectivement + 6 points et + 3 points). 54 % du personnel hospitalier déclarent des surcharges inhabituelles de travail, contre 28 % de l'ensemble des personnes en emploi.

[60] L'accroissement de la charge de travail n'est donc pas seulement dû à un manque de personnel, accru depuis la crise COVID, mais aux conséquences à long terme du virage ambulatoire. Vu les contraintes et les risques psychosociaux auxquels ils sont exposés, de nombreux salariés hospitaliers doutent de leur capacité à exercer leur métier jusqu'à la fin de leur carrière.

[61] Les infirmières hospitalières sont de plus en plus nombreuses à quitter l'hôpital quelques années après y être entrées. Au bout de cinq ans de carrière, elles ne sont plus que 87 % à occuper un emploi salarié<sup>30</sup>. Elles ne sont plus que 79 % à y occuper un emploi salarié au bout de dix années. La part de celles qui sont toujours infirmières à l'hôpital dix ans après leur début de carrière est passée de 60 % pour les infirmières hospitalières qui ont commencé leur carrière entre 1990 et 1994 à 50 % pour leurs homologues entrées dans la profession vingt ans plus tard. Dans la dernière cohorte observée, une infirmière hospitalière sur deux a donc quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière.

[62] Les études réalisées par la DREES permettent de connaître à la fois l'évolution de la carrière des personnels hospitaliers et leur perception de leurs conditions de travail. En dehors des baromètres RH réalisés par certains représentants d'employeurs ou par l'OPCO Santé, de telles études n'existent pas pour le secteur médico-social. Il serait opportun que la DREES réalise une étude sur la façon dont les salariés du secteur social, médico-social, et des cliniques privées, perçoivent leurs conditions de travail, comme elle le fait pour l'hôpital public.

[63] Comme dans le secteur du grand âge, la situation sur le plan des ressources humaines semble cependant s'améliorer à l'hôpital durant les derniers mois. L'enquête menée en septembre 2024 par la FHF auprès des hôpitaux publics révèle en effet plusieurs signaux positifs sur le plan de l'attractivité des métiers hospitaliers, notamment la diminution du taux de postes vacants pour le personnel non médical, en particulier du côté des infirmiers, avec seulement 3 % de taux de vacance en 2023 contre 5,7 % en avril 2022, et une baisse de l'absentéisme, passé de 11,1 % à 9,5 % en un an.

---

<sup>29</sup> C. Parent, « À l'hôpital, une prévalence accrue de la dépression et de l'anxiété liée aux conditions de travail », *Études et Résultats*, DREES, n° 1270, juin 2023

<sup>30</sup> P. Pora, « Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière », *Études et Résultats*, DREES, n° 1277, juin 2023

[64] Ces résultats sont cohérents avec les conclusions des entretiens menés par la mission auprès d'employeurs hospitaliers de toute taille, qu'il s'agisse de GHT dans des zones urbaines (Chambéry), rurales (Flers), ou de CHRU (Montpellier) qui font le constat d'une diminution des difficultés de recrutement et de l'absentéisme, malgré des difficultés persistantes.

[65] En conclusion, malgré des améliorations récentes, la réduction du nombre de lits a donc contribué à une spirale négative : la dégradation des conditions de travail a participé à la détérioration de l'image du secteur, rendant en retour plus difficile d'effectuer des recrutements pourtant indispensables.

### 1.2.2 La faiblesse des rémunérations et la difficulté des conditions de travail nuisent à l'image du secteur, tant auprès du personnel que du grand public et des jeunes d'âge scolaire susceptibles de s'orienter vers ces métiers

[66] **La faiblesse des salaires et la difficulté des conditions de travail restent, pour les Français, les deux principales raisons de ne pas s'engager dans ce secteur.**

[67] À la suite de la campagne de recrutement du printemps 2022, la direction de la communication des ministères sociaux a sollicité le cabinet de sondage BVA pour comprendre les raisons pour lesquelles les personnes ayant été exposées à ces campagnes ne souhaitaient pas s'engager dans les métiers du soin et de l'accompagnement social.

[68] 49 % des jeunes de 15 à 24 ans et 50 % des demandeurs d'emploi déclaraient alors ne pas être intéressés par ces métiers demandeurs d'emploi. En réponse à la question « Et pour quelles raisons n'êtes-vous pas intéressé par une carrière dans les métiers du soin et de l'accompagnement ? », la première raison était : « vous trouvez ces métiers trop mal payés ». Seuls 22 % des 15-24 ans et 12 % des demandeurs d'emploi considéraient que ces métiers étaient des métiers au salaire attractif.

[69] L'enquête menée par l'UNAPEI en 2024 aboutit aux mêmes conclusions. Dans le sondage réalisé, pour le compte de l'UNAPEI, pour mieux connaître l'image du secteur, seuls 36 % des sondés se disent intéressés par le métier d'éducateur spécialisé, 31 % par le métier de psychomotricien<sup>31</sup>. Comme dans l'enquête réalisé par l'institut de sondage BVA pour le compte de la direction de la communication des ministères sociaux, **les sondés qui ne souhaitaient pas s'engager dans un des métiers l'expliquaient, en premier lieu, par la faiblesse des salaires, à égalité avec la difficulté des conditions de travail**, puis par le caractère contraignant des horaires vient immédiatement après.

[70] Les constats de l'enquête menée pour le compte de la FEHAP et de Nexem en 2024 sur sont assez proches. Pour 85 % des jeunes, les métiers du secteur ont un impact social significatif et sont essentiels au bon fonctionnement de la société française (79 %). Cependant, le faible niveau de rémunération (insatisfaisant pour 65 % des sondés) et le manque de belles perspectives de carrière (pour 49 % des sondés) sont des freins majeurs à l'attractivité de ces métiers. Les jeunes

---

<sup>31</sup> « Les Français et les métiers du « prendre soin » : malgré 50 000 postes à pourvoir, moins d'un Français sur deux souhaiteraient exercer un métier du médico-social », UNAPEI, février 2024. Sondage réalisé en février 2024 auprès d'un échantillon de 1001 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

sondés ne sont que 35 % à penser que le secteur offre de bonnes conditions de rémunération alors que 79 % d'entre eux pensent qu'il s'agit de métiers difficiles, avec des conditions de travail pénibles<sup>32</sup>.

[71] **En dehors des sondages réalisés** pour le compte de fédérations professionnelles ou de représentants des employeurs, **il apparaît que les motivations des jeunes et des personnes en recherche d'emploi pour s'orienter vers les métiers de la santé, du social, et du médico-social**, ou au contraire les raisons qui les poussent à s'en détourner, **sont très mal connues**. Le plan d'action sur l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie ne prévoyait d'ailleurs pas de programme d'études afin de mieux connaître les facteurs d'engagement dans ces métiers.

[72] Une connaissance approfondie des raisons pour lesquelles les jeunes, des demandeurs d'emploi et des publics en insertion souhaitent, ou ne souhaitent pas s'orienter vers ces formations, en fonction de facteurs tels que leur âge, leur niveau d'étude, mais aussi de la région dans laquelle ils résident, semble indispensable. Elle pourrait permettre d'infléchir les efforts du service public de l'orientation, des conseillers du service public de l'emploi et des recruteurs, publics ou privés. Elle pourrait aussi servir à mieux définir les messages de la communication gouvernementale. La réalisation de sondages sur la façon dont les principaux viviers perçoivent les évolutions du secteur, son attractivité, ses conditions de travail, ses conditions salariales, semble également être indispensables pour apprécier les résultats des stratégies mises en œuvre par les pouvoirs publics en matière d'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement social. Ces recommandations sont développées dans le chapitre consacré à la communication et à la promotion des métiers.

### 1.3 Face à cette situation, les pouvoirs publics ont augmenté l'offre de formation et accru les rémunérations dans le cadre d'un plan d'attractivité

#### 1.3.1 La mise en place d'un plan d'action sur l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement social

[73] **Depuis la fin des années 2010, de multiples rapports ont été publiés sur la question de l'attractivité des métiers du champ social et médico-social**, notamment le rapport de Caroline Fiat et de Monique Iborra sur les EHPADs<sup>33</sup>, les rapports de Dominique Libault<sup>34</sup> et de Myriam El

---

<sup>32</sup> « L'attractivité des métiers du secteur social, médico-social et sanitaire auprès des jeunes », IFOP pour Nexem, septembre 2024. Sondage réalisé en août et septembre 2024, sur un échantillon de 1003 personnes

<sup>33</sup> M. Ibora et C. Fiat, *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, n° 769, déposé le mercredi 14 mars 2018.

<sup>34</sup> D. Libault *Concertation grand âge et autonomie, Grand âge, le temps d'agir*, mars 2019,

Khomri<sup>35</sup> sur le grand âge et l'autonomie, le rapport de Bruno Bonnell et de François Ruffin en 2020 sur les métiers du lien<sup>36</sup>.

[74] Le rapport de Myriam El Khomri insistait en particulier sur le besoin de former de nouveaux professionnels, de façon massive, durant les cinq années suivant sa publication. Pour la première fois, une estimation du nombre de professionnels à former était réalisée pour l'ensemble du secteur du grand âge : environ 70 000 aides-soignants et accompagnements par an entre 2020 et 2024, soit le double du flux de personnes formées en 2020. Ce chiffrage était fondé sur trois critères : l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie, l'augmentation du taux d'encadrement de ces personnes, et, enfin, la mise en place d'une demi-journée de travail collectif par mois dans les SAD.

[75] Dans le domaine du travail social, la période fut marquée notamment par les rapports de Denis Piveteau sur les métiers de l'accompagnement social et médico-social<sup>37</sup> et par les travaux du Haut Conseil au Travail Social, livre vert du travail social en 2022 et livre blanc du travail social en 2023.

[76] À la suite des préconisations de Dominique Libault et de Myriam El Khomri, un plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie 2020-2024 fut rendu public en septembre 2020. Le constat d'une aggravation des difficultés de recrutement auxquelles le secteur du grand âge et de l'autonomie était confronté depuis plusieurs années, y était dressé. Le plan d'action, porté par Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargé de l'autonomie, en lien avec Elisabeth Borne, ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, comprenait 37 actions, réparties en quatre axes :

- Axe 1 - Des métiers mieux rémunérés, un secteur professionnel mieux organisé,
- Axe 2 - Répondre aux besoins en matière de ressources humaines,
- Axe 3 - Des formations mieux adaptées et plus nombreuses ;
- Axe 4 - Des métiers plus sûrs, une qualité de vie au travail améliorée.

[77] La mise en œuvre de ce plan d'action n'a pas fait l'objet de bilan depuis 2021.

[78] Par ailleurs, Michel Lafocade était nommé coordonnateur national du plan des métiers du grand âge, avec pour mission d'accélérer la mise en œuvre opérationnelle des mesures en faveur de l'attractivité des métiers.

---

<sup>35</sup> M. El Khomri, Plan de mobilisation nationale en faveur des métiers du grand âge et de l'autonomie, 2020-2024, octobre 2019,

<sup>36</sup> B. Bonnell et F. Ruffin, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, à la commission des affaires économiques, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les « métiers du lien », n° 3126, déposé le mercredi 24 juin 2020,

<sup>37</sup> D. Piveteau, Experts, acteurs, ensemble... pour une société qui change, février 2022

### 1.3.2 Une forte mobilisation du service public de l'emploi et un renforcement de la communication

[79] **La mise en œuvre de ce plan d'action s'est accompagnée d'une forte mobilisation du service public de l'emploi.** Une campagne de recrutement d'urgence, dans le secteur du grand âge et de l'autonomie, fut lancée par la circulaire interministérielle du 9 octobre 2020. Elle reposait sur une mobilisation de Pôle emploi et des Missions Locales, en appui des ARS et des DREETS.

[80] Une circulaire interministérielle fut émise le 12 décembre 2021, relative à la mise en place d'une campagne de recrutement d'urgence sur les métiers du soin et de l'accompagnement, dans les secteurs sanitaires, du grand âge et du handicap. Cette circulaire définissait les modalités d'une mobilisation de l'ensemble des partenaires, avec l'appui du service public de l'emploi, pour accompagner les employeurs dans leurs recrutements. Il était demandé de décliner cette campagne de recrutement, dans chaque région, par des plans d'action régionaux.

[81] **Cette mobilisation du service public de l'emploi devint une politique prioritaire du gouvernement.** Des viviers de demandeurs d'emploi furent créés dans les portefeuilles des conseillers. Dans un premier temps, le nombre d'offres d'emplois collecté s'accru, sauf pour les infirmiers et les aides-soignants. Le taux de satisfaction des offres progressa de quelques points. Pôle emploi se mobilisa, en avril 2022, autour d'une semaine nationale des métiers du soin et de l'accompagnement. La coordination du service public de l'emploi, sur cette thématique, se concrétisa par la tenue d'un comité de pilotage mensuel associant DGEFP, DGCS, DGOS, Pôle emploi et l'UNML.

[82] **Enfin, trois campagnes nationales de communication sur les métiers du soin et de l'accompagnement social furent lancées.** La première, intitulée « Métiers du grand âge : et si c'était fait pour vous ? » fut lancée en septembre 2021. Elle portait exclusivement sur les métiers du grand âge. A la suite de la crise COVID, une deuxième campagne était lancée de mars à décembre 2022. Intitulée « Les métiers du soin et de l'accompagnement recrutent », elle portait sur l'ensemble des métiers du soin et de l'accompagnement social. Enfin, depuis novembre 2024, une troisième campagne se déploie par affichage et par communication digitale : elle s'appuie sur une plateforme, « prendresoin.fr ».

### 1.3.3 Une forte augmentation de l'offre de formation dans les métiers du soin

[83] A la demande du premier ministre, dans le cadre du plan de relance, Stéphane le Bouler a mené fin 2020 une mission de concertation Etats-Régions sur la création de places de formation dans le domaine du soin et de l'accompagnement social.

[84] A la suite de cette mission, l'Etat a décidé en 2021 d'augmenter de 20 % le nombre d'infirmiers et de 6 000 le nombre d'aides-soignants formés. Dans le cadre du Ségur de la santé et du plan France Relance, une enveloppe de 200 millions d'euros a donc été dédiée à la création de 16 000 nouvelles places entre 2020 et 2022 au sein des instituts de formation : 6 600 pour les métiers d'infirmiers, 6 000 pour les aides-soignants, 3 400 pour les accompagnants éducatifs et sociaux.

[85] Ces nouveaux financements, prolongés en 2022, ont été inclus en mars 2022 dans un protocole Etat-régions visant à pérenniser les financements, couvrant les années 2023-2025. Ce protocole 2023-2025 prévoyait, pour l'année 2025, un financement de l'accroissement de l'offre de formation de 273 millions d'euros, permettant aux régions de couvrir la hausse des quotas, les rémunérations des formateurs et l'accompagnement des régions en matière immobilière (projets hospitaliers de réhabilitation de locaux, dédiés à la formation).

[86] Le volume global du nombre de places à créer a été atteint et même dépassé au niveau national, pour les places d'infirmiers et d'aide soignants. Il s'est accompagné d'une forte augmentation du taux d'abandon, dans les formations d'infirmiers, et ne s'est pas traduit par une augmentation des entrées en formation pour les aides-soignants.

[87] Le protocole envisageait, à l'article 4, la perspective d'un système d'information partagé, pour mieux suivre et piloter l'appareil de formation sanitaire et social, sur la base des projets Solstiss et Agora. Cet objectif n'a pas été suivi d'effets, aucun financement n'ayant été prévu. Un comité de pilotage annuel avec les Régions était prévu : il ne s'est réuni qu'une fois depuis 2020.

#### 1.3.4 Une revalorisation structurelle, mais hétérogène, des rémunérations

[88] Le sujet de la revalorisation des métiers a été intégré aux accords du Ségur de la santé passés en juillet 2020. Dans le cadre des accords Ségur, un complément de traitement indiciaire net de 183 € a été versé à tous les professionnels non médicaux au sein des établissements de santé et EHPAD, publics et privés non lucratifs, soit 1,5 million de professionnels. Pour les personnels au contact des patients, une revalorisation ciblée des métiers a également été mise en œuvre en octobre 2021 puis en janvier 2022. La prime d'engagement collectif a été portée à 100 € nets par mois, pour renforcer les projets d'équipe d'amélioration de la qualité des soins et valoriser l'engagement collectif. Les heures supplémentaires et les gardes ont été majorées.

[89] En ce qui concerne la branche de l'aide à domicile, l'avenant 43 de convention collective de la branche a permis de revaloriser les salaires et les parcours des professionnels. Cette revalorisation s'est traduite par une augmentation moyenne de 13 à 15 % des salaires de la branche de l'aide à domicile. L'Etat a mobilisé des moyens importants pour permettre aux Départements de concrétiser cette revalorisation. Le décret du 28 avril 2022 a élargi le bénéfice de la revalorisation de 183 € nets aux aides à domicile des centres communaux d'action sociale exerçant leurs missions auprès des bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap. En outre, le montant des indemnités kilométriques a été revu le 1<sup>er</sup> octobre 2022. Les salariés des SAAD ont également obtenu le bénéfice de la prime Covid.

[90] Le Ségur de la santé a donc permis des augmentations de rémunération pour une partie importante des professionnels des champs du sanitaire, du social et du médico-social. Ces augmentations de rémunérations se sont cependant répercutées de façon hétérogène et n'ont pas mis fin aux concurrences salariales qui désavantagent le secteur du grand âge par rapport au secteur de la santé, alors que le secteur du grand âge est particulièrement touché par les difficultés de recrutement.

## 1.4 Pour résoudre les tensions de recrutement, il convient d'élaborer une stratégie des ressources humaines du système de santé et des secteurs social et médico-social pilotée par un comité interministériel

[91] **La France ne dispose pas, à l'image d'autres pays de l'OCDE** – Australie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas - **d'un document stratégique permettant de planifier l'évolution des effectifs du système de santé**. Elle ne dispose pas non plus d'un document permettant de planifier l'évolution des effectifs dans le secteur social et dans le secteur médico-social.

1.4.1 Le manque actuel d'une stratégie des ressources humaines dans le champ sanitaire et social nous distingue par rapport à d'autres pays

1.4.1.1 La France ne dispose ni de prospective, ni de planification, ni de stratégie des ressources humaines du système de santé

[92] La stratégie nationale de santé 2013-2018 ne traitait pas de la question des ressources humaines en santé. Aucun indicateur du nombre de professionnels attendus n'y était indiqué<sup>38</sup>.

[93] La stratégie nationale de santé 2018-2022 ne traitait pas non plus de la question de la démographie des professionnels de santé. Les questions de formation n'y étaient abordées que sous l'angle des compétences.

[94] Le projet de nouvelle stratégie nationale de santé 2023-2033 traite pour la première fois de façon explicite des questions d'attractivité des professionnels de santé, sous le titre : « Attirer et fidéliser les professionnels de santé, du social et du médico-social ». Les cibles énoncées reprennent les annonces récentes du président de la République et des ministres de la santé successifs, qu'il s'agisse de la création de 13 500 places supplémentaires dans les instituts de formation en soin infirmier, du recrutement de 50 000 personnes en EHPAD, ou du triplement du nombre de VAE par rapport à la situation actuelle.

[95] La définition de ces cibles ne se fonde pas sur une prospective explicite de la demande de soin, complétée par une prospective portant sur les besoins en ressources humaines du système de santé, à court et moyen terme, et sur une analyse des capacités de l'appareil de formation.

[96] La DREES publie cependant régulièrement des analyses prospectives portant sur la démographie des professions de santé et sur la démographie des professions sociales, au niveau national.

[97] De son côté, l'observatoire de la démographie des professions de santé (ONDPS) est chargé de proposer au ministre chargé de la santé les effectifs des professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région.

---

38 Le comité de sages, consulté dans le cadre de la préparation de la stratégie nationale de santé 2013-2018, avait préconisé de « développer des capacités nationale et régionales d'observation et d'analyse prospective commune aux partenaires sur l'emploi et la formation dans les champs sanitaire, social et médico-social» mais cette préconisation ne fut pas reprise comme un objectif par la stratégie nationale de santé 2013-2018.

[98] Le Secrétariat général de l'ONDPS est assuré par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Il est composé d'une secrétaire générale, d'une chargée de mission, d'une chargée d'études documentaires et d'une assistante.

[99] Il a proposé en 2021 des objectifs nationaux pluriannuels des professionnels de santé à former 2021-2025<sup>39</sup>, portant sur les professions médicales, mais pas pour les professions paramédicales (manipulateurs-radios, masseurs-kinés, ergothérapeutes, psychomotriciens, aides-soignants, infirmiers) qui n'étaient pas, jusqu'à présent, prises en compte par ses travaux.

[100] En pratique, cet observatoire s'est concentré, depuis sa création, sur quatre filières : médecine, maïeutique, pharmacie et odontologie. L'étude portant sur la démographie des infirmiers et des aides-soignants, encore inédite, est la première depuis la création de l'ONDPS en 2003.

[101] **La publication de ces études par la DREES et l'ONDPS ne permet pas pour autant de conclure à l'existence, en France, d'une prospective des ressources humaines en santé.** La DREES et l'ONDPS ont d'ailleurs produits en 2024 deux études, avec une méthodologie différente, sur l'évolution des effectifs d'infirmières.

[102] **Ces travaux ne permettent pas d'établir une planification des ressources humaines du système de santé**, puisque la problématique des ressources (notamment des moyens budgétaires nécessaires pour former ces professionnels) n'est pas intégrée dans ces études.

[103] Il ne s'agit pas non plus d'une stratégie globale des ressources humaines du secteur, à l'image de ce qui a été réalisé en Australie, en Nouvelle-Zélande ou au Royaume-Uni. En effet, une stratégie globale des ressources humaines du système de santé devrait comprendre non seulement une planification des effectifs, sur la base de travaux prospectifs, mais aussi tous les leviers, en termes d'attractivité, de fidélisation, de qualité de vie au travail, qui permettraient d'assurer une réponse équitable aux besoins de santé de la population.

[104] Cette stratégie des ressources humaines du système de santé devrait elle-même s'inscrire dans le cadre de la stratégie nationale de santé, la planification des ressources humaines ne pouvant être dissociée d'une stratégie plus globale, projetant l'activité et les dépenses.

#### 1.4.1.2 Plusieurs documents programmatiques permettaient de définir une stratégie en matière de professions sociales, mais ils n'ont pas été mis à jour durant les dix dernières années

[105] **Dans le domaine des formations aux professions sociales**, l'article L. 451-1 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que les diplômes et titres du travail sont délivrés par l'Etat « dans le respect des orientations définies par le ministre chargé des affaires sociales ».

[106] Un arrêté – jamais abrogé – du 11 mai 1999 fixe le cadre d'élaboration du schéma national des formations sociales. Il dispose que le schéma national des formations sociales précise « la nature, le niveau et l'évolution des besoins en termes d'emplois et de formations, dans le champ social et médico-social », ainsi que « les perspectives et objectifs de développement que l'Etat

---

<sup>39</sup> E. Touzé, A. Bocognano, D. Polton, Y. Bourgueil, M. Barlet et N. Fourcade, *Conférence nationale du 26 mars 2021, Rapport et propositions, Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels à former (2021-2025)*, Conférence nationale de santé

entend promouvoir, notamment au moyen des agréments qu'il délivre ». Ce schéma devrait servir de cadre de référence pour l'élaboration des schémas régionaux des formations sociales. Une circulaire du 10 mai 1999, adressée aux préfets de région, précisait le cadrage méthodologique de l'élaboration de ces schémas régionaux.

[107] Après la loi de décentralisation du 13 août 2004, la DGCS a choisi d'actualiser, fin 2009, ce schéma national des formations sociales en y associant les Régions, responsables du financement des formations. Cette démarche a été marquée par une conférence nationale des formations sociales, en octobre 2010, puis par la publication de nouvelles orientations, en 2011, portant sur les années 2011-2013. Elle n'a pas fait l'objet d'une actualisation à ce jour.

**1.4.1.3 Dans le domaine de la santé, les travaux du HCAAM ont permis de définir, depuis 2020, ce que devrait être une prospective des ressources humaines en santé, sur la base des meilleurs exemples internationaux.**

[108] Dès 2018, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie appelait à l'élaboration d'un schéma prospectif, écrivant que « l'absence de schéma prospectif est aujourd'hui un point aveugle de la régulation du secteur de la santé »<sup>40</sup>. L'intérêt d'un tel schéma prospectif, pour le HCAAM, serait d' « éclairer la politique d'investissement de même que les orientations à donner à l'appareil de formation » afin d'apporter une double « approche normative et positive » : « une approche normative qui permet de définir les choix optimaux pour la société en tenant compte du double horizon de court et de long terme » et « une approche positive qui s'attache à organiser le secteur concerné pour que les différents acteurs puissent prendre les décisions les plus efficaces ». Le mérite d'un tel schéma prospectif, pour le HCAAM, serait également de mettre fin « au cloisonnement institué au milieu des années 1970 entre prévention, soins et remédiation médicosociale ».

[109] Ces premières recommandations du HCAAM ont été complétées par plusieurs rapports. Le HCAAM a tout d'abord publié, en 2020, un rapport d'étape sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé, suivi en 2021 d'un rapport sur la régulation du système de santé. Sa réflexion s'est poursuivie, de façon plus spécifique et très détaillée, par un rapport portant, sur « La prospective des ressources humaines en santé »<sup>41</sup>.

[110] Le HCAAM considère que la France devrait planifier les ressources humaines du système de santé, pour pouvoir le réguler, en s'appuyant sur des travaux prospectifs.

[111] Il définit ce que devrait être une prospective en santé, en se fondant sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et s'appuyant sur une large revue de la littérature existante sur la planification des ressources humaines en santé et sur plusieurs exemples de pays ayant mis en place, de façon cohérente et structurée, une planification de leurs ressources humaines, dans le secteur de la santé, et dans certains cas, dans le secteur social et médico-social.

---

<sup>40</sup> Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2018

<sup>41</sup> Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires, rapport du HCAAM, février 2024

[112] Pour le HCAAM, un exercice de projection sur les ressources humaines consiste, sur la base d'une projection de la démographie des professionnels de santé (flux de formation, flux de départs, temps de travail, impliquant d'établir des scénarios sur l'évolution du système de retraites), d'une répartition des tâches entre professions, impliquant de possibles délégations de tâches, de l'impact de nouvelles organisations et des effets du progrès technologique (intelligence artificielle...), à construire, plusieurs scénarios alternatifs, en y associant l'ensemble des parties prenantes, pour assurer l'adéquation entre l'offre et la demande de travail, en jouant, par exemple, sur le nombre de personnes formées chaque année.

#### 1.4.1.4 De nombreux pays de l'OCDE ont en effet mis en place une prospective des ressources humaines du système de santé.

[113] **Au sein des pays de l'OCDE, l'Australie, le Royaume-Uni, les Pays-Bas peuvent être cités comme exemples de pays ayant mis en place à la fois une prospective, une planification et une stratégie des ressources humaines du système de santé.**

[114] Le rapport du HCAAM met en avant le modèle néerlandais de planification médicale des ressources. Depuis plus de 20 ans, le comité consultatif sur la planification médicale met à jour très régulièrement les projections de demande et d'offre de médecins et de dentistes, et formule régulièrement des recommandations en termes de formation pour répondre à la demande prévue. Ce modèle intègre, du côté de l'offre, non seulement le nombre d'apprenants, mais aussi la proportion de ceux qui obtiennent leur diplôme, ainsi que des éléments sur le nombre de professionnels formés et leur temps de travail. **Du côté de la demande, il présente l'intérêt d'intégrer non seulement des facteurs démographiques** (évolutions et changements dans la structure de la population) et des facteurs épidémiologiques (changement de la prévalence du diabète ou des cancers, par exemple), **mais aussi les phénomènes de substitution entre professionnels de santé et les besoins non satisfaits, par exemple les emplois vacants dans les zones rurales.**

[115] Cette prise en compte des besoins non satisfaits serait particulièrement utile si la France devait développer une prospective des ressources humaines du système de santé, car le taux d'emploi vacants, comme cela a été développé plus haut, est extrêmement variable en fonction des métiers, des territoires, des secteurs, et des types d'établissements et de services.

[116] D'autres pays de l'OCDE, comme l'Australie et le Royaume-Uni, tout en adoptant des méthodes moins élaborées, sont néanmoins parvenus à élaborer des stratégies des ressources humaines en santé, sur la base d'exercice de prospective des ressources humaines.

[117] En Australie, une stratégie nationale des ressources humaines a été élaborée en 2021 et 2022<sup>42</sup>. Au niveau des Etats, chaque Etat fédéré a construit une déclinaison locale de cette stratégie, sous la forme d'une stratégie décennale sur les ressources humaines en santé. Celle du Queensland, état fédéré intitulé « Stratégie pour les ressources humaines en santé 2032 » présente

---

<sup>42</sup> Deux documents ont alors été élaboré, l'un portant sur la démographie médicale, "National Medical Workforce Strategy 2021-2031", l'autre sur les professionnels paramédicaux, " Australia's Primary Health Care 10 Year Plan 2022-2032"

des projections d'effectifs pour les dix principaux métiers du système de santé entre 2023 et 2034<sup>43</sup> et les actions prévues, regroupées dans le cadre de trois axes :

- Accompagner et fidéliser la main d'œuvre existante<sup>44</sup>
- Former et attirer de nouveaux talents<sup>45</sup>
- Innover et adapter la façon d'offrir des soins<sup>46</sup>

[118] Au Royaume Uni, le NHS a publié en 2023 un document intitulé « Plan des ressources humaines à long terme »<sup>47</sup> qui traite, en trois chapitres succédant à un constat initial, de la stratégie pour former et fidéliser les ressources du système de santé britannique, mais aussi de l'évolution des façons de travailler et de se former. Ce document présente de façon détaillée, pour les principaux métiers du système de santé, les évolutions attendues et l'adaptation envisagée de l'appareil de formation, en chiffrant le nombre de places supplémentaires à ouvrir, l'évolution du nombre de diplômés, et le coût de cet accroissement de l'offre de formation.

Tableau 1 : Augmentation des places de formation, par profession

Professional group	Training intake		Plan 2031	Assessment of need		% of apprenticeships (of annual intake)		
	Baseline (2022)	2028		Modelled range*	% of current	Current	2028	2031
Medical school places**	7,500	10,000	15,000	12,000–15,000	160–200%	0%	9%	13%
GP trainee places**	4,000	5,000	6,000	5,800–6,400	145–160%	N/A	N/A	N/A
Nursing	29,860	40,000	53,858	49,225–53,858	165–180%	9%	20%	28%
Nursing associates	5,000	7,000	10,500	10,000–10,500	200–210%	30%	50%	50%
Midwifery	3,778	4,269	4,269	3,778–4,269	100–113%	<1%	5%	5%
Health visitors, district nurses, qualified school nurses	1,811	2,327	3,788	3,066–3,788	169–209%	N/A	N/A	N/A
Advanced care practitioners	3,433	5,000	6,371	6,371	186%	N/A	N/A	N/A
Allied health professionals	15,076	17,000	18,822	17,902–18,854	119–125%	6%	22%	35%
Clinical psychologists and child and adolescent psychotherapists			1,326	1,258–1,397	120–133%	N/A	N/A	N/A
Healthcare scientists	776	876	1,024	930–1,039	120–134%	0%	20%	40%
Pharmacists	3,339	4,307	4,970	4,359–5,174	131–155%	N/A	N/A	N/A
Dentists	809	1,000	1,133	995–1,133	123–140%	N/A	N/A	N/A
Dental hygienists and therapists	370	475	518	444–518	120–140%	N/A	N/A	N/A
Medical associate practitioners	1,417	1,687	1,802	1,802	127%	N/A	N/A	N/A
Approved clinicians	127	127	127	127	100%	N/A	N/A	N/A
Peer support workers	2,000	2,088	2,230	2,302	115%	N/A	N/A	N/A
<b>Total</b>	<b>80,346</b>	<b>102,225</b>	<b>131,738</b>	<b>120,359–132,532</b>	<b>150–165%</b>	<b>7%</b>	<b>16%</b>	<b>22%</b>

\* For most professions maximum level is reached by 2030/31

\*\* Assumes proportional increase in postgraduate training (foundation training) and specialty training including the potential to further increase GP trainee places.

Source : NHS Long terme workforce plan, juin 2023

<sup>43</sup> Health workforce strategy for Queensland to 2032, Queensland Government

<sup>44</sup> Support and retain the current workforce

<sup>45</sup> Build and attract new pipelines of talent

<sup>46</sup> Adapt and innovate new ways to deliver

<sup>47</sup> NHS Long terme workforce plan, juin 2023

#### 1.4.1.5 Les orientations des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales existants sont incohérentes avec les conclusions des études de la DREES

[119] **Seule une minorité de schémas régionaux des formations sanitaires et sociales (SRFSS) indiquent la façon dont les Régions planifient l'offre de formation des formations sanitaires et sociales.** Moins de la moitié des Régions (cinq sur douze) indiquent en effet si elles vont augmenter, maintenir ou diminuer l'offre de formation pour chaque profession.

[120] Les travaux préparatoires réalisés par les OREF pour établir les SRFSS sont uniquement descriptifs. Si la plupart d'entre eux font référence au vieillissement de la population, seule une minorité d'entre eux font explicitement référence à l'augmentation de la dépendance et ses effets sur la demande de soin. Aucun ne mentionne des facteurs épidémiologiques comme facteurs déterminants les effectifs nécessaires, et par voie de conséquence les besoins de formation. Aucun ne fait le lien entre l'augmentation du numerus clausus des médecins et le besoin de formation d'infirmiers. Aucun ne semble s'appuyer sur un modèle de projection.

[121] Malgré l'association, dans certains cas, de comités régionaux de l'ONDPS ou d'observatoires régionaux spécialisés dans les questions de santé publique, comme l'observatoire régional de santé en Normandie, aucune référence n'est faite aux travaux de l'ONDPS et de la DREES, pourtant issus d'enquêtes sur les écoles de formation aux professions de santé et sur les écoles de formations aux professions sociales élaborées grâce aux données transmises sur un outil – SOLTISS – géré par les Régions.

[122] Alors que la DREES indique qu'il serait nécessaire de développer l'offre de formation au-delà des places ouvertes dans le cadre du Ségur pour éviter une diminution de la densité normalisée d'infirmières, alors que les difficultés de recrutement se sont fortement accrues durant les cinq dernières années, aucune Région ne prévoit d'augmenter encore le nombre de places de formations d'infirmières. Un tel choix, s'il était confirmé, conduirait à une forte diminution de la densité standardisée d'infirmiers et donc à une forte augmentation des difficultés de recrutement : en effet, il faudrait 32 900 diplômés chaque année pour ne pas dégrader cette densité standardisée, contre les 29 000 infirmiers diplômés attendus avec les effectifs actuels et les 25 000 en moyenne entre 2013 et 2021.

[123] Aucune revue de documentation des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales n'existe. Au demeurant, depuis la disparition du CNEFOP, supprimé en 2018 lors de la création de France Compétences, il n'existe plus d'instance nationale chargé des fonctions de diagnostic, d'étude, de suivi et d'évaluation des politiques nécessaires pour assurer la coordination entre les acteurs des politiques d'orientation, de formation professionnelle et d'emploi, mission que la loi donne aux CREFOP au niveau régional. Entre 2014 et 2018, le CNEFOP avait pu mener – dans certains cas à la demande des ministres – des travaux permettant de définir des priorités nationales de formation pour les CPRDFOP, par exemple sur la transition écologique en 2015<sup>48</sup>, ce qui montre qu'il est possible d'élaborer, en concertation avec les Régions et tout en respectant leurs compétences, des orientations nationales sur une politique décentralisée.

---

<sup>48</sup> *Propositions de priorités nationales de formation liées à la transition écologique et recommandations pour les futurs CPRDFOP, CNFPTLV - CNEFOP, février 2015*

[124] Il convient donc, en s'appuyant à la fois sur la méthodologie définie par le HCAAM et sur les meilleurs exemples internationaux, de travailler à la mise en œuvre d'une prospective en santé conforme aux meilleurs standards internationaux et d'y associer les Régions qui déterminent le nombre de places maximales dans les IFIS et les IFAS et sont les premiers financeurs.

[125] L'élaboration de cette prospective, sur la base d'une méthodologie partagée avec les Régions, est la condition sine qua non pour pouvoir par la suite planifier les ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social.

**1.4.2 Améliorer le travail d'observation et de prospective, au niveau national et au niveau régional, sur les métiers du sanitaire et du social, est une condition indispensable au pilotage des ressources humaines du champ sanitaire et social**

[126] **La mission considère que la France devrait élaborer, avant 2028, une prospective des ressources humaines en santé rigoureuse, telle que le HCAAM le préconise et telle que le HCAAM en a décrit les attendus dans son rapport.**

[127] Sur la base de ces travaux de prospective et d'une planification des effectifs, la France pourrait se doter en 2028, à mi-parcours de la stratégie nationale de santé 2023-2033, d'une stratégie pour les ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social.

[128] Elle considère en effet que ces exercices de prospective devraient prendre en compte les besoins du secteur social et du secteur médico-social, car plusieurs professions clés (aides-soignants, infirmières notamment) sont des professions transversales aux secteurs de la santé, du social et du médico-social.

**1.4.2.1 Le partage, avec les Régions et leurs observatoires, des principaux résultats des études réalisées par la DREES et l'ONDPS en matière d'emploi et de formation des professions du soin, peut être la première étape de la constitution d'un réseau d'observation et de prospective des emplois et des métiers de la santé et de l'accompagnement social**

[129] Il est nécessaire d'améliorer sans attendre la capacité à anticiper l'évolution des effectifs et de l'offre de formation, en s'appuyant sur les structures et les travaux existants. Les travaux de la DREES doivent être présentés par les services déconcentrés des ministères sociaux à leurs partenaires des Régions, dans le cadre des CREFOP. En effet, les travaux des bureaux en charge des professions de santé et des professions sociales de la DREES ne sont à l'heure actuelle transmis qu'aux seuls services statistiques (SESE) des DREETS.

[130] De façon plus structurante, un séminaire devrait être organisé, au premier semestre 2025, par la DREES avec les responsables des observatoires régionaux emploi-formation (OREF), les comités régionaux de l'ONDPS, les directions régionales de l'INSEE, les DREETS, les ARS et les Régions. Le financement des OREF est assuré pour moitié par l'Etat, sur des crédits Ministère du Travail déconcentrés aux DREETS, et pour moitié par les Régions, avec des variations régionales.

[131] Ce séminaire permettrait de présenter à la fois la méthodologie employée par la DREES et l'ONDPS sur la prospective des métiers du soin, les principaux résultats des études réalisées en

2024 sur les infirmiers et les aides-soignants, et la méthodologie déterminée par le HCAAM pour construire, à l'avenir, une prospective des métiers de santé satisfaisante.

[132] Ce séminaire serait la première étape d'une mise en réseau des acteurs, nationaux et régionaux, de l'observation et de la prospective des emplois et des métiers de la santé et du secteur social et médico-social.

[133] Il serait proposé aux Régions de poursuivre cette réflexion sur les besoins de formation sanitaires et sociales de chaque région avec les services déconcentrés de l'Etat et l'appui des OREF. Cette réflexion pourrait avoir lieu dans le cadre de la comitologie prévue par le CPRDFOP ou le schéma régional des formations sanitaires et sociales, afin de pouvoir y associer les partenaires sociaux.

[134] Elle devrait permettre de parvenir, au second semestre 2025, à une proposition concertée d'évolution du protocole pour l'évolution des formations sanitaires et sociales pour 2026. Le nombre de places de formation par Région devrait, a minima, être fonction de critères objectifs et transparents, qu'il conviendra de définir avec les Régions.

[135] Le soutien qui leur est accordé devrait être à la fois fonction de leur effort, mesuré par le rapport entre les montants consacrés aux formations sanitaires et sociales rapportés à leur budget de fonctionnement, et les besoins prévisionnels en professionnel du soin et de l'accompagnement social de la région.

**Recommandation 1** Elaborer au second semestre 2025, en concertation avec les Régions, un nouveau protocole pour l'évolution des formations sanitaires et sociales, portant le nombre de places supplémentaires à 22 000 à horizon 2028. Les places supplémentaires seront réparties de façon plus objective, en s'appuyant sur les travaux de prospective emploi-formation de la DREES.

[136] Toujours durant l'année 2025, il conviendrait de travailler avec les membres du réseau emploi compétences (REC) pour faire de l'impact en matière d'emploi et de compétences du vieillissement de la population, à horizon 2050, une des priorités de ce réseau.

[137] L'étude des impacts en matière d'emploi et de compétences du vieillissement de la population, à horizon 2050, pourrait être des thèmes de travail du réseau emploi-compétences en 2026 et 2027, afin de nourrir la stratégie de santé 2028.

#### 1.4.2.2 La mise en réseau de l'ensemble des structures impliquées dans le suivi et l'observation des emplois et des métiers de la santé, du secteur social et du secteur médico-social est nécessaire

[138] Pour coordonner l'ensemble de la production d'études en la matière, un réseau national d'observation et de prospective des emplois et des métiers de la santé et de l'accompagnement social, sur le modèle de l'observatoire national des emplois et métiers de l'économie verte (ONEMEV), pourrait être créé.

[139] L'ONEMEV rassemble les principales structures impliquées dans le suivi et l'observation de l'économie verte ou, plus généralement, de la transition écologique : commissariat général au développement durable, INSEE, DARES, DREES, DGEFP, DGT, France Travail, Céreq, France Stratégie, France Compétences, APEC, Réseau des Carif Oref, CNFPT.

[140] Le comité national de pilotage de l'ONEMEV est animé par le service des données et études statistiques du Ministère de la Transition Ecologique. Il s'agit davantage d'un lieu de concertation sur un programme d'études et sur la méthodologie de ces études qu'une nouvelle structure en soi.

[141] Le comité national de pilotage du **Réseau national d'observation et de prospective des emplois et métiers de la santé et de l'accompagnement social** serait animé par la DREES, en tant que service statistique des ministères sociaux. Les membres en seraient les suivants : DREES, DARES, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance du ministère de l'Education nationale, Service de la prospective et de la Statistique du ministère de l'Agriculture, INSEE, France Stratégie, DGOS, DGCS, DGEFP, DGE<sup>49</sup>, DGT, Céreq, France Compétences, France Travail, APEC, ATIH, Réseau des CARIF-OREF, Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, CNFPT, CNAM, CNSA, ordres professionnels.

[142] Le principal enjeu auquel la mise en place de ce réseau permettrait de répondre est celui de la dispersion et de la fragmentation des acteurs, que ce soit au niveau national, ou entre le niveau national et le niveau régional.

[143] Au niveau national, la création de ce réseau devrait permettre de construire une méthodologie uniforme entre les deux grands acteurs de la prospective que sont la DARES et la DREES. A l'heure actuelle, la projection des infirmiers, à horizon 2030, n'est pas cohérente entre les travaux de la DARES<sup>50</sup> et ceux de la DREES<sup>51</sup>.

[144] La création de ce réseau permettrait également d'associer d'autres grands acteurs nationaux : le CEREQ, France Stratégie, France Travail, l'INSEE.

[145] Elle permettrait également d'associer les Régions, financeurs des formations sanitaires et sociales et responsables des SRFSS et leurs outils que sont les CARIF-OREF, soit directement, soit par le biais du RCO.

[146] A l'heure actuelle, en effet, les SRFSS prévoient une stabilité des effectifs de formation d'infirmières alors qu'il faudrait non seulement conserver l'actuel protocole Etat-Région, mais l'augmenter de 5000 places de formation d'infirmières supplémentaires, pour ne pas aggraver les difficultés de recrutement.

[147] Il permettrait également de **réduire la fracturation du champ sanitaire et social entre la santé d'un côté et le médico-social de l'autre, très préjudiciable en matière de prospective et de pilotage des ressources humaines au moment où les difficultés de recrutement les plus grandes portent sur des métiers paramédicaux exercés au sein d'établissements médico-sociaux**. Il permettrait également de mieux prendre en compte des professions, comme aide à domicile, très

---

<sup>49</sup> Au titre du suivi du secteur de l'aide à la personne, la Direction Générale de l'Economie (DGE) produit des analyses prospectives sur l'évolution des emplois d'aides à domicile, en s'appuyant notamment sur la base de données NOVA.

<sup>50</sup> J-C. Sciberras, C. Jolly, J. Flamand, B. Le Hir, M. Rey, A. Edeilman, C. Cousin, A. Desjonquieres, *Les métiers en 2030*, France Stratégie - DARES, mars 2022

<sup>51</sup> C. Parent, « Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante », *Etudes et résultats*, DREES, n°1319, décembre 2024.

structurantes mais peu prises en compte car périphériques ou hors-champ pour l'ONDPS et le HCTS.

[148] Pour les méthodes d'animation d'un réseau d'acteurs de l'observation et de la prospective des emplois et des métiers, la DREES pourrait, dans un premier temps, solliciter l'expertise de France Stratégie.

***Un exemple d'exercice de prospective réalisé grâce à la mise en réseau d'observatoires et d'acteurs de la statistique publique : la mobilisation du Réseau Emplois Compétences sur les compétences liées à la transition écologique***

Le Réseau Emplois Compétences est un réseau d'observation et de prospective des emplois et des compétences réunissant des représentants de l'Etat, de France Stratégie, des partenaires sociaux, des régions, des observatoires de branches, des organismes producteurs de travaux d'observation et de prospective.

Fruit de la volonté de l'Etat et des partenaires sociaux, la création du Réseau Emplois Compétences a été actée lors de la Grande Conférence Sociale de 2013. Espace d'échange et de dialogue entre les acteurs de l'observation et de la prospective des emplois et compétences, le REC vise la production d'une expertise collective sur les besoins en compétences de demain, et la diffusion de ces travaux auprès des instances représentatives et des acteurs du développement économique, de l'emploi, de la formation professionnelle, de l'orientation.

Suite à la mise en place d'un plan d'actions national pour atteindre les objectifs environnementaux et climatiques de la France par le Secrétariat Général à la Planification Ecologique (SGPE), le réseau emploi compétences, animé par France Stratégie, avec le concours de la DARES et des OPCO et de l'Observatoire national des emplois et métiers de l'économie verte (ONEMEV), a mis à son programme de travail, en 2023 et 2024, l'étude des impacts en matière d'emploi et de compétences de la planification écologique, à horizon 2030. Cela a débouché sur un programme de travail conclu par deux conférences

[149] Un des principaux objectifs de ce Réseau devrait être d'élaborer une méthodologie et un modèle de simulation pour la prospective régionale en matière d'emploi et de formations sanitaires et sociales.

[150] Cette méthodologie et ce modèle de projection seraient portés à la connaissance des CREFOP.

[151] Les CARIF-OREF - appuyés le cas échéant par les directions régionales de l'INSEE et les SER des DREETS - seraient donc invités à adopter cette méthodologie, qu'ils auraient contribué à définir, pour élaborer les documents préparatoires des schémas des formations sanitaires et sociales, de façon à proposer aux membres du CREFOP, (Etat, Région et partenaires sociaux), plusieurs scénarios d'évolution de l'offre de formation en fonction de la densité standardisée projetée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux.

[152] La plupart des SRFSS ayant été voté en 2022 ou en 2023, il semble envisageable de créer un modèle de projection régional robuste en vue du renouvellement des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales en 2028.

