



Trois politiques pour un vieillissement harmonieux

Mars 2022



Hira Rakotomahanina

Anissa Zerrari

Adeline Moret



Table des matières

Introduction générale	3
Comment améliorer l'espérance de vie en bonne santé ?	4
Introduction.....	5
L'organisation des systèmes de santé : un niveau de gestion local et une couverture universelle améliorent la prise en charge des patients.....	6
Le rôle de la prévention dans les systèmes de santé, facteur d'espérance de vie en bonne santé	7
Une amélioration des conditions de travail en entreprise.....	10
Les activités socialisées à l'origine du recul de l'entrée en dépendance	11
Comment améliorer l'attractivité des métiers du grand âge ?	16
Introduction.....	17
Etat des lieux de l'inattractivité des métiers du grand âge	18
Valoriser les métiers du grand âge : les initiatives portées par des pays de l'OCDE	21
Comment amener 50% des retraités à pratiquer des activités socialisées ?.....	27
Introduction.....	28
Les déterminants des activités socialisées : la CSP, la connaissance du monde associatif et le lieu d'habitat	30
Définir une politique individualisée et d'ampleur en faveur des activités socialisées	33

Introduction générale

Les pays développés font face à un enjeu de taille, celui du vieillissement démographique. En France, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans s'élève à plus de 16 millions d'individus en 2015 et devrait atteindre 24,3 millions d'individus en 2050¹. Ce vieillissement démographique représente un enjeu économique, puisque les dépenses de protection sociale dédiées à cette tranche d'âge sont estimées à 31% du PIB². Mais il constitue aussi un enjeu humain et sociétal sans précédent. Une hausse du nombre de seniors va entraîner inexorablement une augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, c'est-à-dire dans l'incapacité de réaliser des actes de la quotidienne sans l'aide d'une personne tierce.

La transition démographique que nous vivons va donc demander des moyens humains conséquents notamment de la part de professionnels du grand âge qui accompagnent la personne âgée dans sa perte d'autonomie. Or, ces professionnels manquent déjà cruellement à l'appel. Cela rend d'autant plus fragile la viabilité du système de prise en charge de la perte d'autonomie. Par ailleurs, cette longévité prolongée en mauvaise santé peut être mal vécue par les principaux concernés et entraîner un sentiment de mal-être et de détresse psychologique.

Difficile donc après cet état des lieux de conserver un semblant d'optimisme pour les années à venir en France tant le vieillissement démographique sera un enjeu de taille. Nous verrons au contraire dans cette note qu'il reste de nombreuses marges de manœuvre à la France pour mettre en place des politiques efficaces pour garantir un vieillissement harmonieux, en meilleure santé et avec une meilleure prise en charge de la dépendance.

Dans un premier temps, nous étudierons l'ensemble des politiques publiques et privées qui peuvent être instaurées pour prévenir la perte d'autonomie et améliorer considérablement l'espérance de vie en bonne santé des Français.

Dans une deuxième partie, nous nous intéresserons aux raisons pour lesquelles les métiers du grand âge manquent d'attractivité et nous formulerons des préconisations pour l'améliorer.

Enfin, dans une dernière partie, nous regarderons, plus précisément, un concept développé par la Chaire TDTE, les activités socialisées, qui permettent de retarder l'âge d'entrée en dépendance. Nous développerons plusieurs recommandations de politiques pour amener une grande partie des seniors à pratiquer ces activités.

¹ Larbi, K et Roy, D. (2019) « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 », Insee Première, n°1767.

² Cusset, P.-Y., d'Albis, H., Navaux, J. et Pelletan, J. (2021) « Protection sociale : qui paie le coût du vieillissement de la population ? », France Stratégie, La note d'analyse, n°103.



Comment améliorer l'espérance de vie en bonne santé ?