[153] Les Départements pourraient être associés, en tant que de besoin, aux travaux du Réseau national d'observation et de prospective des métiers de la santé et de l'accompagnement social.

[154] Il serait utile que les Départements puissent faire valoir les difficultés de recrutement qu'ils rencontrent, en tant qu'employeurs directs, et les difficultés de recrutement dont ils ont connaissance, en tant que régulateurs, financeurs, et chefs de file de l'action sociale sur le plan territorial. Les Départements, par ailleurs, sont nombreux à avoir élaboré des plans en faveur de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social<sup>52</sup>.

[155] Sans attendre la mise en place d'un système d'informations partagées, tel qu'il était prévu en 2022 par le protocole entre l'Etat et Régions de France en matière de formations sanitaires et sociales, en s'appuyant sur les projets Solstiss et Agora, il conviendrait de permettre à la DARES et à la DREES d'avoir accès à l'ensemble des informations recueillies dans Solstiss, à des fins statistiques.

[156] L'application Portail de dépôt ou FrontOffice SolSTISS est une solution de suivi transrégional des instituts de formations sanitaires et sociales dans le cadre du traitement informatisé des dossiers de demandes de subventions aux Régions par les instituts de formations concernant leur formations sanitaires et sociales. L'accès de la DREES et de la DARES à Solstiss devrait être une condition du renouvellement du protocole Etat-Régions en matière de formations sanitaires et sociales.

[157] Les observatoires des métiers et des compétences des branches professionnelles et les opérateurs de compétence pourraient également être associés aux travaux du réseau national d'observation et de prospective des métiers de la santé et de l'accompagnement social, notamment l'observatoire de l'OPCO Santé.

[158] La création de ce réseau, structure souple de coordination qui ne produirait pas elle-même d'études, ne freinerait pas d'autres évolutions du secteur en matière d'analyse des besoins, d'observation et de prospective, notamment la création, à termes, d'un observatoire des métiers et des qualifications communes à la branche de l'aide à domicile (BAD) et à la branche des activités sanitaires, sociales, et médico-sociales à but non lucratif (BASS). Il est d'ailleurs parfaitement possible, pour ces deux branches, de confier leurs travaux d'observation à un OPMQ commun sans pour autant que les deux branches fusionnent.

**Recommandation 2** Créer un réseau national d'observation et de prospective des emplois et des métiers de la santé et de l'accompagnement social pour coordonner les principales structures engagées dans le suivi et l'observation des métiers de la santé et de l'accompagnement social, notamment les directions statistiques ministérielles, les services collecteurs ou utilisateurs de données (ONDPS, ATIH, CARIF-OREF, CERÉQ) et pour développer une méthode commune de prospective emploi-formation entre l'Etat et les Régions. La DREES animera ce réseau.

---

<sup>52</sup> A titre d'exemple, le Département de la Somme a élaboré un « *Plan d'action départemental en faveur de l'attractivité des métiers de l'accompagnement social, 2023-2026* ».

#### 1.4.2.3 A court et moyen terme, au-delà de la mise en réseau, renforcer les moyens de la DREES et de l'ONDPS, et s'appuyer davantage sur les acteurs de la recherche publique

[159] A moyen terme, il semble également opportun, pour améliorer la prospective des ressources humaines du système de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux, d'augmenter les effectifs de l'ONDPS, comme le dernier rapport du HCAAM le préconise, et de manière générale de renforcer les effectifs des services statistiques du ministère du travail et de la santé. Il ne semble en effet pas possible d'atteindre le niveau de qualité envisagé par le rapport du HCAAM avec les effectifs actuels – moins de deux ETP à l'ONDPS, et **la mise en réseau des acteurs, qui est cependant indispensable, ne saurait suffire à atteindre les meilleurs standards internationaux.**

[160] Comme le propose le HCAAM, la mission de l'ONDPS devrait aller au-delà de l'observation pour être élargie au pilotage de la prospective en ressources humaines en santé, à l'image d'*Effectifs de santé au Canada*. Créé en décembre 2023, *Effectifs de santé au Canada* est un organisme indépendant dont la mission est d'améliorer la collecte et l'échange de données sur l'effectif de la santé et proposer des conseils sur la planification en santé, ainsi que les innovations en matière de recrutement et de maintien en poste.

[161] A court terme, l'appui des acteurs de la recherche (notamment des universités et du CNRS) pour construire une stratégie des ressources humaines en santé et dans le domaine de l'accompagnement social face au vieillissement de la population française, ne devrait pas être négligée.

[162] Elle pourrait passer par la mise en place d'un chantier scientifique interdisciplinaire entre le CNRS et les ministères sociaux, éventuellement par la création d'un groupement de recherche, ou par le lancement d'un appel à projet auquel pourrait répondre un consortium d'universités, de laboratoires et d'organismes de recherche, tel que l'*Institut des Politiques Publiques*, qui travaille déjà avec la CNSA. En Australie, l'*Université du Queensland*, en partenariat avec d'autres universités australiennes, a obtenu en 2023 un financement de 2,8 millions de dollars australiens, en 2024, pour améliorer la prospective en santé. L'appui des conseils scientifiques de l'*assurance maladie*, de la CNSA et de l'*EHESP* pourrait également être sollicité.

[163] Deuxième volet d'un triptyque de missions du programme de travail de l'IGAS consacrées à l'attractivité des métiers du champ social, la mission d'expertise relative à l'amélioration des données et des outils dont disposent les pouvoirs publics pour piloter et réguler la masse salariale et les effectifs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ainsi que du secteur de la petite enfance, sera amenée à formuler des propositions complémentaires en matière d'observation et de pilotage des ressources humaines du champ sanitaire et social.

#### 1.4.3 Confier à un comité interministériel le pilotage stratégique des ressources humaines du champ sanitaire et social

[164] Il convient d'élaborer, entre 2025 et 2028, une stratégie nationale des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social et d'en assurer l'animation et le suivi grâce à la création d'un comité interministériel, en charge des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social.

[165] L'existence d'un plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie atteste de l'existence d'un document, formalisé et stratégique, en matière de ressources humaines, pour une partie du champ examiné. Suivi par la DGCS, ce document, qui constitue pourtant le cadre de référence de l'action de l'Etat sur le sujet jusqu'en 2025, n'est cependant pas cité par la DGOS. Il n'est pas connu des ARS rencontrées par la mission, qui ne le mentionnent pas dans les déclinaisons du Projet Régional de Santé (PRS) portant sur l'attractivité. Il n'a jamais été mentionné par les collectivités territoriales, Régions ou Départements, rencontrées par la mission, ou par les employeurs et les fédérations professionnelles.

[166] De façon générale, la concertation avec les autres parties prenantes (représentants des salariés et des employeurs, collectivités territoriales) semble perfectible.

**[167] Une coordination interministérielle renforcée, s'appuyant sur un comité interministériel, semble indispensable.**

[168] Un comité interministériel, présidé par le premier ministre, et dont le ministre de la Santé serait le vice-président, réunirait annuellement les ministres concernés. Les ministres en charge de la santé, des affaires sociales, de l'emploi et de la formation professionnelle, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, du budget et des collectivités territoriales, en seraient membres. Ce comité interministériel serait le lieu de confrontation des orientations, d'établissement des directives et de répartition des moyens financiers. Il serait le lieu chargé de définir, coordonner, déterminer les moyens et évaluer la politique en matière de ressources humaines du système de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux.

[169] Un secrétaire général préparera les travaux et les délibérations de ce comité interministériel, et animerait la politique d'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement social. Un adjoint du SGMAS assurerait cette mission, au titre de la mission générale de modernisation des ministères sociaux et de coordination des services du SGMAS.

[170] Le secrétariat général du comité interministériel des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social serait également chargé de l'animation de la politique de communication et de promotion des métiers, sur le plan national et territorial.

**Recommandation 3** Créer un comité interministériel des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social. Ce comité interministériel sera chargé de définir, de coordonner et d'évaluer la politique en matière de ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social. Présidé par le premier ministre, il réunira annuellement les ministres en charge de la santé, des affaires sociales, de l'emploi et de la formation professionnelle, de l'éducation, de l'enseignement supérieur, du budget et des collectivités territoriales. Un secrétaire général, rattaché au SGMAS, préparera ses travaux et ses délibérations. Il animera la politique d'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement social, sur le plan national et territorial.

[171] Une stratégie nationale des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social pourrait être élaborée par le comité interministériel, sur la base du travail de prospective réalisé par le réseau national d'observation et de prospective des emplois et des métiers de la santé et de l'accompagnement social.

[172] Cette stratégie globale des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social comprendrait non seulement une planification des effectifs mais aussi tous les leviers, en termes d'attractivité, de fidélisation, qui permettraient d'assurer une réponse équitable aux besoins de santé et d'accompagnement social de la population. A ce titre, elle pourrait traiter de la qualité du management dans les établissements de santé et dans les ESMS, et de façon plus générale de la qualité de vie au travail. Elle devrait également traiter de l'évolution du rôle et des compétences de chaque profession et de leurs façons de travailler ensemble et de l'évolution des carrières.

[173] Elle devrait porter une attention particulière aux professions qui connaissent aujourd'hui les plus grandes difficultés de recrutement et pour lesquelles les besoins seront les plus importants durant les prochaines années, notamment les aides à domicile et "faisant-fonction" d'aide-soignant des EHPAD, les aides-soignantes et les infirmières.

[174] Cette stratégie pourrait être mentionnée au R1411-2 du code de la santé au titre des plans, programmes et projets concourant à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé.

[175] Les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales devraient entretenir un rapport de compatibilité avec cette stratégie nationale, c'est à dire respecter ses orientations fondamentales, notamment en matière de planification des effectifs. L'exigence de compatibilité implique qu'il n'y ait pas de contrariété entre la norme supérieure et la mesure d'application, ce que le juge administratif pourrait apprécier dans le cadre d'un contrôle de compatibilité.

**Recommandation 4** Elaborer une stratégie nationale des ressources humaines du système de santé et du secteur social et médico-social. Cette stratégie sera élaborée conformément aux orientations du comité interministériel, tout en s'appuyant sur les travaux du réseau national d'observation et de prospective des emplois et des métiers de la santé et de l'accompagnement social. Les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales devront entretenir un rapport de compatibilité avec cette stratégie nationale.

[176] Cette gouvernance nationale pourrait être complétée par une structuration en fonction des problématiques spécifiques de chaque filière, afin d'associer pleinement les représentants des salariés et des employeurs aux réflexions sur l'évolution des formations, des professions, et de leur environnement réglementaire.

[177] A ce titre, des groupes de travail pourraient être créés, dans le cadre du comité interministériel, afin de traiter des problématiques spécifiques de chaque filière. Les travaux de ces groupes de travail pourraient porter sur des métiers spécifiques, ou sur des problématiques particulières, notamment en matière d'orientation, de communication et de promotion des métiers.

[178] Cela conduirait à organiser deux groupes de travail :

- Santé, en lien notamment avec l'ANFH, la FHF, l'OPCO Santé, la FHP.
- Handicap, en lien notamment avec NEXEM, la FEHAP, et l'OPCO Cohésion sociale.

[179] Le secteur du grand âge et de l'autonomie bénéficie déjà, en effet, d'un EDEC dont il conviendrait de faire le bilan. Le secteur de la Petite Enfance est déjà organisé en filière. Quant

aux problématiques spécifiques au secteur du travail social (protection de l'enfance, personnes vulnérables), elles peuvent déjà être traitées au sein du HCTS.

**Recommandation 5** Créer deux groupes de travail au sein du comité interministériel, afin de traiter des problématiques spécifiques du secteur de la santé et du secteur du handicap, les autres secteurs (Travail social, Grand âge, Petite Enfance) bénéficiant déjà d'une forme de structuration.

#### 1.4.4 Au niveau régional, une gouvernance à conforter et à rénover

##### 1.4.4.1 Les plans d'attractivité des ARS

[180] À la suite de la circulaire de 12 décembre 2021, relative à la mise en place d'une campagne de recrutement d'urgence sur les métiers du soin et de l'accompagnement, dans les secteurs sanitaires, du grand âge et du handicap, plusieurs ARS ont élaboré un document stratégique sur les questions d'attractivité des métiers, que ce soit dans le cadre de leur Programme Régional de Santé ou en tant que document autonome. La mission a notamment pu prendre connaissance des plans d'attractivité des métiers de l'ARS Normandie, de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté et de l'ARS Occitanie, portant sur l'attractivité des métiers du grand âge.

[181] Certains plans d'action documents comprennent des fiches métiers et la présentation de dispositifs locaux qui pourraient être présentés sur la plateforme « *prendresoin.fr* » dans un espace employeur ouvert aux directions des ressources humaines des ESMS et des établissements de santé.

[182] La mobilisation de l'ARS Normandie sur les sujets d'attractivité des métiers démontre l'intérêt d'une implication des ARS sur ce sujet, aux côtés du service public de l'emploi et des Régions. Elle montre qu'une complémentarité peut être trouvée avec les schémas régionaux des formations des Régions, l'ARS se concentrant sur l'accompagnement RH des employeurs de ce champ, la promotion de pratiques managériales innovantes, la question des conditions de vie au travail. Une attention particulière a été prêtée en Normandie au partenariat avec la Région, ce qui s'est matérialisé par la mise en place d'un plan d'investissement dans les IFSI et dans le bâti hospitalier.

[183] Cependant, dans de trop nombreux cas, les ESMS et les établissements de santé n'ont pas semblé connaître les démarches menées à l'échelon national ou à l'échelon régional.

[184] Certaines ARS rencontrées par la mission, alors qu'elles ont élaboré elles-mêmes des plans portant sur l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement social, ne se réfèrent pas au plan d'action 2020-2024 pour les métiers du grand âge et de l'autonomie. Leurs propres plans ne semblent pas toujours connus à l'échelle départementale, ni, à l'exception des démarches partenariales de l'ARS Normandie, reposer sur la connaissance des démarches menées par les principaux opérateurs, et notamment les CHRU et grands GHT de leur territoire.

[185] Pour institutionnaliser la mission des ARS en matière d'attractivité des métiers de la santé et de l'accompagnement social, leurs missions pourraient être complétées. L'article L1431-2 du code de la santé prévoit déjà que les ARS « contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, des

personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie ».

[186] Pour renforcer la compétence des ARS, l'article L1431-1 pourrait être complété par la disposition suivante : « Elles contribuent, en lien avec France Travail et les collectivités territoriales qui le souhaitent, à la promotion et à la valorisation des métiers de la santé et de l'accompagnement social ».

[187] La création d'une direction de l'attractivité dans chaque ARS, sur le modèle de l'ARS Normandie, permettrait de faire le suivi du plan régional d'attractivité des métiers de la santé et du soin. Les délégations départementales des ARS seraient chargées de la mise en œuvre de ce plan. Elles élaboreraient avec les ESMS et les établissements de santé rencontrant le plus de difficultés de recrutement dans leur département une feuille de route sur 18 mois, grâce à l'ensemble des outils mentionnés.

#### 1.4.4.2 Les contrats d'objectifs emploi-formation, lieux de la concertation entre l'ensemble des acteurs sur les questions de promotion et d'évolution des métiers

[188] Sur les enjeux d'emploi et de formation – qui ne recouvrent pas l'ensemble des problématiques liées à l'attractivité des métiers - les contrats d'objectifs emploi-formation sont le cadre de l'animation et du partenariat sur les enjeux d'emploi et de formation. Les contrats d'objectifs emploi formation permettent de cibler, sur la base d'un constat partagé, des actions prioritaires à mettre en œuvre, notamment en matière de promotion des métiers, dans un ou plusieurs secteurs d'activité. Ils rassemblent des partenaires qui, par la mutualisation de leurs moyens vont participer à l'atteinte de ces objectifs.

[189] Ces contrats sont signés par : l'Etat (Préfet, DREETS, autorités académiques), la Région, les partenaires de l'emploi et de la formation (France Travail, OPCO), les branches professionnelles (représentants des salariés et des employeurs).

[190] A titre d'exemple, dans le domaine des formations aux métiers de la santé, du social et du médico-social, la Région Pays de la Loire a élaboré 3 contrats d'objectifs sectoriels : l'un sur la santé, l'autre sur la cohésion sociale, le dernier sur les entreprises de proximité. La Région Bretagne a signé en 2021 un contrat d'objectifs « accompagnement et aide à domicile » avec l'Etat, les partenaires sociaux de la filière et les départements. La Région Grand Est a élaboré un contrat d'objectif territorial sanitaire et social, cosigné par le Préfet de Région, l'ARS, l'ONISEP, les branches, les commissions paritaires, les OPCO, l'ANFH et le CNFPT, et tous les départements de la Région. Il permet de coordonner l'action de l'ensemble de ces acteurs, sur le plan régional, en matière de prospective et de promotion des métiers du sanitaire et du social.

[191] Les contrats d'objectifs pourraient être, demain, le point d'articulation entre les travaux menés par les filières dans le cadre des EDEC, sur le plan national (filière petite enfance par exemple) et les travaux menés dans les régions. Les représentants de la DREETS ou de l'ARS pourraient y rendre compte des perspectives d'évolution des formations discutées sur le plan national, pour que la commande régionale de formation les prenne en compte.

[192] Au niveau régional, les OPCO – qui sont signataires de ces contrats d'objectif – peuvent faire valoir dans ce cadre leurs initiatives et leurs actions, tout en veillant à ce qu'elles soient coordonnées avec celles de l'Etat et de la Région.

[193] Si le cadre réglementaire existe, il conviendrait cependant de moderniser les dispositions du D 214-5 du code de l'éducation, pour que des contrats d'objectifs soient effectivement décrits pour ce qu'ils sont, c'est-à-dire des déclinaisons sectorielles du CPRDFOP. La signature de ces contrats, en ce qui le sanitaire et social, devrait être – formellement - ouverte aux agences régionales de santé comme elle l'est aux départements. La Région Grand Est, par exemple, avait fait signer l'ARS. Le travail mené au sein de ces contrats d'objectif devrait nourrir le schéma des formations sanitaires et sociales.

#### 1.4.4.3 Une nécessaire évolution de l'environnement réglementaire des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales

[194] Les dispositions du code de la santé et du code de l'action sociale mentionnent deux schémas : un schéma des formations sanitaires et un schéma des formations sociales. Cependant, aucune Région, à l'heure actuelle, n'a élaboré deux schémas : par souci de simplification, et de réalisme, il serait sans doute opportun de simplifier ces dispositions.

[195] Un travail de mise en cohérence des différentes dispositions serait d'ailleurs utile. En effet, le code de la santé dispose, à l'article L. 4383-2, que le ministre de la santé détermine « le nombre d'étudiants des formations paramédicales, sur la base du schéma régional des formations sanitaires mentionné au I de l'article L. 214-13 du code de l'éducation et en tenant compte des besoins en termes d'emplois et de compétences. » alors que le code de l'éducation ne mentionne pas de schéma des formations sanitaires et sociales.

[196] Le code de l'éducation dispose seulement, à l'article L214-13, que le CPRDFOP définit les orientations en matière de formation professionnelle et continue, y compris celles relevant des formations sanitaires et sociales. Par ailleurs, l'article L 1431-1 du code de la santé publique précise que les ARS « participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social » alors que le code de l'éducation ne les mentionne pas.

[197] De son côté, le CASF dispose que « la Région définit et met en œuvre la politique de formation des travailleurs sociaux. Dans le cadre de l'élaboration du schéma régional des formations sociales, elle recense, en association avec les départements et les comités départementaux des services aux familles, les besoins de formation à prendre en compte pour la conduite de l'action sociale et médico-sociale et indique comment elle compte y répondre ».

[198] Le statut du SRFSS est donc ambigu. Il serait utile d'indiquer qu'il ne comprend pas uniquement des actions portant sur les formations, mais aussi sur la promotion des métiers, afin de prendre en compte la compétence des Régions en matière d'orientation. Il serait opportun – pour en faire un véritable document stratégique de programmation – que la loi dispose que le SRFSS précise les effectifs à former par type et niveau de qualification, la localisation souhaitable des formations et les types d'actions susceptibles de favoriser l'information des jeunes et des familles.

[199] Certaines Régions ont fait le choix de le fusionner avec le CPRDFOP, au risque d'une perte de lisibilité. C'est le choix de la Normandie, et dans une certaine mesure de la Bretagne, qui englobe tous ses schémas dans une stratégie plus générale. Dans les faits, la majorité<sup>53</sup> des Régions ont, à cette heure, délibéré sur un schéma des formations sanitaires et sociales, en cours de validité. La situation de la Région Auvergne-Rhône-Alpes, où il n'existe, à proprement parler, ni SFRSS ni CPRFOP, est unique. La Région Normandie a fait le choix d'élaborer un document unique, agrégeant le contrat de plan de développement de l'orientation et de la formation professionnelle (CPRDFOP) et le schéma régional des formations sanitaires et sociales, au risque de perdre de vue la spécificité de ces formations et de cet environnement : ce sont les seules à avoir un lien si fort avec l'emploi, ce sont des diplômes d'Etat dont l'obtention est nécessaire pour exercer une fonction dans ces secteurs, elles sont, pour partie, universitarisées, la concertation avec les départements, qui n'est pas indispensables pour les autres formations professionnelles, est prévue – à juste titre – par le CASF.

[200] Il serait opportun que la loi précise que le schéma des formations sanitaires et sociales précise doit être établi durant la première année du mandat. Il serait également opportun qu'il soit – comme l'est le CPRDFOP – ouvert à la signature du préfet de Région, des autorités académiques (le recteur étant, par ailleurs, chancelier des universités, il est intéressé par l'universitarisation des formations paramédicales) et de l'ARS. Il devrait être précisé que le SRFSS doit être compatible à la fois avec le CPRDFOP, et avec la stratégie nationale des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social.

**Recommandation 6** Conforter, tout en la rénovant, la gouvernance régionale en matière d'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement social : en élargissant les missions des ARS aux questions d'attractivité des métiers, et en faisant des contrats d'objectifs et de moyens le cadre du partenariat en matière de formations sanitaires et sociales et de promotion des métiers, en fusionnant les schémas des formations sanitaires et des formations sociales en un schéma unique, compatible avec la stratégie nationale des ressources humaines des métiers de la santé et de l'accompagnement social.

## 2 Seule une augmentation massive des professionnels sur le marché du travail permettra d'en corriger les déséquilibres

[201] L'étendue des besoins actuels et à venir nécessite d'aller au-delà de l'amélioration des processus d'appariements, qui contribuent à répondre aux besoins des employeurs et des professionnels, mais qui sont insuffisants. Pour y répondre plus adéquatement maintenant et surtout d'ici à 2030, il est nécessaire d'introduire plus de professionnels du champ social sur ce marché du travail qui est déséquilibré avec une ressource en offreurs de travail insuffisante et qu'il y a lieu d'accroître.

[202] **Pour toutes les raisons qui ont été exposées** plus haut, faute d'une prospective consolidée des emplois du secteur de la santé et du secteur social et médico-social, **il est malaisé de définir à ce stade le nombre de places de formation supplémentaires à ouvrir pour maintenir a minima**

<sup>53</sup> Ile-de-France, PACA, Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Pays de la Loire, Hauts-de-France

**la prise en charge des populations, et dans le meilleur des cas contribuer à la diminution des difficultés de recrutement.**

[203] Quelques chiffres peuvent néanmoins être avancés. Ils fondent la proposition de porter à 22 000 le nombre de places supplémentaires le protocole Etat-Régions, d'ici à 2028, et d'augmenter le nombre de personnes formées dans le cadre de la formation continue.

- **Pour les infirmiers**, deux études récentes convergent sur le besoin **d'ouvrir 5 000 places de formation supplémentaires pour ne pas dégrader l'offre de soins**. Au vu de l'augmentation constante du taux d'abandon des études d'infirmier, il semble prudent de ne pas se fonder sur une augmentation rapide du taux de diplomation. Avec un taux d'abandon constant, pour maintenir la densité standardisée d'infirmières, il faudrait augmenter le nombre d'entrées en formation de près de 5 000 places, en passant le quota de 39 000 à 43 400 places<sup>54</sup>. L'étude de l'ONDPS, encore inédite, sur la démographie des infirmières propose elle aussi d'ouvrir 5 000 places supplémentaires. Selon la DREES, cela permettrait de revenir, dans les années 2040, au taux de densité standardisé de 2015, c'est à dire au taux de densité standardisé que la France connaissait avant dix années d'augmentation continue du taux de tension de recrutement. Même en augmentant encore davantage le nombre de personnes diplômées, ce qui semble peu crédible au vu des difficultés rencontrées par l'appareil de formation – manque de places, manque d'enseignants - le taux de tension ne reviendrait pas au niveau connu en 2015 avant 2035.
- **Pour les aides-soignants**, l'étude de l'ONDPS conclut également qu'il conviendrait de créer 3 000 places de formation supplémentaires par an. Même si les effectifs sont plus modestes, il conviendrait également d'accroître le nombre de professionnels formés dans quelques professions clés, comme les manipulateurs radios.
- **Pour les professionnels du grand âge**, il conviendrait enfin de former ou de certifier ceux qui travaillent auprès de personnes âgées dépendantes, sans avoir été formées. En 2023, Amélie Carrère estimait que 144 500 aides à domicile intervenaient auprès des personnes âgées dépendantes pour les activités essentielles de la vie quotidienne<sup>55</sup>. Il n'existe pas de chiffrage précis, mais d'après les entretiens menés par la mission avec des employeurs et des chercheurs spécialisés sur ce sujet, près de ¾ n'auraient aucune qualification certifiante du secteur. Sur des fonctions similaires, d'après la DGCS, près de 30 000 professionnelles feraient fonction d'aides-soignantes dans les EHPADs. Des propositions sont formulées dans le chapitre 3 pour créer une nouvelle certification d'accompagnant en gérontologie, à la fois plus courte et plus adaptée aux fonctions de ces personnes que les certifications actuelles. Des propositions sont également formulées pour reconnaître les certifications, notamment les bacs professionnels du secteur, qui ne font l'objet d'aucune reconnaissance à ce stade dans le code de l'action sociale et des familles. Il serait néanmoins nécessaire de développer très fortement, en formation initiale comme en formation, les financements actuellement

<sup>54</sup> C. Parent, « Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante », *Etudes et résultats*, DREES, décembre 2024, n° 1319

<sup>55</sup> A. Carrère, « L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale », rapport IPP n°45, septembre 2023. L'autrice estimait, dans la même étude, que le besoin d'aide à domicile des bénéficiaires de l'APA correspondait à 724 000 ETP.

accordés aux TP ADFV, dans le cadre des PRIC, et au DEAES, dans le cadre du protocole Etat-Régions.

[204] Dans son scénario tendanciel, la DREES considère que le nombre d'infirmières étrangères venant exercer en France chaque année resterait stable (400). Il ne représente que l'équivalent de 2 % des infirmières diplômées chaque année. Aussi, la mission n'a pas considéré que l'accroissement du nombre d'infirmières étrangères venant exercer en France pourrait être, à court et moyen terme, une variable significative de l'évolution du nombre d'infirmières.

## 2.1 Centrer les actions d'appariement sur les grands employeurs (France Travail) et les publics prioritaires (plates-formes de l'autonomie) permettra de mieux cibler l'intervention du service public de l'emploi

[205] Dans une situation où perdurent des tensions de recrutement fortes combinées à des volumes de demandeurs d'emploi élevés, l'un des leviers d'action est celui de l'amélioration de l'appariement entre l'offre et la demande d'emploi.

### 2.1.1 L'action de France travail désormais fondée sur une politique de viviers pourrait être plus ciblée et renforcée via la nouvelle plate-forme « prendre soins.fr »

[206] Face à la persistance de tensions sur le marché du travail (cf. partie 1), la DGEFP a demandé à **Pôle emploi en 2021 de définir, pour les secteurs d'activité les plus touchés<sup>56</sup>, une politique ciblée d'appariement renforcé**. Cela s'inscrit dans le plan de réduction des tensions de recrutement annoncé le 27 septembre 2021 et qui a fait l'objet d'une instruction d'octobre 2021<sup>57</sup>. Pour France travail la nouveauté consiste à **définir dans chaque agence pôle emploi et maintenant France travail un vivier de demandeurs d'emploi (entre 100 et 200 personnes) potentiellement employables dans le secteur en tension donné**. La constitution de ce vivier repose sur l'application au fichier des demandeurs d'emplois de l'agence locale des trois critères suivants :

- Personne qui est intéressée par le secteur en question ou qui cite ce secteur comme possibilité
- Demandeur d'emploi immédiatement disponible
- Personne ayant les compétences indispensables<sup>58</sup> à l'exercice du métier ou en capacité de l'exercer moyennant une adaptation rapide via par exemple une Action de Formation Préalable au Recrutement ou Préparation Opérationnelle à l'Emploi

[207] Le demandeur d'emploi inscrit dans le vivier fait l'objet d'un suivi plus particulier et se voit proposer des offres d'emplois du secteur ou des formations lui permettant une adaptation rapide

---

<sup>56</sup> Hôtellerie restauration, transports, sanitaire et social auquel s'est adjoint en 2022 une quatrième secteur qui est celui de l'industrie.

<sup>57</sup> INSTRUCTION N° DGEFP/2021/217 du 25 octobre 2021 relative à la mobilisation nationale en faveur de la réduction des tensions de recrutement.

<sup>58</sup> Ces « compétences indispensables » ont fait l'objet de discussions entre pôle emploi et les fédérations représentatives des secteurs.

vers les métiers du secteur. Des bilans sont faits tous les trois mois. Cette qualification du fichier, prépositionnant des demandeurs d'emplois sur le champ sanitaire et social suppose également un travail en commun resserré entre le ou les conseillers en charge de l'accompagnement des DD qui font partie de ce vivier et les conseillers dits « entreprises » qui, eux, connaissent bien les employeurs et leurs besoins.

#### **Des actions d'appariement ciblées qui portent leurs fruits. L'agence de Seynod à Annecy.**

Dans la périphérie d'Annecy, une structuration de l'action de France travail sur le champ sanitaire et social donne des résultats intéressants.

Sur ce site, une équipe coordonnée a été constituée (intitulée « **task force** ») qui comprend un conseiller accompagnement des DE spécialité dans le secteur de chacune des trois agences qui participent à l'action, une conseillère entreprise spécialisée sur le champ avec l'appui de la référente régionale du domaine d'excellence sanitaire et social. Cette **task force** étudie le marché du travail sanitaire et social du bassin d'emploi et échange informations et données sur les demandeurs d'emploi et les entreprises chaque semaine (1/2 journée par semaine), prépare des événements, des actions de recrutements, mets à jour les fichiers et assure les suivis des DE qui sont dans le vivier sectoriel. **Cette structuration ciblée permet non seulement une grande fluidité des transferts d'information mais également de mener des actions fructueuses.** Ainsi cinq événements par mois sont organisés dans ce champ qu'il s'agisse d'action de découverte métier, de forums ou d'actions de détections de potentiels.

Deux actions méritent d'être mises en avant : un **parcours découverte - formation - recrutement** organisé chaque mois et qui permis cette année d'aboutir à une détection de potentiel de 120 personnes, 144 personnes formées par ailleurs, et 82 embauches ce qui est beaucoup sur ce type de bassin d'emploi. De même des **actions de recrutement par simulation** sont régulièrement organisées par exemple une méthode de recrutement par simulation pour le CHANGE (centre hospitalier de Annecy) de cinq agents de stérilisation ou de 10 accompagnants adultes handicapés pour Alpysia (association qui gère 15 établissements en Savoie Haute Savoie et Isère de prise en charge de paralysie cérébrale) ces actions aboutissants au recrutement de tous les postes à pourvoir.

[208] Comme on le voit dans l'exemple de l'encadré notamment, les actions mises en œuvre par le service public de l'emploi de ciblage, de constitution de viviers, les méthodes de recrutement par simulation, les actions de formations courtes comme les POEC et POEIC sont des outils utiles et intéressants. Ils supposent une structuration régulière, une connaissance et une confiance réciproque entre l'équipe en charge du secteur et les entreprises qui recrutent qui nécessitent un investissement fort et une charge de travail importante.

[209] Ils représentent néanmoins des volumes qui sont très faibles à l'échelle des besoins de main d'œuvre : les POEC<sup>59</sup> cofinancées OPCO Santé et France Travail n'ont concerné que 600

<sup>59</sup> La POE est une action de formation pour un demandeur d'emploi pressenti au recrutement. Elle lui permet d'acquérir les compétences requises nécessaires à la tenue du poste de travail pour lequel il y a une volonté de le recruter. A cette fin la POE se réalise en amont de la signature du contrat de travail. L'objectif de la POE est ainsi de faciliter l'intégration d'un demandeur d'emploi dans une structure pour un emploi sur lequel est identifié un besoin de montée en compétences du candidat présélectionné. (L. 6326-1 Code du Travail)

personnes environ en 2023. Elles sont par ailleurs limitées à 400 heures de formation ce qui est très insuffisant pour une formation diplômante, souvent nécessaire dans le champ sanitaire et sociale. En la matière, l'action de France travail qui est en réalité peu sollicitée par les employeurs qui ont d'autres canaux de recrutement<sup>60</sup> (sites des établissements de santé, plates-formes de l'autonomie, autres sites d'appariement de type Indeed) devrait plutôt se concentrer sur les employeurs principaux du champ sanitaire et social de chaque département, ce qui n'est le cas aujourd'hui comme la mission a pu le constater dans ses déplacements dans les quatre régions investiguées. Il serait pertinent que France Travail développe un suivi « grand compte » avec les CH (en particulier les CHU), et les grands ESMS de chaque bassin d'emploi. Ce suivi grand compte, ciblé en particulier sur les secteurs connaissant les difficultés les plus importantes de recrutement (champ de la santé, du grand âge, du handicap, établissements d'hébergement quel que soit le champ d'intervention) pourrait prendre la forme d'une convention de partenariat associant l'employeur et France Travail, convention permettant de fonder les actions communes d'équipes transversales associant l'employeur, le conseiller entreprise et l'équipe de l'Agence France travail en charge des viviers sectoriels. Cette convention devrait être signée à l'échelle pertinente (qui peut être une DDFT pour un CHU). Ses résultats seraient quantifiables et évaluables, grâce à la mise en place d'indicateurs tels que le taux et le délai de pourvoi des offres, et la satisfaction du grand compte. Elle serait le support d'un accompagnement suivi et dans la durée. De leur côté les ARS au niveau régional, et départemental, devraient s'assurer que les employeurs principaux de son territoire conventionnent effectivement avec France travail.

**Recommandation 7** Veiller à ce que les agences France Travail passent une convention de partenariat avec chaque grand employeur du champ sanitaire et social de leur territoire. Cette convention serait le support d'un travail de partenariat « grand compte » associant l'équipe RH de l'employeur, le conseiller entreprise FT et l'équipe viviers des métiers en tension.

#### Donner à la plateforme « prendresoin.fr » sa pleine mesure

[210] Dans le cadre du projet JOCAS (*Job offers collection and analysis system*), la DARES collecte quotidiennement les offres d'emploi en ligne publiées sur une sélection de sites pour en faire une nouvelle base de données. Elle a pu établir ainsi que les offres d'emploi présentes sur le site de France Travail ne représentait qu'un peu plus de 10 % des offres publiées, sur l'ensemble des sites, en France<sup>61</sup>. Le site « [prendresoin.fr](http://prendresoin.fr) » se basant sur le site de France Travail, cela constitue une limite très importante, tant pour les demandeurs d'emploi que pour celles et ceux qui les accompagnent.

[211] Pour favoriser la transparence du marché du travail, le titre III, « [Diffusion et publicité des offres et demandes d'emploi \(Articles L5331-1 à L5334-1\)](#) » du livre III « Service public de l'emploi et placement » de la cinquième partie du code du travail pourrait être modifié pour soumettre les établissements de santé dont les missions sont décrites par l'article L6111-1 du code la santé publique, d'une part, et les établissements et services médico-sociaux définis à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, d'autre part, à une obligation de publicité des emplois sur un espace numérique commun, qu'il s'agisse de « [prendresoin.fr](http://prendresoin.fr) » ou de la plateforme de France Travail. Cette obligation pourrait être incluse également dans leur CPOM.

<sup>60</sup> Voir annexe XX sur les tensions de recrutement

<sup>61</sup> C'est probablement encore moins, voir Annexe 2

[212] Dans un premier temps, les employeurs de la fonction publique hospitalière étant soumis, depuis le décret n°2018-13551, à une obligation de publicité sur « Choisir le service public », une interface pourrait être établie entre « Choisir le service public » et « [prendresoin.fr](#) ». « [prendresoin.fr](#) » pourrait également d'un espace dédié aux employeurs, présentant des outils pour faciliter leurs recrutements, mais aussi certaines des fonctionnalités, notamment en matière de sourcing ouvert, intégrés dans les logiciels de recrutement modernes.

[213] Un centre de ressources en ligne pourrait permettre aux recruteurs d'accéder à des conseils méthodologiques pour élaborer puis évaluer sa propre démarche d'attractivité, construire une marque employeur, accéder à un guide des aides recensant, en fonction du territoire et du type de structure, l'ensemble des aides auxquels ils sont éligibles pour structurer et dynamiser la gestion de leurs ressources humaines. Cette banque de ressources – et en particulier le guide des aides – serait alimentée, notamment, par les directions départementales des ARS.

[214] Le site du NHS (<https://www.healthcareers.nhs.uk/>), au Royaume-Uni, au-delà d'une présentation très complète des métiers, de leurs conditions de rémunération, de jeux éducatifs pour permettre de construire son projet professionnel, propose également des conseils pour les employeurs, que ce soit pour organiser un forum de recrutement, renforcer ses partenariats avec les instituts de formation locaux, ou améliorer son processus de recrutement, sur la base d'exemples de bonnes pratiques.

[215] Elle pourrait également comprendre, sur la base de la stratégie de segmentation, des outils pédagogiques mis à disposition des acteurs de terrain, recruteurs, professionnels du secteur de l'insertion et de l'emploi, professeurs principaux, des conseils en vue de les aider, soit pour l'orientation des jeunes d'âge scolaire et des actifs en reconversion, soit dans leurs démarches de recrutement. Les plateformes autonomie et les autres structures financées dans le cadre des PRS (notamment SensAction en Occitanie) pourraient être mobilisés pour élaborer ces contenus.

[216] Enfin, « [prendresoin.fr](#) » devrait donner à voir l'ensemble de l'offre de formation existante, en particulier pour les formations qui comptent des places financées mais vacantes et permettre de déposer un dossier en ligne pour certaines formations. En effet, l'intégration des formations d'IDE sur Parcoursup a permis de montrer l'ensemble des places de formation disponibles et a contribué à l'augmentation du nombre de candidatures et à la saturation de l'offre de formation. La mission a constaté que certaines places de formations, dans les diplômes d'Etat d'Aide-soignant, étaient vides, alors que d'autres IFAS, dans la même Région, plaçaient des candidats sur liste d'attente. Il serait utile de permettre à ces candidats de savoir quels sont les établissements de leur région qui recherchent des candidats, afin de faciliter leur entrée en formation tout en augmentant le nombre de personnes formées.

**Recommandation 8** Soumettre les établissements de santé et les ESMS à une obligation de publicité sur « [prendresoin.fr](#) » et faire évoluer « [prendresoin.fr](#) » en l'enrichissant d'un centre de ressources pour les employeurs et d'une fonction permettant de candidater en ligne sur les formations de niveau bac et infra.

## 2.1.2 Les services de l'Etat contribuent également à cet appariement

[217] A côté des actions menées par France Travail, **d'autres acteurs se mobilisent pour faciliter l'appariement entre l'offre et la demande d'emploi dans les métiers du sanitaire et du social**. Il s'agit notamment des deux réseaux des ministères sociaux, les DREETS et les ARS. Dans la lignée de l'instruction 2021, les DREETS et les ARS se sont mobilisées pour initier et suivre des plans d'attractivité visant à consolider le pilotage d'actions favorables à l'attractivité dans le champ social entendu au sens large.

[218] Cette action des services de l'Etat se place dans le cadre du marché du travail spécifique du sanitaire et du social où la place relative du secteur public et privé non lucratif par rapport au privé lucratif est importante, le secteur purement privé étant par ailleurs pour une part largement financé par la collectivité publique.

[219] **Certains de ces plans, du fait de leur ambition et de l'étendue des partenaires mobilisés constituent un levier majeur dans la gouvernance des politiques d'emploi dans le champ**. On peut citer à cet égard la feuille de route de l'UD 93 de la DRIEETS qui parvient à analyser les besoins du territoire, organiser des actions d'ampleur et mener des initiatives nouvelles. Cette feuille de route parvient à mobiliser à la fois les collectivités territoriales, le service public de l'Emploi, les services de l'Etat, les employeurs via les fédérations, les chambres, les OPCO, les entreprises tout en menant des actions précises et territorialisées. Ainsi l'AFPA a réalisé un travail pour le compte de la DRIEETS dans la cadre de cette feuille de route de cartographie des besoins RH des employeurs et une étude des aires de mobilité des métiers cibles.

[220] De leur côté, les ARS ont mis en place des plans d'attractivité déclinant le plan national de 2021. Ces plans par exemple ceux de Normandie, Aura, Occitanie ou Bourgogne France comté dont la mission a eu connaissance, comportent le plus souvent des axes d'actions autour de l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail, de la promotion des parcours professionnel et de formation, de coordination des acteurs et de pilotage, de promotion des métiers, d'aide au recrutement.

[221] **Dans certaines régions, les ARS**, sans doute pour donner un aspect plus concret à des initiatives qui par certains côtés restent un peu abstraites, **déploient des actions d'appariement direct**. C'est le cas par exemple en Auvergne Rhône-Alpes qui a mis en place<sup>62</sup> des cellules opérationnelles de sourcing-recrutement regroupant ARS, DREETS, France travail et les directeurs des ESMS qui vont au plus des besoins de recrutement.

[222] Pour intéressantes qu'elles soient, les initiatives de ce type reviennent à se substituer à ce que fait France travail dont c'est la mission première. En Occitanie d'ailleurs, le très ambitieux programme « OMEGA » comprenait également des actions s'apparentant à de l'appariement direct entre l'offre et la demande de travail dans le champ sanitaire ; il a été interrompu et remplacé par un plan d'attractivité. Des entretiens menés en région dans les établissements, chez les employeurs et dans les directions départementales, il ressort que la simple connaissance de ces plans régionaux par les acteurs locaux n'est pas évidente et pose la question de leur effectivité.

---

<sup>62</sup> dans le cadre de son plan d'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie 2023-2028

### 2.1.3 Le rôle des plates-formes de l'autonomie sur l'appariement est prometteur et devrait être étendu au niveau national

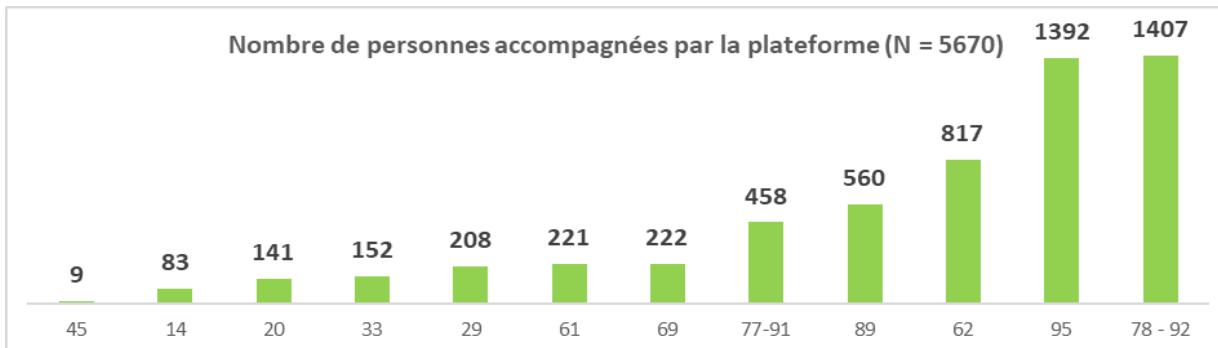
[223] Enfin, sur le champ spécifique de l'autonomie (PA/PH), et dans la lignée du rapport de Myriam El Khomri, **une expérimentation de plates-formes de l'autonomie a été lancée, conjointement avec la DGCS et la DGEFP, par la CNSA en 2021**. Un appel à projets a été lancé qui a abouti au financement d'une vingtaine de plate-forme de l'autonomie, complétée par 12 nouvelles plates-formes en 2023 à la suite d'un appel à manifestation d'intérêt en direction des départements pour lequel 90 départements ont déposé une candidature. Il existe donc aujourd'hui 31 plates-formes de l'autonomie labelisées et financées, sans compter nombre de structures qui en assurent certaines fonctions. Cette action de soutien et de financement de la CNSA s'inscrit dans l'axe 2 de la Convention d'objectifs et de gestion 2022-2026, au titre de l'engagement 22 « contribuer à l'attractivité des métiers de l'autonomie ».

[224] **Les missions de ces plates-formes sont variées mais s'organisent autour d'un socle commun visant à améliorer l'attractivité des métiers de la prise en charge de l'autonomie** via la valorisation de l'image des métiers, l'accompagnement à l'accès aux métiers et l'intégration dans l'entreprise, la professionnalisation des démarches de recrutement des employeurs, l'évolution des organisations de travail, la qualité et les conditions de travail et la recherche de dynamiques partenariales et territoriales. La CNSA a engagé un travail d'évaluation de ces plates-formes dont les résultats sont encore provisoires. La mission n'a pas pu dans les délais impartis évaluer de son côté l'action des 31 plates-formes, mais en a rencontré quatre dans 4 régions différentes et recueilli de nombreux avis des partenaires, ce qui fonde son appréciation globale sur le sujet.

[225] Il en ressort que **sur les fonctions d'accompagnement des publics et notamment des demandeurs d'emploi, sur l'acculturation des conseillers emploi ou conseillers insertion aux métiers voire sur une fonction pure d'appariement, il semble que les plates-formes disposent d'un bilan positif grâce à leur spécialisation** sur des secteurs précis (la prise en charge de l'autonomie en établissement et à domicile) et un nombre restreint de métiers (AS, AES, AVS, aides à domicile). Elles paraissent avoir une capacité à tisser des liens fins à l'échelle de bassins d'emplois de façon à transformer des demandeurs d'emplois ou bénéficiaires du RSA en viviers de candidats potentiels accompagnés jusqu'à l'emploi.

[226] **Les plates-formes par leur expertise de filière (à la fois sectorielle et territoriale) qui va de l'orientation à l'accompagnement vers l'emploi en passant par des actions préparatoires à des stages ou des formations, remplissent un rôle assez unanimement salué de repérage de vivier et d'accompagnement suffisamment long pour aller jusqu'à l'emploi.** Comme le montre le graphique ci-dessous, les volumes de personnes accompagnées diffèrent d'une plate-forme à l'autre, selon son positionnement et surtout son effectif de conseillers dédiés à l'accompagnement/appariement.

Graphique 7 : Nombre de personnes en accompagnement renforcé par les 12 plates-formes concernées en 2023



Source : Reporting annuel 2023 des indicateurs de réalisation des plateformes – mars 2024.