Note de position

Hira Rakotomahanina

Introduction

L'espérance de vie progresse. Son évolution a d'abord été marquée par un recul de la mortalité infantile, puis ces dernières décennies, les gains d'espérance de vie sont davantage le fruit d'une hausse de la longévité. Un indicateur plus récent nous intéresse particulièrement dans cette note, l'espérance de vie en bonne santé. Gagner en espérance de vie peut être signe de bien-être, mais quel intérêt si les gains se font au détriment de la bonne santé ?

L'espérance de vie en bonne santé tend également à s'améliorer. Selon l'Insee, l'espérance de vie en bonne santé est définie comme la durée de vie moyenne en bonne santé – c'est-à-dire sans limitation irréversible d'activité dans la vie quotidienne ni incapacités – d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité et de morbidité de l'année.³ Toutefois, la progression de cet indicateur est disparate entre les pays. En 2020, les chiffres de l'INSEE indiquent que la moyenne de l'espérance de vie en bonne santé de l'Union Européenne s'élève à 63,6 ans, quand la moyenne française se trouve juste au-dessus de la moyenne de l'UE, à 63,9 ans. En haut de la liste, certains pays comme la Suède et Malte se démarquent avec une espérance de vie en bonne santé supérieure à 70 ans. Plus précisément, l'espérance de vie en bonne santé moyenne des Suédois est de

72,8 ans et celle des Maltais est de 72,6 ans⁴ ! Les spécialistes dénombrent de multiples facteurs à l'origine de la progression de l'espérance de vie et de la bonne santé, qui peuvent se regrouper en deux catégories : d'une part, les déterminants de santé et d'autre part, les déterminants sociaux⁵. Les déterminants de santé correspondent aux soins médicaux, aux mesures de santé publique et de prévention, ainsi qu'aux modes de vie (alcoolisme, tabagisme, nutrition). Les déterminants sociaux se réfèrent, quant à eux, aux revenus, au niveau d'instruction et aux conditions de travail.

Cette note relève quatre facteurs particuliers, susceptibles d'expliquer les gains d'espérance de vie en bonne santé et fait l'objet d'une comparaison systématique entre le modèle français et le modèle suédois. En premier lieu, nous nous concentrerons sur l'organisation des systèmes de santé français et suédois. Nous nous intéresserons ensuite au rôle de la prévention des systèmes de santé. Puis, nous comparerons les conditions de travail des entreprises suédoises et françaises. Enfin, nous mettrons en lumière un concept développé par la Chaire TDTE, les activités socialisées : elles permettent de retarder l'entrée en dépendance, et donc in fine d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé.

³ Insee (2019), Espérance de vie en bonne santé / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS, Définition - Espérance de vie en bonne santé / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS / AVBS / Espérance de vie sans incapacité / EVSI / EVSI / EVBS | Insee

⁴ Insee (2021), Espérance de vie en bonne santé, Espérance de vie en bonne santé - Indicateurs de richesse nationale | Insee

⁵ OCDE (2017), Panorama de la santé, « Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des

dernières décennies ? Analyse internationale des états membres de l'OCDE, Quels sont les facteurs à l'origine des gains d'espérance de vie des dernières décennies ? Analyse internationale des états membres de l'OCDE | Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE | OECD iLibrary (occd-[ilibrary.org](https://www.oecd-ilibrary.org))

L'organisation des systèmes de santé : un niveau de gestion local et une couverture universelle améliorent la prise en charge des patients

D'abord, le mode de pilotage des systèmes de santé français et suédois sont pratiquement aux antipodes. D'un côté, la Suède propose un modèle local alors que la France a un système de santé principalement centralisé. De plus, alors que la couverture de santé proposée par la France est hybride, la Suède, de son côté, s'appuie sur un système de santé universel.

Niveau de gestion : local ou national ?