[227] Il semble au fond que les plates-formes de l'autonomie présentant les meilleurs résultats sont celles qui ont un certain volume d'activité, une légitimité liée à leur positionnement sur des créneaux les plus utiles aux employeurs, et une assise souvent dépendante des liens avec les acteurs institutionnels majeurs dans le pilotage des ressources humaines sur le territoire : ainsi **les plates-formes qui sont adossées à des conseils départementaux ou des maisons de l'emploi, qui ont un financement et un partenariat resserré avec l'ARS et qui ont établi un partage de responsabilité clair et un partenariat actif avec France travail sont celles qui sont les plus visibles et les plus efficaces.**

[228] Cette formule est cohérente avec la loi du 18 décembre 2023<sup>63</sup> qui dispose que les BRSA sont inscrits comme demandeurs d'emploi à France travail et qui de fait pousse à un travail en commun entre les départements et France travail autour de la qualification des fichiers de BRSA, de détection de potentiels et d'accompagnement vers la formation et l'emploi (l'exemple de Task force du département de la Somme est exemplaire en la matière). Dans ce nouveau cadre, la plate-forme autonomie doit être vue et pensée comme une agence spécialisée dans les métiers de l'autonomie.

Ce modèle, présenté dans l'encadré ci-dessous pourrait constituer la matrice idéale de structures à déployer France entière dans chaque département. **Un modèle de service d'appariement dans le champ social : l'agence autonomy 78/92**

Crée en 2021 sous forme de GIP où les deux départements des Yvelines et des hauts de seine sont majoritaires, l'agence autonomy est une des plus importantes plates-formes de l'autonomie financées par la CNSA. Elle dispose d'un budget de 1,8 million d'euros et d'un effectif de 21 personnes dont 15 conseillers en sécurisation de parcours qui accompagne chaque année environ 2300 personnes.

<sup>63</sup> LOI n° 2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi

Le modèle est celui d'**une recherche active de viviers notamment chez les demandeurs d'emploi et les BRSA**, dans une dynamique de présence active dans les territoires et d'aller vers. **Les conseillers de l'agence tiennent selon une régularité différenciée 51 permanences dans les agences France travail, les missions locales, les secteurs d'action sociale du département, dans les marchés, au pied des immeubles.**

Cette intégration dans les structures institutionnelles existantes est la clef du succès de cette plate-forme qui revendique un partage des tâches très clair avec France travail : **la plate-forme se positionne comme une agence spécialisée de France travail adossée au conseil départemental**. Elle n'a pas en revanche, malgré ses demandes pu établir de partenariat actif avec l'ARS île de France qui ne la finance pas.

En complément l'agence autonomy a développé une activité, pour l'instant gratuite, de cabinet de recrutement avec 4 chargés de mission qui ont permis en 2023 le recrutement effectif de 200 personnes sur des métiers du champ social.

[229] Le déploiement des plates-formes de l'autonomie devrait partir du principe d'une interface forte entre France Travail et les conseils départementaux dont il faut rappeler la responsabilité en matière d'autonomie et ce notamment depuis la mise en place du service public départemental de l'autonomie<sup>64</sup> d'abord expérimental dans 18<sup>65</sup> départements ayant vocation à une généralisation en 2025. De même qu'un cahier des charges des SPDA sera rédigé en 2025, sur la base des expérimentations, il serait logique qu'un cahier des charges national des plates-formes de l'autonomie soit rédigé par la DGCS, en lien avec la CNSA, l'assemblée des départements de France travail<sup>66</sup>. Dans ce cadre, il semble à la mission que la formule d'un GIP présidé par le conseil départemental et coprésidé par l'ARS<sup>67</sup> serait la formule de plates-formes de l'autonomie, bras armé du SPDA pour mettre en place les ressources humaines nécessaires à la politique de l'autonomie serait la plus souhaitable. Comme dans le cas de l'agence autonomy 78/92, une des clefs du succès résidera dans l'accompagnement renforcé des BRSA évalué à un maximum d'un conseiller en accompagnement pour 70 BRSA. Les plates-formes de l'autonomie interviendront dans le cadre d'une coopération renforcée avec France Travail dans le Réseau pour l'emploi (RPE), et les comités départementaux de l'emploi à un titre équivalent aux cap emploi ou aux missions locales.

**Recommandation 9** **Créer dans chaque département une plate-forme de l'autonomie.** La forme privilégiée de cette plate-forme serait un GIP présidé par le conseil départemental et intégré dans le Réseau pour l'emploi de France Travail. Elle bénéficiera du financement de la CNSA, des départements, de France travail et de l'ARS<sup>68</sup>.

<sup>64</sup> La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

<sup>65</sup> Alpes-Maritimes, l'Aveyron, la Corrèze, le Finistère, la Gironde, l'Hérault, le Loir-et-Cher, la Mayenne, la Meurthe-et-Moselle, le Nord, le Pas-de-Calais, la Sarthe, la Seine-Maritime, les Yvelines, la Somme, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis, la Guyane.

<sup>66</sup> Une modification législative pourrait être nécessaire pour faire évoluer le périmètre de France Travail

<sup>67</sup> A l'instar des conférences territoriales de l'autonomie (article L149-8 CASF)

<sup>68</sup> Chiffrage : On part de l'hypothèse d'un conseiller pour 70 BRSA qui s'intéressent au champ social. Si on suit l'exemple 78 / 93, cela représente 1 800 personnes, soit 25 conseillers environ. L'agence aujourd'hui ne dispose que de 13 conseillers et estime qu'il faudrait 30 conseillers au lieu de 12. A l'échelle nationale, en

## 2.2 Augmenter de façon structurelle le nombre de personnes diplômées est le principal levier pour corriger les déséquilibres de ce marché du travail

[230] La meilleure manière, et la plus sûre, d'augmenter le nombre de professionnels dans les métiers du champ social est d'augmenter les volumes de professionnels qui sont formés par la voie initiale. Aujourd'hui ce volume est insuffisant par rapport aux besoins de court terme et de moyen terme (voir introduction de la partie 2).

### 2.2.1 Saturer les places de formation ouvertes en IFAS

[231] **Pour augmenter le volume de personnes formées et diplômées, il y a lieu tout d'abord de faire en sorte de saturer les places ouvertes en formation initiale**, ce qui n'est pas toujours le cas pour certaines formations. Ce phénomène touche en particulier la formation d'aide-soignant. Ainsi au fil des déplacements de la mission dans les quatre régions étudiées, le constat a été posé de la difficulté à remplir les places offertes en IFAS. Par exemple en Auvergne Rhône-Alpes le taux moyen de remplissage des places offertes par les 71 IFAS n'est que de 83 % avec des disparités très fortes d'un institut à l'autre, c'est-à-dire d'un territoire à l'autre, l'origine géographique des élèves en IFAS étant très locale : certains IFAS (une dizaine sur 71) sont à 100 % de taux de remplissage, quand d'autres sont à 30 ou 40 %.

[232] **Les raisons de cette disparité de remplissage sont diverses** et peuvent être liées à la proximité avec un établissement de santé (les IFAS hospitaliers remplissent globalement mieux du fait de la perspective immédiate d'embauche), à des accords locaux d'engagement à la réputation d'un lycée professionnel ou de tel établissement ou encore à un bassin de population qui voit sa population jeune baisser ou dont le contexte socio-économique n'est pas favorable. Sur ce dernier point, l'exemple de l'IFAS de Deauville est typique : il est loin de remplir ses places ouvertes car pour des élèves en IFAS se loger à Deauville est compliqué.

[233] Concernant le fait que l'ensemble des places offertes ne soient pas saturées, il y a aussi, en dehors des raisons liées au contexte local, une raison plus fondamentale qui est que depuis le passage du diplôme d'AS en niveau 4, donc niveau bac, les bacheliers ne se précipitent pas pour candidater à une formation qui est du même niveau que le diplôme qu'ils viennent d'obtenir et se tournent majoritairement vers les IFSI, la formation d'infirmière leur donnant la perspective d'obtenir au bout de trois ans une licence, donc un niveau 6.

[234] **A ce titre, il est nécessaire qu'un travail plus coordonné au niveau territorial soit mené pour parvenir à améliorer significativement le taux de remplissage des IFAS, condition nécessaire pour introduire sur le marché du travail plus de professionnels diplômés, pour lesquels la formation initiale reste en volume, la meilleure solution.**

[235] **L'augmentation du nombre de cursus partiels pourrait également être une piste d'augmentation du nombre d'aides-soignants diplômés.** D'après le système d'information Orion, 18 264 élèves étaient en deuxième année de bac pro ASSP en 2023. 7118 élèves étaient en

---

admettant qu'il y ait environ 40 000 BRSA intéressé par le champ de l'autonomie, cela suppose de financer 565 conseillers ; en comptant un salaire annuel chargé de 40K€, cela représente environ 23 millions d'Euros (dont une partie est déjà financée par la CNSA)

deuxième année du bac pro de l'enseignement agricole Service aux personnes et aux territoires. 49 % des élèves de bac pro ASSP ne poursuivent pas leurs études, alors que leur bac professionnel, qui n'est pas reconnu par le CASF, ne leur permet pas, en théorie, d'exercer dans un établissement médico-social : ces deux diplômes du sanitaire et social, quoiqu'étant de niveau équivalent à celui d'aide-soignant, ne permettent pas l'exercice professionnel.

[236] Or, les titulaires d'un bac professionnel ASSP ou SAPAT peuvent disposer d'une dispense partielle. Pour le bac pro ASSP, les bacheliers sont dispensés de formation, en dehors du bloc 2, « Évaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration », d'une durée d'environ 700 heures, dont la moitié en formation clinique au sein d'un établissement. Pour les bac pro SAPAT, il est nécessaire d'acquérir les blocs 2, 4 et 5, soit une formation en institut d'environ 500 heures. A l'IFAS de Chambéry, en l'absence d'organisation des cursus partiels, la plupart des étudiants suivent soit la formation dans son ensemble, soit connaissent une coupure de plusieurs mois dans leurs études entre la fin de leur bac pro et le début des enseignements du bloc 2. **Avec l'organisation d'un cursus partiel et d'un jury, un bachelier titulaire d'un bac pro ASSP pourrait être embauché dans un ESMS dès le mois de février.**

[237] **Au vu des effectifs concernés, il conviendrait donc de développer les cursus partiels en modifiant le calendrier des enseignements**, afin que les titulaires d'un bac pro ASSP puissent suivre le seul module qui leur est nécessaire dès la rentrée de septembre. Sur la base d'une note de cadrage élaborée par la DGOS, un groupe de travail pourrait être organisé au premier semestre 2025 sur ce sujet, dans le cadre de chaque CREFOP, avec les Régions, les ARS, les IFAS et leurs représentants, l'Education Nationale, l'enseignement agricole et le CARIF-OREF, afin de garantir l'accessibilité et la bonne répartition de ces cursus partiels sur le territoire et afin d'informer l'ensemble des candidats au bac pro ASSP et SAPAT de ces possibilités.

[238] Il serait judicieux d'aboutir à un plan d'attractivité des IFAS calibré au niveau de leur bassin de recrutement. Ce plan serait l'aboutissement d'un travail entre les Régions, l'Education nationale et les partenaires du SPRO (dont France Travail et les missions locales) pourront contribuer à ce plan d'attractivité en incitant les BAC professionnels ASSP et SAPAT à poursuivre leurs études, notamment par le biais de cursus partiels, et en leur présentant les avantages d'une orientation en IFAS et du métier d'aide-soignant. Les communes seront également sollicitées pour participer à cet effort de communication, mais aussi sur d'autres éléments d'attractivité (le logement, par exemple.) L'IFAS s'engagera sur une cible à mi-parcours et sur une cible au terme de la convention. Un travail de diversification des viviers – personnes des quartiers de la politique de la ville, BRSA, personnes en reconversion - sera mis en place. L'établissement s'engagera de son côté à essayer de développer l'apprentissage grâce à des contacts directs avec les employeurs.

**Recommandation 10 Mettre en place un plan d'attractivité des IFAS à l'échelle de leur bassin de recrutement.** Ce plan devrait être un plan d'action partagé entre les Régions, l'Education nationale et les partenaires du SPRO (dont France Travail et les missions locales), les communes, et l'établissement. Un travail de diversification des viviers – personnes des quartiers de la politique de la ville, BRSA, personnes en reconversion - sera mis en place.

## 2.2.2 Augmenter le nombre de professionnels diplômés en formation initiale nécessitera une réduction des taux d'abandon en cours de formation

[239] Sur longue période, le nombre de professionnels formés et diplômés augmente de façon inégale selon les métiers et les spécialités. Le tableau ci-dessous montre que le nombre total de diplômés dans le champ sanitaire augmente de 73 % de 2002 à 2022. Pour certains métiers, l'augmentation est très importante : + 104 % pour les auxiliaires de puériculture, +339 % pour les psychomotriciens, + 200 % pour les ergothérapeutes

[240] Cette augmentation se concentre cependant sur les années 2 000 (+ 71 % de 2002 à 2012), avec une importante décélération ensuite seulement + 2 % de 2012 à 2022. **Si on se concentre sur les métiers avec les plus importants en effectifs, en l'occurrence Infirmières et aides-soignants, on voit que le volume d'aides-soignants est quasi stable entre 2012 et 2022 autour de 22 000. Pour les infirmières, il passe de 26 447 à 24 215 en 2023, soit une baisse de - 8 %.**

[241] Cette question du nombre de diplômes est particulièrement importante dans le champ sanitaire et social où œuvrent une majorité de professions réglementées pour lesquelles la possession d'un diplôme est, sauf exception (les faisant fonctions), nécessaire.

Tableau 2 : Nombre total de diplômes par année des professions sanitaires

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>NIVEAU 3</b>																					
Ambulanciers	...	...	...	...	...	747	2 011	2 585	2 686	3 118	2 985	3 125	3 162	3 314	3 299	3 330	3 261	3 085	2 895	3 476	3 697
<b>NIVEAU 4</b>																					
Aides-soignants	13 321	16 687	18 795	19 995	24 903	18 908	19 502	21 392	20 452	21 469	21 953	22 403	22 842	22 939	22 755	23 330	21 762	20 324	20 318	21 771	22 037
Auxiliaires de puériculture	2 246	2 440	2 478	2 697	3 177	2 866	3 192	3 661	3 664	4 226	4 521	4 759	4 690	4 897	4 783	4 750	5 147	4 883	5 089	5 079	4 571
<b>NIVEAU 5</b>																					
Techniciens en analyses biomédic.	127	114	126	124	97	73	90	119	97	118	116	111	99	92	107	98	86	79	71	83	87
Préparateurs en pharm. Hosp.	...	...	...	...	...	...	...	...	nr	nr	420	345	402	400	402	393	396	396	347	406	420
Psychomotriciens	231	312	333	320	239	339	441	520	228	457	584	695	854	825	876	908	913	909	973	1 040	1 015
<b>NIVEAU 6</b>																					
Manipulateurs d'E.R.M.	487	506	485	473	499	524	609	592	624	676	612	640	629	545	533	516	444	469	572	573	594
Pédicures-podologues	348	438	421	415	352	326	361	449	360	493	477	534	558	599	589	554	578	562	431	396	423
Ergothérapeutes	283	269	311	315	305	320	353	376	349	368	451	496	542	684	806	742	810	900	924	879	888
Infirmiers diplômés d'Etat	15 262	17 243	19 571	20 982	20 982	21 648	21 566	22 122	22 311	23 113	26 447	25 619	25 539	25 888	26 111	26 065	25 757	25 358	25 558	24 557	24 379
<b>NIVEAU 7</b>																					
Masseurs-kinésithérapeutes	1 509	1 372	1 482	1 535	1 566	1 722	1 948	2 034	1 946	1 869	2 129	2 220	2 274	2 405	2 590	2 824	79***	2 722	2 835	2 864	2 942
Sages-femmes	580	692	651	734	798	803	867	942	877	919	899	914	921	867	880	834	876	864	898	934	846
Formations complémentaires																					
Infirmiers-anesthésistes	500	571	520	568	593	579	532	545	533	518	473	474	498	511	542	603	589	591	616	607	634
Infirmiers de bloc opératoire	745	0	452	470	426	390	275	346	290	281	254	268	238	274	227	281	394	503	557	541	651
Infirmiers puéricultrices	953	999	999	1 016	991	1 020	985	1 042	980	1 033	1 071	1 050	1 069	1 089	1 097	1 077	1 059	1 137	1 096	1 057	1 166
Cadres sages-femmes	25	25	26	25	30	30	30	29	31	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Cadres de santé	1 406	1 694	1 876	1 887	1 674	1 649	1 733	1 793	1 575	1 624	1 506	1 579	1 584	1 490	1 415	1 393	1 319	1 337	1 312	1 364	1 449
Total	38 023	43 362	48 526	51 556	56 632	51 944	54 495	58 547	57 003	60 282	64 898	65 232	65 901	66 819	67 012	67 698	63 391	64 119	64 492	65 627	65 799

Source : *Les étudiants en formation de santé en 2022, données publiées par la DREES*

[242] **Malgré un consensus ancien sur le vieillissement de la population et son impact en matière de soins infirmiers, les précédentes publications de la DREES<sup>69</sup> se voulaient rassurantes sur les**

<sup>69</sup> C. Millien, « 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins », *Etudes et résultats*, DREES, mai 2018, n° 1062

**évolutions à venir.** Elles se basaient sur un nombre de professionnels formés conformes aux quotas nationaux décidés par le ministère de la santé, alors que le nombre de diplômés était de 19,35 % inférieur au quota en 2012.

[243] **Les Régions, responsables de la programmation des formations, avaient également considéré qu'il n'était pas nécessaire d'augmenter le nombre de personnes formées.** A titre d'exemple, la Région Bretagne écrivait en 2017, dans son schéma régional des formations sanitaires et sociales, qu'elle ferait le choix du « maintien de l'offre de formation existante et de sa répartition actuelle pour répondre aux besoins des territoires, au regard des évolutions démographiques et sociétales ». De son côté, la Région Ile-de-France considérait en 2017 que les perspectives sur l'emploi à moyen terme aboutiraient à une stagnation, avec une baisse à l'hôpital et une augmentation en libéral, et en concluait qu'il convenait de stabiliser l'offre de formation. La Région Pays de la Loire préconisait également en 2018 de « stabiliser » l'offre de formation d'infirmier, du fait d'une expérimentation en cours par la voie de l'apprentissage, tout en constatant cependant que dans la population ligérienne, selon l'INSEE, le nombre de plus de 65 ans devait passer de 664 429 à 980 183 personnes entre 2013 et 2030.

[244] Durant la même période, le nombre de personnes de 65 ans et plus a augmenté de 31 %, passant de 11,2 à 14,75 millions. Ce vieillissement de la population, qui s'observe depuis plus de trente ans, s'accélère depuis le milieu des années 2010, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du baby-boom. Or, en 2018, les 60 ans ou plus recouraient 20 fois plus aux soins infirmiers que les moins de 35 ans<sup>70</sup>. Quant aux plus de 75 ans en consomment 4 fois plus que les personnes de 65 à 74 ans et 27 fois plus que les moins de 65 ans.

[245] En conséquence, la densité standardisée d'infirmières salariées a diminué de 0,8 % par an en moyenne entre 2013 et 2021<sup>71</sup>.

[246] Il convient cependant de noter que, si les Régions ont généralement adopté au milieu des années 2010 une perspective malthusienne que l'enquête Ecole de la DREES permet d'apprécier finement, le secteur hospitalier n'a pas réellement cherché à développer la formation continue de ses propres agents, durant la même période. En 2020, le nombre d'agents de la FPH en cours d'études d'infirmier, grâce aux études promotionnelles, n'était que de 6518 agents, en baisse par rapport au nombre de 2016 (6849 agents)<sup>72</sup>.

[247] Concernant le champ sanitaire, **une grande partie des problèmes de tensions de recrutement vient donc du fait qu'il n'y a pas eu, en dix ans, d'augmentation des professionnels diplômés arrivant sur le marché du travail.** Il y a même des baisses dans certains métiers.

[248] Concernant les diplômes du champ social, sur la même période de 2002 à 2022, les tendances sont assez similaires. Le nombre de professionnels diplômés augmente en vingt ans de 42 % passant de 14 900 à 21 300. Cependant ces deux bornes temporelles masquent le fait

---

<sup>70</sup> C. Parent, « Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que la demande en soins de la population vieillissante », *Études et Résultats*, DREES, n° 1319, décembre 2024

<sup>71</sup> La densité standardisée est le rapport entre le nombre d'infirmières et un nombre d'habitants dont le poids de chaque tranche d'âge est proportionnel à sa consommation de soins infirmiers.

<sup>72</sup> *La formation continue dans la fonction publique hospitalière*, IGAS-IGESR, décembre 2021

qu'entre 2007 et 2020, le volume de diplomation était plutôt autour de 25 000 professionnels diplômés par an.

**[249] Ainsi entre 2012 et 2022, le nombre de diplômés du travail social est passé de 26 197 à 21 264, en baisse de 19 %, ce qui ne permet pas d'alimenter un marché du travail déséquilibré où l'offre augmente fortement du fait, notamment, de la croissance démographique et du vieillissement de la population.**

Tableau 3 : Effectifs de diplômés du travail social de 2002 à 2022 par niveau

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
Niveau 3	5 322	5 593	8 671	8 168	8 434	8 863	7 298	10 329	11 183	11 933	11 557	11 776	10 928	11 083	11 028	10 534	9 879	9 678	8 365	7 761	7 816		
Aide médico-psychologique <sup>(1)</sup>	3 248	3 755	4 391	4 844	4 791	5 229	4 164	5 185	6 139	6 702	6 881	6 885	6 563	6 527	6 711	4 840	396	50	5	1	-		
CAFAD, auxiliaire de vie sociale <sup>(1 et 2)</sup>	2 074	1 838	4 280	3 324	3 643	3 634	3 076	3 228	3 389	3 519	3 303	3 261	2 925	2 906	2 659	721	96	1	0	-	-		
Accompagnant éducatif et social <sup>(3)</sup>																0	3 602	7 712	8 099	7 094	6 254	6 387	
donc :																		6 159	6 386	5 776			
spé. Vie en structure collective																		1 089	1 143	799			
spé. Vie à domicile																		464	570	519			
spé. Éducation inclusive																							
Assistant familial																							
Niveau 4	2 458	3 265	3 144	3 077	3 013	3 062	3 052	3 026	3 115	3 237	3 174	3 168	3 131	3 115	3 188	3 190	3 161	3 077	3 356	2 817	2 725		
Technicien de l'intervention sociale et familiale <sup>(4)</sup>	163	307	372	476	534	552	444	481	513	494	456	434	395	414	384	423	380	454	441	405	346		
Moniteur éducateur	2 295	2 958	2 772	2 601	2 479	2 510	2 608	2 545	2 602	2 743	2 718	2 734	2 736	2 701	2 804	2 767	2 781	2 623	2 915	2 412	2 379		
Niveau 5 <sup>(5)</sup>	6 998	7 833	8 090	8 783	9 103	9 130	8 471	9 401	9 137	9 208	9 815	9 681	9 555	9 243	9 055	9 302	8 718	8 348	10 556				
Educateur technique spécialisé	300	322	341	349	336	302	303	297	258	235	215	236	214	212	196	183	184	145	141				
Educateur spécialisé	2 743	3 117	3 391	3 828	3 984	4 233	4 326	4 329	3 820	4 163	4 541	4 408	4 259	4 153	4 065	4 105	3 811	3 689	4 548				
Educateur de jeunes enfants	1 268	1 359	1 350	1 390	1 407	1 230	302	1 247	1 398	1 406	1 494	1 516	1 660	1 596	1 622	1 645	1 669	1 556	1 904				
Conseiller en économie sociale familiale <sup>(7)</sup>	823	931	951	887	887	945	1 152	1 213	1 183	1 101	1 190	1 170	1 238	1 162	1 168	1 320	1 097	1 101	1 490				
Assistant de service social	1 864	2 104	2 057	2 329	2 489	2 420	2 388	2 315	2 478	2 303	2 351	2 184	2 120	2 004	2 049	1 957	1 857	2 473					
Niveau 6 <sup>(5 et 8)</sup>						44	128	569	739	937	1 245	1 268	1 242	1 293	1 213	1 225	1 250	1 332	1 287	1 224	2 105	9 454	10 444
Educateur technique spécialisé																					107	122	
Educateur spécialisé																					3 311	3 678	
Educateur de jeunes enfants																					1 508	1 729	
Conseiller en économie sociale familiale																					1 327	1 456	
Assistant de service social																					1 702	1 899	
Délégué aux prestations familiales																					36	17	
Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs																					510	593	
Médiateur familial						9	108	130	127	135	90	90	110	71	77	67	101	114	132	135	78	91	
CAFERUIS						44	119	461	609	810	1 110	1 178	1 152	1 183	1 142	1 148	1 183	1 231	1 173	1 092	1 424	811	844
Niveau 7	149	90	121	349	298	336	374	342	438	418	409	440	403	388	462	456	384	416	420	266	279		
CAFDES																							
DSTS, DEIS <sup>(5)</sup>	149	90	121	187	172	132	178	127	156	128	146	166	125	106	159	154	103	152	117	93	117		
Ensemble <sup>(8)</sup>	14 927	16 781	20 026	20 421	20 976	21 960	19 934	24 035	25 118	26 064	26 197	26 358	25 230	25 054	24 983	24 814	23 429	22 743	24 802	20 298	21 264		

Source : DREES, enquête Écoles 1982-2022 ; SESI.

**[250] Cette évolution traduit d'abord une augmentation insuffisante du quota de places offertes en formation initiale par les régions<sup>73</sup> ; l'acteur institutionnel qui fixe le nombre de places et les finance n'est pas celui qui a le plus intérêt à une augmentation du volume, puisque ces professionnels iront travailler majoritairement pour le département, pour la fonction publique hospitalière ou des structures étatiques ou privées. Il a d'ailleurs fallu récemment que l'Etat via un protocole de coopération avec les régions<sup>74</sup> impose une augmentation des places que l'Etat finance entièrement ; sans cette action, il est probable que le nombre de diplômés aurait continué**

<sup>73</sup> Les quotas de places en IFSI sont restés stables de 2010 à 2022, voir DREES, études et résultats n° 1266 « Afin de répondre à ces besoins, les quotas de places dans les instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) augmentent régulièrement depuis 2022 (+4 % en 2020 puis +6 % en 2021 comme en 2022), alors qu'ils étaient stables depuis 2010. »

<sup>74</sup> Protocole entre l'Etat et Régions de France en faveur des formations sanitaires et sociales du 14 mars 2022.

à décroître. En Normandie par exemple, le quota de places en IFSI est passé de 1 634 en 2016 à 1520 à partir de 2017 jusqu'en 2020 et il devrait atteindre 1755 en 2024 suite au protocole.

[251] Au-delà de cette question des quotas de places offertes en formation, **cette évolution est également le résultat d'une baisse du volume de personnes qui s'inscrivent aux formations sur la durée traduisent une attractivité moindre de ces formations mais également un taux d'interruption de scolarité plus important**. Sur les six métiers représentés dans le tableau et qui sont ceux pour lesquels la mission a le plus porté ses investigations, le nombre de diplômés est soit stable soit en baisse sur la période des dix dernières années.

Tableau 4 : Evolution du nombre de candidats, de reçus, de diplômés entre 2012 et 2022 pour six professions du champ sanitaire et social

Diplômes	Données	2012	2022	Evolution 2012 - 2022
<b>Infirmier diplômé d'Etat</b>	nb de candidats	183 700	99 117	-46%
	nb d'inscrits en première année	33 804	35 616	5%
	nb de diplômés	26 447	24 379	-8%
	Taux d'abandon	3,50%	10,00%	
<b>Aide-soignant</b>	nb de candidats	105 350	63 971	-39%
	nb d'inscrits en première année	24 606	37 965	54%
	nb de diplômés	21 953	22 037	0,40%
	Taux d'abandon	4,2%	9,5%	
<b>Accompagnant éducatif et social</b>	nb de candidats	27 261	12 282	-55%
	nb d'inscrits en première année	12 760	8 916	-30%
	nb de diplômés	10 184	6 387	-37%
	Taux d'abandon	5,10%	12%	
<b>Educateur spécialisé</b>	nb de candidats	23 155	29 021	25%
	nb d'inscrits en première année	5 758	5 436	-6%
	nb de diplômés	4 541	3 784	-17%
	Taux d'abandon	2%	5,70%	
<b>Auxiliaire de puériculture</b>	nb de candidats	45 640	28 127	-38%
	nb d'inscrits en première année	4 955	6 335	28%
	nb de diplômés	4 521	4 571	1%
	Taux d'abandon	2,80%	6,40%	
<b>Assistant de service social</b>	nb de candidats	11 626	13 935	20%
	nb d'inscrits en première année	3 158	2 662	-16%
	nb de diplômés	2 375	1 899	-20%
	Taux d'abandon	3,3%	7,4%	

Source : DREES bases de données des enquêtes écoles et DREES études et résultats n°1266, mai 2023

[252] Le tableau montre également une baisse du nombre des candidats pour certaines professions (sauf pour ASS) et une hausse du taux d'interruption pour toutes les professions. Cette hausse du taux d'abandon est un phénomène massif<sup>75</sup> qui explique une grande part de la baisse du nombre de diplômés.

[253] **Le tableau suivant présente l'évolution du taux de diplomation**, c'est le rapport entre le nombre de personnes inscrites au début de la formation et le nombre de personnes effectivement diplômées. Il est en baisse pour toutes les formations, avec des niveaux cependant variés selon les professions.

Tableau 5 : Evolution du taux de diplomation des inscrits en première année dans 6 formations

Diplômés	2012	2022
Infirmier diplômé d'Etat	78 %	68 %
Aide-soignant	89 %	58 %
Accompagnant éducatif et social	80 %	72 %
Educateur spécialisé	79 %	70 %
Auxiliaire de puériculture	91 %	72 %
Assistant de service social	75 %	71 %

Source : DREES bases de données des enquêtes écoles

[254] **Cette hausse du taux d'interruption ne peut à ce stade, c'est-à-dire peu de temps après le COVID et la réforme de parcours sup, recevoir d'explication uniforme. Les raisons sont multiples et ressortissent de trois grands facteurs** selon les investigations de la mission au niveau national, régional et dans les établissements :

- **Un problème potentiel d'orientation.** Concernant les IFSI, en supprimant le concours et l'entretien d'entrée en école au profit de la procédure parcours sup, et, donc en faisant passer le nombre de candidats de 180 000 à près de 700 000, le système de sélection serait moins performant, laissant passer des candidats qui choisissent cette formation par défaut. Ce défaut de motivation aboutirait à des interruptions de formations au bout de quelques mois (les interruptions sont plus nombreuses en première année. Pour autant, une part des inscrits en première année (environ 1/3) sont des étudiants en formation continue non concernés par ce phénomène et par ailleurs les IFSI peuvent sélectionner les candidats en s'appuyant sur les lettres de motivation désormais présentes dans les dossiers de candidatures. Il appartient aux IFSI de recruter les étudiants en sélectionnant non seulement ceux qui ont le meilleur dossier académique (tendance que la procédure parcours sup a accrue), mais également la meilleure motivation. **Les travaux menés par le pôle Data (voir annexe 3) semblent cependant permettre d'écartier cette hypothèse.** En effet, selon l'étude menée par le pôle data, la motivation semble forte pour les candidats à la profession infirmière puisqu'une majorité de candidats choisissent exclusivement de candidater en IFSI et non pas comme un choix de secours ou par défaut.

<sup>75</sup> M. Simon, « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 », *Etudes et résultats*, DREES, n°1266, mai 2023

- **Des difficultés pédagogiques.** Enfin, le nombre croissant d'abandons est également lié à des difficultés pédagogiques. Celles-ci, pour une part, ne sont pas différentes de celles qu'éprouvent les étudiants post bac en première année d'université où le taux d'échec est également fort. Il y a en sus un phénomène lié à l'architecture des formations et à l'orientation dans la mesure où, pour des bac pros, notamment SAPAT et ASSP, qui s'orientent désormais et sont orientés vers les IFSI au détriment des IFAS (même niveau que le Bac : 4) les trois années de formation universitaires finissant en licence avec une part d'écrits importante en troisième représentent une marche qui peut être difficile à franchir en une seule fois<sup>76</sup>.

**Recommandation 11** Améliorer l'orientation et la sélection des candidats aux IFSI. Tout d'abord, faire en sorte que le service public de l'orientation calibre mieux l'orientation des candidats vers la formation adaptée (ne pas viser systématiquement la qualification la plus élevée). De ce point de vue, il serait bon que les directions d'IFSI mettent l'accent sur l'appréciation de la motivation des candidats au moins autant que le profil académique. En second lieu, il faudrait améliorer l'ergonomie de parcours sup qui pourrait préciser le taux d'échec (ou de réussite) selon le type de baccalauréat et proposer un outil d'auto-positionnement<sup>77</sup> beaucoup plus précis (comme celui des formations en STAPS)

- **Des problèmes financiers et ou personnels.** Dans une étude menée par l'ARS Normandie sur plusieurs cohortes d'infirmières entre 2018 et 2023<sup>78</sup>, il ressort que pour la promotion 2021 – 2024 (donc post COVID), 36 % des élèves interrogées sur les causes de leur interruption de scolarité en première citent un problème d'orientation, mais également 29 % des raisons financières ou personnelles, un part des « raisons personnelles » masquant en réalité, par pudeur, des raisons financières. Cette cause et ce malgré les bourses et les financements offert notamment par la région, est souvent citée par les instituts et militent pour une plus attention menée aux conditions de vie des étudiants qui, depuis notamment la réforme parcours sup, peuvent être très jeunes. Ainsi en Normandie la part des – de 18 ans, tout en restant très minoritaire a augmenté jusqu'à représenter 7 % en 2021, ce qui par exemple pose souvent un problème de mobilité pour les stages (pas de permis de conduire). S'ajoute à cela la question des indemnités de stage et des remboursements de frais de déplacements de stage qui ne sont pas toujours à la bonne hauteur. Par exemple en Occitanie, seuls les frais de stage des formations sanitaires sont pris en charge et pas ceux des formations sociales (IRTS), ce qui créé une iniquité et réduit l'attractivité de ces formations. Les deux dernières études de la DREES sur la formation dans le champ sanitaire et dans le champ social identifient très clairement les problèmes financiers parmi raisons de l'interruption de

---

<sup>76</sup> Dans l'étude de cohorte précité de l'ARS Normandie, les difficultés pédagogiques expliquant les interruptions de formation sont citées à 15% en première année mais 20% en deuxième année (pour la cohorte 2021 – 2024)

<sup>77</sup> Sur ce point, la mission reprend les préconisations du rapport IGAS de 2022 sur la profession infirmière.

<sup>78</sup> Enquête « interruption de formation des étudiants infirmiers en Normandie », ARS de Normandie, juillet 2024

la scolarité<sup>79</sup>. Enfin, il existe une disparité pour les étudiants d'une formation gradé licence (IDE, ES, ASS) et des étudiants d'autres spécialités universitaires : les conventions nécessaires pour le diplôme soit un diplôme du grade licence ne prévoient pas toujours, notamment lorsqu'il ne s'agit pas de bi-diplomation, d'accès des étudiants du champ social aux mêmes avantages sociaux que les autres étudiants et notamment l'accès au CROUS pour le logement et la nourriture. Cette iniquité est de nature à freiner l'attractivité des formations et à créer des problèmes de conditions de vie sociale pour les élèves, facteur, toutes choses égales par ailleurs, d'augmentation du taux d'abandon.

**Recommandation 12 Améliorer les conditions de vie sociale des étudiants dans les formations sanitaires et sociales** : 1/ Mettre en œuvre le remboursement des frais de déplacements pour les stages ainsi que les indemnités de stages pour toutes les formations du champ sanitaire et social, y compris les formations de travail social. 2/ Faire en sorte que les élèves des formations post Bac aussi bien pour le champ sanitaire que pour le champ social accèdent automatiquement au CROUS. 3/ Renforcer le nombre de logements étudiants près des IRTS et des IFSI/ IFAS qui sont souvent éloignés des campus. Le Ministère chargé de l'enseignement supérieur et le CNOUS serait chargé de faire un état des lieux sur cette question et d'apporter les correctifs nécessaires.

[255] **Face à ces difficultés, des initiatives ont été prises dans plusieurs régions.** En 2023, l'ARS Île-de-France et la Région Île-de-France ont, par exemple, lancé une expérimentation portant sur un programme d'accompagnement personnalisé du parcours étudiant au sein de quatre instituts de formations en soins infirmiers (IFSI) franciliens volontaires, pour maximiser la réussite des étudiants dans leurs études, faciliter leur insertion professionnelle et les fidéliser sur le territoire.

[256] Ce programme d'accompagnement s'articule autour de six axes d'amélioration : le processus d'admission ; l'apprentissage théorique de l'étudiant ; le parcours de stage de l'étudiant ; la qualité de vie de l'étudiant ; la qualité de vie et les conditions de travail des formateurs ; l'insertion dans la vie professionnelle du néo-diplômé.

[257] Un volet important concerne le renforcement du suivi pédagogique et de l'accompagnement personnalisé, en mettant en place des ateliers de tutorat avec des assistants pédagogiques pour lutter plus efficacement contre le décrochage des étudiants avant la fin de leur cursus.

[258] Malgré la prudence qu'il convient d'avoir quant à l'explication du phénomène d'augmentation du taux d'abandon dans les écoles et notamment en IFSI, il n'en demeure pas moins que la baisse du volume des professionnels diplômés dont elle est en grande partie à l'origine doit être enrayer. Pour résoudre le problème des tensions de recrutement, il convient donc à la fois d'augmenter le nombre de places de formation et de développer ce type de programmes d'accompagnement renforcé et de tutorat.

---

<sup>79</sup> Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011, DREES, Etudes et résultats mai 2023, n° 1266 et *Les formations aux professions sociales en 2023 : légère baisse du nombre d'inscrits et de diplômés*, DREES, jeu de données, novembre 2024

### 2.2.2.1 Soutenir le développement de l'alternance

[259] La possibilité de suivre une formation initiale sanitaire ou sociale par la voie de l'apprentissage est une possibilité ancienne, qui a été récemment étendue. Comme pour les autres secteurs de formation, l'apprentissage permet aux étudiants de financer leurs études, d'avoir une maîtrise plus rapide du geste professionnel et aux employeurs de disposer de ressources importantes en des temps de pénuries de main d'œuvre.

[260] En pratique, une apprentie infirmière travaillera en tant qu'équivalent ASH la première année, puis aide-soignante les années 2 et 3, la première année d'infirmière donnant l'équivalence du diplôme d'aide-soignante. C'est pourquoi la majorité des contrats d'apprentissage se déroule pendant les années deux et trois en IFSI. En réalité, l'apprentissage est beaucoup plus présent dans les formations sociales que dans les formations sanitaires.

[261] **La part de la formation initiale en alternance reste encore très faible au regard des besoins et du potentiel de formation** quoique variable selon les formations comme le montre le tableau suivant. Pour les 15 diplômes principaux du travail social<sup>80</sup>, la part de l'apprentissage est en 2022 de 26 %, contre 6 % pour les 15 principaux diplômes du sanitaire. Depuis 2021 il a été prévu par décret<sup>81</sup> d'inclure l'apprentissage dans le champ des actions de formation professionnelle tout au long de la vie pouvant être financés par la cotisation prévue à l'article 10 du décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, mais cette réforme tarde à porter ses fruits.

Tableau 6 : Evolution de la part de l'alternance dans les cursus de formation sanitaire et sociale

Diplômes	2012	2022
<b>Infirmier diplômé d'Etat</b>	0,2 %	0,8 %
<b>Aide-soignant</b>	1,0 %	15,0 %
<b>Accompagnant éducatif et social</b>	2,0 %	41,0 %
<b>Educateur spécialisé</b>	8,5 %	29,0 %
<b>Auxiliaire de puériculture</b>	9,6 %	26,0 %
<b>Assistant de service social</b>	0,3 %	9,6 %
<b>Total formations sociales</b>	3,8 %	26,0 %
<b>Total formations sanitaires</b>	5,2 %	6,0 %

Source : *Enquêtes écoles de la DREES, domaine santé et domaine social.*

Au regard des avantages de la formation notamment pour les étudiants et donc pour l'attractivité des formations et la persévérance des étudiants qui se forment, il semble utile d'en soutenir le développement notamment dans le champ de la santé où cette part est encore trop peu

<sup>80</sup> Accompagnant éducatif et social, Assistant familial, Technicien de l'intervention sociale et familiale, Moniteur éducateur, Educateur technique spécialisé, Educateur spécialisé, Educateur de jeunes enfants, Conseiller en économie sociale familiale, Assistant de service social, Délégué aux prestations familiales, Mandataire judiciaire à la protection des majeurs, Médiateur familial

CAFERUIS, CAFDES, Ingénierie sociale, enquête école de la DREES, 2022.

<sup>81</sup> Décret no 2021-1209 du 20 septembre 2021 relatif au développement de l'apprentissage dans la fonction publique hospitalière

développée, notamment pour les formations d'infirmières ou de manipulateurs radio (3 % en alternance).

**Recommandation 13 Développer l'alternance et notamment l'apprentissage dans les formations sanitaires** notamment, ce qui suppose que les ARS demandent aux écoles de passer des partenariats avec des CFA et que les employeurs, notamment les établissements de santé, mais aussi les ESMS s'engagent à embaucher plus d'apprentis. Enfin, l'offre de places de formations pourrait passer par la création par l'éducation nationale de CFA du sanitaire et du social comme c'est le cas en Nouvelle Aquitaine. La cible pourrait être de passer progressivement à un taux de formations en alternance dans le champ sanitaire de 10 % dans les cinq années à venir.

## 2.3 Levier indispensable à l'augmentation du nombre de professionnels en poste, le développement de la formation continue contribue également à l'attractivité de ces carrières

[262] L'autre voie d'accès majeure pour augmenter le nombre de professionnels en poste dans le champ sanitaire et social est celle de la formation continue. Celle-ci, déjà très présente sur certains métiers, est encore peu utilisée dans d'autres ; son développement nécessite de trouver des ressources supplémentaires.

### 2.3.1 La formation continue n'est pas à ce jour à la hauteur des enjeux

[263] **En 2022, au niveau national, sur les 15 principaux diplômes en santé de l'enquête écoles, la formation professionnelle représente 15 % des élèves.** Il peut s'agir de demandeurs d'emploi qui se voient financer une formation diplômante, des actifs salariés qui bénéficient d'une formation professionnelle financée par l'employeur (par exemple les hôpitaux qui financent des formations d'aide-soignant pour des Ash ou des formations d'infirmière pour des aides-soignantes), de formations diplômantes financées par les OPCO (hors alternance) ou d'autres organismes. Concernant les formations principales du champ social, la proportion d'élèves qui sont en formation dans le cadre de la formation professionnelle continue représente 26 %.

[264] Dans le champ de la santé où la part du secteur public est majoritaire existent **deux cadres de financement et d'exercice de la formation professionnelle**.

[265] **Le premier est celui du champ de la fonction publique hospitalière** où les fonds destinés au financement de la formation professionnelle sont récoltés par l'ANFH qui joue le rôle d'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA). Pour un volume à couvrir d'environ 951 000 agents, l'ANFH a récolté en 2023 1,081 Md€, en hausse de 4,9 % par rapport à 2022 du fait de la revalorisation du point d'indice. La répartition des fonds collectés est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Fonds collectés par l'ANFH en 2023

fonds collectés	taux applicable	Volume en k€
<b>Plan de formation</b>	2,1% de la masse salariale	739 511
<b>DPCM : Développement professionnel continu médical</b>	Entre 0,5 % et 0,75 % du montant des rémunérations des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens	31 256
<b>CFP – VAE – BC : Congé de formation professionnelle – Validation des acquis de l'expérience – Bilan de compétences.</b>	0,2% de la masse salariale	77 664
<b>FMEP : Fonds mutualisé de financement des études relatives à la promotion professionnelle</b>	0,6% de la masse salariale	232 979
<b>ESAT : formation continue des travailleurs handicapés accueillis par les Établissements et services d'aide par le travail</b>	4,8 % de la masse salariale des ESAT de la FPH	554 000
<b>Total</b>		1 635 410
<b>Total hors ESAT</b>		1 081 410

Source : *Rapport d'activité ANFH 2023, traitement mission*

[266] Les études promotionnelles qui ont pour vocation de financer des formations diplômantes ont permis de financer en 2023 22 891 départs en formation dont 9 800 nouveaux dossiers en 2023, soit 8 292 infirmières, 4 992 aides-soignantes, 324 auxiliaires de puériculture ou encore 2 229 cadres de santé. A cela s'ajoute le dispositif propre de l'AP HP qui forme environ 1 600 soignants par an. **Malgré un volume de financement important, les coûts unitaire d'une formation diplômante en santé<sup>82</sup>, ne permettent pas de financer des volumes énormes de départs en formations même s'ils sont significatifs** : environ 25 000 formations en cours de soignants par an. Ils représentent l'essentiel de la formation professionnelle des soignants (notamment IDE et AS).

[267] **Le deuxième champ est celui du secteur privé où intervient l'OPCO santé** dont le périmètre englobe les 1,3 million de personnels qui travaillent dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif (1 million de personnes), l'hospitalisation privée (275 000 personnes), le thermalisme (4 000 personnes), les services de Prévention et de Santé au Travail Inter-entreprises (18 000 personnes) et les établissements hors branche comme l'EFS, la ligue contre le cancer, France Alzheimer, etc. (14 000 personnes). En 2022, 12 841 formations diplômantes ont été financées dont 4 763 AS, 2 706 AES, 2 233 Educateurs spécialisés, 949 IDE, etc. Selon l'enquête de l'OPCO santé de 2022 auprès des organismes, 26 % de la totalité des établissements éprouvent des difficultés à répondre aux besoins de formation et aux demandes en raison notamment d'insuffisance de budget (pour 77 %) et de difficultés à remplacer les personnels qui partent en formation (60 %).

[268] **En cumulant les deux dispositifs, on voit que le volume formé est significatif par exemple près de 9 800 aides-soignantes par an sont formées par ce biais, soit un tiers des places de formation en IFAS, mais pourrait être plus important** : les établissements n'arrivent pas à financer

<sup>82</sup> Une formation d'IDE qui dure 3 ans coûte environ 120 K€, une formation d'AS environ 40 K€

ou faire financer l'ensemble des demandes de départs en formation diplômante et le taux de remplissage des IFAS n'est pas à 100 %, il y a donc un volume de formations qui n'est pas assuré et qui pourrait l'être puisqu'il y a une demande mais non satisfaite faute de budgets dédiés.

[269] Sur le périmètre du champ social, Unification finance également de nombreux parcours de formations diplômantes notamment dans le cadre de co-financements. Par exemple pour 2022, Unification conjointement avec des fonds de la CNSA pour la branche aides à domicile a financé 1409 formations dont 887 diplômes AES, 395 titre professionnel Assistant de vie aux familles, 72 diplômes d'AS, et 55 diplômes de TISF<sup>83</sup>.

[270] A ce titre il faut signaler que certains dispositifs qui pourraient être mobilisés pour remplir cet objectif ne sont pas utilisés pleinement<sup>84</sup>. Ainsi Pro-A, qui permet de financer des formations de reconversion ou de promotion par alternance, donc tout en restant dans l'entreprise, est un dispositif pourra réponde à ce besoin de faire monter en qualification des salariés tout en les gardant dans l'entreprise. Cependant le coût des formations diplômantes dans le champ sanitaire et social est dissuasif sur ce point puisque PRO-A ne bénéficie d'un co-financement de l'OPCO à hauteur seulement de 3 000€ ce qui, vu les coûts des formations, suppose un financement très lourd de la part de l'employeur. A ce titre le déplafonnement partiel de PRO-A en 2021 dans le cadre du plan de relance, financé par le FNE-formation, autorisant un co-financement jusqu'à 37 000€, a permis de financer 2 350 formations en 2022<sup>85</sup>. Depuis, le FNE formation a été cependant majoritairement réorienté vers les métiers de la transition écologique et la transition numérique (big data, cloud, intelligence artificielle).