En France, le système de santé est majoritairement géré et financé par la Sécurité sociale, qui est un organisme national⁶. Elle prend en charge les trois quarts du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Parallèlement, l'Etat finance ce qui a trait à la prévention, la formation et la recherche médicale, ainsi qu'à la prise en charge des soins des plus précaires. Au-delà de la Sécurité sociale, il existe les caisses d'assurance maladie par département, chargées de rembourser les frais d'assurance maladie, d'invalidité, de maternité et de décès, ainsi que les accidents du travail.

A l'inverse, en Suède, les comtés et les municipalités sont responsables du financement de la santé⁷ et donc de lever les impôts pour couvrir les dépenses de santé. Ils sont également responsables de l'organisation et de la fourniture des soins. L'Etat a, quant à lui, un rôle limité. Son rôle principal est de

définir les grands objectifs de santé publique, ce qui inclut la définition d'un panier de soins minimum, ainsi que les procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.

Couverture universelle, couverture hybride

Par ailleurs, les Français bénéficient d'une couverture sociale qualifiée d'hybride, qui implique que l'intégralité des frais de santé ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale. En effet, la majorité des dépenses de santé est assumée par la Sécurité sociale mais une part est également à la charge des mutuelles, en général privées, auxquelles il faut souscrire et qui s'avèrent payantes ; puis il se peut également qu'une partie des dépenses reste à la charge du patient.

Le modèle suédois fonctionne différemment ; il s'agit d'un système financé intégralement par l'impôt, où la couverture est totale et sans condition financière. Le montant versé par les patients varie selon les régions, en fonction des services de santé fournis. Le système couvre en général l'essentiel des frais, des examens en laboratoire aux hospitalisations.

La proximité et l'universalité du système suédois semblent être les premiers facteurs permettant d'augmenter l'espérance de vie en

⁶ Vie publique (2021), Que finance les dépenses de santé ?, [Acteurs du financement de la dépense de santé | Vie publique.fr \(vie-publique.fr\)](http://Acteurs-du-financement-de-la-dépense-de-santé|Vie-publique.fr)

⁷ DREES (2003), Etudes et résultats, Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation,

réformes et accès aux soins, [Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://Les-systèmes-de-santé-danois,-suédois-et-finlandais,-décentralisation,-réformes-et-acès-aux-soins-(solidarites-sante.gouv.fr))



bonne santé, notamment par la facilité d'accès au système. Avec un système local et universel, les individus ne tardent donc pas à se soigner ou s'informer sur leur santé. En

France, selon France Assos Santé, en 2019, plus de 6 Français sur 10 renoncent à se soigner par manque de moyens ou de médecins.⁸

Le rôle de la prévention dans les systèmes de santé, facteur d'espérance de vie en bonne santé

Les deux systèmes de santé énoncés ci-dessus assurent la couverture de soin curatif. Néanmoins, le système suédois propose en supplément une dimension préventive qui n'est pas négligeable.

Systeme curatif ou systeme preventif ?

La Suède se distingue de la France et fait souvent figure de modèle, par son approche de santé préventive, contrairement à l'approche française qui s'axe principalement autour d'un aspect curatif.⁹ La prévention passe par de nombreuses politiques publiques, de la sensibilisation à la sécurité routière à des consultations obligatoires pour les jeunes sur « les modes de vie à risque », c'est-à-dire la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. De manière générale, les politiques préventives suédoises englobent désormais plusieurs champs comme l'éducation, le milieu professionnel,

l'aménagement urbain, la sphère privée ou encore les habitudes de consommation.

A l'opposé, le système français est souvent critiqué pour son approche curative. La prévention et l'éducation sanitaire restent encore secondaires, notamment sur les sujets d'alcoolisme et de tabagisme chez les jeunes.¹⁰

En 2017, la part de fumeurs en Suède s'élevait à 7%¹¹ de la population (la plus basse d'Europe) alors qu'elle était de 26,9%¹² en France. De même, la consommation pure d'alcool annuelle, en 2016 des Français s'élevait à 11,7 litres par an, quand elle était à 8,8 litres en Suède¹³. Les risques liés à l'alcool et le tabac ne sont donc pas suffisamment considérés. Pour preuve, le tabac et l'alcool restent les deux premières causes de mortalités évitables.¹⁴ Selon Santé Publique France, la consommation d'alcool serait

⁸ France Assos Santé (2019), Enquête BVA pour France Assos Santé sur les difficultés d'accès aux soins des français, [Enquête BVA pour France Assos Santé sur les difficultés d'accès aux soins des français - France Assos Santé \(france-assos-sante.org\)](#)

⁹ IHEDATE (2018), Territoires, santé et bien-être en Suède, [Microsoft Word - MEP2 Intro.docx \(ihedate.org\)](#)

¹⁰ A. Dussol (2017), Pour une révolution de notre système de santé en cinq étapes, Les Echos, [Pour une révolution de notre système de santé en cinq étapes | Les Echos](#)

¹¹ Génération sans tabac (2020), La Suède, bonne élève de l'Union Européenne ?, [La Suède, pays bonne élève de l'Union européenne ? \(generationsanstabac.org\)](#)

¹² Santé Publique France (2018), Tabagisme en France : 1 million de fumeurs quotidiens en moins, [Tabagisme en France : 1 million de fumeurs quotidiens en moins \(santepubliquefrance.fr\)](#)

¹³ Actu.fr (2019), Voici les pays où on boit le plus d'alcool en Europe, [Voici les pays où on boit le plus d'alcool en Europe | Actu \(données OMS 2017\)](#)

¹⁴ Sciences et Avenir (2019), « L'alcool tue plus de 40000 personnes par an en France, [L'alcool tue plus de 40.000 personnes par an en France - Sciences et Avenir](#)

responsable de 41 000 décès en 2017 et le tabagisme, de plus de 75 000 décès en 2015¹⁵.

Cette différence de consommation peut s'expliquer par le prix de l'alcool, qui est quasiment deux fois plus élevé en Suède et l'interdiction de l'usage du tabac dans certains lieux publics tels que les abribus, les marchés, les sorties d'écoles ou la plage...

La nutrition préventive

Au-delà de la prévention face à l'alcoolisme et au tabagisme, la nutrition préventive¹⁶ doit être davantage approfondie. En effet, les recherches en nutrition préventive se basent majoritairement sur la prévention secondaire, qui vise à réduire la prévalence d'une maladie d'une population et la prévention tertiaire, dont le but est de minimiser les incapacités. Toutefois, pour être vraiment efficace, une prévention pendant la première moitié de vie devrait être promue, à savoir pendant les premières années de vie d'un enfant. Il s'agit de la nutrition préventive primaire, qui consiste en une éducation nutritionnelle et des recommandations appropriées pour atteindre le métabolisme le plus sain possible.

En résumé, les modes de vie ont un rôle majeur à jouer dans les gains d'espérance de vie en bonne santé. Or, il n'est pas forcément aisé de changer de mode de vie. La prévention doit donc être faite dès que l'enfant est en mesure de comprendre les dangers, qu'il s'agisse du tabac, de l'alcool ou de la nutrition.

¹⁵ Santé Publique France (2020), Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 26 mai 2020, n°14, Journée mondiale sans tabac 2020, p 275

¹⁶ The Conversation (2020), Alimentation : préserver son métabolisme de base pour vivre plus longtemps en bonne santé, Alimentation : préserver son métabolisme de base pour vivre plus longtemps en bonne santé (theconversation.com)

La prévention de la perte d'autonomie à âge élevé

Dans un pays vieillissant comme la France, il est aussi important d'accorder une place centrale à la prévention de la perte d'autonomie. La perte d'autonomie n'étant pas une fatalité chez les personnes âgées.