[271] **Il faut signaler également l'existence de programmes spécifiques, soutenus par l'Etat, destinés à soutenir et accompagner la formation diplômante pour certains métiers subissant le plus de tensions de recrutement. C'est le cas notamment du dispositif de parcours d'aide-soignante vers infirmière** (parcours réussite)<sup>86</sup> permettant un parcours de qualification en deux ans au lieu de trois, l'AS, dans certaines conditions, entrant directement en deuxième année d'IFSI. Ce dispositif est intéressant car il est attractif pour les AS et permet de réduire les coûts de la formation continue d'une IDE puisque le parcours est en deux ans au lieu de trois. Cependant, le dispositif s'est heurté à de nombreuses oppositions (CEFIEC et les IFSI) au motif notamment que la première année de l'école d'infirmière n'est pas équivalente et va au-delà de la formation d'une AS. Par ailleurs, cela prend dans le vivier des effectifs AS qui sont également un métier en tension et le problème n'est pas tellement le remplissage des places d'IFISI, ils sont saturés, mais plutôt d'assurer un taux de diplomation suffisant (et donc de limiter le taux d'abandon) et d'augmenter les quotas.

---

<sup>83</sup> Source : rapport d'activité 2023 de Unification et entretien mission

<sup>84</sup> Voir le rapport IGAS *Transitions professionnelles : dynamiser et mieux cibler l'action publique*, mars 2024, Brigitte BOURGUIGNON, Dominique GIORGIO, Tristan KLEIN, Hélène MONASSE.

<sup>85</sup> Source : rapport d'activité 2022 OPCO santé et entretiens mission.

<sup>86</sup> Le parcours réussite » qui permet à des aides-soignants expérimentés d'entrer en deuxième année d'IFSI à condition de suivre un stage de 3 mois en amont de cette entrée en IFSI, et d'être financés dans le cadre des études promotionnelles. Ce dispositif permet d'accélérer la formation des IDE et d'élargir le vivier des IDE formées en formation continue

[272] Enfin, la dernière manière d'obtenir un diplôme du champ social est la validation des acquis de l'expérience (VAE)<sup>87</sup>, qui est une voie importante notamment pour qualifier et diplômer les professionnels « faisant fonction » au nombre, par exemple, de 30 000 chez les AS. Cette voie de diplomation s'est accrue au cours de ces dernières années. En 2023, pour un total de diplômes délivrés dans le champ social<sup>88</sup> de 26 932, il y a eu 6 212 diplômes en VAE, soit une part de 22,4 %. Pour le champ sanitaire, il est plus difficile d'avoir des chiffres globalisés, mais par exemple pour le diplôme d'AS, pour un volume total de diplômes de 25 561, il y a eu 1 575 VAE, soit une part de 6,2 % seulement. On voit d'ailleurs, plus largement, que les VAE sont plus difficilement accordées dans le champ sanitaire où les taux de réussite sont plus faibles que dans le champ social. En 2023 par exemple, le nombre de VAE pour le diplôme d'Auxiliaire de puériculture a représenté 2508 dossiers, dont seulement 1 009 ont été validés, 1072 ont été partiellement validés et 427 n'ont reçu aucune validation. De ce point de vue la réforme de la VAE engagée semble ne pas avoir bénéficié des effets attendus du fait des difficultés de la plate-forme VAE, de la complexité du dispositif et du manque de moyens financiers qui ont été accordés. Il y aurait lieu, en cette matière, pour accélérer la diplomation notamment des faisant fonction mais aussi de diplômer en masse des viviers pour alléger les tensions de recrutement (par exemple aides à domicile) de simplifier drastiquement le dispositif de VAE.

[273] Se pose par ailleurs pour la VAE mais aussi les autres diplômes du champ social la question de l'engorgement des jurys qui sont organisés par les DREETS, avec des temps d'attente de plusieurs mois parfois qui tendent à décourager les candidats<sup>89</sup>. Les DREETS rencontrées par la mission mettent en avant la difficulté à trouver des professionnels qui veuillent bien être membre de jury alors que leur planning est très chargé, que les employeurs n'y sont pas toujours favorables et que l'indemnisation n'est pas très attractive. Une piste pourrait être de déléguer l'organisation des épreuves et la délivrance des diplômes aux écoles (comme cela a été fait dans le champ sanitaire) afin d'accélérer les processus. C'est une des recommandations du rapport précité que la mission reprend à son compte. En outre, devrait également être traitée la question de l'attractivité ou de la reconnaissance du statut de membre de jury, via probablement une meilleure indemnisation du temps qui y est consacré.

**Recommandation 14** Améliorer le dispositif de certification des diplômes du champ social via une plus grande reconnaissance du statut de membre de jury et une délégation de l'organisation des épreuves dans un premier temps et, ultérieurement, de la délivrance des diplômes aux écoles de formation au travail social (EFTS). Un recours plus important au réseau de l'éducation nationale pourra par ailleurs être recherché.

---

<sup>87</sup> Art L900-1 du code du travail : « Toute personne engagée dans la vie active est en droit de faire valider les acquis de son expérience, notamment professionnelle, en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification figurant sur une liste établie par la commission paritaire nationale de l'emploi d'une branche professionnelle, enregistrés dans le répertoire national des certifications professionnelles visé à l'article L. 335-6 du code de l'éducation. »

<sup>88</sup> DREES, enquête école 2023 professions du champ social.

<sup>89</sup> Cette question a été largement traitée dans le rapport IGAS-IGESR « La certification des diplômes du travail social par les services déconcentrés de l'Etat », IGAS-IGESR, LEMORVAN, CAROTTI, juillet 2022

### 2.3.2 Comment trouver de nouvelles ressources de financement fléchées pour accroître l'effort de formation de l'ensemble des actifs du champ ?

[274] Trois nouveaux types de ressources pourraient être mobilisés pour accroître l'effort de formation certifiante de l'ensemble des actifs du champ et répondre aux problèmes posés par les difficultés de recrutement :

- Un transfert d'une partie des cotisations de la fonction publique hospitalière vers le Fonds mutualisé d'études promotionnelles ;
- une cotisation spécifique des établissements de l'hospitalisation privée à but non-lucratif et des établissements du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif ;
- L'abondement d'un fonds de développement des compétences des métiers de la santé et de l'accompagnement social par des redéploiements de crédits ou par l'augmentation de contributions existantes.

#### 2.3.2.1 Permettre à un plus grand nombre d'agents de la fonction publique hospitalière d'accéder aux études promotionnelles sur les métiers en tension

[275] La marge de l'augmentation de la masse salariale depuis 2020 pourrait être utilisée pour ventiler 0,1 % des cotisations des établissements au plan vers le Fonds mutualisé de financement des études relatives à la promotion professionnelle. De l'ordre de 1 400 agents supplémentaires pourraient entrer en études promotionnelles chaque année, par rapport à 2019, dans cette hypothèse de réajustement des taux, pour un montant de 30 à 40 millions d'euros par an. Cela permettrait de garantir la prise en charge des études promotionnelles pour les agents reçus à l'entrée aux formations qualifiantes, mais non financés par leur établissement.

[276] Créer une cotisation spécifique aux établissements de l'hospitalisation privée à but lucratif afin de favoriser les études promotionnelles des actifs de ces branches et la qualification des "faisant-fonction" d'aide-soignant.

[277] Aux termes de la convention collective nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002, avenantée le 28 février 2022, l'effort des entreprises de cette branche en matière de développement des compétences regroupe à la fois la contribution unique au financement de l'apprentissage et de la formation professionnelle, dont le taux est de 1 %, et un investissement formation complémentaire global de 0,3165 % de la masse salariale brute annuelle, soit un taux global de 1,3165 %. Ce taux reste très inférieur à l'obligation de financement des établissements de santé public, dont le montant est de 2,9 % de la masse salariale.

[278] Le secteur sanitaire, social, et médico-social à but non lucratif, a conclu un accord relatif à la formation et au développement des compétences qui dispose qu'à la contribution légale de 1 %, s'ajoute une obligation conventionnelle mutualisée de 0,3465 % de la masse salariale brute annuelle, et une obligation d'investissement formation d'un montant de 0,65 % de la masse salariale brute annuelle, soit au total 1,9965 %, taux supérieur à celui de l'hospitalisation privée mais qui reste inférieur à celui des établissements de santé publics.

[279] Une obligation d'investissement formation supplémentaire de 0,68 % de la masse salariale brute – d'ordre conventionnelle ou législative – pourrait être mise en place pour la branche de l'hospitalisation privée, portant l'effort de développement des compétences des établissements de l'hospitalisation privée à but lucratif au même niveau que celui des établissements du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif, tout en restant très inférieur à l'effort de développement des compétences des établissements de santé public, dont le montant est de 2,9 % de la masse salariale.

[280] Cette augmentation de 0,68 % de l'obligation du financement de cette branche correspondrait à 25,8 millions d'euros, soit un montant équivalent au financement de la reconversion de l'ensemble des formations du secteur sanitaire et social par Transitions Pro en 2021.

[281] Ainsi, au plan national, Transitions Pro a financé en 2021 la reconversion (coût de formation et maintien du salaire) de 1150 personnes sur le sanitaire et social (principalement aide-soignant et auxiliaire de puériculture), pour un montant de 35 millions d'euros sans pouvoir répondre à l'ensemble des demandes. Cet accroissement des fonds mutualisés des établissements de l'hospitalisation privée à but non lucratif et les établissements du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif permettrait sans doute de financer au moins autant de parcours supplémentaires. Elle contribuera à la qualification des "faisant-fonction" d'aide-soignant des EHPAD.

[282] De façon générale, il conviendrait également de s'assurer (grâce à un groupe de travail avec les Régions) que toutes les personnes en reconversion peuvent aisément intégrer les formations sanitaires et sociales financées par les Régions (par exemple les personnes bénéficiant du dispositif démission-reconversion).

### 2.3.2.2 Crée un fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social pour contribuer à la mise en œuvre la stratégie nationale des ressources humaines du système de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux

[283] De façon plus générale, **un fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social permettrait de poursuivre et d'accroître l'effort réalisé par l'Etat et la CNSA durant les cinq dernières années, en matière de formation initiale et continue.**

[284] Il permettrait également d'améliorer la promotion des métiers du soin et de l'accompagnement social **et l'appariement**, en étendant l'intervention des plateformes des métiers de l'autonomie sur le plan national.

[285] **Le président du conseil de gestion de ce fonds serait un représentant du ministère de la Santé.** Il aurait pour rôle de proposer au comité interministériel en charge de l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement les orientations à donner aux allocations de moyen.

[286] Le conseil de gestion pourrait être assisté d'un comité de surveillance, qui comprendrait également des représentants des salariés et des employeurs des différentes branches concernées, des représentants des collectivités territoriales – Régions de France, Départements de France - et des personnes qualifiées. Il assisterait le conseil de gestion du fonds dans la définition des grandes

orientations, donnerait son avis sur le rapport d'activité du fonds, et pourrait entendre toute personne dont l'audition lui paraîtrait utile.

[287] Les modalités de désignation des membres et les modalités de fonctionnement de cet "outil budgétaire" seraient fixées par décret.

[288] **La première mission de ce fonds serait de pérenniser et d'accroître le soutien de l'Etat aux Régions, à l'échéance - en 2026 - du protocole de soutien aux formations sanitaires et sociales.**

Ce soutien est, à l'heure actuelle, financé grâce du Plan National de Relance et de Résilience (PNRR) : il ne repose donc pas sur une ressource pérenne.

[289] Le fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social pourrait également :

- financer des actions en matière de promotion de métiers du soin et de l'accompagnement, et en particulier la campagne de recrutement annuelle. Ces actions de promotion des métiers du soin et de l'accompagnement pourraient porter sur l'élargissement des viviers ;
- participer au financement des actions favorisant l'appariement entre offre et demande d'emploi dans les métiers de l'accompagnement et du soin, et notamment les plateformes des métiers de l'autonomie, ou les campus des métiers de la santé et de l'accompagnement ;
- participer au financement des parcours de reconversion d'actifs, indépendants ou salariés, en abondant, soit le CPF des actifs, pour certaines formations, soit en finançant des parcours de formation aux côtés des AT-PRO, soit en cofinançant des contrats de professionnalisation aux côtés des opérateurs de compétence. Il pourrait également être mobilisé pour financer (en investissement) les CFA des métiers de la santé et de l'accompagnement social ;
- participer au financement d'études permettant d'améliorer la prospective des ressources humaines dans le champ social, sanitaire et médico-social ;
- soutenir l'innovation pédagogique dans le domaine des formations aux métiers du soin et de l'accompagnement (renforcement du suivi pédagogique, tutorat, accompagnement renforcé des élèves, notamment des élèves infirmiers, pour limiter l'abandon, création d'outils en ligne).

[290] En finançant des parcours de qualification permettant des mobilités professionnelles ascendantes (d'aide-ménagère ou d'aide à domicile non qualifiée à aide à domicile qualifiée, d'aide à domicile à aide-soignante, d'aide-soignante à infirmière), il contribuerait à la fois à l'entrée dans le secteur de nouveaux publics et à la revalorisation de ces métiers.

**Développer les compétences dans le secteur du bâtiment et des travaux publics : l'exemple du Comité central de coordination des métiers du BTP**

Dans le domaine du bâtiment, le Comité Central de Coordination des Métiers du BTP (CCA-BTP) assume des missions similaires. Le code du travail (art. L. 6331-36) dispose que la cotisation prévue pour le CCA-BTP contribue :

A l'information des jeunes, de leurs familles et des entreprises, sur la formation professionnelle initiale ou les métiers du bâtiment et des travaux publics.

Au développement de la formation professionnelle dans les métiers du bâtiment et des travaux publics.

Au financement d'actions particulières visant, d'une part, la préformation et l'insertion professionnelle des publics de moins de vingt-six ans, d'autre part, l'animation et l'accompagnement connexe à la formation des apprentis.

Le CCA-BTP est financé par une cotisation spécifique, versée chaque année par les entreprises du BTP, dont l'assiette est celle de la contribution à la formation professionnelle. Elle est de 0,3 % pour les entreprises du bâtiment (dont une moitié seulement est consacrée au CCA-BTP) et de 0,22 % pour les travaux publics.

**[291] En l'absence d'une réelle prospective sur la démographie des professions de santé et des professions sociales et médico-sociales, il est difficile de chiffrer précisément les besoins en matière de formation durant les prochaines années et donc de déterminer le dimensionnement attendu du fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social.**

**[292]** Quelques éléments peuvent cependant être rappelés afin de déterminer des ordres de grandeur des besoins, et permettent d'estimer, en première analyse, un besoin estimé autour d'un demi-milliard d'euros par an en 2030.

**[293]** La convention entre l'Etat et les Régions de mars 2022 sur le financement des formations sanitaires et sociales portait sur le financement de 13 587 places de formation, pour un montant de 273 millions d'euros. En 2025, l'Etat a prévu de verser 273 millions d'euros aux Régions pour le financement de l'offre de formation supplémentaire prévue par le protocole entre l'Etat et les Régions.

**[294]** Selon la DREES, pour maintenir la densité standardisée d'infirmières, il faudrait non seulement maintenir cet effort budgétaire, si le taux d'abandon ne baisse pas, mais également augmenter le nombre d'entrées en formation, en passant le quota de 39 000 à 43 400 places<sup>90</sup>. Cette nouvelle augmentation du nombre de places ne répondrait pas aux problèmes de tensions sur le marché du travail : elle permettrait simplement de ne pas les agraver.

---

<sup>90</sup> Camille Parent, « Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante », *Etudes et résultats*, DREES, décembre 2024, n° 1319

[295] La mission recommande d'augmenter les quotas de 5 000 places pour les formations d'infirmier, et de 3 000 places pour les formations d'aides-soignants, conformément aux conclusions de l'ONDPS.

[296] Sur ces 8 000 places, elle estime que 2000 pourraient être financées grâce à :

- l'augmentation des crédits affectés aux études promotionnelles à l'hôpital
- la création d'une obligation d'investissement formation supplémentaire pour la branche de l'hospitalisation privée,
- Le déplafonnement de la Pro-A
- Le développement de l'alternance.

[297] Elle recommande également de financer dans ce cadre un accroissement de l'offre de formation pour certains métiers clés, comme les manipulateurs radios.

[298] Par ailleurs, même si elle n'entre pas dans le périmètre de la mission, il convient de noter que l'universitarisation des formations paramédicales induira une augmentation du coût de ces formations qui, à cette heure, très imparfaitement connue. L'universitarisation de la formation d'infirmière implique une augmentation de la durée de formation de 400 h, soit une augmentation de 9,5 % de la durée de formation qui ne saurait être sans impact, y compris en termes de rémunération ou de rémunération de stagiaire de la formation continue pour les étudiants en formation continue, soit environ 100 millions d'euros.

[299] L'impact de l'universitarisation a également un impact sur la rémunération des personnels enseignants des IFSI a été évaluée en 2021 à 13 millions d'euros en 2026. Elle devrait s'élever à 39 millions d'euros en 2031.

[300] Dans l'hypothèse d'une création de 4 000 places supplémentaires d'infirmières en formation initiale et de 2000 places supplémentaires d'aides-soignantes en formation initiale, le surcoût serait d'environ 112 millions d'euros par an pour le seul financement du coût de fonctionnement de ces deux formations paramédicales, sans prendre en compte l'investissement dans l'appareil de formation.

[301] S'il devait s'ajouter au financement de 273 millions d'euros déjà prévu par l'Etat pour financer les premières augmentations de place, **cela porterait le protocole Etat-Régions à 385 millions d'euros**, sans prendre en compte les autres métiers (aide à domicile, manipulateurs radios notamment), et le coût de l'universitarisation de certaines formations.

[302] Il faudrait y ajouter :

- Une augmentation de l'aide accordée par l'Etat aux Régions pour l'investissement dans l'appareil de formation, à due proportion de l'augmentation de l'offre de formation, estimée à 5 millions d'euros ;
- l'extension nationale des plateformes autonomie, estimée à 23 millions d'euros, soit un total de 35 millions d'euros ;

- la création d'une offre de formation initiale d'accompagnant en soins gérontologiques, estimée à 10 millions d'euros pour 3 000 parcours par an ;
- un soutien au plan de qualification des 30 000 "faisant-fonction" d'aide-soignant des EHPAD, estimé à 5 millions d'euros par an<sup>91</sup>, sachant que la nouvelle cotisation de la branche de l'hospitalisation privée sera la première source de financement de ce plan ;
- l'augmentation de l'effort de promotion des métiers par divers moyens, dont des campagnes de recrutement (de 2 à 5 millions d'euros) ;
- un déplafonnement de la Pro-A, correspondant à la moitié de l'effort consenti en 2021 avec les crédits du plan de relance, permettant de financer 1000 parcours, estimé à 35 millions d'euros ;
- un soutien à l'investissement dans les centres de formation d'apprenti, estimé à 5 millions d'euros ;
- le déploiement d'un accompagnement renforcé pour un quart des 39 000 étudiants infirmiers de première année, afin de limiter le taux d'abandon, estimé à 5 millions d'euros ;
- le soutien aux groupements d'employeurs, estimé à 500 000 euros.

[303] **Le total correspond à un montant annuel de 490,5 millions d'euros par an.**

[304] Par ailleurs, l'augmentation de la formation vers le nouveau métier d'accompagnement en soins gérontologiques, en formation continue pour les demandeurs d'emploi et les bénéficiaires de minimas sociaux, serait également financée par un redéploiement de 20 millions d'euros par an du PIC 2024-2027.

### 2.3.2.3 Les modalités de financement du fonds pour le développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social

[305] **Le financement de ce fonds pourrait reposer sur différents leviers.**

[306] Le premier scénario pourrait être celui de l'affection de prélèvements sociaux, tels que la CASA, la CSA ou la CSG.

[307] La CNSA, dans le cadre de son budget d'intervention, finance le soutien à la coordination et le soutien aux services d'aide à domicile. Elle pourrait transférer au fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social les crédits dédiés actuellement au financement des plateformes des métiers de l'autonomie.

[308] L'extension des plateformes des métiers de l'autonomie, sur le plan national, pourrait être financée par une augmentation de la contribution additionnelle de solidarité autonomie.

---

<sup>91</sup> La création d'un DE d'accompagnant en soins gérontologique devrait permettre de développer la VAE. Ce DE devrait également pouvoir être obtenu par le biais d'un examen professionnel, pour les personnes en poste. Par ailleurs, les diplômes, notamment les bacs professionnels du secteur sanitaire et social, devraient permettre d'obtenir une équivalence.

[309] La CASA sert à financer la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées. Elle est prélevée au taux de 0,3 % sur les retraites, les pensions d'invalidité et les allocations de retraites. Ses recettes, prévues par le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, avoisineraient un milliard d'euros en 2025 (prévision de 978 millions d'euros). **Une fraction de 0,1 point de CASA, dont les recettes pourraient être estimées à 350 millions d'euros en 2026, pourrait contribuer à l'adaptation des ressources humaines du système de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux au vieillissement de la population et à la prévention de la dépendance.**

[310] L'affectation de cette recette à une dépense bien identifiée, comme l'accroissement de l'offre des formations sanitaires et sociales pour répondre aux évolutions du système de santé, du fait du vieillissement de la population, serait de nature à en garantir l'acceptation sociale.

[311] En raison du principe d'universalité budgétaire, cette contribution additionnelle ne peut pas être affectée directement au fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social. Elles doivent être affectées à une branche de la sécurité sociale.

[312] Dans ce scénario, le fonds serait abondé par :

- une intervention de la CNSA, financée grâce à une augmentation de 0,1 point de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), pour un montant de 350 millions d'euros par an,
- une intervention de l'Etat, à hauteur de 140,5 millions d'euros par an, financée grâce à une réaffectation d'une partie des 273 millions d'euros consacrés par le ministère de la Santé au protocole Etat-Régions en matière de formations sanitaires et sociales.

[313] La CNSA pourrait également abonder ce fonds à hauteur de 350 millions d'euros, dans un scénario alternatif, si une nouvelle tranche de CSG, la CSG Autonomie, qui prendrait la forme d'une fraction additionnelle de 0,28 point affectée aux politiques de l'autonomie, était créée, comme la CNSA le recommandait en 2021<sup>92</sup>.

[314] En 2025, l'Etat prévoit de financer à hauteur de 273 millions d'euros le protocole Etat-Régions en matière de formations sanitaires et sociales, et à hauteur de 2 millions d'euros la campagne de communication autour des métiers du "prendresoin".

---

<sup>92</sup> Avis et recommandations du Conseil pour le financement des politiques de soutien à l'autonomie à horizon 2030, CNSA, 2021.

Tableau 8 : Recettes et charges du fonds de développement des compétences et des métiers du soin et de l'accompagnement social

Charges	Montants en M€	Produits	Montants en M€
Protocole Etat-Régions	273	Etat	140,5
Création de 6 000 nouvelles places en formation initiale	112	CNSA	350
Création de 3 000 places de formation initiale d'accompagnant en gérontologie	10		
Augmentation du soutien à l'investissement dans les IFSI-IFAS	5		
Plates-formes autonomie, étendues à l'ensemble du territoire national <sup>93</sup>	35		
Plan de qualification des faisant-fonction	5		
Promotion des métiers et communication	5		
1000 places de formation supplémentaires grâce au déplafonnement Pro-A	35		
Soutien à l'investissement dans les CFA	5		
Accompagnement renforcé de 10 000 étudiants infirmiers en première année	5		
Soutien aux groupements d'employeurs	0,5		
<b>Total</b>	<b>490,5</b>		<b>490,5</b>

Source : *Calculs mission*

[315] Le second scénario pourrait être celui d'une affectation à ce fonds de la contribution des Régions au dispositif de lissage conjoncturel des recettes fiscales des collectivités territoriales (DILICO) prévu par l'article 64 bis du PLF 2025. La contribution prévisionnelle des Régions est de 270 millions d'euros.

[316] Dans un contexte budgétaire contraint, ce scénario alternatif permettrait d'accroître l'effort de formation et d'améliorer les conditions de l'appariement entre offre et demande d'emploi, tout en opérant une péréquation entre Régions, ce qui est le principal objectif du DILICO.

[317] Dans ce scénario, le financement de l'Etat serait de 478,5 millions d'euros, dont 270 provenant du DILICO, la CNSA versant 12 millions d'euros, soit le financement actuel des plateformes autonomies.

---

<sup>93</sup> Le coût actuel des plateformes des métiers de l'autonomie est de 12 millions d'euros. Une extension à l'ensemble du territoire national représenterait un surcoût de 23 millions d'euros, soit au total 35 millions d'euros.

**2.3.2.4 A long terme, une évolution de la fiscalité locale pourrait être envisagée pour permettre aux Régions de financer elles-mêmes, de façon pérenne, l'augmentation de l'offre de formation**

[318] Le protocole entre l'Etat et les Régions sur les formations sanitaires et sociales prévoyait, en mars 2022, qu'à partir de la rentrée 2023, un nouveau socle de financement soit apporté par l'Etat aux Régions, par le biais d'une fraction de TICPE. Cette fraction de TICPE devait comprendre :

- La compensation issue du transfert de compétence initial ;
- la prise en charge par l'Etat de la pérennisation des places initialement financées dans le cadre de France Relance ;
- la prise en charge par l'Etat des conséquences sur le coût des formations des accords du Ségur de la santé, à hauteur de 42,3 millions d'euros par an ;
- la participation de l'Etat à l'effort d'investissement sur le parc d'instituts de formation, à hauteur de 50 millions d'euros par an.

[319] Cet engagement n'a pas été suivi d'effets.

[320] Mobiliser une fraction de TICPE pour financer l'accroissement de l'offre de formation sanitaire et sociale semble contradictoire avec la stratégie énergie-climat de la France. En effet, la réduction des motorisations thermiques devrait entraîner des baisses significatives de rendement de la fiscalité énergétique.

[321] Il est donc proposé de mobiliser le fonds pour le développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social pour financer l'augmentation de l'offre de formation, sans écarter par la suite une réflexion plus générale, sur l'autonomie fiscale des Régions, afin qu'elles puissent disposer des moyens de financer elles-mêmes l'accroissement de l'offre de formation.

[322] Si la proposition du rapport Bozio-Warsmer de doter les Régions d'une fraction de taxe foncière sur les propriétés bâties pour compenser la perte du versement transport devait prospérer, il conviendrait d'étudier en parallèle la possibilité de dimensionner cette fraction de taxe foncière de manière qu'elle puisse financer également l'augmentation de l'offre des formations sanitaires et sociales par les Régions.

**Recommandation 15** **Créer un fonds de développement des compétences des métiers du soin et de l'accompagnement social.** Ce fonds sera alimenté par l'Etat, en mobilisant notamment le FNE-Formation, et par la CNSA, grâce à une augmentation de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), ou par une contribution du dispositif de lissage conjoncturel des recettes fiscales des collectivités territoriales. Il pourra notamment, pérenniser et accroître, d'ici 2028, à hauteur de 22 000 places de formation, le soutien de l'Etat au financement des formations sanitaires et sociales par les Régions ; financer les actions en matière de promotion de métiers du soin et de l'accompagnement ; financer des actions favorisant l'appariement entre offre et demande d'emploi dans les métiers de l'accompagnement et du soin, et notamment des plateformes des métiers de l'autonomie et des campus des métiers de la santé et de l'accompagnement social ; contribuer au financement des parcours de reconversion d'actifs, indépendants ou salariés ; contribuer au financement de l'investissement dans les CFA des métiers de la santé et de l'accompagnement social. Son conseil de gestion sera présidé par un représentant du ministère de la santé. Il aura pour rôle de proposer au comité interministériel des ressources humaines du secteur de santé et du secteur social et médico-social les orientations à donner aux allocations de moyens.

## 2.4 Répondre aux besoins des publics suppose d'agir sur la fidélisation des professionnels et la quotité de travail de certains métiers

### 2.4.1 Face à la diminution de la durée des carrières, il convient d'agir sur la fidélisation des professionnels

[323] Pour combler l'écart entre l'offre et la demande de travail, recruter plus ne suffit pas si dans le même temps on continue de constater des départs vers d'autres secteurs professionnels, d'autres formes d'exercice du métier, d'autres statuts. Les politiques d'emplois en la matière doivent traiter le sujet des « fuites » et du peu de temps en poste des professionnels pour éviter que les employeurs s'épuisent à toujours recruter plus sans que le volume global n'augmente.

#### 2.4.1.1 Les professionnels du champ social ont une durée de carrière relativement courte

[324] En sus de la faiblesse des volumes d'entrée sur le marché du travail, une des difficultés majeures de la problématique du manque de personnel repose sur le volume important de départs des professionnels vers d'autres horizons. Ces départs sont liés à des phénomènes classiques de retraite ou de changement d'employeur ou de promotion professionnelle, mais sont également liés à des conditions de travail ou des organisations du travail et de rémunération qui incitent les personnels à quitter leur poste.

[325] De fait plusieurs études récentes de la DREES notamment montrent que la durée en poste dans les professions du champ social est relativement faible.

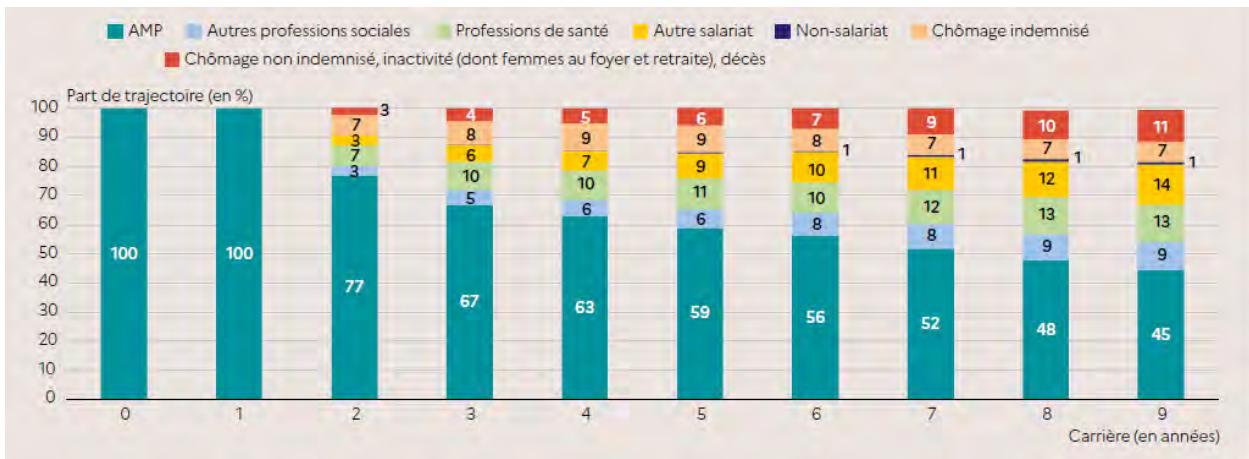
[326] Ainsi les aides médico psychologiques<sup>94</sup> qui sont au nombre de 87000 en France connaissent des taux de maintien dans la profession qui diminuent rapidement avec les années : au bout de 2

---

<sup>94</sup> J. Poulain, « Aides médico-psychologiques : sept ans après l'entrée dans la profession, une sur deux a quitté le métier », *Etudes et résultats*, DREES, n°1314, octobre 2024

ans, 23 % ont quitté la profession, 33 % au bout de 3 ans et au bout de 7 ans, une AMP sur deux a quitté la profession, comme le montre le graphique ci-dessous. Ce taux de départ important oblige, pour maintenir un volume à peu près stable d'AMP en France d'avoir des entrées dans la profession importante : environ 6 000 diplômées par an (le diplôme étant le DEAES depuis la fusion CAFAD et AMP) à quoi s'ajoutent les reconversions professionnelles et les faisant fonction.

Graphique 8 : Situation professionnelle des AMP au cours des 9 premières années de carrière



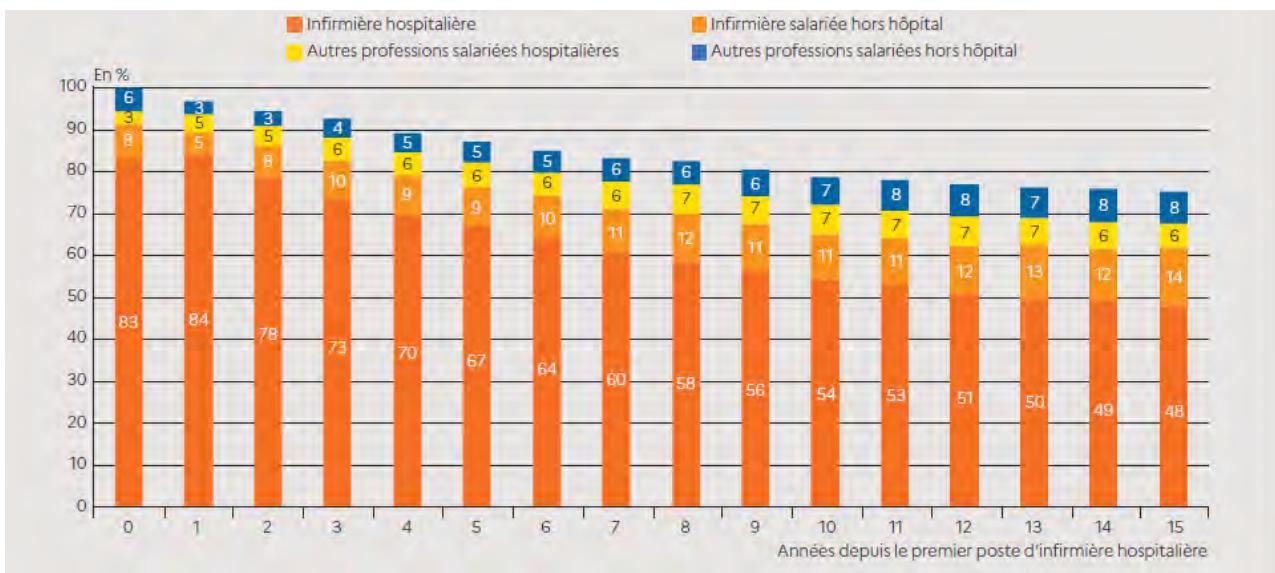
Source : DREES, études et résultats 1314

[327] Le graphique montre également que si le volume d'attrition des AMP est fort chaque année, elles se dirigent pour une part non négligeable vers d'autres professions sociales (9 %) ou autre profession de santé (13 %) et constituent de fait les viviers qui permettent d'alimenter, par la promotion professionnelle d'autres professions du champ sanitaire et social.

[328] **Du côté des infirmières salariées à l'hôpital**, selon une étude de cohortes de la DREES<sup>95</sup>, sur une période de 30 ans de 1989 à 2019, **seuls 54 % des infirmières salariées à l'hôpital le sont encore après 10 ans d'exercice**, 11 % sont infirmières salariées dans un autre secteur (par exemple un EHPAD), 7 % toujours dans le secteur hospitalier mais avec un autre métier et, enfin, 7 % comme salariées d'une autre profession dans un autre secteur. **Cette proportion a d'ailleurs tendance à s'accroître**, puisque le nombre d'infirmières encore salariées à l'hôpital au bout de dix ans est passé de 60 % pour les infirmières qui ont commencé leur carrière entre 1990 et 1994 à 50 % pour celles qui ont commencé leur carrière entre 2000 et 2014.

<sup>95</sup> P. Pora, « Plus d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après 10 ans de carrière », *Etudes et résultats*, DREES, n° 1277, juillet 2023.

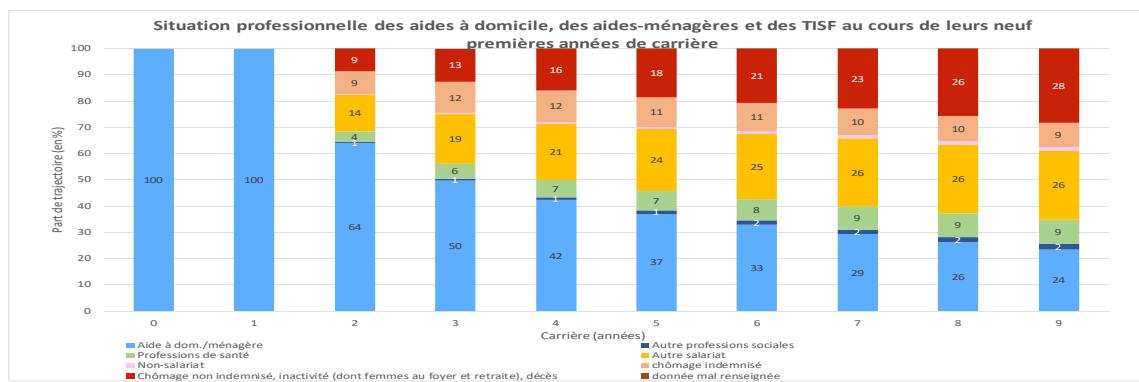
Graphique 9 : Décomposition de l'emploi salarié par année depuis le premier poste d'infirmière hospitalière



Source : DREES, études et résultats 1277

[329] Ce phénomène des carrières courtes est encore plus frappant pour les aides à domicile, qui ne sont plus que 24 % à exercer ce métier au bout de 10 ans comme le montre le graphique ci-dessous. Le graphique montre également que 28 % quittent la profession pour devenir demandeur d'emploi non indemnisé soit pour sortir de la population active (inactivité, retraite, décès), ce qui est beaucoup mais s'explique aussi par le fait qu'une part importante des aides à domicile sont plutôt des reconversions en deuxième partie de carrière (la part retraite est donc plus forte que dans d'autre professions où l'accès via la formation initiale est majoritaire) ou des femmes en situation de monoparentalité. Il s'explique également par des conditions de travail difficiles, des salaires faibles (dus en partie à une quotité de travail faible) et à peu de perspectives de carrières du fait de l'absence fréquente de diplômes, ce que retrace d'ailleurs le graphique en indiquant que les départs vers d'autres professions sanitaires ou sociales sont assez faibles.

Graphique 10 : Situation professionnelles des aides à domicile, aides ménagères, TISF au cours de leurs neuf premières années de carrière



Source : DATA DREES, données métiers, 2024

#### 2.4.1.2 Limiter les départs des professionnels notamment ceux liés à l'intérim

[330] Dans les raisons du turnover qui expliquent la durée plutôt courte des carrières des professionnels se trouve la question de l'intérim. Il a pris une importance forte ces dernières années notamment dans le champ des professionnels paramédicaux, mais pas seulement, c'est phénomène qui touche aussi les professionnels du champ social.

[331] Concernant le secteur hospitalier, l'intérim en mars 2023 représente 0,4 % de l'emploi salarié, ce qui peut sembler peu, mais en réalité c'est le double ce qui était constaté en mars 2017 (0,2 %), et étant donné les effectifs de l'emploi salarié à l'hôpital, c'est en fait énorme. Cela touche particulièrement certaines professions dont les infirmiers pour lesquels le taux de recours à l'intérim est, tous établissements confondus, de 0,9 % après avoir tangenté les 1 % en 2022. Ce taux de recours est en forte hausse ; il était de seulement 0,3 % en 2017.

[332] Ce phénomène tient pour une part à la volonté des professionnels de s'engager sur des périodes plus courtes qu'avant – avant notamment le COVID -, dans une relation de travail qui s'écarte des modèles classiques permettant une liberté de choix des heures, des lieux, des employeurs. Le recours à l'intérim convient pour des jeunes professionnels qui ont besoin et envie de découvrir des univers professionnels différents et rechignent à prendre des engagements de long terme. Cette liberté s'accompagne aussi parfois d'un recours au chômage comme l'ont indiqué à la mission plusieurs interlocuteurs de France Travail qui a dans ses fichiers un certain volume de demandeurs d'emploi diplômés (notamment infirmiers) qui alternent intérim et demande d'emploi indemnisée. Ce choix de l'intérim comme une sorte d'intermittence abusive peut aussi parfois provenir de pratiques managériales traditionnelles, verticales, peu sensibles au bien-être au travail.

[333] Cette réalité est donc à la fois un symptôme et une cause des tensions de recrutement de soignants : un symptôme car il indique que les établissements de santé et médico-sociaux ne peuvent plus fonctionner sans intérim, le travail temporaire étant une façon de pallier ces difficultés, mais c'est également une cause des tensions de recrutement car tous ces soignants qui choisissent l'intérim sont autant de professionnels en moins pour les recrutements stables.

[334] Ce constat connu a conduit à l'émergence d'initiatives visant à réguler le recours à l'intérim notamment non médical à l'instar de la signature d'une « charte relative aux recommandations et bonnes pratiques du recours à l'intérim paramédical et aux contrats de vacation non médicaux en Ile-de-France » signée par la FHF, la FHP, l'APHP, le SYNERPA, NEXEM et la FEHAP en juillet 2024 visant à limiter les effets nocifs de la concurrence et du recours excessif à l'intérim.

[335] La loi du 23 décembre 2023 dite loi « Valletoux » ambitionne de réguler ce phénomène et dispose que le recours à l'intérim n'est possible pour les sage-femmes, infirmiers, aides-soignants, éducateurs spécialisés, assistants de service social, moniteurs-éducateurs et accompagnants éducatifs et sociaux des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'après une

période d'exercice effectif de deux ans<sup>96</sup>. Par ailleurs le PLFSS 2025, dans son article 18<sup>97</sup> prévoit de plafonner les rémunérations en intérim des personnels non médicaux dans les ES et ESSMS, c'est-à-dire en fait d'étendre aux personnels non médicaux, cette mesure qui existe déjà pour les personnels médicaux.

[336] Il s'agit d'une avancée importante, mais probablement insuffisante étant donnée l'ampleur du phénomène. D'autres pays ou régions ont fait des choix plus radicaux. C'est le cas notamment du Québec qui a décidé d'interdire<sup>98</sup> tout bonnement le recours à l'intérim pour les services de santé et les services sociaux (publics et privé), sauf autorisation expresse du gouvernement en cas de situation ou de circonstance exceptionnelle et ce à peine de recevoir des amendes financières conséquentes<sup>99</sup>. La loi prévoit un délai de deux ans (entre 2024 et 2026) pour que les établissements se mettent en conformité avec la loi.

[337] Ce système est intéressant parce qu'il ne fait pas reposer l'interdiction ou la faute sur les professionnels eux-mêmes mais sur les établissements et services. En complément de mesures destinées à améliorer les conditions de travail et les pratiques managériales dans les établissements et services, et développement de système publics de pools de remplacement, un progressif encadrement du recours par les établissements à l'intérim semble à la mission une solution nécessaire.

**Recommandation 16 Limiter le recours des établissements de santé et médico-sociaux à l'intérim.** Cette réduction doit s'articuler avec le soutien au développement de formes publiques groupements d'employeurs pour les remplacements (voir reco 23) et à l'amélioration des pratiques managériales dans les établissements et services (voir reco 25). Cet encadrement pourrait prendre une forme progressive pour aider à la transformation de leur effectif.

[338] Le manque de personnels dans certaines professions du champ tient aussi pour une part à une forme de concurrence qu'elle s'exerce sur les viviers de recrutement ou sur les territoires. Ainsi, en matière d'aides à domicile où les tensions de recrutement sont importantes, une partie des viviers de personnes qui pourraient devenir aides à domicile sont en fait captés par des aides

---

<sup>96</sup> Le décret d'application du 1<sup>er</sup> juillet 2024 précise que cette disposition répond à quatre objectifs principaux : - Sécuriser et améliorer l'exercice des jeunes professionnels en leur permettant d'évoluer au sein de collectifs de travail pérennes dans cette étape cruciale que représente le début de leur carrière professionnelle ; - Stabiliser les équipes et les collectifs de travail au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux ; - Garantir la qualité et la sécurité des soins pour les patients, avec un accompagnement renforcé des jeunes professionnels en début de carrière ; - Limiter les effets délétères de la concurrence salariale à laquelle se livrent les établissements sanitaires et médico-sociaux et les entreprises de travail temporaire.

<sup>97</sup> « Lorsqu'il existe une tension sur les ressources se traduisant, pour l'une des catégories de professionnels mentionnés à l'article L. 313-23-4, dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté à l'emploi des mêmes professionnels permanents, le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par les établissements et les services mentionnés à l'article L. 315-1, relevant des 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1, au titre de ces prestations peut être plafonné, en tenant compte s'il y a lieu des spécificités territoriales, dans des conditions déterminées par voie réglementaire. »

<sup>98</sup> Loi du 18 avril 2023.

<sup>99</sup> On pourrait aussi comparer cette disposition à la réduction forte du recours aux cabinets de consultants imposée aux administrations publiques en France depuis deux ans.

à la personne dont une part est constituée par des aides dites de confort (garde d'enfant, ménage, accompagnement scolaire).

#### 2.4.2 Augmenter le temps de travail rémunéré des professionnels qui, notamment à domicile, se voient encore imposer des temps partiels

[339] **Le constat de la faible attractivité des emplois à domicile surtout liée aux quotités de travail insuffisantes pour atteindre un niveau de ressources décent, emplois du temps morcelés.** Les secteur des services à la personne a représenté 435 millions d'heures rémunérées en 2021, chiffre a peu près stable depuis les années 2010, après une chute forte pendant l'année 2020 du fait du Covid. Parmi cet ensemble, environ 60 % de l'activité concerne l'aide et l'accompagnement des personnes en situation de dépendance qu'il s'agisse de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap. Pour le reste il s'agit de garde d'enfant à domicile ou d'activité de soutien à la vie quotidienne (ménage, bricolage soutien scolaire)<sup>100</sup>.

[340] Chez ces professionnels, **le taux de travail à temps partiel est très élevé** (73 % des personnes de l'aide à domicile), bien au-dessus de la moyenne nationale qui n'est que de 19,9 %<sup>101</sup>. Pour une part choisi, car il permet à certaines personnes d'avoir une autre activité, une formation ou de s'occuper de ses enfants, il est aussi pour une grande part contraint ; **il engendre des niveaux de salaires faibles.** Ainsi, 59 % des intervenants à domicile appartiennent à la catégorie des 40 % des personnes les plus modestes et leur taux de pauvreté s'élève en moyenne à 18,2 %, soit un taux très significativement supérieur à celui de l'ensemble des salariés (6,9 %).

[341] Par ailleurs, **ces professionnels subissent un morcellement de leurs tâches et de leur emploi du temps** avec notamment des heures de travail très concentrées sur le matin, le midi et le soir engendrant des coupures (souvent évaluées à au moins 3 heures par jour) non rémunérées. Ces heures non rémunérées où l'aide à domicile n'est ni en situation de travail, ni de formation, mais ne peut pas non plus être chez elle, constituent des heures vides qui expliquent le temps partiel et les niveaux faibles de salaires<sup>102</sup>.