Des pays développés ont mis en place des mesures préventives de manière à laisser la personne âgée vivre le plus longtemps possible à son domicile¹⁷. Au Danemark, une consultation préventive à domicile est proposée à toutes les personnes âgées de 65 à 79 ans et jugées à risque d'isolement. Elle devient obligatoire à l'âge de 80 ans pour assurer l'autonomie de la personne âgée. Au Japon, les personnes âgées autonomes ou d'un faible niveau de perte d'autonomie (GIR 5 et 6) bénéficient de services et de programmes de prévention de la perte d'autonomie, comme des visites à domicile, et participent à des groupes de soutien pour éviter l'isolement.

Ces dispositifs peuvent donc être réalisées à la demande des seniors. Encore faut-il qu'ils aient connaissance et envie de bénéficier de ces services. Pour cela, en Suède, les municipalités organisent des événements collectifs à destination des 65 ans et plus lors desquels ils sensibilisent les seniors à ces sujets.¹⁸

¹⁷ Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge - HCFEA (2019) « Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales », Conseil de l'âge, mars 2019.

¹⁸ HCFEA (2019), Conseil de l'âge, Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales, Conseil de l'âge note comparaisons internationale s. soutien à l'autonomie VF-2.pdf (hcfea.fr), p133

Par ailleurs, l'organisation de la prise en charge de la perte d'autonomie peut faciliter son accompagnement et éviter le développement de formes plus graves de perte d'autonomie. Ainsi, en Suède, chaque personne est en droit de solliciter les services et les soins dont il a besoin auprès d'un gestionnaire de soins municipal (« municipal care manager »).¹⁹ Ce care manager évalue ensuite les besoins de la personne dépendante, puis se charge de la coordination des aides et des services médicaux apportés par la mairie. Disposer d'une seule personne dans la prise en charge de la perte d'autonomie facilite l'accompagnement de la personne âgée et permet aussi d'assurer un suivi régulier de l'évolution de l'état de dépendance. Et ainsi, d'adapter les services au moment opportun.

Le système français présente un modèle plus complexe avec d'une part, une multiplicité d'établissements vers qui se tourner en cas de perte d'autonomie (le conseil départemental, le centre communal d'action sociale (CCAS), les services à domicile, et les organismes de sécurité sociale)²⁰. Et d'autre part, un manque de coordination entre les établissements et les professionnels qui interviennent au domicile de la personne âgée. Enfin, une étude récente²¹ montre que l'administration de soins à domicile chez les personnes âgées serait sous-dimensionnée par rapport à leurs besoins. Les raisons peuvent être les suivantes : une insuffisante auto-déclaration des personnes âgées en perte d'autonomie ou encore un diagnostic qui sous-estimerait les

besoins des personnes âgées, à cause des contraintes de financement des départements en charge de la politique gérontologique en France.

Ces différents éléments peuvent participer à une mauvaise prise en charge et accompagnement de la perte d'autonomie qui pourraient, in fine, empirer le niveau de dépendance des personnes âgées, et ainsi leur espérance de vie en bonne santé.

Toutefois, des progrès sont visibles concernant la prévention de la perte d'autonomie. Des visites préventives sont mises en place pour certaines professions et catégories socioprofessionnelles en France. Depuis le décret n°2021-1065 du 9 août 2021²², les salariés exposés au cours de leur carrière à des risques particuliers (amiante, plomb, agents cancérigènes...) bénéficieront d'une visite médicale de fin de carrière pour organiser un meilleur suivi médical post professionnel et prendre en compte les risques susceptibles de donner lieu à l'apparition de maladies. Afin de prévenir la perte d'autonomie pour tous les seniors, cette visite nécessite d'être étendue à l'ensemble des futurs retraités.

Outre les systèmes de santé qui peuvent jouer en faveur ou en défaveur des gains d'espérance de vie en bonne santé, les conditions de travail en entreprise ont tout intérêt à être soigneusement considérées car elles participent à la qualité de

¹⁹ HCFEA (2019), Conseil de l'âge, Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales, Conseil de l'âge note comparaisons internationale s soutien à l'autonomie VF-2.pdf (hcfea.fr), p45, 53

²⁰ Qu'est-ce que l'APA ?, Qu'est ce que l'APA ? | Besoin d'aide à domicile (besoinaideadomicile.fr)

²¹ Carrère, A. (2022) « Cartographie de la perte d'autonomie des personnes âgées », Notes IPP, n°7, Janvier 2022.