[342] **L'organisation du travail et les modalités de financement des plans d'aide APA expliquent en partie cette situation.** En effet, la place encore importante du modèle du particulier employeur (que favorise le CESU) non seulement exclut les aides à domicile des bénéfices d'un collectif de travail, d'un accès concret à la formation, mais aussi fragmente la relation de travail et favorise les temps intermédiaires qui ne sont ni du « temps libre » ni du temps rémunéré. A cela s'ajoute le financement à l'heure, qui a une vertu de modération des coûts, mais en même temps le très grand défaut de tayloriser le travail et d'exclure les temps réputés « improductifs ». **Ne rémunérant que les heures passées au domicile des personnes, la tarification à l'heure engendre mécaniquement des temps partiels subis**, comme si on ne rémunérait les enseignants que pour les heures passées devant les élèves. Cette situation crée un déficit du nombre d'heures travaillées

<sup>100</sup> M. Beltzung et M. Cadillac, « Les organismes de services à la personne en 2021 », *DARES Résultats*, DARES, n° 28, avril 2024.

<sup>101</sup> Voir rapport IGAS « *Temps partiel et temps partiel contraint : des inflexions possibles pour un cadre rénové* » octobre 2024, Louis Charles VIOSSAT et Antoine MAGNIER et portail statistique des métiers, DARES, 2022.

<sup>102</sup> Voir FX DEVETTER, Annie DESSUET, Emmanuelle PUSSANT, *Les aides à domicile, un métier en souffrance – sortir de l'impasse*, éditions de l'atelier, Paris, 2023.

par les professionnels pour la prise en charge des personnes et surtout produit des conditions concrètes de travail qui nuisent fortement à l'attractivité de ce métier et à la fidélisation des professionnels qui préfèrent quitter le métier dès qu'elles le peuvent. Pour y remédier, une progressive sortie du financement à l'heure vers un financement plus global est souhaitable, en accord d'ailleurs avec les prises de position des principaux acteurs du secteur. Des modalités complémentaires et des expérimentations sont d'ailleurs en cours sur ce sujet.

#### Modalités complémentaires et des expérimentations de financement au forfait en cours

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2022 entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2022, la CNSA finance intégralement la « dotation complémentaire » que les départements peuvent verser aux services d'aide à domicile qui ont répondu à un appel à projets départementaux et après signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Cette dotation complémentaire peut financer plusieurs actions visant améliorer la qualité des services rendus dont l'amélioration de la qualité de vie au travail des intervenants. Elle reste encore cependant calculée sur des volumes horaires et représente une part très minoritaire des financements (240M€ en 2023).

D'autre part, la DGCS et la CNSA ont lancé mi 2024 un appel à manifestation d'intérêt visant à expérimenter de nouvelles modalités de financement des services autonomie à domicile incluant notamment la possibilité d'un financement au forfait. A ce stade, les départements n'ont pas montré d'intérêt à cet AMI dont la nature n'était cependant pas très incitative (pas de financement supplémentaire pour des départements financièrement en difficultés pour beaucoup).

[343] Les modalités actuelles de passage de la tarification horaire au forfait sont timides et devraient prendre un tour plus ambitieux. Cette évolution peut se faire en plusieurs temps pour modifier progressivement les organisations du travail et pour absorber les coûts. Ainsi, dans un premier temps, il pourrait être envisagé d'annualiser les plans d'aide APA (aujourd'hui mensuels) pour donner de la souplesse d'organisation aux structures et aux professionnels tout évitant de perdre des heures qui ne sont pas utilisées dans le mois. Dans un deuxième temps pourrait être effectué le passage de la tarification à l'heure vers un financement des structures à la dotation annuelle, calibrée en fonction du nombre de bénéficiaires et de leur GIR. Il y aurait ainsi une adéquation entre le financement des services d'aide à domicile avec le financement des autres ESMS et notamment des EHPAD, ce qui favoriserait également les mobilités et les parcours des professionnels entre établissement et domicile.

[344] **Il est certain qu'une telle modification du financement des services d'aide à domicile aurait un coût financier supplémentaire** qu'il est difficile d'évaluer avec précision. On peut néanmoins l'approcher. Ainsi on sait qu'en moyenne, une aide à domicile travaille environ 25 heures<sup>103</sup> par semaine et que par ailleurs les plans APA ne sont pas exécutés à leur plafond pour plusieurs raisons (incapacité du bénéficiaire à assurer le complément de financement et surtout manque de professionnels). Pour assurer une prise en charge adéquate (qui aura tendance à augmenter du fait du vieillissement de la population), et notamment pour rémunérer à temps plein des aides à

<sup>103</sup> M. Ramos-Gorand, « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées », DREES, *Les dossiers de la DREES*, n° 51, mars 2020

domicile, il est estimé qu'il faudrait augmenter de 25 % le nombre d'heures. On peut donc penser qu'un financement à la mesure (comme pour d'autres prises en charge en ASE ou dans le travail social) augmenterait les dépenses d'APA de 25 %. Sachant que les dépenses d'APA<sup>104</sup> à domicile représentent 4 milliards dont 92 % sont consacrées à des heures d'aides à domicile, soit 3,68mds. Une augmentation de 25 % aboutirait à un surcoût de 920M€ par an<sup>105</sup>. **Ce surcoût pourrait être financé par une réduction de la dépense fiscale occasionnée par le CESU<sup>106</sup> pour des services à la personnes dits de confort<sup>107</sup>** (hors prise en charge de l'autonomie ou des gardes d'enfants), soit environ 35 % de la dépense fiscale annuelle du CESU<sup>108</sup>. **Outre une revalorisation des salaires et une amélioration de l'organisation du travail des aides à domicile, cette mesure et son financement permettrait de constituer un vivier de recrutement pour des aides à domicile** (une actuelle femme de ménage payée en CESU aurait intérêt à quitter cet emploi pour s'orienter vers l'aide à domicile).

**Recommandation 17** **Modifier le financement des services d'aide à domicile en passant de la tarification à l'heure à une tarification à la mesure.** Le surcoût potentiel d'une telle mesure est évalué par la mission à 920 M€, dont le financement pourrait être gagé à due concurrence par une baisse de la dépense fiscale occasionnée par le CESU sur les heure dites « de confort ». Dans un premier temps, une hausse progressive des tarifs horaires<sup>109</sup> permettrait une meilleure attractivité à ce métier.

#### 2.4.3 Recruter et former ensuite : l'exemple des faisant fonction d'aide-soignante en EHPAD

[345] Il y a environ aujourd'hui 30 000 personnes qui exercent, dans les EHPADs, des fonctions d'aide-soignante sans en avoir le diplôme. Il y a aussi des faisant fonction dans les autres métiers du champ sanitaire et social, notamment chez les éducateurs spécialisés ou les assistants de service social. Ces « faisant fonction » sont indispensables pour assurer la continuité du service ; ils sont également révélateurs de la crise des recrutements et de l'insuffisance du nombre de personnels formés (voir parties 2.2 et 2.3).

[346] **A court terme, il n'y a pas vraiment d'alternative à reconnaître cette réalité des faisant fonction et à la poursuivre. Il y a lieu en revanche de l'organiser mieux qu'actuellement** en mettant en place des recrutements d'AES ou des personnes disposant d'un diplôme de niveau équivalent (ASH) pour tenir des postes de faisant fonction d'AS tout en créant et en généralisant une formation minimale obligatoire de 70 heures leur permettant d'acquérir un socle de compétences dès leur intégration au poste. Cela suppose également d'organiser un accompagnement de ces faisant fonction vers le diplôme d'AS, afin de ne pas laisser perdurer cette situation trop

<sup>104</sup> Voir « *L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées* », édition 2024, DREES

<sup>105</sup> Les auteurs du livre précités (DEVETTER et alii de 2023) en prenant des hypothèses un peu différentes aboutissent à un surcoût de 3mds€.

<sup>106</sup> Voir rapport de la Cour des comptes « *Le soutien de l'Etat aux services à la personne* », mars 2024.

<sup>107</sup> On appelle heures de confort, celles des heures qui ne sont pas consacrées à l'accompagnement des personnes âgées ou en situation de handicap, ni à la garde d'enfant. Ce sont des prestations de la vie quotidienne (heures de ménages, commissions, petit bricolage, cours de piano, etc...)

<sup>108</sup> Voir DARES, étude octobre 2024 sur les services à la personne.

<sup>109</sup> De 23,5€, le tarif devrait passer à 24,5€ dans le cadre du PLFSS 2025. Le haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge propose un passage progressif à 28 euros en 2030.

longtemps. Il convient en outre de s'assurer que les diplômes du champ sanitaire et social de ces personnes soit reconnu.

[347] L'organisation d'une filière de faisant fonction, pour autant qu'une formation à l'entrée soit dispensée et qu'un accompagnement vers une diplomation (grâce à la promotion professionnelle notamment) soit assurée, permettrait, dans une période de pénurie de recrutements, d'assurer une solution utile et complémentaire à celles d'une hausse des personnels diplômés soit en formation initiale soit en formation continue.

[348] **Ce dispositif spécifique pour les AS s'apparente en fait au mécanisme de VAE inversée consistant à recruter d'abord et à former et diplômer ensuite.** Depuis le 26 juin 2023, une expérimentation de 3 ans a été lancée visant à permettre à des personnes d'être embauchées sur un poste en contrat de professionnalisation tout en faisant valider des acquis de l'expérience afin d'acquérir une qualification complète ou partielle (c'est-à-dire des blocs de compétences, réservant la diplomation à l'acquisition ultérieure d'autres blocs de compétences). Ces projets sont validés par les DREETS et financées par les OPCO. La VAE inversée ressemble en réalité beaucoup à une formation en situation de travail avec un parcours en principe diplômant qui permet aux personnes d'acquérir des compétences tout en travaillant. Il est probablement trop tôt pour tirer le bilan de cette expérimentation encore récente, mais le principe est le bon et va dans le sens d'augmenter le nombre de professionnels en poste dans le champ sanitaire et social.

### 3 Améliorer l'attractivité des professions suppose en outre de mieux communiquer sur les métiers, de rénover l'architecture des diplômes et d'améliorer les pratiques managériales

#### 3.1 Rendre plus efficace la communication sur les métiers suppose une meilleure segmentation des publics et la mise en œuvre d'une stratégie coordonnée

##### 3.1.1 La promotion des métiers du soin et de l'accompagnement social a fait l'objet de nombreuses initiatives, mais en ordre dispersé

[349] En 2019, Myriam El Khomri, dans son rapport sur les métiers du grand âge<sup>110</sup>, préconisait de lancer une campagne de communication nationale pour faire évoluer l'image de ces métiers : cette image « freine les vocations en entretenant les tensions sur les ressources humaines, dans un secteur pourtant en plein expansion, avec des besoins croissants en recrutement, et porteur de sens pour les personnes qui y travaillent ». Cette préconisation rejoignait les demandes exprimées par de nombreux acteurs du secteur.

[350] Retenue comme une priorité par le plan sur les métiers du grand âge, cette campagne lancée en septembre 2021, intitulée « Métiers du grand âge : et si c'était fait pour vous ? », mettait en

---

<sup>110</sup> M. El Khomri, « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 », octobre 2019

avant les parallèles entre les compétences des proches aidants et celles des professionnels de l'accompagnement social et du soin.

[351] La campagne s'adressait « en priorité aux jeunes de 15 à 24 ans en recherche de formation et aux demandeurs d'emploi, qualifiés ou en reconversion, de 25 à 49 ans » et fut donc « diffusée sur les médias les plus consommés par ces cibles ». Elle s'accompagnait d'une plateforme téléphonique créée avec le soutien de Pôle emploi, destinée à répondre aux questions portant sur les métiers du grand âge. Le coût de cette campagne, en termes de prestations de communication et d'achat d'espace, était de 500 000 €.

[352] Une deuxième campagne, de mars à décembre 2022, intitulée « Les métiers du soin et de l'accompagnement recrutent » cherchait à « donner envie aux Français de (re) considérer les métiers du soin et de l'accompagnement ». La communication portait non seulement sur les métiers du grand âge, mais aussi, plus largement, sur des métiers transversaux aux champs de la santé et du médico-social (infirmier), sur d'autres secteurs (la petite enfance, en mettant en avant le métier d'auxiliaire de puériculture) et sur des métiers moins connus, mais dont les difficultés de recrutement étaient avérées (manipulateur en électroradiologie). De fait, à la suite de la crise COVID, l'année 2022 fut celle d'une augmentation des difficultés de recrutement sur l'ensemble du champ social, médico-social et sanitaire.

[353] Tout en continuant de communiquer sur des métiers "porteurs de sens", cette campagne mettait en avant des facteurs d'attractivité plus matériels, notamment l'augmentation des rémunérations dans le cadre du Ségur de la santé, et les perspectives d'évolution professionnelle. Un des spots concernait d'ailleurs la reconversion professionnelle.

[354] Les moyens consacrés à cette campagne étaient nettement plus importants : près de 10 millions d'euros. Ces moyens ont permis la diffusion la plus large, dans les médias traditionnels, sur les réseaux sociaux, dans le métro de Paris, Lyon, Marseille, Lille, Toulouse, dans les gares, dans les centres-commerciaux, et au cinéma.

[355] Les résultats analysés par la DICOM des Ministères sociaux montrent notamment que les vidéos de professionnels présentant leur métier (aide à domicile, aide-soignant, infirmier, éducateur spécialisé) ont bien fonctionné.

[356] De façon générale, il semble que la cible « jeunes de 15-24 ans » ait bien réagi aux messages proposés. La cible « demandeurs d'emploi », percevant ces métiers comme difficiles, peu reconnus et faiblement rémunérés, s'est montrée plus critique. La visibilité de la campagne sur le réseau social LinkedIn a été bonne et même meilleure que prévu.

[357] Enfin, une troisième campagne a été lancée en novembre 2024. Elle se déploie par affichage et par communication digitale. Son budget est de 2 millions d'euros. Cette campagne s'appuie sur une plateforme « prendresoin.fr », développée par France Travail. Cette plateforme permet à la fois de découvrir les métiers du soin et de l'accompagnement social, d'être informé sur les salons et événements, de se faire accompagner dans sa démarche, de se former et de postuler aux offres d'emploi.

**[358] De nombreux acteurs, publics et privés, ont accru récemment leurs efforts de promotion des métiers du soin et de l'accompagnement social, en parallèle des campagnes de communication de l'Etat.**

[359] **Les branches et les OPCO ont investi ce sujet bien plus largement.** La branche professionnelle des Acteurs du lien social et familial (Alisfa) a lancé en 2019, en partenariat avec Unification et l'Etat, une campagne de communication intitulée « Des emplois qui font grandir ». Cette campagne de promotion des métiers de la petite enfance avait pour but d'attirer de nouveaux profils dans les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), notamment des hommes.

[360] De son côté, l'OPCO Santé a lancé en avril 2024 une campagne intitulée « Diplômés de la vie » visant à valoriser les compétences acquises par les proches aidants, présentées comme des qualités nécessaires aux métiers de son secteur. Cette campagne s'est déployée dans le métro, dans la presse régionale, sur les réseaux sociaux, et s'est doublée d'un dispositif événementiel comprenant les salons d'orientation et de recrutement.

[361] **Certains réseaux** ont également développé des outils de communication ou mis en œuvre des campagnes de recrutements grand public. Dans le champ de l'aide à domicile, l'USB Domicile, regroupant l'UNA, l'ADMR, ADEDOM et la fédération de l'aide à domicile, a créé un site, <https://www.coeur-emplois.fr/>, pour présenter l'ensemble de ses offres d'emploi, mais aussi ses métiers grâce à des fiches métiers et des vidéos-métiers. Dans le champ médico-social, Nexem produit des vidéos de ses professionnels.

[362] **Certains grands employeurs, publics ou privés**, ont choisi de communiquer sur leurs métiers auprès du grand public. C'est le cas notamment de la fondation de l'Armée du salut, qui a lancé fin 2023 une campagne intitulée « Je recrute » à destination des bénévoles, des donateurs et de futurs candidats, ou du groupe SOS, qui a déployé au premier semestre 2024 une campagne de communication et de recrutement mettant en scène bénéficiaires et professionnels.

[363] **De très nombreux hôpitaux publics**, et en particulier, des CHRU, ont également accru leurs efforts en matière de communication et de recrutements. L'AP-HP a publié en décembre 2022 un document intitulé « 30 pistes d'action pour les 12 prochains mois ». L'AP-HP s'est dotée d'une nouvelle plateforme de recrutement, pour améliorer les délais de recrutement, et a lancé une campagne de recrutement institutionnelle au premier semestre 2023. De fait, l'AP-HP mène presque chaque année des campagnes de recrutement, avec une exposition qui n'est pas limitée à l'Ile-de-France. Les hospices civils de Lyon ont également lancé, en mars 2024, une campagne d'affichage « Ici je peux ! ». Quant au CHU de Montpellier, il a pu bénéficier de l'appui de la Métropole qui lui a mis à disposition une partie de l'affichage public.

[364] **Les collectivités territoriales** se sont également fortement investies dans ce domaine, en particulier les Régions, sur la base de leurs compétences en matière d'orientation et de formations sanitaires et sociales.

[365] Toutes les Régions ont mobilisé les services ou les dispositifs mis en place dans le cadre du SPRO. Chaque Région, que ce soit en régie ou par le biais d'une agence chargée de la mise en place du SPRO, finance des manifestations sur l'orientation, type forum des métiers, et produit des guides qui présentent les métiers, les formations et les financements disponibles. En Région Normandie, ces actions sont réalisées par un GIP, l'Agence de l'orientation et des métiers, laquelle anime une plateforme, <https://www.destination-metier.fr>. Le site propose également des témoignages de professionnels en vidéo. De son côté, la Région Occitanie organise une semaine pour valoriser les métiers de la santé et du social.

[366] Certaines Régions ont également financé des campagnes grand public de promotion des métiers, en lien avec leurs compétences en matière de formation. Ainsi, la Région Grand Est a lancé en septembre 2024 une campagne d'affichage « Aide à domicile, pourquoi pas vous ? », accompagnée de vidéos réalisées par l'agence régionale de l'orientation, Orientation Grand Est.

[367] Au niveau départemental, de nombreux Départements ont cherché à promouvoir les métiers de l'autonomie, avec dans certains cas l'appui des services de l'Etat, à l'image du travail partenarial mené en Seine-Saint-Denis entre la DREITS et le Département. Elles ont pu également financer des structures chargées de ce sujet, comme EVOLIA en Seine-Saint-Denis, qui s'apparente à une plateforme autonomie.

[368] Enfin, les plateformes de l'autonomie, financées par la CNSA, ont cherché à valoriser les métiers de l'autonomie, conformément à leur mission. La plateforme de l'autonomie de la Métropole de Lyon a notamment créé un site internet, <https://www.metiers-du-prendre-soin.fr>, pour valoriser les métiers, les parcours de formation et les emplois du secteur, et répondre aux demandes des employeurs, et soutient un très grand nombre de manifestations. En avril 2024, elle a organisé un « festival du prendre soin » avec plus de 80 manifestations, ateliers découverte, escape game, avec de nombreux événements dédiés aux scolaires, collégiens et lycéens.

**[369] La coordination des différents acteurs de la promotion des métiers du soin et de l'accompagnement social semble cependant perfectible.**

[370] Pour donner leur pleine mesure à toutes ces initiatives, il conviendrait de mieux les coordonner.

[371] La mission a constaté que le plan d'action pour les métiers du grand âge, élaboré sur la base des travaux de Dominique Libault et de Myriam El Khomri, n'était pas connu, ou n'était pas considéré comme un document de référence, y compris au sein des administrations centrales des ministères sociaux. Inversement, à l'exception des démarches très partenariales de l'ARS Normandie, les plans d'attractivité des métiers des ARS ne semblent pas s'appuyer suffisamment sur la connaissance des démarches menées par les principaux opérateurs, et notamment les CHRU et grands GHT de leur territoire. Dans le même ordre d'idée, la délégation régionale Grand Est d'Uniformation n'était pas prévenue du lancement par la Région Grand Est d'une campagne portant sur les aides à domicile.

[372] Sur le plan national, il n'existe pas de document synthétisant les plans des ARS sur l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement social, ou de site permettant de mettre en avant les bonnes pratiques. Certains acteurs importants (Régions de France, Nexem, OPCO Santé) disent ne pas avoir été sollicités sur la conception des différentes campagnes de promotion des métiers financées par l'Etat, y compris la dernière. Il n'existe pas de groupe de travail permettant de s'appuyer sur l'expérience des plus grands recruteurs, et notamment, dans la sphère publique, sur l'expérience des directions des ressources humaines des CHRU. Il n'existe pas non plus de documents synthétisant l'ensemble des orientations, en matière de communication, contenues dans les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales, alors que l'ensemble de ces schémas comprennent des orientations sur la promotion des métiers et la communication. Les deux sphères, nationale et régionale, semblent largement déconnectées.

[373] Sur le plan départemental, l'UD 93 de la DRIEETS a indiqué à la mission la difficulté qu'elle avait pu rencontrer pour que les différents acteurs acceptent de s'accorder sur un calendrier de manifestations communes.

[374] Enfin, les enseignements, plus techniques, sur l'efficacité des différents médias, ou des angles choisis pour promouvoir les métiers, ne font pas non plus l'objet d'échanges entre les différentes parties prenantes, alors que certaines opérations sont financées par l'Etat ou par le contribuable, soit dans le cadre d'EDEC, soit par le biais de taxes affectées au financement de la cinquième branche.

[375] Ce manque de coordination ne fait que refléter le manque de coordination de l'ensemble de cette politique publique.

### **3.1.2 Une stratégie de communication coordonnée doit être élaborée avec l'ensemble des parties prenantes et reposer sur une connaissance approfondie du public visé et de ses attentes**

[376] Il semble nécessaire d'associer l'ensemble des parties prenantes à la définition d'une stratégie en matière de communication, afin de dégager, sur la base d'un constat partagé, une stratégie qui puisse à la fois être appliquée par l'ensemble des acteurs et déclinée par chacun d'entre eux.

[377] Pour élaborer cette stratégie, un groupe de travail pourrait être créé dans le cadre du comité interministériel pour les ressources humaines du système de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux. Ce groupe de travail réunira l'Etat, son opérateur France Travail, les branches professionnelles concernées et leurs OPCO, ainsi que Régions de France et Départements de France, au titre de leurs compétences en matière d'orientation, de formation et de financement des secteurs sociaux et médico-sociaux.

[378] Il pourra associer à ses travaux des structures de toutes sortes, fédérations professionnelles, groupements, entreprises ou institutions ayant mené des actions en la matière. La capacité de pouvoir s'appuyer directement sur l'expertise en matière de recrutement des plus grandes entités du champ, en l'occurrence les CHRU, les grands groupes d'hospitalisations privées et les grandes associations du champ médico-social, semble déterminante.

[379] Il coordonnera les travaux menés en matière de communication et de promotion des métiers au sein de chaque filière et les actions financées dans le cadre des EDEC.

[380] Après quatre années durant lesquelles les initiatives les plus diverses se sont multipliées, il serait utile de réaliser un bilan approfondi de ces expériences, pour en dégager des leçons sur les modalités de communication les plus performantes, en commençant par les métiers d'aide à domicile, d'aide-soignant, d'infirmier et d'éducateur spécialisé.

[381] Il réunira également les plateformes de l'autonomie pour dégager avec elles les modalités de communication qui ont été les plus efficaces, en fonction des publics et des métiers visés.

[382] Tous les pays de l'OCDE étant confrontés à des difficultés de recrutement similaires, il pourra réaliser un parangonnage, en s'appuyant sur les conseillers aux affaires sociales.

[383] Pour élaborer une stratégie de communication, il pourra analyser les pratiques d'autres secteurs professionnels, ou d'autres secteurs d'activité. Si la diversité et des statuts du champ sanitaire et social semble être une difficulté pour définir une promesse employeur commune, il convient néanmoins de remarquer que des grandes institutions, publics ou privées, ont réalisé cette démarche, sur une base sectorielle ou territoriale.

[384] A titre d'exemple, le secteur de l'industrie est parvenu à construire un discours commun pour assurer la promotion de ses métiers, malgré la diversité de ses acteurs et de ses secteurs. Ce discours commun s'incarne notamment dans un site, qui est à la fois une plateforme de recrutement et un portail des métiers et des formations, <https://www.lindustrie-recrute.fr/>. Dans un autre domaine, plusieurs collectivités territoriales, notamment des Régions et des métropoles ont conçu, durant les vingt dernières années, des stratégies d'attractivité qui les ont amenées à coordonner les stratégies de communication d'acteurs publics et privés, autour d'un message et d'une identité, définie de façon collective. En matière d'attractivité, l'existence ou non d'une bannière commune est secondaire si le projet est partagé.

[385] La mission a notamment rencontré la direction générale des ressources humaines d'Orange, qui a élaboré, dans cet ordre d'idée, une « promesse employeur » pour l'ensemble des activités de ce groupe présent dans 26 pays. Après avoir défini les quatre profils qu'elle cherchait à attirer, Orange a défini une « promesse employeur » déclinée en quatre items<sup>111</sup>.

[386] La campagne de recrutement actuelle "prendresoin.fr" a défini un positionnement, résumé par place "l'accroche « Etre au cœur de » sur chaque visuel, afin de rappeler le caractère central mais également généreux des métiers du soin et de l'accompagnement social"<sup>112</sup>. D'autres positionnement sont envisageables : insister sur l'utilité et le sens de ces métiers<sup>113</sup>, sur le caractère universel des services proposés (le système de santé et les services sociaux et médico-sociaux interviennent au profit de tous, sur tous les territoires, sans distinction ni discrimination, et à tout moment)<sup>114</sup> , sur la diversité des métiers et les possibilités d'évolution professionnelle, voire sur la technicité de ces métiers, y compris dans le secteur social et médico-social, comme le rapport Piveteau le préconisait.

[387] Cette stratégie devra définir à la fois l'image qu'elle souhaite donner de ces métiers, les types de profils recherchés et un cadre argumentaire commun. Cela conduira à proposer un positionnement et une « promesse employeur » pour l'ensemble du champ.

---

<sup>111</sup> Les quatre items de cette promesse employeur, communs à l'ensemble du groupe, sont les suivants : S'épanouir dans une atmosphère attentionnée, responsable et audacieuse ; Assurer dans les situations critiques ; Relever les défis de la tech responsable ; Exceller sur un terrain de jeu vaste et diversifié

<sup>112</sup> Extrait du dossier de presse "Une plateforme inédite et une campagne nationale pour favoriser l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement social".

<sup>113</sup> Le positionnement des services sociaux écossais est le suivant : " **You can make the difference.** When you work in adult social care, ordinary moments can make an extraordinary difference to people's lives." <https://caretocare.scot/> Nexem a construit en 2022 une campagne intitulée "Changer des vies".

<sup>114</sup> Le groupe SOS a ainsi choisi comme positionnement "Entreprendre au profit de tous".

[388] Ce cadre argumentaire devrait être à la fois assez large pour comprendre l'ensemble des métiers et des contextes professionnels et assez spécifique pour ne s'appliquer qu'aux métiers du soin et de l'accompagnement social.

[389] Il doit être adaptable, pour que la communication puisse être personnalisée en fonction du contexte, de la localisation géographique, du type d'activité, du type de métier visé. A titre d'exemple, le NHS propose sur sa plateforme destinée aux employeurs un guide pour décliner qu'ils puissent élaborer leur propre promesse employeur, sur la base de la marque employeur commune au NHS<sup>115</sup>.

**Recommandation 18** **Elaborer, après une concertation avec l'ensemble des parties prenantes, une « promesse employeur » du champ sanitaire et social**, c'est à dire les messages clés qui donnent de la cohérence à la communication en matière de recrutement et de promotion des métiers. Pour élaborer cette "promesse employeur", il conviendra d'identifier les quatre à cinq piliers majeurs de l'image du champ sanitaire et social, de les traduire en preuves tangibles, de réfléchir au positionnement et à la spécificité du champ sanitaire et social par rapport aux autres secteurs, et de définir le ton à adopter pour la communication. Cette "promesse employeur" devra offrir un cadre souple et adaptable, pour permettre à toutes les structures de santé, sociales ou médico-sociales, de communiquer sur leurs métiers de façon personnalisée mais cohérente.

### Coordonner l'événementiel en matière de promotion des métiers, à toutes les échelles

[390] Ce groupe de travail devra renforcer la coordination entre les partenaires au niveau de l'événementiel, par exemple d'associer la CNSA, Régions de France, Départements de France et les plateformes autonomie à la semaine des métiers du soin et de l'accompagnement, pilotée par France Travail. Avec l'appui du comité interministériel pour les ressources humaines du système de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux, cette semaine des métiers devrait atteindre le même nombre de jeunes participants que la semaine des métiers de l'industrie<sup>116</sup>.

[391] Au niveau régional, les contrats d'objectifs des formations sanitaires et sociales devraient être le lieu de cette coordination. Une convention de partenariat entre les Régions et les plateformes autonomie pourrait être établie.

[392] Les délégations départementales des ARS pourraient nouer des partenariats renforcés avec les collectivités territoriales, et en particulier avec les villes et les métropoles qui ont souhaité obtenir la labellisation « Ville amie des aînés »<sup>117</sup>. Une convention de partenariat entre l'Etat, les CHRU et GHT des territoires concernés, France Travail et chaque Ville amie des aînés pourrait être établie pour coordonner leurs actions en matière de promotion des métiers du soin et de

<sup>115</sup> Employee value proposition (EVP) | NHS Employers

<sup>116</sup> Dans le domaine de l'industrie, la direction générale des entreprises (DGE), avec l'appui de France Industrie, organise la semaine des métiers de l'industrie pour valoriser l'industrie et ses acteurs : visites d'entreprises, job dating, forums des métiers, web-conférences, interventions en classe, expositions. L'édition 2023 a labellisé 5 600 événements organisés par 1 550 entreprises, et 2,2 millions de jeunes participants dans toute la France métropolitaine et outre-mer.

<sup>117</sup> Le label "Ville amie des aînés" est décerné par l'association du même nom, elle-même financée par la CNSA. Il comprend un axe portant sur l'adaptation des villes au vieillissement. Rennes, Grenoble, Metz, Caen, Nancy, Nice, Nantes font partie des villes qui ont obtenu ce label.

l'accompagnement social. Cette démarche pourrait élargie dans un second temps à l'ensemble des métropoles.

**Recommandation 19** Coordonner, au niveau national, l'événementiel en matière de promotion des métiers du soin et de la santé dans le cadre d'un groupe de travail du comité interministériel, au niveau régional, dans le cadre des contrats d'objectif sanitaire et social, et au niveau départemental, grâce à la délégation départementale de l'ARS, en lien avec le Département.

[393] **Au-delà d'une meilleure coordination des acteurs, il convient également de fonder cette stratégie sur une connaissance précises du public et ses attentes, afin de proposer une segmentation pertinente.**

[394] Faute d'une connaissance suffisamment précise du public et de ses attentes, la communication réalisée jusqu'alors a été peu ciblée. Une meilleure segmentation du public visé semble nécessaire, à la fois pour des raisons de coût et d'efficacité.

[395] La **segmentation** consiste à répartir la population visée en segments homogènes, puis à sélectionner des segments cibles pour leur proposer une offre spécifique et adaptée. Les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, revenu, catégorie socioprofessionnelle, situation familiale...) sont les critères les plus couramment utilisés. Ces méthodes sont fréquemment utilisées en matière de santé publique par Santé Publique France. Elle doit permettre de disposer de profils diversifiés répondant à des critères d'attractivité différenciés, et donc d'identifier, selon la méthode des *personas*, les arguments d'attractivité les plus efficaces pour chaque profil.

[396] Il existe malheureusement très peu d'études permettant de bien connaître les attentes du public concerné, c'est-à-dire des personnes qu'une communication publique devrait chercher à atteindre pour les inciter à s'engager dans une carrière sanitaire ou sociale. L'enquête réalisée par Appel Médical et le Cercle Vulnérabilité et Société est une des rares enquêtes, qualitatives et quantitatives, permettant de mieux connaître les facteurs d'engagement dans ces métiers<sup>118</sup>.

[397] Les auteurs constatent qu'«à l'entrée dans ces métiers, ce sont essentiellement l'utilité sociale et la relation humaine qui sont mises en avant» et qu'«avec l'âge et l'expérience [à partir de 35 ans], les conditions de travail et le niveau de salaire semblent prendre le pas». Les métiers d'assistante sociale et d'auxiliaire de vie, peu attractifs pour les femmes avant 35 ans, le deviennent après.

[398] En se fondant sur cette enquête, sur la littérature existante, la mission peut proposer une première stratégie de segmentation.

[399] Pour le métier d'aide à domicile, au vu de la sociologie de ce métier, le segment le plus pertinent semble être celui des demandeurs d'emploi et des bénéficiaires de minimas sociaux de 35 ans et plus.

[400] Pour le métier d'aides-soignants, il serait pertinent de mettre l'accent sur les jeunes inscrits en bac pro ASSP et SAPAT : près de la moitié de ces 20 000 jeunes ne poursuivent pas leurs études

---

<sup>118</sup> *Améliorer l'attractivité des métiers du grand âge, Quels facteurs, quels leviers ? Enquête qualitative et quantitative*, Appel Médical et Cercle Vulnérabilité et Société, septembre 2022.

alors qu'ils peuvent bénéficier d'un cursus partiel permettant d'obtenir un DEAS en quelques mois.

[401] Pour le métier d'éducateur spécialisé, il convient d'attirer de nouveaux candidats pour ne plus avoir de places vacantes en formation. Lors d'un entretien avec la mission, la direction de l'IRTS de Montpellier a indiqué qu'une proportion importante des étudiants s'étaient réorientés vers des études d'éducateur spécialisé après une première expérience à l'université qui n'avait pas répondu à leurs attentes. Aussi, il pourrait être pertinent de cibler les étudiants cherchant à se réorienter après une première expérience en licence d'arts, de lettres, de langues, de sciences humaines et sociales<sup>119</sup>.

[402] Il serait pertinent de coupler cette stratégie de niche à un accroissement de l'effort de communication, quel qu'en soit le support (dans la presse locale, sur les réseaux sociaux, auprès des professeurs principaux des lycées en leur fournissant une valisette pédagogique), dans les départements où :

- l'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est faible<sup>120</sup> ;
- la croissance des personnes âgées dépendantes sera très forte ;
- le poids des personnes âgées dans la population est élevé<sup>121</sup>.

[403] Cela correspond à la liste des départements suivants : Dordogne, Aude, Hautes-Alpes, Ariège, Charente, Drôme, Alpes de Haute-Provence, Landes, Haute-Saône, Lot. Dans un certain nombre de ces départements (l'Ariège, la Haute-Saône, la Charente, les Hautes-Alpes), la population devrait baisser d'ici 2050 selon les prévisions de l'INSEE, ce qui rendra plus difficile l'accroissement, pourtant nécessaire, des emplois du secteur sanitaire et social.

[404] Il conviendrait également de communiquer de façon à attirer davantage d'hommes dans les métiers du sanitaire et du social : il s'agit sans doute du vivier le plus important. En 2023, 83 % des personnes scolarisées en formation d'infirmières étaient des femmes<sup>122</sup> et 84 % de l'ensemble des professions de santé non médicales et de sage-femmes, selon l'enquête Ecole de la DREES. Certains pays européens ont développé des programmes pour favoriser l'accès des hommes aux formations de santé et aux formations sociales, pour limiter les difficultés de recrutement : c'est le cas de la Norvège, avec le programme, "Des hommes dans le domaine de la santé" : "Menn i Helse"<sup>123</sup>.

---

<sup>119</sup> 337 818 étudiants étaient inscrits en licence d'arts, de lettres, de langues, de sciences humaines et sociales durant l'année scolaire 2022-2023.

<sup>120</sup> A. Carrère, *L'accessibilité potentielle localisée à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : approche territoriale*, Institut des politiques publiques, rapport de l'IPP, n°45, septembre 2023

<sup>121</sup> Dans le rapport *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire*, les auteurs catégorisent les départements en 4 classes, dont une regroupe les départements qui vont connaître une très forte croissance des personnes âgées dépendantes alors que le poids des personnes âgées dans la population est déjà élevé.

<sup>122</sup> M. Simon, « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 1266, mai 2023

<sup>123</sup> [Menn i helse - Din vei til fagbrev og jobb](#)

[405] Réaliser, à moyen et long terme, des enquêtes permettant de mieux connaître le public et ses attentes.

[406] La direction des ressources humaines de l'Armée de terre, rencontrée dans le cadre de la mission, a indiqué recourir régulièrement, soit à des enquêtes de marché, soit à des enquêtes sociologiques, menées dans certains cas dans le cadre de conventions CIFRE, pour mieux connaître les facteurs d'engagement dans ses métiers. Elle a réalisé récemment « une revue de littérature portant sur les facteurs locaux dans l'engagement militaire »<sup>124</sup>.

[407] Aux Etats-Unis, confronté à d'importants besoins de recrutements, le ministère de la Défense, (*Department of Defense - DoD*) s'appuie sur la sociologie militaire pour identifier, à l'aide de grandes enquêtes, les motivations déclarées des jeunes et comprendre par quels processus cognitifs les personnes de moins de 25 ans révèlent une prédisposition plus grande à embrasser une carrière militaire.

[408] Le DoD cible ainsi également ses efforts de recrutement en fonction de la socio-démographie des territoires : les territoires sont en effet différents en termes de structure de population, de niveau de vie, de taux de chômage etc., or, les caractéristiques démographiques et sociales sont décisives dans l'enrôlement<sup>125</sup>.

**Recommandation 20** Elaborer une stratégie de segmentation pour mieux cibler la communication sur les métiers, en sollicitant l'expertise en marketing social de l'EHESP, en ciblant les départements vieillissants où l'offre potentielle localisée est faible, et en finançant, par le biais de la Mission Recherche (MiRe) de la DREES un programme de recherche sur les facteurs d'engagement dans les carrières sanitaires et sociales, afin de mieux connaître le public et ses attentes.

### 3.2 Pour rendre attractifs les métiers du grand âge, il convient de réformer l'architecture des certifications

[409] Depuis la création du diplôme d'état d'infirmier en 1946, les professions de santé se sont organisées sur la base d'un triptyque « médecin-infirmier-soignant ». Alors qu'il existait, durant l'entre-deux-guerres et jusqu'aux années 1960, des fonctions d'infirmières à domicile, une séparation s'est progressivement installée entre les professions de santé, d'une part, et les professions médico-sociales, d'autre part. Cette séparation ne permet pas de prendre correctement en charge les personnes âgées dépendantes ou très dépendantes.

[410] En effet, à côté des personnels diplômés, de très nombreuses personnes âgées dépendantes sont prises en charge par des aides à domicile et des « faisant-fonction » d'aide-soignant, sans qu'il soit possible de garantir que ces personnes disposent d'une formation préalable adéquate.

<sup>124</sup> Une revue de littérature portant sur les facteurs locaux dans l'engagement militaire, Sylvain Moura, Eco-Def, le bulletin de l'observatoire économique de la défense, n° 170, décembre 2020

<sup>125</sup> M. Foucault et B. Irondelle, « Transformation, des politiques de recrutement des forces armées au Royaume-Uni et aux États-Unis Un état de l'art », *Gouvernement et action publique*, VOL. 2(4), 2013, 621-640.

[411] **Les nombreuses réformes des diplômes de premier niveau de l'accompagnement social n'ont pas permis de renforcer leur attractivité et de certifier davantage de personnels.**

**3.2.1 Les nombreuses réformes des diplômes de premier niveau de qualification de l'accompagnement social n'ont pas permis de renforcer leur attractivité et de certifier davantage de personnels**

[412] A domicile, les certifications ont évolué à de nombreuses reprises durant les vingt-cinq dernières années, sans que le problème d'un déficit de qualification, dans un secteur en expansion, fasse l'objet d'une réponse satisfaisante et adéquate. Le constat réalisé en 2001 dans le Schéma des formations sociales, selon lequel près de 80 % des professionnels de l'aide à la personne seraient des personnes non qualifiées reste d'actualité<sup>[1]</sup>. Lors d'un entretien avec la mission, la directrice de l'ADMR de l'Orne nous a indiqué que 75 % du personnel de l'association n'était pas certifié. L'ADMR assure une formation de 70 heures pour les nouveaux arrivants. Cependant, aucune exigence de certification ou de qualification n'existe pour la prise en charge des personnes bénéficiant d'un plan d'aide APA, y compris pour celles, classées GIR 1 à 3, qui sont les plus dépendantes et qui peuvent souffrir de troubles neurocognitifs.

[413] Créé par l'arrêté du 30 novembre 1988, le certificat d'aptitude aux fonctions d'aides à domicile (CAFAD), a été remplacé en 2002 par le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS). La création de ce nouveau diplôme et la rénovation du titre de niveau IV de Technicien en intervention sociale et familiale (TISF) devaient renforcer l'attractivité du secteur de l'aide à domicile en créant une véritable filière, au moment où la loi du 20 juillet 2001, portant l'institution de l'allocation personnalisée d'autonomie, posait le principe d'un accompagnement et d'une prise en charge de qualité pour les personnes âgées dépendantes souhaitant rester à domicile.

[414] Ce nouveau diplôme du travail social était construit avec une architecture modularisée pour permettre la mise en œuvre de la validation des acquis de l'expérience et des passerelles entre les diverses formations du champ. Il devait permettre aux professionnels certifiés d'intervenir auprès de tous les publics vulnérables (familles, enfants, personnes âgées, personnes malades et personnes handicapées), en considérant que la situation de travail, en l'occurrence le domicile, primait. Il était donc attendu des professionnels de pouvoir assurer une forme de polyvalence au regard des publics bénéficiaires de l'intervention.

[415] L'approfondissement des compétences nécessaires a conduit à une augmentation du nombre d'heures de formation et de stages : alors que le CAFAD nécessitait 280 heures de formations théoriques et 120 heures de stage pour être délivré, le DEAVS imposait 500 heures d'enseignements théorique et pratique en centre de formation et 560 heures de stage. Le diplôme était ouvert aux sortants de formation initiale. Il était classé par l'accord de branche du 29 mars 2022 du secteur de l'aide à domicile au niveau C des employés, à équivalence avec les aides médico-psychologiques et les aides-soignants : il en était attendu un impact sur la rémunération des personnels et la possibilité de parcours professionnels<sup>[2]</sup>.

[416] Alors que 5 à 6 000 personnes étaient diplômées du DEAVS entre 2005 et 2015, le diplôme fut fusionné en 2016 avec le diplôme d'aide médico-psychologique, en faisant le choix de conserver plusieurs mentions correspondant aux anciens diplômes (dont domicile et établissements). Ces mentions furent elles-mêmes supprimées en 2021. Il était attendu de la fusion

du DEAVS et du DEAMP, puis de la suppression des mentions du DEAES, une amélioration de l'attractivité de ces formations.

[417] Contrairement à ce qui était attendu, le nombre de diplômés n'a pas augmenté : il a baissé de plus d'un tiers entre 2015 et 2023. Alors que le nombre cumulé de diplômés du DEAMP et du DEAVS était de 12 187 en 2015, le nombre de diplômés du DEAES n'était plus que de 8033 en 2023. Durant la même période, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 13 %.

[418] Qui plus est, selon les certificateurs de la DREETS Auvergne-Rhône-Alpes rencontrés par la mission à Lyon, les personnes se destinant au domicile sont extrêmement minoritaires parmi les candidats au DEAES. Lors de la dernière année de l'existence des différentes mentions du DEAES, seuls 10 % des diplômés choisissaient la mention domicile. Dans les faits, la formation au métier d'aide à domicile est désormais essentiellement réalisée dans le cadre de la formation continue, sur la base du titre professionnel de niveau Assistant de vie aux familles (ADVF), comme elle l'était avant la suppression du CAFAD.

[419] Les acteurs de l'aide à domicile rencontrés (ADMR de l'Orne, plateformes autonomie des Yvelines, de la métropole de Lyon, de l'Orne) ont indiqué que les employeurs n'embauchaient que très marginalement des néo-bacheliers titulaires du bac pro ASSP mention domicile, ce qui a été confirmé à la mission par François-Xavier Devetter, chercheur à l'IRES et spécialiste du secteur de l'aide à domicile.

[420] Comme l'ancien DEAVS, le titre professionnel ADVF partage la logique d'une formation polyvalente pour une intervention à domicile, permettant d'intervenir auprès de personnes âgées dépendantes, mais aussi de personnes en situation de handicap ou dans le cadre de la garde d'enfants, même s'il n'est pas considéré par les employeurs du domaine de la petite enfance comme une certification permettant d'accéder à leurs métiers. Cette orientation généraliste, qui se voulait être une réponse à la promotion du secteur de l'aide à domicile, ne semble pas non plus correspondre à une attente des employeurs du secteur de l'aide à domicile.

[421] La durée du DEAES (1406 heures) est très importante, si on la compare aux formations dispensées par les réseaux d'aide à domicile pour les nouveaux arrivants (souvent 70 h), et sachant que de nombreuses "faisant-fonction" d'aide soignants sont peu ou pas formées avant leur entrée en fonction.

**[422] L'ensemble de ces constats permet de conclure qu'une réforme structurelle du premier niveau de certification des métiers du grand-âge (DEAES et ADVF) est nécessaire.**

### **3.2.2 La validation des acquis de l'expérience ne peut pas être une voie de certification massive des "faisant-fonction" d'aide-soignant des EHPAD**

[423] La réforme des formations du DEAES et du titre professionnel ADVF devrait s'accompagner de la création d'un nouveau diplôme d'Etat de niveau III, car la perspective d'une qualification massive des « faisant-fonction » d'aide-soignant des EHPAD par le biais de la VAE se heurte à des problèmes structurels dus aux conditions d'exercice de ces « faisant-fonction ».

[424] Dans les établissements médico-sociaux, et en particulier dans les EHPAD, jusqu'à un tiers ou la moitié des effectifs dans certains établissements, soit environ 30 000 professionnelles au total, réaliseraient des actes de soins sans avoir les qualifications nécessaires, selon la DGCS.

[425] Ces professionnelles peuvent être titulaires d'un DEAES, d'un titre du secteur de l'intervention sociale, d'un bac professionnel. Dans bien des cas, elles ne sont titulaires d'aucun diplôme de ce champ. La consultation des annonces parues sur le site de France Travail, en décembre 2024, permet d'observer ce phénomène et les compétences attendues par les employeurs, qu'il s'agisse d'ESMS ou de centres hospitaliers.

#### **Exemples d'annonces de recrutement de "faisant-fonction" d'aide-soignant**

A titre d'exemple, le CH du Haut-Bugey, à Oyonnax, publie une offre d'emploi pour recruter un aide-soignant ou un faisant fonction, sans conditions de diplôme. Cette offre d'emploi renvoie aux compétences attendues des aides-soignants : réaliser des soins d'hygiène et de confort, recueillir les données de santé relatives à l'état de santé des résidents, aider les infirmiers dans la réalisation des soins. Dans certains cas, l'annonce précise que les candidats doivent être titulaires d'un diplôme du travail social ou médico-social, sans en faire une condition nécessaire. Dans d'autres cas, il est simplement fait mention, comme pour la maison de retraite (EHPAD) « Le Côteau » d'Antibes, d'une expérience en EHPAD. Enfin, dans certains cas, la fonction est présentée comme complémentaire de celle d'un aide-soignant. Ainsi, la résidence (EHPAD) de la Sainte Famille, à Teillé, dit rechercher un « agent de soins / aide-soignant faisant fonction », dont le rôle sera, « en binôme avec un aide-soignant », de « participer aux soins d'hygiène et de confort » et « d'aider les résidents dans les actes de la vie quotidienne ». Le site Indeed propose également des dizaines d'offres d'emploi pour des « faisant fonction » d'aide-soignant, généralement dans des EHPAD, mais aussi dans des centres hospitaliers.