²² Laurent Pietraszewski (2021), Communiqués « Une nouvelle visite médicale avant le départ à la retraite pour les salariés les plus exposés », Une nouvelle visite médicale avant le départ à la retraite (travail-emploi.gouv.fr)

l'environnement d'un individu, qui lui-même influe directement sur le bien-être et la santé.

Une amélioration des conditions de travail en entreprise

La qualité de l'environnement de travail influence considérablement plusieurs indicateurs : la croissance économique, mais aussi, la santé et le bien-être des travailleurs européens. C'est dans ce cadre que le système suédois met l'accent sur des politiques en faveur de bonnes conditions de vie dans le monde du travail.

Nombre d'heures travaillées

Tout d'abord, le nombre d'heures travaillées réglementé peut être une première piste pour améliorer les conditions de travail des salariés. Sur ce plan, la Suède et la France ont des réglementations assez similaires : en Suède²³, la durée hebdomadaire du travail est de 40 heures maximum, contre 35 heures en France²⁴. Les heures supplémentaires sont limitées à 50 heures par mois en Suède et la semaine de travail à 48h, en France.

Néanmoins, le plus important reste de comparer les heures de travail effectives²⁵. En termes de durée effective annuelle moyenne de travail pour les salariés à temps complet, la France se place en deuxième position derrière la Suède. La France reste en deçà de la moyenne européenne qui s'élève à 1846

heures puisque la durée effective annuelle moyenne de travail était en 2019 de 1680 heures pour la France et environ 1670 heures pour la Suède.

Cependant, en 2018, en Suède, seul 1% des salariés travaillent de très longues heures, un des taux les plus bas de la zone OCDE.²⁶ En France, presque 8% des salariés travaillent de très longues heures²⁷, ce qui est moins élevé que le taux moyen observé dans les pays de l'OCDE, 11%, mais bien supérieur à la Suède. Par ailleurs, la durée de travail des non-salariés français se situe au-dessus de la moyenne européenne et largement au-dessus de la Suède, à 2290 heures contre respectivement 2210 heures et 2110 heures. La durée de travail des non-salariés revient environ à 44 heures de travail par semaine, en enlevant les cinq semaines de congés, ce qui correspond quasiment à 9 heures de travail par jour. Cette durée est supérieure de 36% par rapport aux salariés, et peut, ainsi, empiéter sur le temps de loisir, qui permet de se reposer, mais aussi de pratiquer une activité sportive et/ou sociale.

Au-delà du temps de travail, le trajet domicile-travail pour les Français est

²³ EURES, Conditions de vie et de travail : Suède, Le temps de travail – Les congés (congés annuels, congé parental, etc...), [Conditions de vie et de travail: Suède \(europe.eu\)](https://europe.eu)

²⁴ EURES, Conditions de vie et de travail : France, Le temps de travail – Les congés (congés annuels, congé parental, etc...), [Conditions de vie et de travail: France \(europe.eu\)](https://europe.eu)

²⁵ Rexecode (2021), Document de travail n°79, La durée effective du travail en France et en Europe, Les résultats de 2019, [Document-de-travail-79-Duree-effective-du-travail-en-France-et-en-Europe-2021-10.pdf](https://www.rexecode.org/fr/document-de-travail-79-duree-effective-du-travail-en-france-et-en-europe-2021-10.pdf)

²⁶ OCDE, Better Life Index – Suède, [Votre Indicateur Du Vivre Mieux \(oecdbetterlifeindex.org\)](https://www.oecd.org/fr/better-life-index/)

²⁷ OCDE, Better Life Index – France, [Votre Indicateur Du Vivre Mieux \(oecdbetterlifeindex.org\)](https://www.oecd.org/fr/better-life-index/)

approximativement le même que celui des Suédois. En effet, les données de l'OCDE²⁸ (2016) montrent que les Suédois prennent en moyenne 20 minutes pour se rendre au travail et les Français, environ 25 minutes. Selon une étude de l'université de West England, « ajouter 20 minutes de transport pour faire le trajet domicile-travail a le même impact sur le bien-être qu'une réduction de salaire de 19% ». ²⁹ Or, le bien-être a un impact direct sur la qualité de vie et donc sur la santé. Dans ce cadre, il est important de ne pas augmenter davantage cette durée de trajet.

Par ailleurs, en Suède, la plupart des bureaux ont un espace dédié à la pause et la plupart des entreprises subventionnent les activités sportives de leurs salariés depuis la fin des années 1980. Les effets bénéfiques des activités physiques sur la santé sont connus : selon l'Inserm³⁰, la pratique d'une activité modérée (au moins 20 minutes trois fois par semaine) ou intense (au moins 3 heures par

semaine) diminue de 30% le risque de mortalité prématurée.

Dans le même thème, la sédentarité et plus précisément le fait de rester de longues heures assises est un problème majeur. Selon le professeur en médecine du travail, Frédéric Duthéil, la « sédentarité est la première cause de mortalité évitable dans les pays développés. » C'est pourtant un fait encore largement ignoré.

En résumé, il est important de prêter une attention toute particulière aux non-salariés et aux salariés travaillant de très longues heures et à les protéger. Les dispositifs mis en place dans les entreprises suédoises, comme des espaces dédiés à la pause et la subvention d'activités sportives, incitent à une meilleure hygiène de vie. La France a tout intérêt à s'en inspirer et encourager ces pratiques.

Les activités socialisées à l'origine du recul de l'entrée en dépendance

Au-delà de l'organisation des soins, du sujet de la prévention et des conditions de travail, d'autres facteurs peuvent entrer en jeu dans les gains d'espérance de vie en bonne santé, qui n'ont pas encore été explorés en Suède et en France. C'est notamment le concept d'« activités socialisées ».

La Chaire a introduit un concept novateur dénommé les « activités socialisées ». Ces

activités correspondent à « toutes les activités sociales, un peu contraignantes, d'intérêt général et pas nécessairement rémunérées ». Elles peuvent être plus communément du bénévolat, de la participation à la vie sociale, communautaire et locale. Ces activités socialisées ont pour vocation à donner un rôle, une place et une utilité dans la société aux seniors, ainsi qu'à valoriser leurs compétences et savoirs accumulés tout au

²⁸ OECD Family Database, LMF2.6: Time spent travelling to and from work, LMF12 Time spent travelling to and from work webwa.doc (oecd.org)

²⁹ Comment le temps de transport nuit à votre santé et votre travail, site e-attract, [Comment les temps de](#)

[transport nuisent à votre santé et votre travail | e-attract](#)

³⁰ Le Monde (2012), Faire du sport régulièrement accroît l'espérance de vie, [Faire du sport régulièrement accroît l'espérance de vie \(lemonde.fr\)](#)

long de leur vie. Ces activités socialisées peuvent d'une part avoir un impact économique considérable, évalué par la Chaire à 9,7 milliards d'euros en 2017³¹. Mais aussi, d'autre part, être facteur de bien-être et de bonne santé à âge élevé.

En effet, la Chaire a produit des travaux montrant que les activités socialisées ont un impact sur le bien-être subjectif des seniors, et notamment à âge élevé, à plus de 80 ans³². De plus, une étude³³ a été réalisée pour évaluer l'impact de la pratique d'activités socialisées sur l'âge d'entrée en dépendance. Les résultats montrent que la pratique de ces activités chez les individus de plus de 60 ans retarde en moyenne de 3,2 ans l'âge d'entrée en dépendance. Celles qui permettent une entrée en dépendance la plus tardive sont celles où les individus participent à un club sportif ou social.