[426] La qualité de « faisant fonction » n'est pourtant reconnue par aucun support juridique et n'est pas incluse dans l'article R. 314-166 du CASF qui ne mentionne que les « aides-soignants, aides médico-psychologiques » et les « accompagnateurs éducatifs et sociaux titulaires de l'un des diplômes mentionnés à l'article R. 4311-4 du CASF ».

[427] Afin d'améliorer la qualification des « faisant-fonction » d'aide-soignant, les pouvoirs publics ont cherché à renforcer l'accès à la validation des acquis de l'expérience pour permettre aux « faisant-fonction » d'obtenir le diplôme d'aide-soignant.

[428] En 2005, l'ouverture du diplôme d'aide-soignant à la validation des acquis de l'expérience était présentée comme une possibilité de certifier les compétences des « faisant-fonction » d'aide-soignant. Depuis lors, de nombreuses réformes ont été menées afin de faciliter le processus de validation des acquis de l'expérience, en le rendant plus accessible.

[429] En 2002, le Gouvernement s'était fixé comme objectif, grâce à la création de la plateforme France VAE, créée à la suite du vote de la loi Marché du Travail de décembre 2022, de multiplier par trois le nombre de VAE dans le secteur sanitaire et social. Malgré ce, l'obtention du diplôme d'aide-soignant par le biais de la VAE est devenue une modalité d'obtention assez marginale : elle ne représentait plus, en 2023, que 4 % des diplômés. Le nombre d'aides-soignantes ayant obtenu leur diplôme par le biais de la VAE n'a d'ailleurs cessé de baisser : alors que 1586 validations totales

et 3352 validations partielles avaient été accordées en 2010, on ne comptait plus que 725 validations totales et 967 validations partielles dix ans plus tard, soit deux fois moins de validations totales et trois fois moins de validations partielles.

[430] Dans une série d'articles consacrés à la préparation du DE d'aide-soignante par le biais de la validation des acquis de l'expérience, basés sur plusieurs enquêtes de terrain auprès de candidates et de jurys de VAE, Anne-Marie Arborio, maîtresse de conférence en sociologie à l'Université d'Aix-Marseille, rend compte et explique les difficultés rencontrées par celles qui cherchent à acquérir ce diplôme par cette voie.

[431] Elle constate que les « faisant-fonction » qui se présentent en VAE du DE d'aide-soignante n'ont eu, pour la plupart, que l'expérience du travail auprès de personnes âgées, et que cette expérience ne s'est pas toujours réalisée dans les conditions qui leur permettraient d'acquérir les compétences nécessaires pour l'obtention du diplôme, du fait notamment de la multiplication de contrats courts. « Il peut paraître paradoxal [écrit-elle] que les personnes qui préparent leur diplôme par un dispositif qui suppose une sorte de compagnonnage dans l'apprentissage des gestes aides-soignants, le fassent là où les tâches sont les moins techniques et les conditions de travail les plus dégradées ».

[432] L'auteur en conclut qu'entre les tâches réalisées de façon non conformes et celles qui sont peu ou pas réalisées, leur pratique ne leur permet que rarement de pouvoir acquérir, dans des conditions satisfaisantes, l'expérience nécessaire à l'obtention du diplôme. Elle observe que le taux d'échec à la VAE est très important, malgré la persévérance des candidates. Elle constate enfin que les candidates ayant obtenu la validation, partielle ou totale, disposent souvent de connaissances scolaires antérieures qu'elles valorisent à cette occasion, par exemple lorsqu'elles sont titulaires d'un bac professionnel sanitaire et social. Si la VAE peut donc apparaître, en première analyse, comme un moyen simple et peu coûteux de qualifier les « faisant-fonction » d'aide-soignant des EHPAD, l'expérience de vingt années d'ouverture du DEAS à la VAE permet de conclure que la réussite du processus de VAE, qui ne tient pas seulement aux conditions de validation (calendrier, jury), mais aussi et surtout aux conditions réelles de l'expérience en établissement de ces « faisant-fonction », ne permet pas d'envisager que la VAE puisse permettre de certifier massivement les « faisant-fonction ».

[433] Il en serait autrement si les "faisant-fonction" d'aide-soignant pouvaient obtenir, par le biais de la VAE, un diplôme d'Etat qui corresponde aux missions qu'elles effectuent réellement.

### **3.2.3 La création d'une nouvelle profession d'assistante en gérontologie permettrait de valoriser les missions actuellement réalisées par les faisant fonction et de garantir la qualité des soins**

[434] Pour les raisons qui viennent d'être exposées, la perspective d'une certification massive des « faisant-fonction » d'aide-soignant des EHPAD par le biais de la VAE se heurte à des difficultés structurelles. A domicile, les réformes successives des certifications de premier niveau du champ sanitaire et social (réforme du CAFAD, fusion du DEAVS et du DEAMP) n'ont pas conduit à l'augmentation des qualifications des actifs attendues par leurs promoteurs, mais à un développement de l'emploi non-qualifié dans le secteur. Sans nouvelle évolution, il est à craindre

que l'augmentation du niveau des formations d'aides-soignantes, passées du niveau III au niveau IV, ne renforce cette tendance.

[435] L'enjeu prioritaire ne semble donc pas être de qualifier l'ensemble des « faisant-fonction » d'aides-soignantes des EHPAD comme aides-soignantes, qui peuvent être amenées à exercer dans des environnements fortement médicalisés et extrêmement techniques, comme des services d'urgence ou de réanimation, mais plutôt de créer un diplôme permettant de s'assurer que l'ensemble des professionnelles en charge de personnes âgées dépendantes aient bien bénéficié d'une formation certifiante. Ce diplôme pourrait également être ouvert aux aides à domicile afin de renforcer la transversalité entre le domicile et l'établissement, sachant que les missions des aides à domiciles, lorsqu'elles interviennent auprès de personnes âgées dépendantes, sont très proches de celles des « faisant-fonction » d'aide-soignant en EHPAD.

[436] Ces professionnelles réaliseraient, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire et sous la supervision des aides-soignantes et des infirmières, les tâches qui sont actuellement dévolues, dans de nombreux EHPAD, aux « faisant-fonction » d'aide-soignant :

- Soins liés à l'hygiène corporelle et au bien-être des résidents : toilette, bain, douche, prévention des escarres, soins de bouche, prothèses dentaires et auditives,
- Soins liés à l'alimentation,
- Soins liés à l'élimination.

[437] Le référentiel de formation de cette nouvelle formation pourrait être établi sur la base de la formation d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge Suisse. Cette formation, composée de 120 heures de théorie et de 12 à 15 jours de pratique, est la formation reconnue en Suisse pour accompagner des personnes dépendantes et les soutenir dans les activités de leur vie quotidienne, que ce soit à domicile ou en institution. Elle comprend notamment un module portant sur l'assistance à la personne dans les soins corporels et de santé en situation stable.

[438] Considérant que la plupart des assistantes en soins gérontologique seront amenées à intervenir auprès de personnes âgées en perte d'autonomie du fait de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, il conviendrait également d'intégrer dans le référentiel de formation les attendus de la formation de 140 heures « Assistant de soins en gérontologie ».

[439] Pour définir le référentiel de formation, un bilan pourrait également être réalisé, dans le cadre de l'EDEC Grand âge, sur la formation « Accompagnant en gérontologie » et sur la formation, certifiée RNCP, « Agent d'accompagnement auprès d'adultes dépendants ».

[440] Mise en place depuis 2019, à l'initiative d'adhérents du SYNERPA en Occitanie, l'objectif de la création de la formation « Accompagnant en gérontologie », selon les responsables régionaux du SYNERPA, était de « répondre à la pénurie d'aides-soignants, de former à l'accompagnement spécifique de la personne âgée au quotidien, avec des soins de qualité, et de rendre accessibles ces emplois qualifiés à des personnes non diplômées ». Cette formation, dont France Travail Occitanie a souligné l'intérêt aux membres de la mission lors d'un entretien, est composée d'un enseignement théorique de 295 heures et d'une mise en situation professionnelle de 105 heures.

[441] La formation « Agent d'accompagnement auprès d'adultes dépendants » vise les mêmes objectifs, tout en accordant une place plus importante au soin. Elle comprend 350 heures de formation en centre et 140 heures de formation en stage et permet notamment d'accompagner les résidents dans les gestes de la vie quotidienne (notamment la prise des repas, l'entretien du linge) et d'accompagner la personne aidée dans ses actes essentiels, notamment les toilettes.

[442] Un bilan des formations courtes de 70 heures mises en place, durant la crise COVID, sur la base de l'instruction DGOS-DGCS du 6 janvier 2021, devrait également être réalisé. Ces formations devaient permettre de déléguer aux ASHQ certains types d'actes, notamment autour des soins d'hygiène et de confort, relevant des aides-soignants.

[443] En tout état de cause, afin de former effectivement les 30 000 « faisant-fonction » d'aide-soignant des EHPAD, il convient d'une part de dépasser les solutions qui ont pu être imaginées dans l'urgence de la crise COVID, d'autre part de prévoir une durée de formation compatible avec les contraintes, notamment familiales, d'un public adulte en emploi. Sur la base des référentiels indiqués ci-dessus, une formation théorique d'une durée de moins de deux mois, environ 300 heures, semble être envisageable.

[444] La formation pourrait être dispensée dans le cadre des IFAS, pour marquer l'appartenance de ces formations au champ des formations sanitaires.

[445] Il est à noter que, sur la base des dispositions de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, il est possible pour des auxiliaires de vie d'exercer le métier d'aide-soignant, sans diplôme et sans aucune formation préalable, sous réserve de justifier d'au moins un an d'ancienneté et d'être inscrit dans un parcours de VAE. Cette disposition a pu donner lieu à des dérives regrettables observées notamment dans le cadre du contrôle du groupe ORPEA, les directeurs d'exploitation étant incités à orienter les auxiliaires de vie vers des procédures de VAE, sans accompagnement adapté, non seulement pour pallier les difficultés de recrutement, mais aussi et surtout pour maximiser la consommation de la dotation soins<sup>126</sup>.

[446] La création de ce nouveau diplôme, aisément accessible, serait susceptible de mettre un terme à ces dérives.

**Recommandation 21** **Créer un nouveau diplôme d'Etat d' " Assistant en gérontologie " afin de qualifier les faisant-fonction d'aide-soignant des EHPAD.** Des dispenses pourront être accordées, au vu de l'expérience ou des diplômes antérieurs. Le référentiel, établi en prenant en compte notamment les référentiels d' « Auxiliaire ee santé Croix-Rouge Suisse » et d'« Accompagnant en gérontologie», portera sur les soins liés à l'hygiène corporelle sur les soins liés à l'hygiène corporelle et au bien-être des résidents, ainsi que sur les soins liés à l'alimentation et à l'élimination. La durée de la formation théorique ne dépassera pas deux mois. Les modalités pédagogiques favoriseront l'alternance. Seuls les titulaires de cette certification pourront travailler auprès de personnes âgées dépendantes, classées GIR 1 à 2, que ce soit au sein en EHPAD ou à domicile.

[447] Les activités réalisées par les assistantes en gérontologie seraient fixées par décret et cette fonction reconnue par le code de santé, ce qui permettrait de lui donner une visibilité sociale, une identification, une reconnaissance et une place différenciée dans la division du travail. Cette

<sup>126</sup> IGAS-IGF, *Mission sur la gestion des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe ORPEA*, mars 2022

reconnaissance par le biais d'un diplôme peut être une source de fierté et de valorisation du métier, en particulier dans un secteur qui compte de nombreux salariés sans certification, mais pas sans qualification.

[448] Seules les titulaires de cette certification, ou d'une dispense, devraient pouvoir travailler auprès de personnes âgées très dépendantes, que ce soit en établissement ou à domicile auprès des personnes âgées classées GIR 1 et GIR 2.

[449] Les titulaires, notamment, d'un Bac Pro ASSP, d'un titre pro ADVF, ou d'une certification d'«Agent d'accompagnement auprès d'adultes dépendants» devraient pouvoir bénéficier d'une dispense.

[450] Cette nouvelle profession devrait pouvoir émarger sur la fonction soins, selon des modalités à définir.

[451] En effet, il est peu probable que des entreprises cherchent massivement à former leurs personnels sans une forte incitation. Dans le même ordre d'idée, il est peu probable que des salariés s'engagent dans un parcours de qualification d'environ deux mois, qui est exigeant pour des personnes souvent sans qualification, si cette qualification ne leur donne pas permet pas de se stabiliser dans l'emploi ou de bénéficier d'un salaire plus élevé. A ce titre, le développement de parcours progressifs de qualification, qui ne déboucheraient pas sur un diplôme d'Etat, risque de se heurter à des difficultés structurelles dans un système qui s'est installé dans un équilibre bas niveau de salaire- bas niveau de qualification.

[452] Ce concept, qui a été initialement conçu pour décrire l'économie britannique au début des années 2000, permet de caractériser une économie ou un secteur économique dans lequel s'est installé un enchaînement circulaire : les entreprises sont confrontées à une offre insuffisante de travail qualifié ; elles choisissent des méthodes de production à faible contenu en qualification avec des produits à faible valeur ajoutée ; il en résulte une faible demande pour des travailleurs qualifiés ; les travailleurs voient alors peu d'intérêt à éléver leur qualification<sup>127</sup>. Il ne s'agit pas d'un état accidentel, mais d'une propriété permanente du système dont il serait difficile de s'écarter sans des actions simultanées portant sur ses différentes composantes, en l'occurrence le niveau des rémunérations, l'architecture des diplômes et le financement du secteur.

### 3.2.4 Pour limiter les difficultés de recrutement d'infirmière, il faut également envisager la possibilité de pratiques avancées pour les aides-soignants

[453] La formation d'aide-soignante a été réformée en 2021 afin de renforcer son attractivité et de permettre aux aides-soignantes de réaliser de nouveaux actes, notamment le recueil de certains paramètres. Un nouveau référentiel de formation a allongé la durée de la formation, qui est passée de 1435 h à 1540 h. La formation est passée du niveau III au niveau IV, ce qui permet aux titulaires d'intégrer la catégorie B de la fonction publique hospitalière.

---

<sup>127</sup> J. Freyssinet, « Formation professionnelle : des tentatives répétées pour sortir d'un équilibre de basse qualification », *Chronique Internationale de l'IRES*, 2018, N° 163(3), 51-63.

[454] Depuis 2021, l'article R 4311-4 du Code de la santé publique dispose par ailleurs que « l'infirmier ou l'infirmière peut également confier à l'aide-soignant [...] la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne ».

[455] Il apparaît cependant que de nombreux pays européens, pour pallier le manque d'infirmiers, ont étendu le champ d'action des aides-soignants à des actes que ceux-ci ne peuvent réaliser en France et leur ont confié un rôle propre. En Belgique, les aides-soignantes peuvent depuis 2019, sous réserve d'une formation de 150 heures, administrer des médicaments, en dehors des substances stupéfiantes. Les aides-soignantes peuvent également administrer des médicaments au Luxembourg, dans le cadre d'un plan de soins et d'une situation stabilisée. Lors d'entretiens avec la directrice de l'EHPAD de Maromme et avec la direction de l'EHPAD des Portes de l'Ariège à Saverdun, la mission a été sensibilisée au temps pris par la distribution de médicament pour les infirmiers. Il nous a été rappelé que des auxiliaires de vie, pour la plupart non qualifiées, distribuaient à domicile des médicaments à des personnes âgées souffrant de troubles neurodégénératifs, ce qu'une aide-soignante ne saurait faire en établissement, même dans le cadre d'un protocole de soins élaboré par un médecin.

[456] Après l'élargissement récent des missions des aides-soignantes en France, qui n'a été conditionné au suivi d'une formation, il semble difficile d'élargir à nouveau ces missions sans conditions d'expériences et de formations. La création d'une pratique avancée pour les aides-soignants leur permettrait d'exercer des missions et des compétences plus poussées, sous réserve d'une formation sanctionnée par un certificat d'aptitude et d'une expérience suffisante. La dimension gériatrique de cette pratique avancée permettrait de répondre aux difficultés du secteur du grand âge. Au-delà de cette spécialisation en soins gérontologiques, une nouvelle fonction d'aide-soignante référente ou coordinatrice pourrait être envisagée.

[457] Cette perspective, cohérente avec celles formulées dans le rapport Libault<sup>128</sup>, semble plus à même de garantir la qualité des soins que celle d'une simple extension des tâches pouvant être déléguées, sans formation préalable.

**Recommandation 22** **Etudier**, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et sur la base d'un parangonnage européen, **les modalités de création d'une pratique avancée en soins gérontologiques pour les aides-soignantes ayant exercé trois ans à temps plein sur la période des cinq dernières années**. Cette pratique avancée en soins gérontologiques serait accessible sous réserve d'une formation qui pourrait être réalisée dans le cadre d'une alternance. Etudier l'intérêt de la création d'un métier d'aide-soignante référente ou coordinatrice.

[458] D'autres pays de l'OCDE ont choisi de répondre à la problématique des tensions de recrutement d'infirmière en créant des professions intermédiaires d'infirmière assistante : c'est le cas notamment, au Canada, de la province du Québec, en Europe de la Belgique et du Royaume-Uni.

[459] Au Québec, l'ordre des infirmières auxiliaires rassemble plus de 28 000 membres. Les infirmières auxiliaires bénéficient d'une formation de 1800 heures, en santé, assistance et soins infirmiers, fournissent des soins palliatifs, administrent des médicaments, soignent des plaies.

<sup>128</sup> D. Libault, *Concertation grand âge et autonomie : grand âge, le temps d'agir*, 2019

[460] En Belgique, une loi de 2023 a introduit la profession d'assistant en soins infirmiers dans le cadre fédéral : cette formation de trois ans permettra de former des praticiens infirmiers pouvant agir de manière autonome dans les situations les moins complexes.

[461] Au Royaume-Uni, la profession d'infirmière auxiliaire (« nurse-assistant ») a été créée en 2017. La formation, qui dure 2300 heures, a pour objectif de créer une nouvelle profession, intermédiaire entre celle des aides-soignants et des infirmières.

**Recommandation 23** **Etudier l'intérêt de la création d'une profession d'assistant en soins infirmiers.** Pour ce faire, une étude comparative pourrait être réalisée par le réseau des conseillers aux affaires sociales, sur les infirmières auxiliaires au Québec, sur le bilan de la mise en place des infirmières auxiliaires au Royaume-Uni depuis 2017, et la création du diplôme d'assistant en soins infirmiers en Belgique. Cette réflexion sur l'intérêt de la création d'une nouvelle profession d'assistant en soins infirmiers s'appuiera également sur les travaux de recherche en santé publique conduits au Royaume-Uni depuis la création du métier d'infirmière-auxiliaire. L'intérêt de la création de cette nouvelle profession pourra être discutée lors de la concertation préalable à l'élaboration d'une stratégie des ressources humaines pour la santé, le social et le médico-social.

[462] Enfin, pour renforcer l'attractivité du métier d'infirmière en EHPAD, pour lesquelles les difficultés de recrutement sont particulièrement élevées, il pourrait être envisagé de créer une IPA en gérontologie. La Société française de gériatrie et de gérontologie en avait proposé un référentiel en 2020. La création de cette IPA en gérontologie pourrait être soumise à la concertation, dans le cadre de la concertation préalable à l'élaboration d'une stratégie des ressources humaines pour la santé, le social et le médico-social.

[463] **En conclusion**, pour rendre les métiers du grand âge attractif, il convient de réformer l'architecture des diplômes. Cette réforme ne doit pas être une simple réingénierie de certains diplômes, mais une nouvelle conception d'ensemble, permettant de dépasser le triptyque « médecin-infirmier-aide-soignant » en reconnaissant de nouvelles professions et des pratiques avancées à tout niveau.

[464] Elle est susceptible de diminuer de façon très substantielle, à terme, les difficultés de recrutement que le secteur connaît actuellement, grâce à une meilleure répartition des tâches, grâce à une reconnaissance de certaines fonctions, ce qui renforcerait leur attractivité, grâce à la création de paliers intermédiaires permettant des progressions de carrière plus réalistes.

[465] Grâce à la suppression de la coupure entre établissement et domicile, elle facilitera les mobilités transversales. Le travail à domicile ou en établissement peuvent en effet correspondre aux attentes des professionnels selon les moments de leur carrière :

- A domicile, une autonomie plus importante, sous réserve que les tâches ne soient pas trop parcellisées, une approche globale de la personne accompagnée, une diversité des environnements d'intervention,
- En établissement, un collectif de travail sur lequel s'appuyer, une moindre parcellisation des tâches, un temps de travail plus stable.

[466] L'unification des certifications, qui sont aujourd'hui trop nombreuses et peu lisibles<sup>129</sup>, la possibilité de mobilités d'autre part pourrait permettre de fidéliser à long terme des professionnels dans ce secteur.

[467] Pour réaliser cette nouvelle architecture des diplômes, il conviendrait d'inscrire cette démarche dans le cadre de la préparation de la nouvelle stratégie des ressources humaines pour la santé, le social et le médico-social 2028-2033. Une vaste concertation pourrait être organisée, avec l'appui du réseau emploi compétence animé par France Stratégie, avec l'appui du CEREQ et de France Compétences. L'AFPA pourrait être mobilisée pour la réingénierie des diplômes, dans le cadre de sa mission de service public portant sur l'ingénierie de la certification professionnelle pour le compte de l'Etat et sur l'ingénierie de formation aux compétences et aux métiers émergents.

[468] Au-delà de la mobilisation de l'expertise des branches professionnelles, des financeurs de la formation et des instituts de formation, de la CNSA, des ministères de l'éducation nationale, de l'agriculture et du travail et des collectivités territoriales, cette concertation devrait également mobiliser les travaux et les interventions de sociologues du travail et des organisations, de chercheurs en sciences de gestion, d'historiens des professions, d'économistes de la santé, de professeurs de santé publique.

### 3.3 Pour agir sur les tensions de recrutement, il convient également de soutenir les compétences en ressources humaines des employeurs

[469] Satisfaire les besoins de recrutement dans le champ sanitaire et social passe aussi par le soutien à des formes de coopération entre les employeurs afin de prendre en compte les demandes des salariés d'une forme plus flexible de travail et les besoins des employeurs de recruter des personnels y compris pour des besoins de court terme ou des besoins temporaires.

#### 3.3.1 La mutualisation des fonctions ressources humaines est un levier important pour faciliter les recrutements

**[470] En réponse aux besoins des employeurs de recruter plus facilement**, de remplacer les professionnels qui ne sont pas temporairement sur leur poste (absentéisme, départ en formation, etc.), **mais aussi pour répondre aux souhaits de plus en plus fréquemment exposé des salariés de s'engager sur des périodes courtes** et de changer régulièrement de situation de travail (ce qui fait le succès de l'intérim en plus du salaire), **les différentes formes de coopération organisées entre employeurs peuvent être une forme de solution.**

[471] A ce titre, différentes formes de coopérations existent dans le champ sanitaire et social d'emploi et de mise à disposition de personnels.

---

<sup>129</sup> En juillet 2020, France Compétences a réalisé un rapport intitulé "Volet compétences du plan de mobilisation nationale pour les métiers du grand âge - Cartographie des certifications professionnelles et identification des premières équivalences". Les auteurs concluent qu'une simplification des 80 certifications examinées en 12 certifications serait réalisable.

[472] En premier lieu, les employeurs peuvent recourir au groupement d'employeurs qui peuvent être des associations loi 1901 ou des sociétés coopératives relevant de la loi du 10 septembre 1947 portant statut général de la coopération et de la loi du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale.

[473] **Le groupement d'employeur a pour but de mettre à la disposition de ses adhérents des salariés liés au groupement par un contrat de travail.** Il peut également apporter à ses adhérents des conseils en matière de recrutement et de gestion des ressources humaines. On pourrait penser que cette formule se confond avec l'intérim, mais en réalité, il y a deux grands différences : les entreprises (ou associations ou établissements publics) sont adhérentes au groupement et participent à sa gouvernance, les salariés sont salariés du groupement sur des contrats plutôt longs en général, la mise à disposition des personnels ne peut se faire qu'au bénéfice des entreprises adhérentes du groupement et, enfin, **le groupement d'employeurs est à but non lucratif**, c'est-à-dire que la marge qui est réalisée sur les prestations de mise à disposition de personnel au profit des adhérents est réinvestie dans le groupement.

[474] Il y a actuellement environ 700 Groupements d'employeurs qui salariant 16 000 personnes, essentiellement dans le secteur de l'industrie, de l'agro-alimentaire, du BTP et de l'hôtellerie restauration, tous secteurs ayant à subir des tensions de recrutement et des fluctuations de charges de main d'œuvre forte où l'intérim a aussi une grande part, le GE étant une forme de réponse aux coûts de l'intérim. Le secteur sanitaire et social de son côté y recourt encore peu en volume, mais aurait vocation et intérêt à le faire.

### Une forme innovante de société coopérative d'intérim Coopemploi à Toulouse

Coopemploi à Toulouse une forme de groupement d'employeur dans le champ médico-social créé sous forme de société coopérative à intérêt collectif<sup>130</sup>, fondée par l'AJH (association des jeunes handicapés) et rejointe par désormais 70 associations du champ médico-social (ADAPEI, croix rouge, les PEP, l'APF, Etc.). C'est une **coopérative de travail temporaire à but non lucratif qui répond aux besoins de travail temporaire de 300 établissements de la région Occitanie en fournissant les services de prestations d'intérim (5 000 intérimaires en moyenne) sur des métiers comme infirmier, aide-soignant, moniteur éducateur et éducateur spécialisé, auxiliaire de puériculture, etc.** Les employeurs adhérents bénéficient d'un accompagnement à la GRH, puisque l'Agence établit le contrat et paie, peuvent recourir à un service d'aide au recrutement en CDI, voire faire appel à un pool de remplacement 24/24 sur les 6 agences de la région (Toulouse, Albi, Perpignan. Le Foyer d'accueil médicalisé de Carla Bayle (Ariège) de l'APAJH rencontré par la mission utilise ces services de mission d'intérim avec satisfaction car Coopemploi, par sa spécialisation et son caractère coopératif comprend bien les besoins de l'établissement et parce que les tarifs sont bien moindres qu'une agence classique d'intérim qui peut facturer une nuit d'une infirmière à 1500€. L'enjeu est majeur : pour les 17 établissements de l'APAJH de l'Ariège, sur une masse salariale d'environ 16 M€, l'intérim – nécessaire du fait des tensions de recrutement et des formations – en représente 3M€. De telles formules qui permettent d'avoir les avantages de l'intérim pour l'employeur et le salarié dans des conditions favorables socialement et financièrement pour les employeurs et la collectivité doivent être encouragées, voire développées.

[475] **Une autre forme notable de coopération d'employeurs est le groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification<sup>131</sup> (GEIQ),** qui se distingue du groupement d'employeurs classique par le fait que les personnes embauchées sont uniquement des personnes qui sont en difficulté pour trouver ou retrouver un emploi et qui sont embauchées par le groupement en alternance, soit par le biais d'un contrat de professionnalisation soit un contrat d'apprentissage. Pour 2024, environ 200 GEIQ salariant plus de 16 642 personnes dans 8 600 entreprises. Dans le champ social et médico-social, il s'agit d'environ 600 contrats annuels, dont 90 % débouchent sur un diplôme, 72 % de sortie vers l'emploi ; les principaux métiers concernés sont les aides à domicile, les AES et les assistant de vie aux familles. Outre l'apport financier des conventions de promotions de l'emploi, certains GEIQ reçoivent des aides des DREETS voire des OPCO notamment pour le démarrage et l'installation. Les GEIQ constituent un outil d'aide au recrutement et à la qualification très intéressant notamment le secteur médico-social de l'autonomie où cette formule correspond aux besoins de certains des employeurs notamment de taille modeste surtout dans le champ de l'autonomie.

<sup>130</sup> Loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, modifiée, article 19 quinque : « Les sociétés coopératives d'intérêt collectif sont des sociétés anonymes, des sociétés par actions simplifiées ou des sociétés à responsabilité limitée à capital variable régies, sous réserve des dispositions de la présente loi, par le code de commerce. Elles ont pour objet la production ou la fourniture de biens et de services d'intérêt collectif, qui présentent un caractère d'utilité sociale. Ces biens et services peuvent notamment être fournis dans le cadre de projets de solidarité internationale et d'aide au développement. »

<sup>131</sup> Voir Instruction DGEFP n° 2016-214 du 29 juin 2016

[476] Enfin, on peut mentionner l'apport de la mutualisation des fonctions RH dans les GHT qui permettent de faire monter en compétences des professionnels de la gestion RH des établissements de santé et d'avoir une vision plus large, à l'échelle d'un territoire, des besoins et des réponses possibles à la satisfaction de ces besoins. De ce point de vue la mise en œuvre, dans le champ social de la disposition nouvelle<sup>132</sup> introduite par la loi bien vieillir de l'adhésion à un groupement territorial social et médico-social contribue à cet objectif de mutualisation des fonctions RH et de montée en compétences des employeurs du secteur.

**Recommandation 24 Soutenir les groupements d'employeurs ou de sociétés coopératives dans le champ sanitaire et sociale**, à la condition explicite que les groupements concernés s'engagent sur des objectifs en faveur de l'emploi stable et qualifié dans le cadre d'une convention entre les pouvoirs publics et le groupement d'employeurs concerné. Les GHT devraient être un pivot de la création des groupements.

### 3.3.2 Il convient également d'accompagner les employeurs dans la professionnalisation de leurs compétences en ressources humaines

[477] Au-delà de la mutualisation des fonctions de recrutement, la professionnalisation de la politique et de la gestion RH des employeurs est un point de passage important pour améliorer l'attractivité des postes et le processus d'appariement entre les demandeurs et les offreurs de travail.

[478] Cet accompagnement est déjà pris en charge, poste par poste, par le réseau France travail grâce aux 6 000 conseillers entreprises dont les fonctions consistent justement à comprendre les besoins des entreprises et à fournir des réponses aux demandes de recrutement. C'est un point important, mais de manière plus transversale et pérenne, il est nécessaire que les employeurs qui sont de nature et de taille très diverses et en grand nombre, puissent recevoir un accompagnement afin de monter en compétences sur les fonctions RH non pas au cas par cas, mais dans une dynamique de long terme, tant le processus de recrutement est une activité quasi permanente au regard du turnover (élevé) et de la durée des professionnels en poste (faible) et les besoins sans cesse croissants.

[479] **La situation est très différente entre des employeurs de grande taille** comme un CHU ou un CH, de grandes associations ou des établissements **qui ont des effectifs importants qui disposent de DRH et de services RH** qui prennent en charge les fonctions de recrutement, de fidélisation et déplient des politiques d'attractivité **et, d'autre part, des employeurs de petite taille qui n'ont pas ces ressources et se trouvent dès lors plus démunis en la matière**. Ainsi, le CHU de Montpellier ou même le CH de Flers rencontrés par la mission disposent-ils de plans d'attractivité développés qui développent des actions en matière de marque employeur, d'expérience candidats, de politique d'intégration et de fidélisation. La mission constate, en s'appuyant sur les 4 régions qui ont fait l'objet de ses investigations, que ces plans d'attractivité des établissements ne font, de manière générale, pas l'objet ni de la part du niveau régional ni départemental des ARS d'une

<sup>132</sup> La loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie modifie l'article L 3123-7-2 du code de l'action sociale et des familles en obligeant les EHPAD à adhérer soit à un groupement hospitalier de territoire mentionné à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique ou à un groupement territorial social et médico-social

concaténation ou d'une exploitation, alors qu'ils pourraient être exploités pour en extraire des bonnes pratiques utiles à l'ensemble des établissements de santé (et au-delà) de la région. Il n'y a pas vraiment de mise en relation établie et précise entre les plans d'attractivité concoctés par les ARS et ceux des établissements de leur ressort, alors qu'ils devraient être parfaitement imbriqués et articulés pour d'abord gagner du temps et surtout diffuser en tout cas pour ce qui peut les concerner à d'autres établissements qui n'ont pas, vu leur taille, de plan d'attractivité.

[480] Dans le champ social et médico-social existent des formes diverses d'accompagnement des employeurs. C'est d'abord le cas avec les plates-formes de l'autonomie lorsqu'elles existent et lorsqu'elles prennent en charge cette fonction, ce qui n'est pas toujours le cas (voir partie 2.1 de ce rapport). C'est également une fonction qui peut être assurée par les groupements d'employeurs, les GEIQ, et autres formes d'organismes qui mutualisent les fonctions de recrutement, mais qui sont à ce stade peu nombreux sur le territoire national. **Certaines fédérations ou associations du champ offrent également des services d'accompagnement à la fonction ressources humaines.** Ces services peuvent être de nature diverse et aller d'une simple veille juridique en droit social à des formations actions sur la gestion de l'embarquement des collaborateurs ou la marque employeur.

**L'APAJH** (association pour adultes et jeunes handicapés) **met à disposition des 93 établissements de l'association des ressources en matière de gestion RH.**

Dans ce cadre, les établissements du réseau disposent d'une journée par trimestre de formation en droit social qui comprend les sujets suivants : actualité et veille, thématiques transversales et de long terme (apprentissage, marque employeur, etc.), points précis sur la paye et la gestion administrative, échanges entre responsables RH et formateurs du siège.

**Ces journées de formations et d'échanges alliées à la possibilité pour les chargés RH des établissements locaux de faire appel au siège en cas de question créent une forme de communauté de praticiens RH très utile pour les établissements qui disposent ainsi de ressources dans leur gestion RH et leurs recrutements.**

[481] Cette facilité est cependant loin d'être accessible à tous les employeurs, de nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission et par exemple des EHPAD n'y ont pas accès. **Dans le champ sanitaire et médico-social, cette fonction de centre de ressources sur la gestion RH pourrait être prise en charge par les ARS, soit au niveau régional mais plus sûrement au niveau territorial par un référent RH.** Ce référent RH fournira aux employeurs une documentation actualisée et des veilles juridiques, organisera des sessions régulières de formations sur les différents thèmes de la GRH et pourra répondre à des questions ponctuelles en matière de RH. Il animera une communauté des responsables RH en s'appuyant sur des outils d'animation en ligne de réseaux professionnels. Il pourra aussi organiser des rencontres régulières thématiques à intervalle régulier au niveau départemental. Il s'appuiera sur la plateforme « prendre soins.fr » dont une partie des fonctions est d'être un centre de ressources RH pour les employeurs.

**Recommandation 25** Installer dans chaque ARS, au niveau régional et/ou départemental un référent gestion RH dont la mission sera d'animer un réseau des responsables RH des établissements et services sociaux, sanitaires et médico-sociaux. Ce référent serait également chargé de l'animation de cette communauté RH en s'appuyant sur des outils d'animation de communauté professionnelle en ligne.

[482] De leur côté **les OPCO ont également développé des solutions d'accompagnement des employeurs**. Ces solutions d'accompagnement passent le plus souvent par la prestation de conseil en ressources humaines (PCRH), qui permet de financer des formations faites par un prestataire externe pour que les PME montent en compétences sur la fonction RH. Ces actions sont cofinancées par l'Etat (DGEFP / DREETS). Selon les OPCO, cette prestation peut prendre différentes formes mais consiste majoritairement en un diagnostic RH de la structure et un accompagnement sur les modifications à apporter à la politique RH de l'entreprises sur une durée de quelques jours. Par exemple Uniformation en 2023 a organisé 327 PCRH pour un montant total de 1,7 M€ cofinancé à 54 % par l'Etat (945 k€), ce qui a permis à 233 entreprises d'être accompagnées (89 % étant des entreprises de moins de 50 salariés). C'est **un levier intéressant, mais qui reste à ce stade peu déployé** : les 233 entreprises en 2023 sont à rapporter aux 55 600 entreprises rattachées à l'OPCO, ce qui est très faible.

### 3.4 L'attractivité des métiers suppose enfin que les professionnels bénéficient de parcours de carrière fluides et de pratiques managériales valorisantes

[483] Pour accroître l'attractivité du secteur, mais aussi développer la fidélisation des personnels, il y a lieu de travailler également sur les organisations du travail et les pratiques managériales qui peuvent constituer des freins au développement et au maintien des effectifs. Cela passe par des pratiques managériales participatives et des organisations de travail qui développe l'autonomie des professionnels ainsi que des modes travail plus diversifiés<sup>133</sup>.

#### 3.4.1 La promotion de pratiques managériales innovantes et d'organisations du travail nouvelles contribuent à l'attractivité des métiers

[484] Dans le champ de l'aide à domicile, l'attractivité du métier et la fidélisation des personnels sont obérés par une organisation du travail globalement très individualisée liée au fait que les professionnels ne travaillent pas sur un même lieu comme en établissement mais se déplacent au domicile des personnes qui est le lieu de travail. Cette réalité, couplée à des temps hachés, aux coupures de planning entre le matin, le midi et le soir, à une tarification à l'heure qui oblige à compter son temps de façon très stricte, crée une forme d'isolement au travail qui ne facilite pas le bien-être au travail. De ce point de vue, il apparaît que les conditions dans lesquelles le travail auprès des personnes est effectué sont déterminantes dans l'appréciation que portent les professionnels sur leur métier et leur emploi. Il ne s'agit pas en l'espèce de « conditions de travail »

---

<sup>133</sup> Ces questions, incluant notamment ce fait l'ANACT sur ce sujet, seront traitées plus en profondeur par la mission de l'IGAS en cours consacrée à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail dans les métiers du social et du médico-social.

entendues au sens de la santé et de la sécurité au travail, mais plutôt des éléments qui déterminent l'organisation du travail.

[485] Dans cet ensemble, le management entendu au sens de la direction que donne un encadrant au travail effectué par le professionnel (planning, formes de la reconnaissance et de la valorisation du travail, organisation de la formation et du collectif de travail) constitue une part essentielle. Dans un temps où les interrogations sur le sens au travail sont plus fortes que jamais, de même que le souhait de disposer d'un équilibre vie familiale et professionnelle plus satisfaisant, le management lui-même doit se transformer pour mieux correspondre aux besoins des professionnels<sup>134</sup>.

[486] A ce titre, dans le champ de l'aide à domicile, secteur encore trop souvent confondu (depuis 2005) avec les « services à la personne » et en grande partie taylorisé, l'introduction récente d'organisation apprenantes, de process de travail visant l'autonomie et d'innovation managériales radicales représente une avancée bien venue. Commencent ainsi à se déployer des organisations qui prennent modèle sur l'expérience Buurtzorg, nouvelle façon d'organiser le travail dans le champ social.

#### Le modèle de Buurtzorg : théorie et pratiques

Fondé aux Pays-Bas depuis 2007 par Jos de Blok, un ancien infirmier, **le modèle Buurtzorg (qui signifie en Néerlandais "soin de proximité") consiste en la mise en place d'équipes autonomes de professionnels** (à l'origine des infirmiers, mais aussi aides à domicile ou auxiliaires de vie) **intervenant sur une zone géographique très délimitée, proche de leur domicile.**

Il s'agit en général d'équipe d'une dizaine de professionnels qui s'organisent de façon autonome, sans directeur ni responsable d'équipe, pour gérer les patients, produire des plannings et des tournées les plus respectueux possibles des patients et des professionnels dans un rayon d'action très court. Au-delà de 10 / 12 personnes, une nouvelle équipe est créée. Chaque équipe peu recourir à des experts au siège (RH, juridique, finances) en nombre limité.

Plusieurs organisations de ce type se sont installées en France : Vivat à Marcq-en-Barœul, le réseau APA à Colmar, l'entreprise Alenvi à Paris ou encore le service d'aide à domicile ASAPAT de la fondation Partage et Vie à Douai dans le Nord qui fonctionne en Buurtzorg avec 250 salariés depuis 2019. De même l'ADT 44, association de services à domicile de Loire Atlantique qui a mis en place une démarche intitulée « libérons nos énergies » inspirée de Buurtzorg. Les résultats de ces expériences, encore récentes, sont positifs dans l'autonomie gagnée et un meilleur sens au travail. A l'ADT 44, la part des aides à domicile ayant un rayon d'action inférieur à 8km est passé de 48 à 60 %.

<sup>134</sup> C'est ce que prône, parmi d'autres, le rapport « Grand âge et autonomie » de Dominique Libault de mars 2019 : « La nécessité de mettre en place des organisations fondées sur l'autonomie professionnelle et la coopération plus que l'autorité hiérarchique s'impose, tout comme l'orientation du management vers la gestion de projets et la mobilisation transversale de ressources, plus que sur l'intervention successive de compétences intervenant de façon cloisonnée. Il convient de s'inspirer et de diffuser les modèles d'organisations innovantes intégrant de nouvelles cultures managériales qui responsabilisent et redonnent du sens aux métiers, qui libèrent du temps pour être avec la personne, qui permettent des temps de coordination, d'analyse de pratique, de formation continue, de réflexion éthique.

[487] Le développement de ces organisations innovantes telles que celles de Buurtzorg présentée dans l'encadré ci-dessus a d'ailleurs fait l'objet d'un projet européen de développement INTERREG intitulé « TICC » Transforming Integrated care in the Community avec des acteurs du royaume uni, de Belgique et de France entre 2017 et 2022. Le rapport d'évaluation de ce projet européen sorti en 2023 montre clairement sur la base d'une évaluation quantitative et qualitative que le degré d'autonomie des professionnels engagés dans les organisations du travail de type Buurtzorg soutenues par le projet européen s'est accru de même que la fidélisation des personnels<sup>135</sup> en les comparant au groupe test des mêmes organisations.

[488] A part ce projet européen, ces innovations managériales sont le fruit d'initiatives associatives individuelles et ponctuelles. On peut noter l'identification de l'importance de la question par la CNSA qui a lancé une évaluation de modèles d'organisations du travail autonomes dans quatre sites<sup>136</sup>. Il semble à la mission que ces formes nouvelles d'organisations et de pratiques managériales qui contribuent via l'accroissement du bien-être au travail à l'attractivité des métiers et à la fidélisation des personnels devraient faire d'un soutien public clair, via des financements adaptés<sup>137</sup>.

**Recommandation 26** Sur la base d'une évaluation des organisations managériales innovantes notamment dans le champ de l'intervention à domicile, soutenir financièrement la mise en place d'initiatives de pratiques managériales innovantes et diffuser les bonnes pratiques<sup>138</sup>. Ce rôle devrait probablement revenir à la CNSA.

### 3.4.2 La fluidité des parcours professionnels entre les lieux d'exercice en établissement ou à domicile est à rechercher

[489] Une des raisons du manque de personnels tient également à la pénibilité des métiers qui engendre des durées de carrière souvent courtes. **Pour prévenir l'usure professionnelle et fidéliser les professionnels, proposer des parcours professionnels plus diversifiés alliant des temps successifs en établissement ou à domicile est une voie majeure selon de nombreux interlocuteurs de la mission.** La logique du diplôme, les cloisonnements entre les champs voire le statut (public, privé, associatif), la méconnaissance des possibilités sont aujourd'hui des freins à cette fluidité des parcours qu'il faut pourtant accroître en prenant appui sur des pratiques et des exemples qui vont dans ce sens.

[490] Bien sûr, la taille des structures qu'elles soient publiques, privées ou associatives et quel que soit le champ d'intervention est en réalité d'une grande importance. Une petite structure, par

<sup>135</sup> « Le modèle TICC a facilité la rétention du personnel dans les trois pays, car les membres des équipes TICC se sentaient plus épanouis au travail. Pour le personnel soignant, il semblerait que TICC contribue à une diminution du nombre de jours d'arrêts de travail et à une meilleure satisfaction professionnelle, mais au prix d'un coût plus élevé », Transforming Integrated Care in the Community (TICC), Transformer l'aide et les soins à domicile, RAPPORT D'EVALUATION 2017-2022, European regional development fund, 2023

<sup>136</sup> Programme dit « Transformation des SAAD en équipes locales autonomes » de la CNSA.

<sup>137</sup> C'est aussi ce que réclame le rapport de Denis Piveteau de février 2022.

<sup>138</sup> A noter que cette recommandation est proche d'une des recommandations du rapport IGAS « pratiques managériales en entreprises et politiques sociales, les enseignements d'une comparaison internationale (Allemagne, Suède, Italie, Irlande) » de juillet 2024 qui défend l'idée d'un fond de développement des pratiques managériales innovantes sur le modèle allemand en grande partie financé par le FSE+

exemple un établissement de petite taille n'aura pas dans ses effectifs un poste de DRH et ne pourra pas nécessairement développer une GPEC ou une politique RH de grande ampleur tandis qu'un **établissement de grande taille aura certes des inconvénients liés à sa taille (circulation de l'information, distance avec le management), mais aussi l'avantage de disposer des moyens financiers et humains d'avoir une compétence RH développée.**

[491] C'est également le cas des **associations qui disposent de plusieurs établissements sur un même territoire** (département, région), ce que la mission a rencontré à de nombreuses reprises ; dans ce cas non seulement chaque établissement peut disposer d'un soutien RH du siège ou des collègues, mais surtout le réseau constitue un bon terrain de jeu pour des parcours de carrière plus fluides. Par exemple à Annecy, l'association des PEP SMB (Savoie Montblanc couvrant la Savoie et Haute-Savoie) s'est constituée en plate-forme de service comprenant un IME avec hébergement, un Service d'assistance pédagogique à domicile à l'hôpital ou à l'école (SAPADHE), une communauté360 intervenant sur la Haute Savoie, deux Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), une équipe mobile d'appui à la scolarisation et depuis peu s'est organisé en DIME (dispositif intégré médico-éducatif).

[492] Cette structuration souple que vient couronner l'organisation intégrée en DIME a pour objet de fluidifier les parcours des jeunes et d'offrir une palette de solutions sans ruptures de prises en charge. **Cette organisation a également un effet positif sur les personnels puisque les professionnels** (psychologue, éducateur spécialisé, psychomotricien, moniteur éducateur, etc.) **passent d'un poste à un autre poste dans des structures avec hébergement (réputées plus difficiles) à des entités d'accueil de jour ou d'intervention en milieu ouvert et ce, non seulement au cours de la carrière mais aussi dans les affectations qui peuvent changer d'un mois sur l'autre.** C'est une pratique vertueuse qui évite l'exposition continue à des facteurs de mal être au travail et qui d'une certaine manière prévient la pénibilité et facilite la fidélisation des professionnels.

[493] De la même façon, dans un EHPAD visité par mission à Maromme près de Rouen, le fait que la même structure dispose à la fois d'un établissement d'hébergement (y compris accueil de jour et hébergement temporaire) situé en centre-ville et ouvert sur la ville et de services d'aide à domicile. Dans ce cadre également, le fait de passer de l'hébergement au domicile et inversement est bénéfique pour les professionnels qui renouvellent leur engagement au travail, retrouvent un sens au travail qu'une forme de routine a tendance à corrompre, et peuvent également disposer temporairement de conditions de travail différentes.

[494] Enfin, dans le champ de l'enfance, les réflexions actuelles du comité de filière petite enfance et de l'équipe en charge de la préfiguration du service public de la petite enfance incluent également des actions visant à **développer une plus grande porosité entre les lieux d'accueil qu'ils soient collectifs ou individuels pour faciliter les passages de l'un à l'autre.** En l'occurrence se pose la question également des qualifications et des blocs de compétences notamment pour que des assistantes maternelles, parfois sans diplôme relevant du champ de la petite enfance puissent exercer en accueil collectif.

[495] En conclusion il **semblerait utile que ce soient soutenues les formes juridiques qui combinent des dispositifs de soins et d'accompagnement diversifiés permettant d'allier hébergement et domicile, accueil de jour et milieu ouvert, accueil collectif et accueil individuel.**

## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Analyse des parcours des étudiants en formation sanitaire et sociale

Annexe 2 : Tensions de recrutement sur le marché du travail des champs sanitaire et social

# ANNEXE 1. Analyse des parcours des étudiants en formation sanitaire et sociale

[1] En complément des entretiens et recherches menés par la mission, il a été décidé d'étudier plus en détail la formation des individus dans les instituts délivrant des diplômes d'État dans les secteurs sanitaire et social. En effet, il a été constaté que les abandons augmentaient. Ainsi, il est important de savoir à quel point ils augmentent et d'essayer d'en trouver les causes. D'autant plus qu'il y a un besoin en formation pour pouvoir subvenir aux besoins futurs d'une population vieillissante. Pour y parvenir, il a été décidé de créer davantage de places pour les formations d'infirmier. Cependant, cette méthode ne semble pas fonctionner. Ainsi, plusieurs questions ont été soulevées et des hypothèses testées, telles que : un taux d'abandon plus élevé dû à l'éloignement géographique, ou alors lié à un choix par défaut de la formation ; quelles sont les formations d'origine des étudiants ? où vont les individus abandonnant ? Cela permettrait de mieux comprendre les trajectoires des étudiants dans les formations sanitaires et sociales, notamment ceux qui abandonnent ou échouent.

[2] Par le biais d'accès à des bases de données au sein du Centre d'accès sécurisé aux données (CASD)<sup>139</sup>, le pôle Data de l'Igas a pu réaliser plusieurs analyses afin de fournir des informations spécifiques à la mission, en respect du secret statistique<sup>140</sup>. L'étude a été réalisée en utilisant Python, à l'aide de la bibliothèque Pandas.

## 1 Méthodologie de l'analyse

### 1.1 Bases Parcoursup, SISE et enquêtes écoles : une diversité de sources

[3] Afin de pouvoir répondre à ces questions, plusieurs sources d'informations ont été exploitées entre 2019 et 2023 :

---

<sup>139</sup> La description des bases utilisées est donnée plus bas

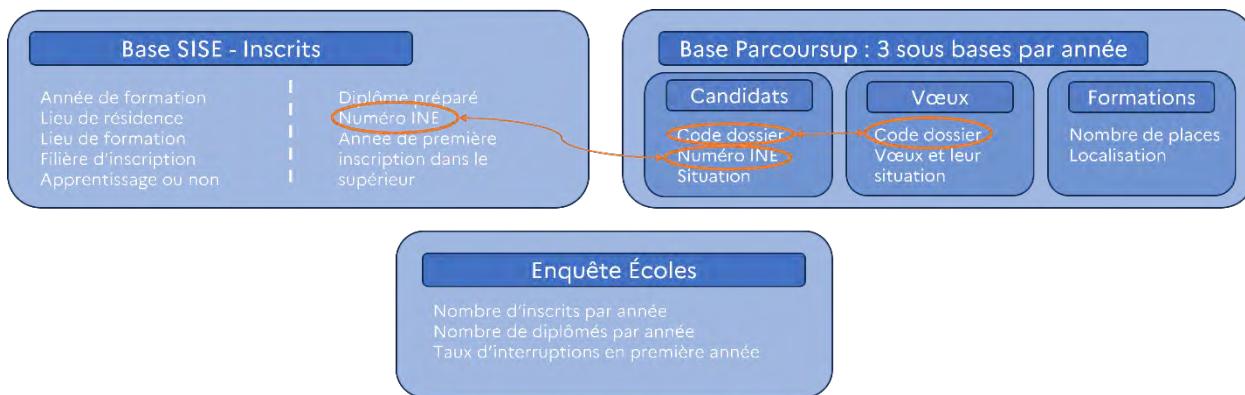
<sup>140</sup> Conformément à la loi n° 51-711 du 7 juin 1951

Tableau 1 : Présentation des sources d'informations utilisées pour cette étude

Producteur	Description	Objectifs pour la mission	Accès	
Enquêtes Écoles	DREES <sup>141</sup>	Informations sur le nombre d'étudiants en formation (nombre de candidats, nombre d'inscrits, nombre de diplômés, etc.)	Avoir des statistiques de référence	Libre
Parcoursup	SIES (MESR) <sup>142</sup>	Remontées de l'application Parcoursup, données exhaustives	Comprendre les choix de formation des individus	Restreint
SISE - Inscrits Université	SIES (MESR)	Ensemble des inscriptions prises au 15 janvier de l'année N dans les différents établissements d'enseignement supérieur	Réaliser des études sur les origines scolaires et les parcours dans le supérieur	Restreint

[4] L'enquête écoles de la DREES fournit des informations annuelles sur le nombre de redoublants, d'interruptions de scolarité, de diplômés, ... Cependant, puisqu'il s'agit d'une enquête, quelques biais peuvent apparaître comme des biais de non-réponse, de sélection ou de désirabilité sociale. Il a donc été décidé d'utiliser deux bases de données supplémentaire, SISE et Parcoursup pour compléter l'information. De plus, ces deux bases fournissent plus de données que les résultats des Enquêtes Écoles (Graphique 1), ce qui justifie leur intérêt pour la mission avec une possibilité de suivi des étudiants par exemple.

Graphique 1 : Aperçu du contenu des bases de données utilisées lors de l'étude et liens entre elles



[5] Lecture : Dans la base Parcoursup, pour lier les candidats à leurs vœux, il faut utiliser le code dossier. Ensuite, pour lier ces candidats et vœux à l'ensemble du parcours dans le supérieur, et donc la base SISE, il faut utiliser le numéro INE (définir)

[6] Les données fournies par les enquêtes écoles permettent de toucher un panel de formation plus large. En effet, les bases Parcoursup et SISE – Inscrits contiennent des informations sur les formations d'infirmiers et d'éducateurs spécialisés mais rien sur celles d'aides-soignants ou d'auxiliaires de puériculture. De plus, la base SISE n'est pas complétée de façon égale pour chaque formation. Notamment pour la formation d'éducateur spécialisé où, en 2023, 5 294 étudiants sont

<sup>141</sup> Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

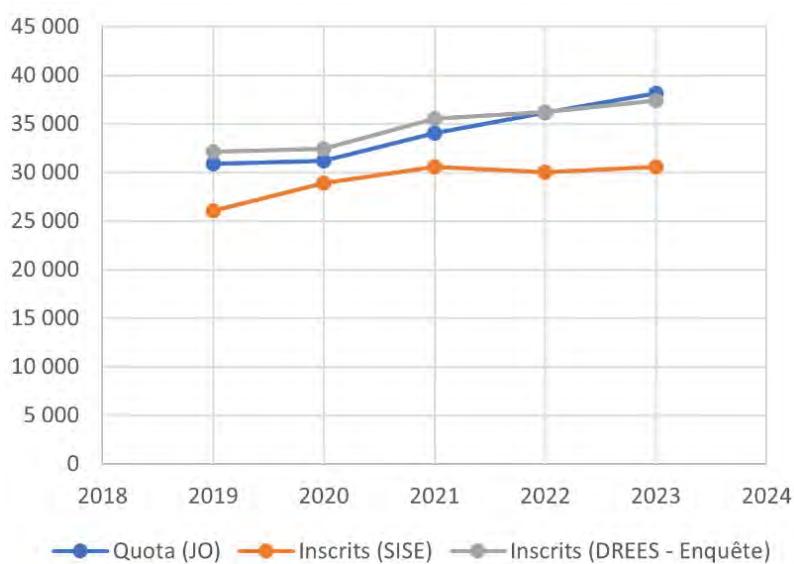
<sup>142</sup> Sous-direction des Systèmes d'Information et des Études Statistiques du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

en première année selon l'enquête de la DREES mais seulement 296 apparaissent dans la base SISE. L'accent sera donc davantage mis sur la formation aux soins infirmiers.

[7] Afin de valider la complétude de l'information, plusieurs sources ont été comparées pour les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Ainsi, en utilisant les données des Enquêtes Écoles, de la base SISE et le quota de places ouvertes en première année<sup>143</sup>, il peut y avoir un écart important suivant la source (Graphique 2). Malgré un écart de près de 20 % en 2023 entre quotas et le nombre d'inscrits dans la base SISE (qui s'explique par l'absence de renseignement de la base dans certaines régions), la volumétrie permet d'effectuer un traitement statistique avec au moins 25 000 étudiants retrouvés. Il sera tout de même bon de garder ces écarts entre les sources à l'esprit dans la suite de l'annexe afin d'éviter des erreurs d'interprétations trop hâtives.

[8] La base Parcoursup semble quant à elle correctement renseignée, du moins pour les champs considérés lors de cette étude : situation des vœux (accepté, refusé par le candidat, refusé par l'établissement, etc.), situation académique du candidat (venant du secondaire, du supérieur, du monde professionnel, etc.) et numéro INE. Il n'y a pas d'absence notable de données dans cette base.

Graphique 2 : Évolution des inscrits en première année en IFSI et quotas de places en première année selon des différentes sources



[9] Lecture : En 2023, 38 162 étudiants étaient à admettre en première année d'IFSI. L'enquête en dénombre 37 377 et dans la base SISE, 30 560 sont trouvés.

[10] Pour réaliser un suivi des étudiants, de leurs vœux sur Parcoursup jusqu'à leur parcours de formation dans le supérieur, il faut suivre les numéros d'identification INE. Ce champ permet de lier les bases SISE et Parcoursup (Graphique 1). Une fois les liens entre les bases effectués, il devient alors possible de suivre toute la scolarité supérieure des étudiants en formation sanitaire et sociale. En effet, il suffit de comparer les inscrits d'une année à l'autre. Ainsi, cela permettra

<sup>143</sup> Données trouvées dans le Journal Officiel avec une publication annuelle sur l'ouverture des places en formation

d'obtenir des informations sur les parcours et sur d'éventuels déterminants de la réussite des élèves.

## 1.2 Prétraitement des données : erreurs dans les bases Parcoursup et SISE

[11] Puisque le numéro INE est essentiel dans notre étude, il est important qu'il soit correctement renseigné. Comme il s'agit d'une chaîne de caractères, il est difficile de garantir un tri complet en l'absence d'un registre d'INE. Un filtre a été mis en place pour supprimer les valeurs aberrantes comme « X », « XXXXXXXX », « SANS », « NON », « 0 », ... Pour l'essentiel de ces cas, sur Parcoursup, il s'agit de dossiers incomplets, sans vœu émis, donc n'impactant pas notre étude. De plus, certains paramètres, saisies sous forme de chaînes de caractères, contenaient des espaces en fin de texte.

[12] Excepté ces traitements initiaux dans les clefs d'identification, peu d'actions ont été requises. Néanmoins, afin de simplifier l'étude, les trois bases de données de l'ensemble Parcoursup ont été assemblées par le biais d'un tri sur les candidats ayant effectué un vœu pour une formation au Diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES) et au DE infirmier. Il a également été décidé de ne pas inclure toutes les données disponibles afin de réduire la taille de la nouvelle base, et donc les temps de traitement.

## 1.3 Des spécificités des formations réduisant le champ des analyses

[13] Le passage d'APB à Parcoursup en 2018 s'est traduit par une modification de procédure pour l'entrée dans le supérieur. L'étendue temporelle de l'étude est restreinte à 2018-2023 afin de rester sur un processus comparable entre les années. De plus, par suite de la disparition du concours d'entrée en IFSI au profit d'un examen de dossier en 2019, il convient de se placer, pour cette formation, sur l'intervalle 2019-2023. Cependant, les individus ayant effectué une année préparatoire au concours d'entrée en IFSI sur l'année scolaire 2018-2019 vont venir impacter les statistiques de 2019. Ainsi, il est bon de garder ces éléments en tête lors de la lecture des résultats.

### Spécificités des candidatures en IFSI sur Parcoursup

Lorsqu'un individu candidate sur Parcoursup, il peut renseigner jusqu'à dix vœux et vingt sous-vœux. Cependant, les IFSI présentent une particularité, au même titre que d'autres formations comme les Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) en Île-de-France, le concours commun des écoles nationales vétérinaires, le réseau des Sciences Po ou les instituts d'orthophonie. Pour ces formations, le nombre de sous-vœux n'est pas limité et n'est donc pas pris en compte dans cette limite des vingt sous-vœux. De plus, pour les IFSI, les instituts en orthoptie, audioprothèse et orthophonie, il y a une limite de cinq vœux par type de formation où un vœu est lié à un regroupement territorial. Ainsi, un individu peut demander jusqu'à cinq regroupements territoriaux d'IFSI et, parmi ces regroupements, candidater à autant d'instituts qu'il le souhaite.

En outre, les étudiants en PASS peuvent choisir une mineure en soins infirmiers. Cela permet une passerelle en cas d'échec à l'examen classant afin d'intégrer un IFSI en deuxième année. Cependant, cette information n'est disponible qu'à partir de 2023 dans la base de données et ces cas ne seront donc pas considérés pour rester à champ constant sur toute l'échelle de l'étude (1,5 % des vœux du champ infirmier concernent cette formation, les 98,5 % sont pour les IFSI). Lors d'une mise à jour des analyses, il pourrait être bon de s'y pencher un peu plus en détail.

## 2 Le profil et la motivation des étudiants sont stables depuis 2019

### 2.1 La formation au DE infirmier reste attractive alors que la formation au DE éducateur spécialisé est de moins en moins attractive

[14] Dans le but d'examiner l'hypothèse d'une baisse de motivation ou d'intérêt à l'entrée de la formation, il a été décidé de se concentrer sur les candidats et leurs vœux dans Parcoursup et leur évolution entre 2019 et 2023.

[15] En regardant le nombre de personnes ayant émis un vœu pour un IFSI, il est possible d'avoir, par année, le nombre de candidats. Il a été choisi de comparer les candidats au nombre d'élèves en terminale générale, professionnelle et technologique afin d'éviter qu'une évolution du nombre de candidats soit liée à une même évolution du nombre d'élèves en terminale<sup>144</sup>, et ainsi essayer de corriger d'éventuels effets générationnels. Les données disponibles dans le Tableau 2 présentent de très faibles fluctuations, la formation reste dans les plus demandées sur les cinq années.

Tableau 2 : Évolution du nombre de candidats Parcoursup pour une première année en IFSI entre 2019 et 2023

	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de candidats	98 336	96 082	101 586	99 117	94 007
Nombre d'élèves en terminale	537 604	514 769	513 340	523 726	530 876
Proportion de candidats rapportés au nombre d'élèves en terminale	18,3 %	18,7 %	19,8 %	18,9 %	17,7 %

Source : données de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (MESR) et de la base Parcoursup, traitement Pôle data de l'Igas

[16] En procédant de même pour les formations au Diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES), la formation apparaît moins attractive (Tableau 3). Cette baisse de 8 200 candidats entre 2020 et 2023 est à rapprocher d'une moyenne de 5 000 candidats à admettre en première année.

<sup>144</sup> Attention toutefois, les élèves en terminale ne sont pas les seuls à pouvoir candidater sur Parcoursup

Tableau 3 : Évolution du nombre de candidats Parcoursup pour une formation préparant au DEES entre 2019 et 2023

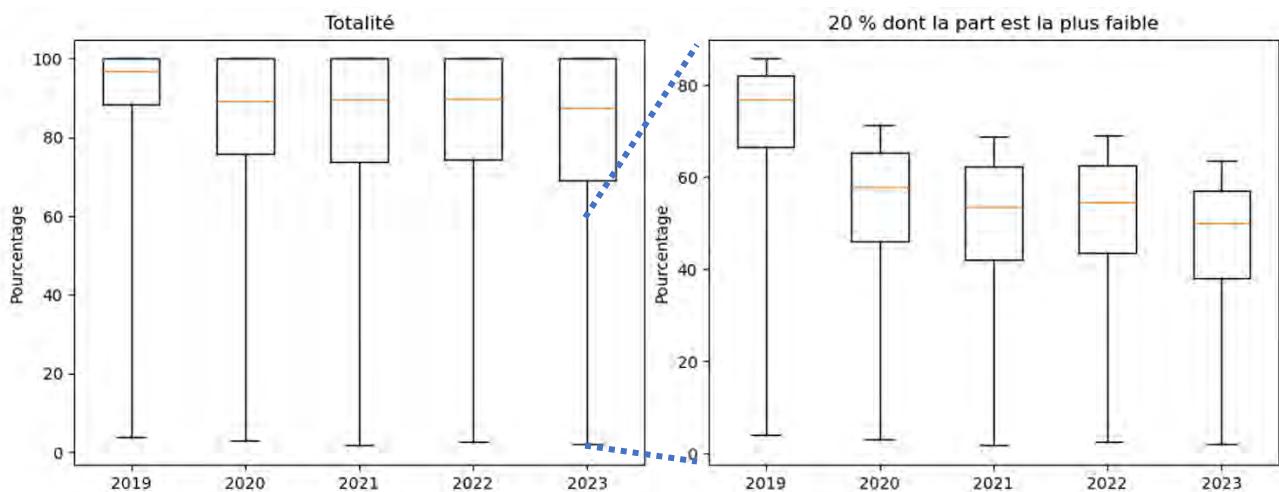
	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de candidats	21 063	22 016	18 539	16 293	13 747
Proportion de candidats rapportés au nombre d'élèves en terminale	3,9 %	4,3 %	3,6 %	3,1 %	2,6 %

Source : données de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (MESR) et de la base Parcoursup, traitement Pôle data de l'Igas

[17] Afin de mesurer la motivation, il a été décidé de regarder la part des vœux pour une formation en IFSI pour les individus qui ont accepté ce vœu (i.e.  $\frac{\text{Nombre de vœux en IFSI du candidat}}{\text{Nombre total de vœux du candidat}}$ ). Sachant que le candidat a accepté un vœu en IFSI. Cela permet d'avoir une information sur un éventuel choix par défaut de la formation. Ainsi, la distribution de la part des vœux a été mise sous forme de diagramme en boîtes à moustaches, représentée en Graphique 2. Le premier quartile était étendu — allant de quelques pourcents à plus de 60 % — il a été décidé d'étudier plus précisément les 20 % dont leur part de vœux IFSI est la plus faible et qui ont accepté le vœu. L'année 2019 est à considérer différemment puisqu'il s'agit de l'année de bascule entre concours et dossier.

[18] Il apparaît que la formation est très demandée et que peu de personnes y vont par défaut. En effet, entre 2020 et 2023, au plus 2 900 personnes ont accepté un vœu en IFSI alors que moins de la moitié de leurs vœux portait sur un IFSI. Ces étudiants représentent moins de 10% des inscrits. Il semble donc y avoir peu d'étudiants intégrant ces formations par défaut. Ces résultats sont tout de même à relativiser avec la dynamique particulière des vœux présentées plus tôt. En effet, pour obtenir ces proportions, tous les sous-vœux sont pris en compte.

Graphique 3 : Distribution de la part des vœux en IFSI sur l'ensemble des vœux Parcoursup, pour les candidats ayant accepté ce vœu. A droite, zoom sur les 20 % dont la part est la plus faible (i.e. les individus les moins « motivés »)



Lecture : En 2023, pour les trois quarts des candidats ayant accepté ce vœu, cette formation représentait au moins 70 % de leurs vœux (gauche). Parmi les 20 % étudiés plus en détail, un quart

des étudiants (donc 5 % du total, représentant 1 460 individus) a accepté la formation alors que cela constituait moins de 40 % de leurs vœux

Source : *données Parcoursup, traitement Pôle Data de l'Igas*

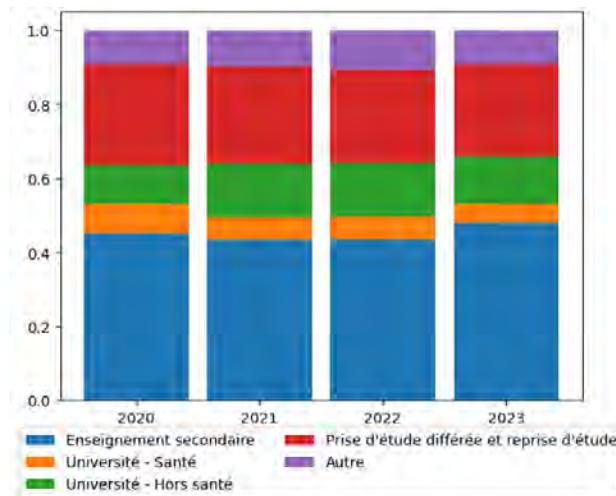
## 2.2 La provenance académique directe des étudiants de ces formations semble rester stable

[19] Puisque la motivation semble toujours importante à l'entrée de la formation, les facteurs déterminant de la réussite au diplôme d'infirmier se situent certainement ailleurs. Ainsi, il peut être bon de regarder d'autres variations en amont de la formation. Une des explications peut venir de la formation initiale des étudiants. C'est-à-dire quelle formation suivaient ces élèves juste avant l'entrée en formation.

[20] Puisque les informations sont plus détaillées dans la base Parcoursup, il a été décidé de recourir principalement à cette source d'informations. La base SISE a été utilisée afin de contrôler qu'un candidat ayant bien accepté le vœu soit inscrit, pour le cas IFSI. Bien que cette base SISE présente des écarts plus ou moins importants avec les Enquêtes Écoles sur le nombre d'inscrits, la volumétrie est suffisante pour réussir à établir des statistiques avec au moins 25 000 étudiants (voir 1.1).

[21] Le Graphique 4 montre que la provenance des étudiants reste stable sur les années considérées. Entre 2020 et 2023, les individus en première année viennent entre 43 % et 48 % directement du secondaire, alors qu'entre 18 % et 21 % intègrent cette formation à la suite d'un parcours en université. Plus d'un cinquième des étudiants en première année sont dans le cas d'une prise d'étude différée ou d'une reprise d'étude.

Graphique 4 : Part des origines des élèves en première année d'IFSI

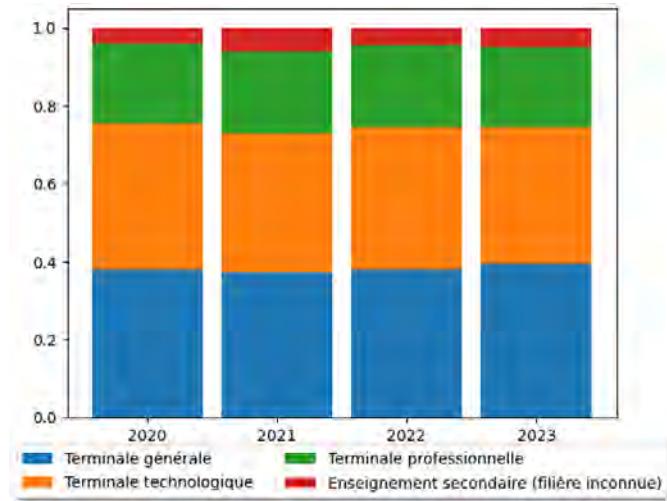


[22] Lecture : Université – Santé : PASS, PACES et Sciences pour la santé ; Autre : BTS, CPGE, IUT, Établissement étranger, etc.

Source : *données SISE et Parcoursup, traitement Pôle Data de l'Igas*

[23] Parmi les élèves sortant du secondaire, la répartition entre les filières est constante avec environ 20 % venant d'une terminale professionnelle, 35 % technologique et 40 % générale (Graphique 5). Ainsi, la provenance des étudiants varie peu sur la période considérée.

Graphique 5 : Part des origines des élèves en première année d'IFSI, zoom sur l'enseignement secondaire

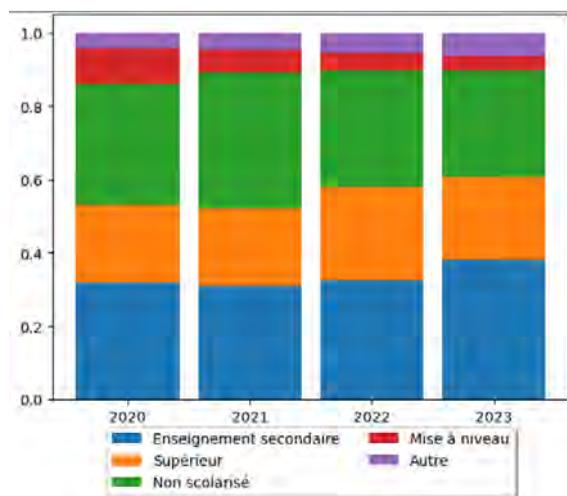


Lecture : Enseignement secondaire (filière inconnue) : Non renseignée

Source : : données SISE et Parcoursup, traitement Pôle Data de l'Igas

[24] Puisqu'il n'est pas possible d'utiliser la base SISE pour la formation au DEES, l'étape de vérification entre un vœu accepté sur Parcoursup et le début de la formation n'a pas pu être effectué. Le Graphique 6 montre que la situation antérieure des personnes ayant accepté le vœu est relativement stable sur la période 2020-2023. Une diminution de la part des élèves non scolarisés et issus d'une mise à niveau au profit de l'enseignement secondaire est tout de même à noter.

Graphique 6 : Part des origines des élèves en première année de formation au DEES (gauche), zoom sur l'enseignement secondaire (droite)

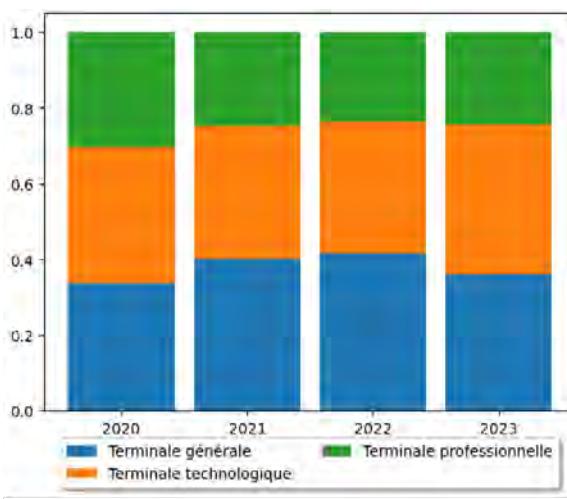


Lecture : Supérieur : Université (environ 67 %), BTS (18 %), DUT, formation du social ; Autre : Scolarité à l'étranger, formation professionnelle, ...

Source : données Parcoursup, traitement Pôle Data de l'Igas

[25] De plus, la base SISE contenait l'information sur les filières à l'université (utilisé pour la distinction Santé / Hors santé). Ainsi, il n'est plus possible d'avoir cette granularité de l'information dans le cas DEES. Cependant, il est toujours possible d'obtenir la filière du baccalauréat pour les individus venant du secondaire. Depuis 2021, cette répartition de filière est stable et équilibrée avec, en moyenne, 37 % du général, 36 % du technologique et 27 % du professionnel (Graphique 7).

Graphique 7 : Part des origines des élèves en première année de formation au DEES, zoom sur l'enseignement secondaire



Source : données Parcoursup, traitement Pôle Data de l'Igas

## 2.3 La base SISE n'est pas exploitable pour des effets géographiques

[26] La base de données des inscrits du supérieur n'est pas remplie de la même manière au sein des régions, pour les IFSI du moins. Par exemple, en se fiant uniquement à cette source, la région Centre-Val de Loire n'aurait pas d'élèves dans cette formation. Ainsi, il n'est pas possible d'avoir des informations fiables sur d'éventuelles effets géographiques.

[27] Même pour les régions qui semblent correctement remplies, l'échelle départementale que propose la base n'est pas correcte. Ainsi, étudier l'éloignement géographique des élèves à leur famille n'a pas été possible.

## 3 Analyse des facteurs influençant la réussite en formation sanitaire et social : risques de redoublement et interruptions croissantes

### 3.1 Des risques de redoubler plus importants en fonction de la situation précédant l'entrée en formation

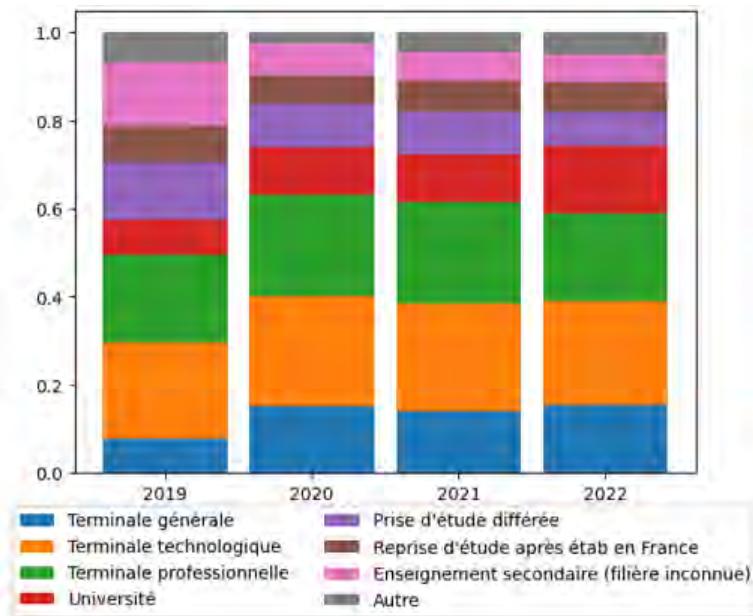
[28] Puisqu'à l'entrée de la formation les élèves semblent motivés et qu'il n'y a pas d'évolution notable de leur provenance académique, il faut s'intéresser à ce qu'il se passe une fois en formation. Pour cela, le pôle a commencé à s'intéresser aux redoublements. Deux travaux ont été menés afin d'établir la provenance académique des redoublants et d'établir des probabilités de redoubler conditionnées à la filière du cursus précédent.

[29] Pour cela, le pôle a utilisé la base SISE afin de comparer les inscrits en première année dans une année donnée aux inscrits en première année l'année suivante. Un même numéro INE présent dans ces deux listes correspond à un élève redoublant sa première année. Ensuite, en utilisant les informations préalablement obtenues sur les parcours académiques, il est possible d'avoir les résultats désirés.

[30] Puisque la base SISE n'est pas correctement remplie pour la formation au DEES, seulement les IFSI seront considérés dans cette sous-partie.

[31] Le Graphique 8 met en avant une stabilité dans l'origine académique des redoublants. Par ailleurs, bien que les élèves issus directement du secondaire composent environ 40 % des premières années, ils composent environ 60 % des redoublants. Pour étudier ce constat, il a été décidé d'ajuster ces valeurs en utilisant le nombre d'inscrits de l'origine académique considéré.

Graphique 8 : Provenance académique des redoublants en première année d'IFSI

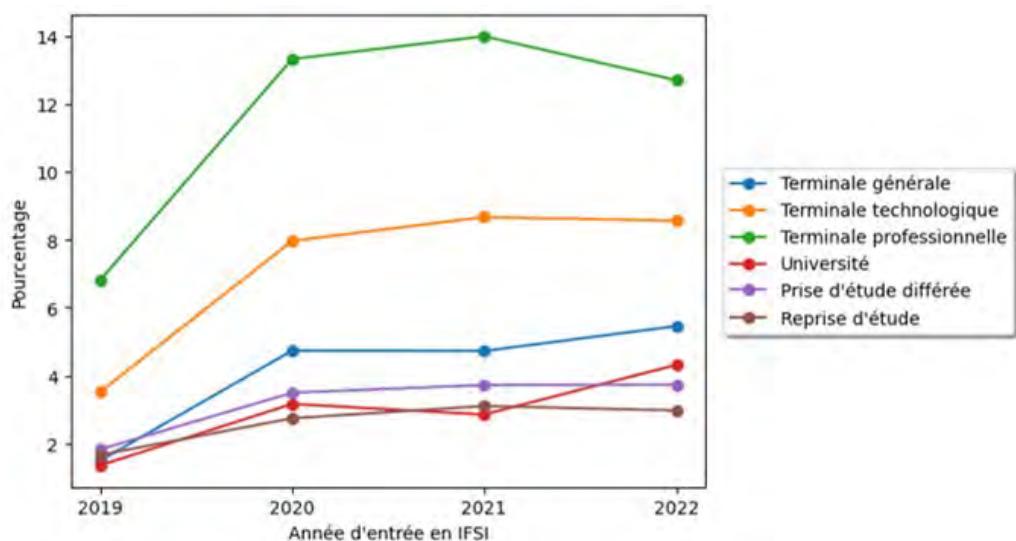


Lecture : Parmi les élèves de première année en 2022 – ayant donc redoublés en 2023 – 15 % étaient en terminale générale avant d'intégrer l'IFSI

Source : données SISE et Parcoursup, traitement Pôle Data de l'Igas

[32] Ainsi, comme esquissé précédemment, le Graphique 9 montre que les étudiants issus du secondaire sont les plus susceptibles de redoubler. Ainsi, lorsque des 3 % des étudiants reprenant leurs études redoublent, ce pourcentage est multiplié par plus de 4 pour les étudiants venant d'un baccalauréat professionnel.

Graphique 9 : Proportion de redoublants conditionnée au nombre d'individus de cette origine académique



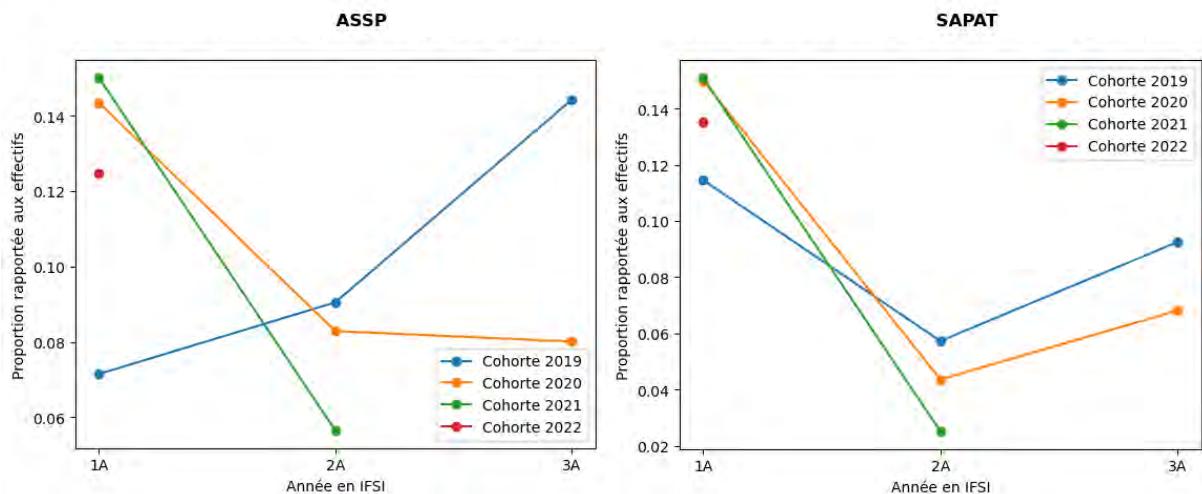
Lecture : Parmi les individus entrés en première année d'IFSI, en 2022, directement après une terminale professionnelle, 12,7 % ont redoublé

Source : données SISE et Parcoursup, traitement Pôle Data de l'Igas

[33] Ce graphe présente les risques de redoubler pour la formation en IFSI. Cependant, ce constat n'est pas propre à cette formation, les étudiants avec un bac technologique ont un taux d'échec élevé dans le supérieur. En effet, seuls 4,8 % des bacheliers professionnels de la génération 2017 obtenaient une licence professionnelle en trois ans, contre 10,7 % des bacheliers technologiques et 38,5 % des bacheliers généraux, selon une étude de la DGRI-SIES<sup>145</sup>.

[34] En étudiant plus précisément le parcours des étudiants avec un baccalauréat professionnel, on observe qu'entre 2019 et 2023, qu'environ 80 % viennent de la filière Accompagnement, soins et service à la personne (ASSP) et à environ 20 % de la filière Services aux personnes et aux territoires (SAPAT). En effectuant un suivi des cohortes, il est possible de savoir si les étudiants redoublent. Il suffit de comparer les inscrits dans une année, dans un niveau, aux inscrits les années suivantes dans ce même niveau.

Graphique 10 : Évolution des redoublants en IFSI par cohorte pour les étudiants provenant d'un baccalauréat professionnel ASSP (gauche) et SAPAT (droite)



Lecture : Parmi les étudiants issus d'un bac. pro. ASSP ayant intégré un IFSI en première année en 2020, 14,4 % ont redoublé la première année, 8,3 % la deuxième année et 8 % la troisième

Source : données SISE et Parcoursup, traitement Pôle Data de l'Igas

[35] Bien que les étudiants redoublent plus fréquemment en première année, les risques de redoubler restent tout de même non négligeables en deuxième et troisième année. Il serait intéressant de comparer ces risques en deuxième année et troisième avec les risques liés aux étudiants venant d'une autre formation pour savoir si la situation est similaire. Par ailleurs, ces graphes sont à comparer aux graphes des abandons pour ces étudiants afin d'avoir une vision plus étendue de l'ensemble de la formation en IFSI.

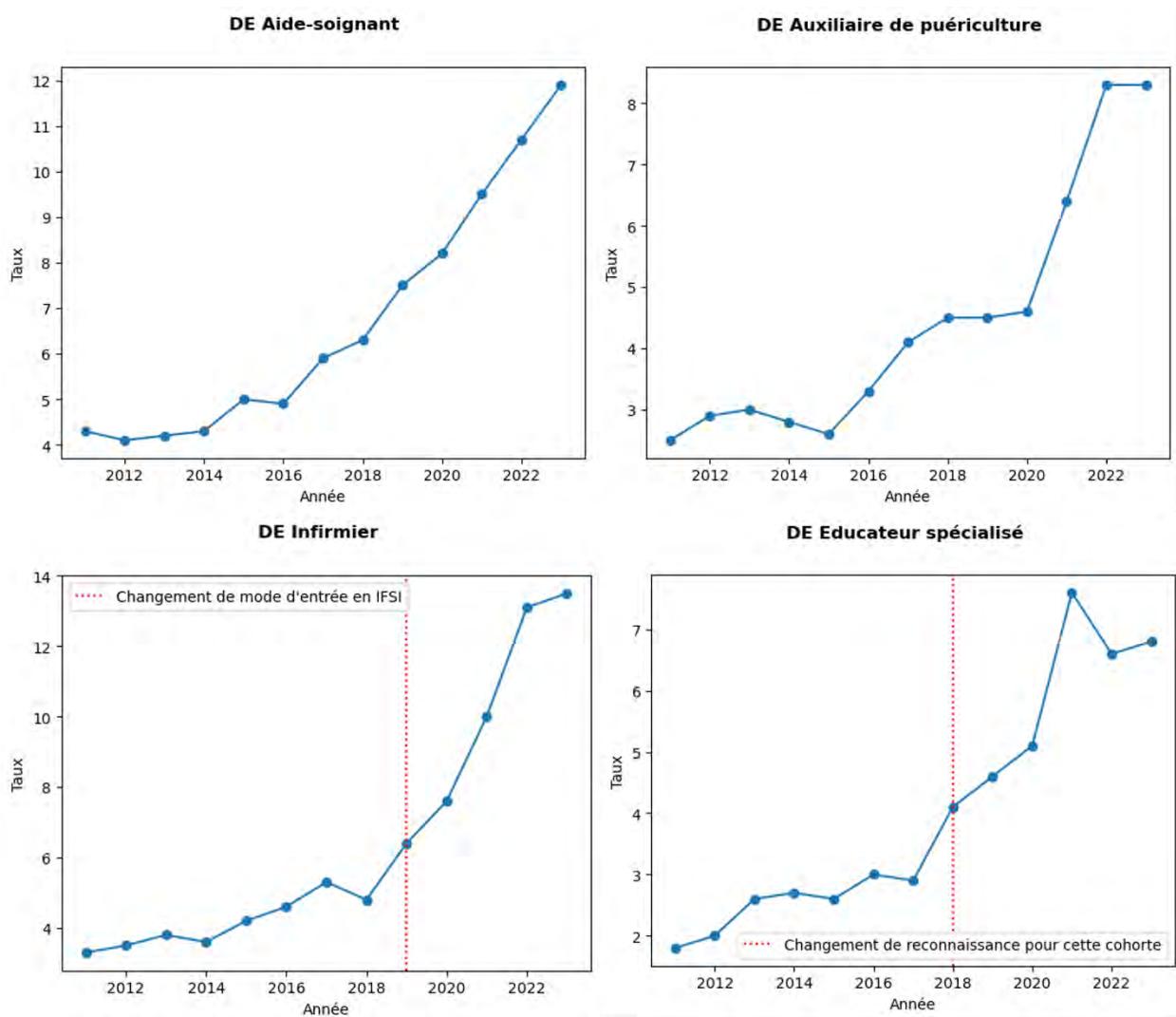
<sup>145</sup>

[https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eestr/FR/T149/les\\_parcours\\_et\\_la\\_reussite\\_en\\_licence\\_licence\\_professionnelle\\_et\\_master\\_a\\_l\\_universite/#I\\_LL\\_EESR17\\_ES\\_22\\_02](https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eestr/FR/T149/les_parcours_et_la_reussite_en_licence_licence_professionnelle_et_master_a_l_universite/#I_LL_EESR17_ES_22_02)

### 3.2 Une augmentation des interruptions qui touche l'ensemble du domaine de formation

[36] En utilisant les données des enquêtes de la DREES, il est possible d'avoir les évolutions des taux d'interruption en première année pour diverses formations des secteurs de la santé et du social. Au vu de la qualité de la base SISE, il a été décidé d'utiliser uniquement les données de la DREES afin de pouvoir comparer à méthode constante, et d'avoir des données fiabilisées.

**Graphique 11 : Évolution des taux d'interruptions en première année dans les formations préparant à des diplômes d'état du secteur sanitaire et social**



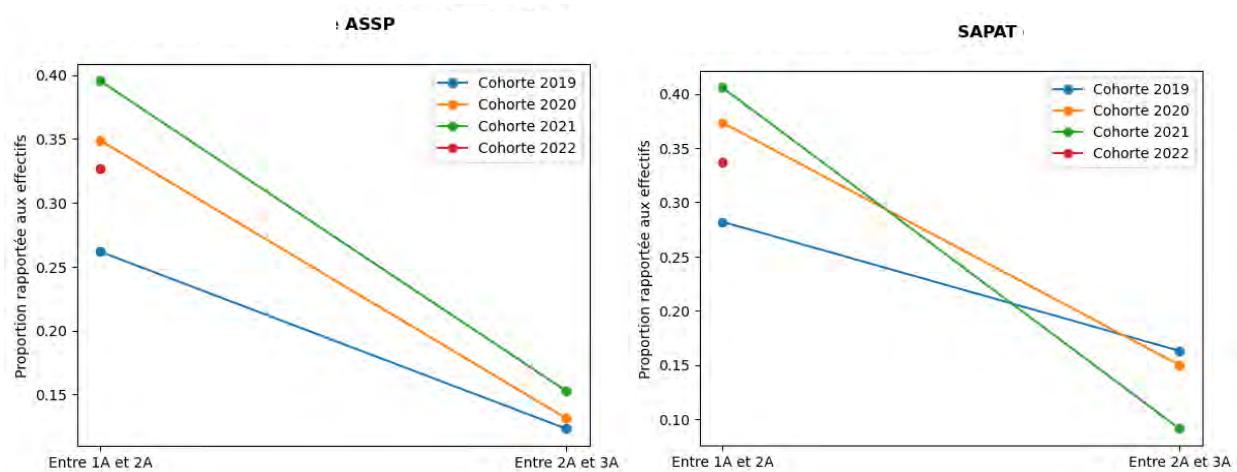
Lecture : Rupture de série en 2022, le taux d'interruption correspond aux interruptions sans annonce de report jusqu'en 2022, et après, il s'agit des interruptions définitives. En 2021, le DEES est reconnu comme diplôme de niveau 6, et non plus 5. Cela concerne les étudiants ayant commencé leur formation en 2018

Source : données Enquête Écoles, DREES

[37] En se référant aux courbes présentées Graphique 11, la tendance des taux d'interruption en première année est à la hausse depuis 2011, pour les quatre formations sélectionnées. Ces derniers ont été multipliés par trois sur dix années. Pour les formations au DE infirmier, donc les IFSI, bien que cela semble augmenter un peu plus vite suite au changement du mode d'entrée, il faut relativiser en observant une évolution similaire dans les autres formations du secteur.

[38] Afin d'avoir une vue plus détaillée et complétant le paragraphe [31], un suivi des étudiants venant directement d'un baccalauréat professionnel ASSP et SAPAT a été réalisé pour obtenir des informations sur les interruptions de scolarité. Cela permet de savoir à quel moment de la formation les élèves abandonnent.

**Graphique 12 : Évolution des étudiants perdus de vue en IFSI par cohorte et par année de formation pour les étudiants provenant d'un baccalauréat professionnel ASSP (gauche) et SAPAT (droite)**



Lecture : Parmi les étudiants issus d'un bac. pro. ASSP ayant intégré un IFSI en première année en 2020, 34,9 % ne sont pas retrouvés en deuxième année et 13,1 % de plus ne sont pas retrouvés en troisième année

Source : données SISE et Parcoursup, traitement Pôle Data de l'Igas

[39] Le graphique 12 a été obtenu en comparant les inscrits venant d'une formation ASSP ou SAPAT aux inscrits les années suivantes, en prenant en compte les redoublements. Ainsi, il apparaît que sur l'ensemble de ces étudiants, près de la moitié sont perdus de vue (en cumulant les taux entre les différentes années de formation). Excepté pour la cohorte 2021, entre la deuxième année et la troisième année, les valeurs sont similaires pour les deux spécialités. Pour aller plus loin, il faudrait procéder de même pour toutes les formations de provenance afin d'avoir un aperçu global du phénomène. Il faudrait également avoir des informations sur les raisons des interruptions de scolarités. De plus, les informations sont obtenues avec la base SISE qui présente des défauts de remplissage. Ainsi, des étudiants perdus de vue pourraient également être dû à un défaut de remplissage.

### 3.3 Réorientations difficiles à suivre avec la base SISE

[40] La mission a également désiré savoir où allaient les individus abandonnant leur formation. Cela permettrait de savoir si ces personnes restent dans le domaine de la santé et du social ou non. En regardant les première année d'IFSI sur une année et en comparant l'année suivante pour avoir les individus interrompant leur formation, moins de 10 % de ces derniers sont retrouvés dans la base SISE. Il n'est pas possible, en l'état, de savoir s'il s'agit d'une erreur dans la base de données, que ces personnes vont dans une formation ne rentrant pas dans le cadre de cette base des inscrits du supérieur, vont sur le marché du travail avec le diplôme d'aide-soignant, ...

## 4 L'augmentation de places ouvertes en première année d'IFSI ne se traduit pas par une augmentation des diplômés

### 4.1 Un levier d'action aux effets mitigés par des abandons plus importants

[41] Puisque que le nombre de places ouvertes en IFSI a augmenté depuis 2018, le nombre d'inscrits en première année est passé de 30 182 en 2018 à 32 450 en 2020 et 37 377 en 2023. Le nombre de diplômés trois années plus tard passe de 25 557 en 2018 à 24 557 en 2021 (correspondant à la cohorte 2018) et à 24 215 en 2023 (correspondant à la cohorte 2020). Ainsi, bien que le nombre d'inscrits en première année augmente, le nombre de diplômés diminue depuis 2018.

[42] Pour avoir un aperçu de l'efficacité de l'ouverture de places en première année, on peut étudier pour une cohorte donnée le taux de diplômés par rapport aux inscrits de cette cohorte. La formation s'étalant sur plusieurs années, il y a un décalage à effectuer pour prendre en compte les différentes durées de formation.

[43] Pour les formations d'une durée de trois ans, soit infirmiers et éducateurs spécialisés :

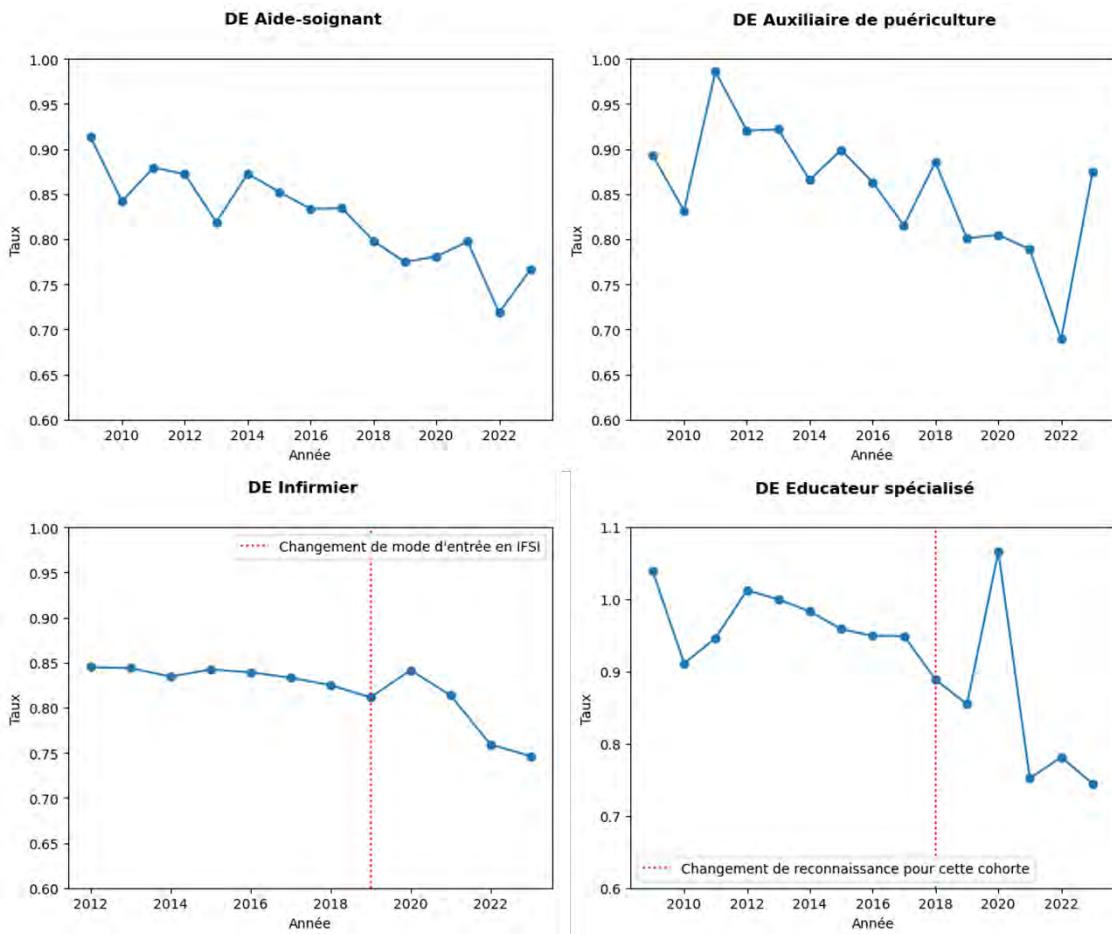
$$Taux\ de\ réussite = \frac{\text{Nombre de diplômés de l'année } n}{\text{Nombre d'inscrits en première année de l'année } n - 3}$$

Et pour les formations d'une durée d'une année, soit aides-soignants et auxiliaires de puériculture :

$$Taux\ de\ réussite = \frac{\text{Nombre de diplômés de l'année } n}{\text{Nombre d'inscrits en première année de l'année } n - 1}$$

[44] L'évolution de ces taux est représentée par graphique 13. La part de diplômé par cohorte diminue. Ainsi, entre 2012 et 2023, ce taux a baissé de 10 points de pourcentage pour le DE infirmier, qui présente l'évolution la moins fluctuante sur les quatre formations présentées. Un taux inférieur à 1 signifie que les admissions en deuxième ou troisième année ne parviennent pas à compenser les abandons. Sur l'ensemble des quatre formations, la part de diplômés représentent entre 75 % et 90 % des inscrits. L'ouverture de places de formations supplémentaires ne se traduit donc pas par une augmentation dans des proportions similaires du nombre de diplômés.

Graphique 13 : Évolution des taux de diplomations rapportés au nombre de premières années en entrée dans les formations préparant à des diplômes d'état du secteur sanitaire et social



Lecture : Les données pour le nombre de diplômés au DEES, les VAE ne sont pas considérées alors que pour les trois autres diplômes présentés, il s'agit de l'ensemble des diplômés, suite au parcours de formation ou VAE partielle ou allègement de scolarité et parcours de formation. Un taux supérieur à 1 peut être dû à un nombre important de redoublant l'année précédente ou à des individus intégrant la formation en deuxième année.

Source : données Enquête Écoles, séries longues, DREES

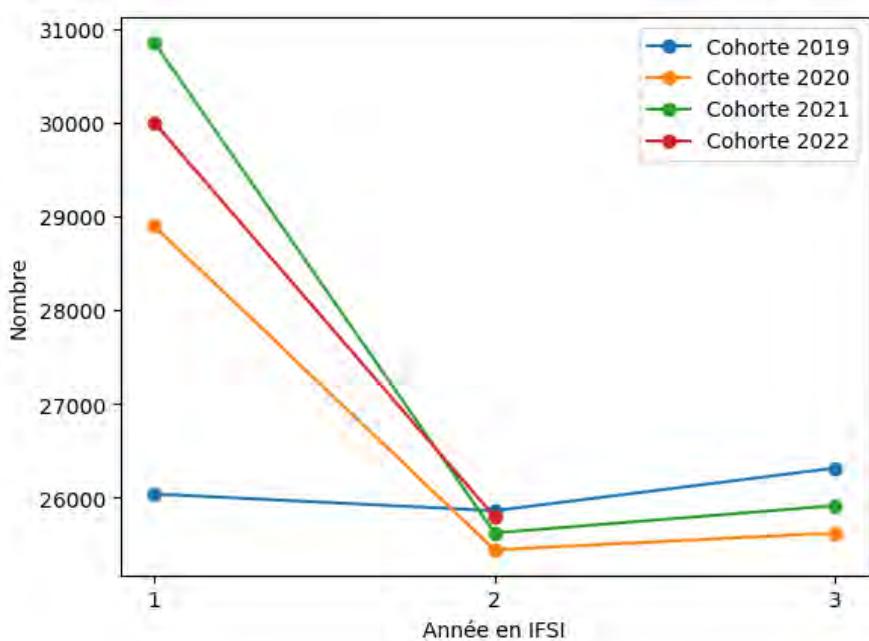
#### 4.2 Une augmentation des places sans incidence importante sur le nombre de candidat : suivi de cohortes

[45] Afin d'avoir plus de détail sur le déroulement de la formation, le pôle a décidé de procéder à un suivi de cohortes. Puisque les régions sont inégalement remplies dans la base SISE, il convient de filtrer sur celles qui semblent correctement remplies. Pour cela, une région est dite correctement remplie lorsque les inscrits en première année correspondant à au moins 80 % des quotas de places à ouvrir dans cette région, et ce, pendant toutes les années de l'étude. Cela

correspond à : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur<sup>146</sup>.

[46] Ainsi, un suivi des cohortes est difficilement interprétable avec certitude au vu du remplissage de la base de données. Toutefois, le graphique 14 semble indiquer que malgré une hausse des inscrits en première année, la répercussion n'est pas au niveau dans la suite de la formation avec un nombre stable d'inscrits en deuxième année au voisinage de 26 000 individus.

Graphique 14 : Évolution des inscrits en IFSI par cohorte, par année de formation, en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur



Lecture : Pour la cohorte 2021 (vert), il y avait 30851 inscrits en première année en 2021, 25623 inscrits en deuxième année en 2022 et 25914 inscrits en troisième année en 2023

Source : données SISE et Journal Officiel, traitement Pôle Data de l'Igas

## 5 Conclusion

[47] L'analyse des données de l'enseignement supérieur dans le domaine des professions sanitaires et sociales met en lumière plusieurs tendances et défis structurels. D'une part, le système de formation semble relativement stable en amont, avec des motivations et des parcours académiques des étudiants de plus en plus clairs et lisibles, notamment pour les formations au Diplôme d'État d'Infirmier, qui continue d'attirer un grand nombre d'étudiants. Cependant, d'autre part, la formation au Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé souffre d'une perte d'attractivité, ce qui peut interroger sur les causes sous-jacentes de cette désaffection.

<sup>146</sup> Avec un seuil de 90 %, il ne resterait que Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Avec un seuil de 95 %, il ne resterait que la Corse.

[48] En termes de réussite et de persévérance dans ces formations, l'étude révèle une augmentation des risques de redoublement et des interruptions de parcours, notamment pour les étudiants provenant du secondaire et particulièrement pour les bacs pros, ce qui suggère une nécessité de mieux comprendre les facteurs socio-économiques et académiques qui influencent ces phénomènes. Les interruptions touchent l'ensemble du secteur, soulignant un besoin urgent de renforcer le soutien aux étudiants pour limiter ces abandons. De plus, la question de la réorientation, particulièrement dans le cadre des parcours difficiles à suivre dans la base SISE, nécessite d'être abordée avec plus de précision afin d'améliorer la gestion des parcours étudiants.

[49] Enfin, la création de places pour ces formations, bien que perçue comme un levier d'action potentiel, se heurte à la réalité des abandons et des redoublements. Il apparaît donc crucial d'intégrer ces variables dans toute réflexion sur l'augmentation de l'offre de formation, et d'envisager des solutions adaptées pour favoriser la réussite de tous les étudiants.

# ANNEXE 2. Tensions de recrutement sur le marché du travail des champs sanitaire et social

[1] Le secteur sanitaire et social fait face à des tensions de recrutement croissantes. Cinq métiers ont été ciblés afin de couvrir une part importante du secteur : les aides à domicile, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les éducateurs spécialisés et les infirmiers. Ces professions essentielles, qui assurent la prise en charge et le soin des populations, sont confrontées à une pénurie de main-d'œuvre, du fait de facteurs structurels et démographiques. Ce document propose tout d'abord un calcul de la tension de recrutement dans ces métiers. L'étude portera ensuite sur l'augmentation des disparités géographiques, qui touchent particulièrement les régions vieillissantes et rurales, avant de discuter de la pertinence de ces analyses. Ainsi, en explorant ces enjeux, il sera possible de mieux comprendre les défis actuels du secteur.

## 1 Une méthode simplifiée du calcul de la tension de recrutement

[2] Pour calculer le taux de tension de recrutement — défini comme le rapport entre les offres d'emploi et les demandes d'emploi — le pôle Data a utilisé les données disponibles sur le site internet de France Travail<sup>147</sup>. Deux champs permettent de calculer l'indicateur de tension :

- Les demandeurs d'emploi inscrits à la fin du mois
- Les offres d'emploi diffusées par trimestre

Ces derniers peuvent être filtrés par département et par code ROME<sup>148</sup>.

La codification ROME n'est pas suffisamment précise pour tous les métiers d'intérêts. En effet, les aides à domicile sont incluses dans le groupe plus général des Services domestiques. Il en est de même pour les éducateurs spécialisés au sein du groupe Intervention socioéducative. Le champ infirmier est quant à lui divisé en plusieurs codes. Ces derniers ont été traités en agrégat : Soins infirmiers spécialisés en anesthésie (J1503), Soins infirmiers spécialisés en bloc opératoire (J1504), Soins infirmiers spécialisés en prévention (J1505), Soins infirmiers généralistes (J1506) et Soins infirmiers spécialisés en puériculture (J1507).

[3] Par ailleurs, il n'est pas pertinent de comparer les deux champs en l'état puisqu'ils ne présentent pas la même granularité temporelle. Afin de faire correspondre les deux échelles, les demandeurs d'emploi des codes ROME choisis ont été estimés à l'échelle du trimestre par le biais

<sup>147</sup> <https://statistiques.pole-emploi.org/offres/offres?fk=C&ss=1> pour les offres et <https://statistiques.francetravail.org/stmt/defm?fh=1&lf=0&ss=1> pour les demandes

<sup>148</sup> <https://www.francetravail.fr/employeur/vos-recrutements/le-rome-et-les-fiches-metiers.html>

d'une moyenne sur les trois mois. Ainsi, pour un département, pour un code ROME, pour un trimestre, la tension s'exprime de la forme suivante :

$$Tension = \frac{\text{Nombre d'offres d'emploi diffusées par France Travail}}{\frac{1}{3} \sum_{\text{Mois du trimestre}} \text{Nombre de demandeurs d'emploi}}$$

[4] Afin de pouvoir comparer les deux champs plusieurs traitements sont possibles. Procéder à un moyennage permet de capter les demandeurs sur toute la période. Il aurait été possible d'utiliser uniquement le nombre de demandeurs inscrits à la fin du trimestre mais il manquerait des individus (par exemple, les individus inscrits comme demandeurs au début du trimestre mais trouvant un emploi le mois suivant).

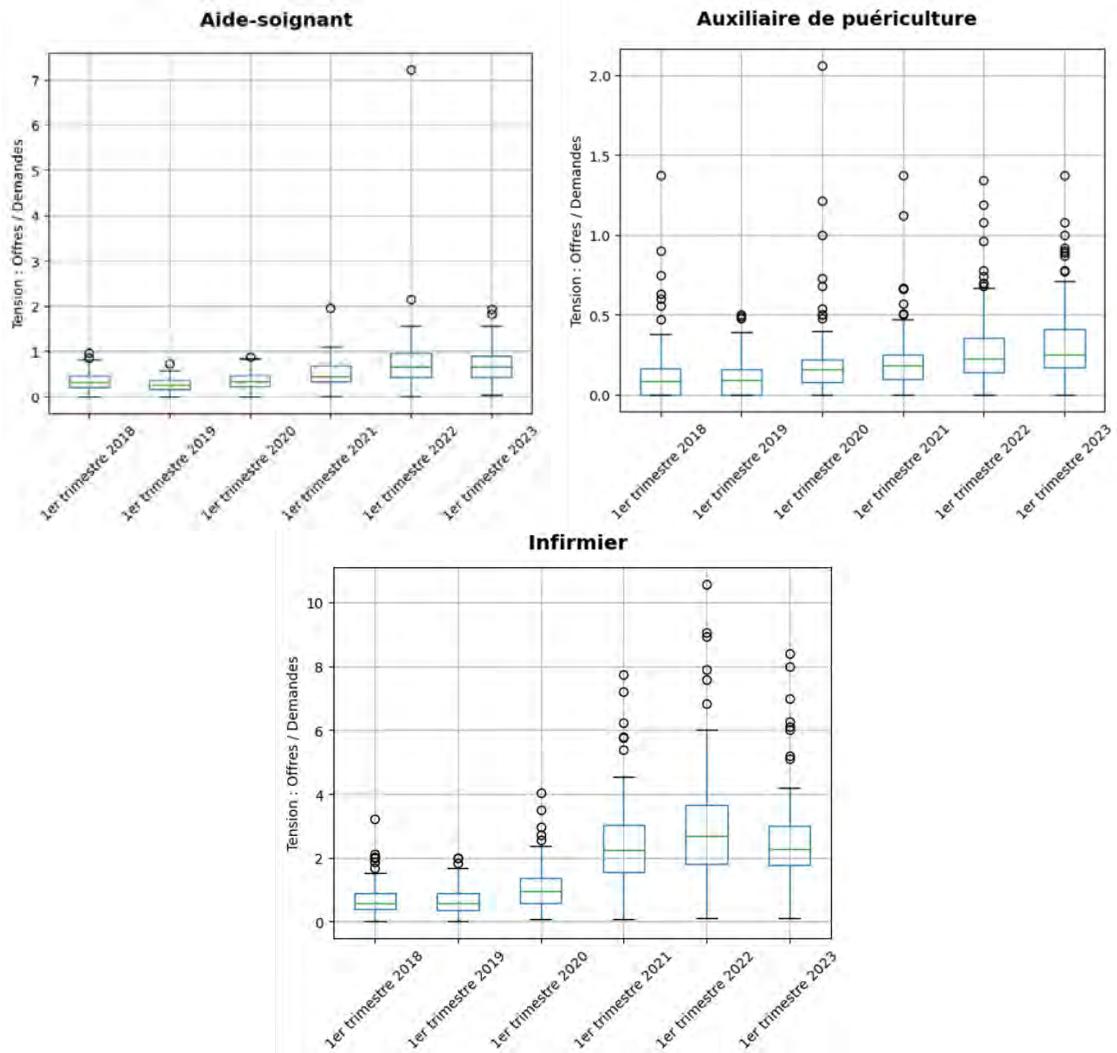
[5] Par ailleurs, cette étude présuppose que les données disponibles en ligne sont correctes pour l'ensemble des départements et sur toute la durée considérée. De plus, une hypothèse de méthode constante a été faite afin de pouvoir suivre l'évolution de l'indicateur. De même, afin de simplifier l'étude, il a été supposé que la republication des offres était similaire pour tous les employeurs, tous les départements et toute l'étendue temporelle. Il n'y a pas non plus d'information relative à d'éventuels doublons dans les valeurs indiquées. Ainsi, il convient de ne pas trop s'intéresser aux valeurs que prend l'indicateur mais plutôt d'étudier ses variations.

[6] Une fois les taux de tension calculés pour le ou les codes considérés, il convient de regarder l'évolution année après année. Pour ce faire, seul le premier trimestre sera étudié pour s'affranchir des effets saisonniers au maximum. Il conviendra de prendre en compte dans l'analyse l'effet de la pandémie de Covid au 1<sup>er</sup> trimestre 2021 (le premier trimestre 2020 étant globalement épargné).

## 2 Une augmentation des tensions de recrutement touchant davantage les régions les plus rurales

[7] En s'intéressant à l'évolution de la distribution des tensions de recrutement par département, il est possible d'avoir des informations sur d'éventuelles disparités géographiques et leurs évolutions. Une distribution étalée présupposera des écarts importants entre départements alors qu'au contraire, une distribution resserrée indiquerait une certaine homogénéité.

Graphique 1 : Évolution départementale de la distribution de tension de recrutement pour les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et le groupement des métiers infirmiers entre 2018 et 2023



Lecture : Au premier trimestre 2022, 75 % des départements présentent une tension de recrutement estimée inférieure ou égale à 6 — correspondant à 6 offres d'emploi pour un seul demandeur — pour le groupement des métiers infirmiers. Les points permettent de représenter les départements avec des valeurs statistiquement extrêmes.

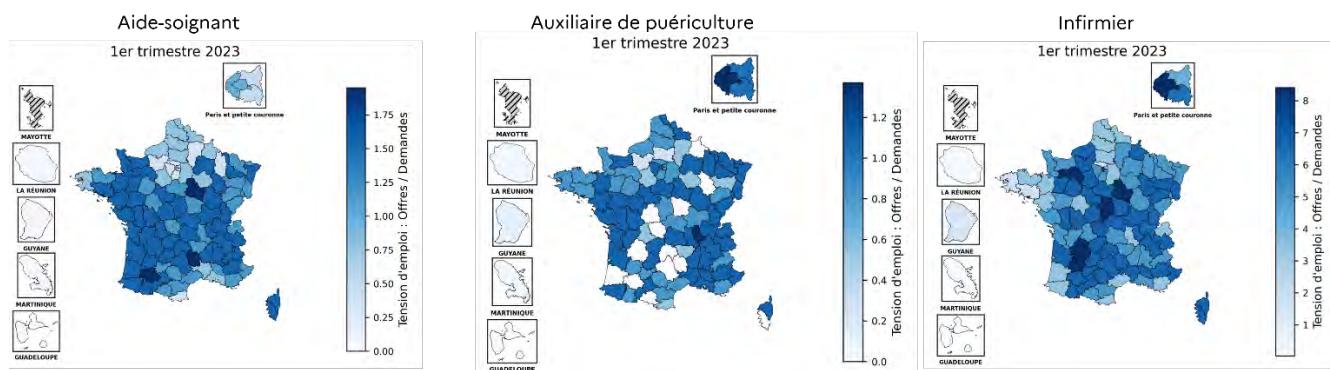
Source : données France Travail, traitement Pôle Data de l'Igas

[8] D'après les diagrammes en boîte à moustaches présenté au Graphique 1, deux effets apparaissent. D'une part, les tensions de recrutement ont augmenté, à des niveaux différents, pour tous les métiers considérés. L'effet du Covid se voit notamment par une augmentation plus importante des premiers quartiles, médianes et troisièmes quartiles à partir du premier trimestre 2021. D'autre part, les diagrammes illustrent une distribution qui s'étale et donc des disparités géographiques croissantes au cours du temps. Par ailleurs, ces deux effets sont encore plus

importants pour le regroupement des métiers infirmiers, à la fois sur les tensions elles-mêmes mais également sur les disparités géographiques.

[9] Une représentation spatiale permet d'avoir une vision plus complète de la situation. Cela permet de mettre en avant les zones faisant face aux tensions de recrutement les plus élevées en se concentrant sur les trois mêmes métiers. Le Graphique 2 met en exergue des tensions de recrutement non uniformément réparties sur le territoire. Par ailleurs, au vu des échelles de tensions différentes entre les trois métiers présents, il a été choisi de mettre l'accent sur le regroupement des métiers infirmiers pour lesquels l'indicateur de tension de recrutement est à un maximum de 8 offres pour un demandeur. De plus, les tensions de recrutement des auxiliaires de puériculture sont localisées différemment des deux autres métiers, du fait du public pris en charge, en l'occurrence des populations plus jeunes, ayant des enfants pour les AP Il est donc attendu que la « diagonale du vide » apparaisse faiblement en tension pour le métier d'auxiliaire de puériculture mais en tension pour les métiers d'aide-soignant et d'infirmiers, métiers associés à des populations plus âgées.

**Graphique 2 : Cartes des tensions de recrutement au premier trimestre 2023 pour les métiers d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et du regroupement infirmier**

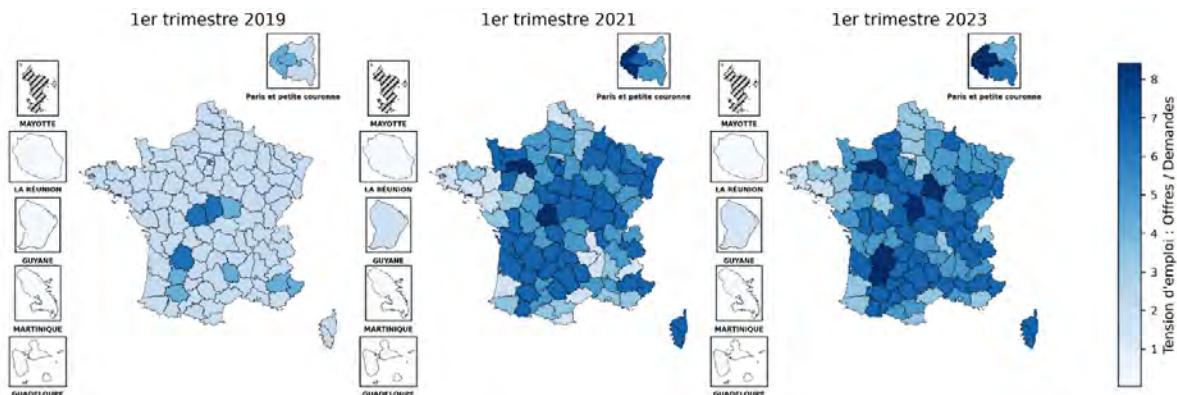


Lecture : Au premier trimestre 2023, le Lot-et-Garonne semble faire face à des tensions de recrutement plus importante que les autres départements pour le groupement infirmier avec un indicateur de tension de 8,41.

Source : données France Travail, traitement Pôle Data de l'Igas

[10] Pour compléter l'étude, sur les métiers infirmiers, il a été décidé de regarder l'évolution temporelle des tensions et de leurs variations géographiques (Graphique ). Alors que le métier était relativement peu en tension au premier trimestre 2019, en 2021 et 2023, ces tensions de recrutement augmentent sur l'ensemble du territoire métropolitain, notamment dans les départements les plus ruraux.

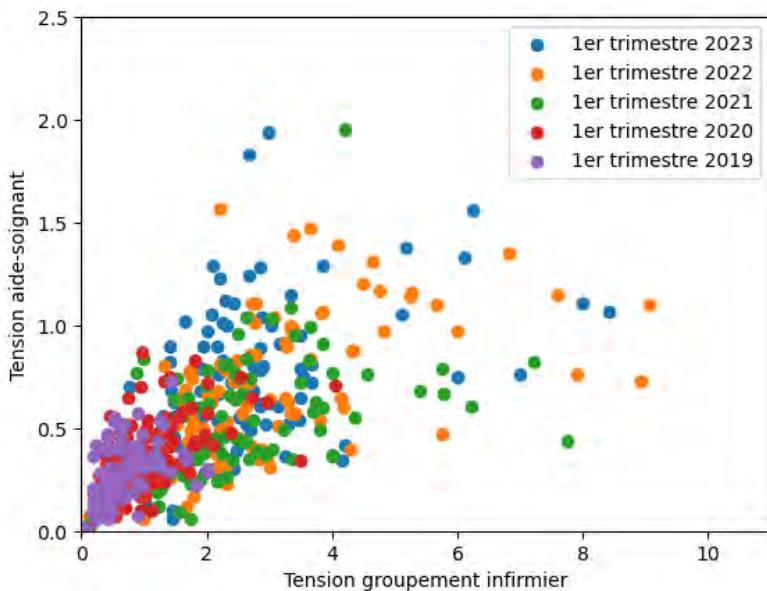
Graphique 3 : Évolution de la tension de recrutement des métiers infirmiers au premier trimestre en 2019, 2021 et 2023.



Source : données France Travail, traitement Pôle Data de l'Igas

[11] En étudiant les corrélations entre les tensions de recrutement d'aides-soignants et celles des métiers infirmiers (Graphique 4), deux phénomènes sont mis en avant. Dans un premier temps, une augmentation de la tension bien visible pour les deux métiers considérés. Puis, entre le 1<sup>er</sup> trimestre 2019 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2023, il est à noter une décorrélation qui semble s'intensifier entre les deux tensions de recrutement (mis en lumière par une dispersion plus importante de points). Ainsi, les tensions liées au groupement infirmiers varient plus rapidement. De plus, cette séparation croissante pourrait refléter des dynamiques distinctes affectant chaque profession. Cela suggère également que les facteurs influençant le recrutement des aides-soignants et des infirmiers pourraient désormais diverger.

Graphique 4 : Tensions de recrutement du métier d'aide-soignant versus celles du groupement des métiers infirmiers



Lecture : Un point sur le graphique représente la tension de recrutement des infirmiers en abscisse et celle des aides-soignants en ordonnée pour un département donné et un trimestre spécifique.

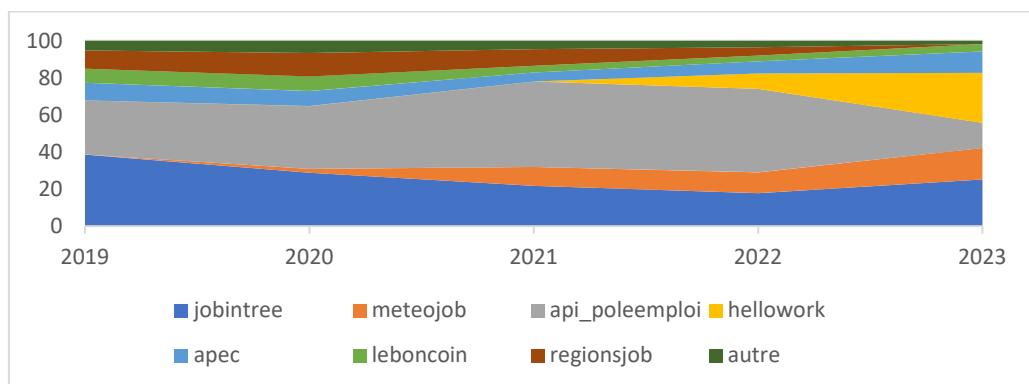
Source : données France Travail, traitement Pôle Data de l'Igas

### 3 La part de France Travail dans l'appariement des offres d'emploi est en décroissance forte

[12] Les résultats présentés dans les parties précédentes méritent d'être nuancés. Le mode de calcul choisi est simple et se fait à partir **des données France Travail seules** ce qui limite la portée de notre analyse et par définition sous-estime la tension. Les travaux de la DARES font intervenir des méthodes plus complexes permettant de fournir des indicateurs plus précis et complémentaires<sup>149</sup>. Ils utilisent également un champ plus étendu que les offres diffusées par France Travail.

[13] En utilisant la base de données Jocas<sup>150</sup> fournie par la DARES, il est possible de quantifier la part d'offres d'emploi disponibles à France Travail sur un ensemble plus vaste de diffuseurs d'offres.

Graphique 5 : Part des offres d'emploi diffusées en ligne, par site, par année



Lecture : En 2019, 29,2 % des offres d'emploi ont été diffusées par France Travail. En 2021, 46,1 % et en 2023, 13,5 %. Il s'agit de toutes les offres d'emploi et non pas d'une restriction aux champs sanitaire et social.

Source : *données Jocas, traitement Pôle Data de l'Igas*

[14] Ce Graphique 5 illustre une augmentation de la part de sites émergents au détriment de la part de France Travail. Ce constat de baisse de cette proportion est validé sur les cinq métiers ciblés en les traitant un à un, l'ampleur variant tout de même comme présenté dans le tableau suivant :

<sup>149</sup> Note méthodologique sur les indicateurs de tension, DARES

<sup>150</sup> Base obtenue par moissonnage de divers sites diffuseurs d'offres comme *Jobintree*, *Meteojob* ou *Apec*. *Indeed* et *LinkedIn* n'apparaissent pas car leur site internet ne permet pas de recourir à cette méthode.

*Tableau 4 : Part des offres d'emploi diffusées par France Travail dans les offres diffusées (en pourcentage) pour différents métiers*

	2019	2020	2021	2022	2023
Aide-soignante	35,54	40,8	63,03	58,58	22,85
Auxiliaire de puériculture	35,72	49,2	60,7	55,57	26,57
Infirmières	33,9	42,77	65,23	52	15,93
Intervention socioéducative	36,27	37,16	56,12	46,2	31,4
Services domestiques	48,14	56,19	61,37	78,55	30,34

*Source : données Jocas, traitement Pôle Data de l'Igas*

[15] Ainsi, cette variation de la part des offres d'emploi diffusées par France Travail est à mettre en relation avec la variation des tensions de recrutement. En effet, le numérateur de l'indicateur construit correspond au nombre d'offres diffusées par France Travail. Il apparaît donc que ce numérateur est sous-estimé par rapport à la situation réelle, conduisant à une sous-estimation de la tension.

[16] Une baisse importante de la part des offres diffusées par France Travail suppose qu'il est important de considérer les autres sources pour obtenir un indicateur le plus proche possible de la réalité. Cette baisse est d'autant plus importante que la base Jocas ne recense pas les offres Indeed et LinkedIn qui sont des annonceurs très présents dans le secteur. Puisque les offres disponibles au total sont plus nombreuses que celles présentes sur France Travail, les indicateurs discutés lors de cette annexe sont sous-estimés. Les tensions de recrutement de ces métiers du secteur sanitaire et social sont donc plus importantes que présentées dans cette annexe. Cette analyse malgré ses imperfections permet d'illustrer l'augmentation de la tension de ces métiers, et les disparités régionales associées.

# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

## Niveau national

### **Direction générale de l'offre de soins**

- Clotilde Durand cheffe de service
- Philippe Charpentier, SDRH
- Mélanie Marquer, SDRH

### **Direction générale de la cohésion sociale**

- Jean Benoit Dujol, DG
- Jean Robert Jourdan, SD4
- Emmanuelle-Colleu-Plateau, chef de bureau SD4

### **OPCO santé**

- Jean Pierre Delfino, DG
- Nelly Ivanchak, directrice des relations institutionnelles

### **DARES**

- Pierre Leblanc, SD emploi et marché du travail
- Jérôme LE, SD emploi et marché du travail
- Yannis Bouachera, département Analyse des Métiers et Emploi des Travailleurs Handicapés

### **Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle**

- Stéphane LHERAULT, chef du département France Travail
- Laurent GAULLIER, adjoint sous-directeur
- Anne-Laure PETIT, département France travail

## **CNSA**

- Hélène PAOLETTI, Directrice de l'appui au pilotage de l'offre
- Béatrice NIDERKORN, cheffe de projet attractivité des métiers.

## **OPCO UNIFORMATION**

- Olivier PHELIP, DG
- Yann VAN ACKER directeur de l'appui aux branches professionnelles

## **IRES**

- François Xavier DEVETTER, chercheur, économiste et sociologue

## **DREES**

- Fabrice LENGLART, Directeur
- Benoit OURLIAC, sous-directeur OSAM
- Jérôme POULAIN, économiste

## **DICOM**

- Fabrice MOREAU, directeur
- Romain Vieillefosse, délégué adjoint
- Dominique Allory, cheffe du bureau des campagnes,

## **France Travail**

- Aymeric MORIN
- Catherine POUX

## **Fédération hospitalière de France**

- Rodolphe SOULIE, responsable pôle RH hospitalières
- Hélène GEANDREAU, co-responsable pôle RH hospitalières
- BENJAMIN CANARD, autonomie et médico-social
- Sandrine COURTOIS, autonomie et médico-social

## **Fédération de l'hospitalisation privée**

- Christine Schibler, Directrice générale

**CEFIEC (comité d'entente des formations infirmières et cadres)**

- Michèle APPELSHAUSER, présidente
- Isabelle BAYLE

**Union des métiers et des industries de l'hôtellerie**

- Lorenzo DRI, directeur emploi et formation

**NEXEM**

- Stéphanie DUVERT, Directrice des Affaires sociales

**UNAFORIS**

- Marcel JAEGER, DG
- Chloe ALTWEGG-BOUSSAC

**Orange**

- Ignacio de ORUE, DRH corporate group
- Katie BOURDET, Directrice expérience collaborateur et attractivité

**SNCF**

- Frédéric GUZY, DRH de SNCF SA

**Régions de France**

- Francine CHOPARD, présidente de la commission "formations sanitaires et sociales"
- Christelle CORDIER
- Laura LEHMAN

**Départements de France**

- Eric Bellamy Directeur délégué, Solidarité, Santé, Travail
- Lorette LE DISCOT, conseillère enfance

**CRGE (Conseil et Ressource pour les Groupements d'Employeurs)**

- Cyrielle BERGER, Directrice générale

## Ministère des armées

- Contrôleur général des Armées Thibaut de Vanssay de Blavous, directeur des ressources humaines du ministère des Armées et des Anciens combattants
- Général de brigade Arnaud Goujon, sous-directeur du pôle recrutement de la direction des ressources humaines de l'armée de Terre
- Lieutenant-colonel Lionel Monnot, chargé de mission auprès du DRH du ministère des Armées et des Anciens combattants.

## Région Ile de France

### Agence Autonomy

- Asmae CHOUTA, directrice Agence autonomy, 78/92
- Azmy AHRIZ, agence autonomy

### DREETS, UD 93

- Matthieu Chapelon, responsable du pôle EES
- Melissa CHOLLET-MAKOUCHÉ, pôle EES

### Conseil départemental Seine Saint Denis

- Eve ROBERT, DGA Solidarités
- Elodie Seven, Directrice de l'Autonomie
- Leonor Cortes, Directrice adjointe de l'Autonomie
- Flora Autefage

## Région Normandie

### ARS de Normandie

- François MENGIN LECREULX, Directeur général
- Pierre TSUJI, Directeur de l'Attractivité des Métiers et de la Transformation Numérique du système de santé
- Juliette Joly, responsable de pôle attractivité des métiers

### DREETS Normandie

- Catherine Pernette, DREETS
- Johann Gourdin, DREETS Adjoint

### **Région Normandie**

- Clarisse Dautrey, directrice de la formation tout au long de la vie
- Denis Leboucher, directeur de l'orientation
- Camille Lanciau, cheffe du service des formations sanitaires et sociales

### **France Travail Normandie**

- Bruno Peron, DG
- Laurence Valliot-Dancel, directrice territoriale Calvados

### **Agence France Travail Hérouville St Clair**

- Céline Guillet, Directrice de l'agence France Travail de Falaise et porteuse de la filière dans le Calvados
- Jocelyn Colin, Responsable d'équipe entreprise à l'agence France Travail d'Hérouville Saint Clair
- Jérôme Jusiewicz, Conseiller entreprise et référent sur les métiers de l'humain
- Marie Dessoude, Responsable d'équipe entreprise de l'agence France Travail de Caen Beaulieu

### **Plateforme de l'autonomie MCE-M3S de l'Orne**

- Marine Robbes, chef de projet – plateforme des métiers de l'Autonomie - Orne

### **GHT de Flers**

- David Trouchaud, directeur général
- Sandrine Chauvel, coordinatrice générale des soins, directrice de l'IFSI/IFAS
- Hélène Cojean, directrice des ressources humaines

### **Croix-Rouge Compétence Normandie**

- Marie-Pierre Staub, Directrice d'Etablissement d'Alençon et des Formations en Travail Social et Médico-Social
- Laurence Sabatier, Directrice Régionale Croix-Rouge Compétence Normandie
- Clarisse Rugard-Carnier, Directrice des formations sanitaires, sites d'Alençon et de Mondeville
- Thomas Roirant, responsable développement et coordinateur CFA
- Stéphanie Joubert, chargée du développement des réseaux formation

**EHPAD Le village des Aubépins, Maromme**

- Marie-Pascale MONGAUX-MASSE, directrice

**Fédération ADMR de l'Orne**

- Magali Pottier, directrice générale

**Département de Seine-Maritime**

- Delphine Leray, Directrice générale adjointe Solidarités
- Valérie Briois, Adjointe à la DGA
- Vladia Charcellay, directeur enfance familles
- Stéphane Durecu, direction de l'autonomie, directeur adjoint prestations
- Patrice Moueza, responsable de Job 76

**Ville de Rouen**

- Jean-Marc Magda, DGS
- Vanessa Rapiteau, Directrice DSCS
- Malik Meziani, Directeur DEE
- Nadège Adam, Directrice DRH
- Muriel Leclerc, Directrice DPE
- Guillaume Lahoche, DGA PESC

**Région Auvergne Rhône Alpes**

- Cécile COURREGES, DG ARS
- Raphaël GLABI, directeur de l'autonomie
- Yann LEQUET, direction offre de soins
- Odile CATHERIN, pôle professions médicales et paramédicales
- Isabelle NOTTER, DREETS, DR
- Philippe LAVAL, directeur de cabinet DREETS
- Emmanuelle HAUTCOEUR adjointe cheffe Pôle 2ECS
- Patricia STEFANO cheffe département compétences
- Laurent PFEFFER chef département politique de la ville de de l'emploi.

- Frédéric TOUBEAU, DR France Travail
- Jacque Alex DORLIAT, DR adjoint France Travail
- Michel CAPELLE, audit et inspection
- Vincent BELEY Directeur Maison métropolitaine d'insertion pour l'emploi,
- Samuel TOCANIER, chef de projet plateforme métiers du prendre soin.
- Olivier FAURE, Conseil régional, directeur des formations
- M. RIGATTO, président de la communauté 360 Savoie
- M. THERY, directeur UDAF Savoie
- Anne TROCHU DGA solidarités Conseil départemental Savoie
- M GUERIN, Conseil départemental Savoie
- M. CHAMBAZ, DG Centre hospitalier Métropole Savoie
- M. BAGUE, DRH Centre hospitalier Métropole Savoie
- MME GIRERD, coordinatrice générale des soins et directrice IFSI de Savoie à Chambéry
- Véronique GUEGAN, coordinatrice pédagogique IFSI de Savoie
- Rencontre avec 15 étudiants IFSI/ IFAS
- M. BECKER, DD ARS Savoie
- M. LEMAHIEUX, DD ARS Haute Savoie
- Pascal GIGNOUX PEP 74 Annecy (établissements d'accueil pour enfants en situation de handicap, DG
- Jean Marie KROSNICKI PEP 74 Annecy (établissements d'accueil pour enfants en situation de handicap Président
- Yvan SERRE COMBE, PEP 74 Annecy (établissements d'accueil pour enfants en situation de handicap Président
- Mme DUMAS, Chef de service, PEP 74 Annecy (établissements d'accueil pour enfants en situation de handicap Président
- Mme DARBOISSE, Adjointe de Direction PEP 74 Annecy (établissements d'accueil pour enfants en situation de handicap Président
- Sandrine GARCIA, Directrice ADMR Haute Savoie
- Bernard RACH DGA Action sociale et Solidarité Conseil départemental Haute Savoie

Région Occitanie

- Didier JAFFRE, DG ARS
- Julie SENGER DOSA ARS
- M. DURAND, Directeur DPR
- Mme VERHOSVEN DOSA
- Mme DEGLISE DOSA
- Mme DOMERGUE DOSA
- Julien ALDEBERT, directeur IRTS de Montpellier
- Christophe CAROL, DR adjoint France Travail
- Philippe BLACHERE, Directeur coordination DR France travail
- Pascal MATHEUS France Travail
- Bastien ESPINASSOU, directeur adjoint pôle 3<sup>E</sup> DREETS
- Régie CORNUT, DREETS
- François DELEMOTTE, DDEETS Hérault
- Sophie NEGRE DREETS
- François BERARD, DGA CHU Montpellier
- Anabelle DELPUECH, DRH CHU Montpellier
- Marie-Hélène REQUENA-LAPARRA CHU Montpellier
- Sophie BEJEAN, Rectrice Occitanie
- Sarah BAPTISTE, directrice formation, Région Occitanie
- Gaël L'AOT Région
- Béatrice NOEL Région
- Mme DUNYACH, directrice Centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège (CHIVA)
- François GUIGOLET Centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège (CHIVA)
- Christine STERVINOU Centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège (CHIVA)
- Mme AUDRIC, directrice départementale Ariège ARS
- Dr. CALLEJA président du CA EHPAD des Portes de l'Ariège, Saverdun
- Philippe CANOUET, SSIAD Saverdun Ariège
- Danièle BREIL idem

- Béatrice DENJEAN idem
- Dr Bérangère MOLINIER idem
- M. ALAZET FAM APAJH de CARLA BAYLE Ariège
- David AULASO idem
- Dominique DURIEUX idem
- Sandrine LAMURE idem
- Anita LOUBET idem

# LETTRE DE MISSION



La ministre

Paris, le

Nos Réf. : I-24-004694

9 juillet 2024

Monsieur l'inspecteur général,

Le champ social connaît une crise d'attractivité de ses métiers, qu'il s'agisse des professions sanitaires ou des professions sociales, qui toutes concourent à la mise en œuvre des politiques sociales dans leur ensemble. Selon les projections de France Stratégie et de la Dares (Les métiers en 2030), trois des cinq métiers en plus forte expansion de 2019 à 2030 seraient des métiers du soin ; par ailleurs, 71 % des établissements du secteur du travail social rencontrent des difficultés de recrutement et 30 000 postes seraient ainsi vacants uniquement dans ce secteur.

Cette situation crée une tension dans la réponse aux besoins des populations et dans la mise en œuvre des politiques sociales, dont de nombreuses composantes se trouvent aujourd'hui pénalisées par la difficulté des employeurs qu'ils soient publics ou privés à opérer les recrutements nécessaires. Ces métiers en tension constituent en outre des gisements d'emplois dynamiques et stables, bien insérés dans un maillage territorial étendu, non-délocalisables, qui en font des cibles majeures des politiques d'emploi.

Or ces métiers sont difficiles à appréhender dans leur ensemble, du fait de leur grande diversité et d'une dispersion et d'une hétérogénéité des données (par exemple sur les postes vacants) et d'un manque de concentration dans leur exploitation. L'ensemble du champ est composé de multiples employeurs, relevant de statuts juridiques distincts – trois versants de la fonction publique, privé commercial et associatif, voire particulier employeur – et de cadres d'emplois (conventions collectives, statut) ou de mode de tarification différents. S'ajoute pour les professions médicales (hors médecins dont la problématique est spécifique) et paramédicales l'exercice libéral qui intervient en fin de formation ou en cours de vie professionnelle. Certains métiers sont communs à l'ensemble du champ (aide-soignant AS, IDE, éducateurs spécialisés, etc.) d'autres sont plus sectoriels. Le nombre élevé de titres et certifications illustre également cette diversité.

Monsieur Thomas AUDIGE  
Chef de l'IGAS  
Tour Olivier de Serres  
78, rue Olivier de Serres  
75015 PARIS

Tel : 01 45 35 82 00  
Fax : 01 45 35 82 01  
E-mail : [igas@solidarites-sante.gouv.fr](mailto:igas@solidarites-sante.gouv.fr)

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse [www.igas.sante.gouv.fr](http://www.igas.sante.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : [www.igas.sante.gouv.fr](http://www.igas.sante.gouv.fr)

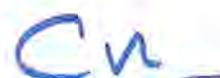
Au-delà de ces difficultés en termes de données qui pèsent sur la connaissance précise du champ, se pose aussi la question des leviers dont dispose l'action publique pour piloter une politique de régulation pluriannuelle des métiers du champ social. L'Etat ne dispose à ce stade ni d'une vision complète des dispositifs et démarches mobilisés pour réduire les problèmes de recrutement dans le champ social, ni d'outils de pilotage adaptés.

Aussi, je vous remercie de bien vouloir conduire une mission d'expertise sur les actions à mettre en place pour faciliter le recrutement rapide des métiers en tension dans le social grâce à un meilleur appariement offre et demande d'emplois avec cinq grands volets :

- a. le recensement des dispositifs contribuant à l'appariement entre offre et demande d'emplois et leurs modalités de pilotage ;
- b. la mise à l'échelle d'initiatives de type intermédiation/parcours d'intégration simplifiés comme le recrutement par simulation/PMSP, en articulation notamment sur les projets de France travail ;
- c. l'identification, dans les dispositifs de qualification et certification, des freins qui peuvent être levés pour faciliter les mobilités (VAE, mise en cohérence des certifications, passerelles entre certifications, dispositifs de transition professionnelle...) ;
- d. la mise en place d'une politique de parcours outillée au niveau national permettant de donner des perspectives de carrière et de la lisibilité ;
- e. l'identification de dispositifs de pilotage à l'échelle des régions et à l'échelle des bassins de vie.

La mission me rendra son rapport pour le mois d'octobre 2024.

Je vous prie d'agrèer, Monsieur le Chef de l'IGAS, l'expression de ma considération distinguée.



Catherine VAUTRIN