Or, si ces activités socialisées sont autant bénéfiques aux seniors, sa pratique diminue : le taux d'engagement bénévole des plus de 65 ans a diminué de 8 points en neuf ans³⁴. En effet, la pratique d'activités socialisées n'est pas une évidence pour les seniors, mais davantage le fruit de déterminants familiaux et de caractéristiques sociodémographiques. La Chaire TDTE préconise une politique individualisée d'ampleur en faveur des activités socialisées, adaptée aux profils des seniors. L'objectif de cette politique est

d'aider les seniors à préparer leur projet de vie à la retraite et de leur donner l'envie de rester actifs, soit en continuant à travailler soit en faisant des activités associatives et non rémunérées. On observe notamment qu'en France, l'âge de départ effectif à la retraite est relativement bas, 60,8 ans, en comparaison avec d'autres pays et notamment la Suède, avec 65,9 ans³⁵. Ce fait, aussi, questionne la capacité du marché du travail français à intégrer les seniors et à leur donner envie de continuer à travailler.

Cet écart peut aussi s'expliquer par les réformes du système de pension suédois. Des mesures incitatives ont été mises en place pour encourager la population active à reporter son départ en retraite et même à continuer à travailler à temps partiel après la retraite. Cela va de pair avec la facilitation de la retraite progressive.³⁶ En Suède, il est, en effet, possible d'obtenir après l'âge de 61 ans, 25% à 100% de la pension publique liée aux revenus tout en continuant à travailler. Plusieurs secteurs ont mis en place, par exemple, leurs propres régimes de retraite flexible et partielle.

Cette politique suppose de manière générale une révolution culturelle et un changement de considération des seniors dans nos sociétés, en mettant en valeur leur potentiel et leur utilité pour la société. Dans le milieu associatif, un statut de bénévole actif pourra

³¹ Lorenzi, J-H., Albouy, F-X., Villemeur, A. (2020) « Les activités socialisées des seniors », avec la collaboration de Adeline Moret, Chaire TDTE

³² Hammou-ou-Ali, H. (2020) « Les activités socialisées et le bien-être psychologique des seniors », Chaire TDTE, 16 septembre 2020, disponible sur le site

³³ A. Moret, Y. El Abbouni (2021), Quel effet de la pratique d'activités socialisées des seniors sur l'âge d'entrée en dépendance ?, TDTE, [Effet de la pratique d'activités socialisées des seniors sur l'âge d'entrée en dépendance \(tdte.fr\)](#)

³⁴ Thierry, D. (2015) « L'engagement bénévole des seniors : une implication réfléchie ! », Etude Seniors et bénévolat, Janvier 2015.

³⁵ OCDE, Vieillesse et politiques de l'emploi – Statistiques sur l'âge effectif moyen de la retraite, [Vieillesse et politiques de l'emploi - Statistiques sur l'âge effectif moyen de la retraite - OCDE \(oecd.org\)](#)

³⁶ OCDE (2018), Sweden, Key policies to promote longer working lives, Country note 2007 to 2017, [Sweden Key policies Final.pdf \(oecd.org\)](#)

être considéré tout comme en Suède où les volontaires sont traités « de manière professionnelle »³⁷, ce qui peut attirer des bénévoles, qui sont déjà nombreux puisqu'il existe dans plusieurs organisations une liste d'attente au bénévolat. La professionnalisation est donc considérée comme la voie pour clarifier les attentes réciproques entre le personnel salarié ou le retraité et les coordinateurs des bénévoles.

Conclusion

En conclusion, quatre facteurs jouent en faveur d'une meilleure espérance de vie en bonne santé.

L'accessibilité du système de santé est l'un des facteurs expliquant l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé. Cela se traduit dans le système suédois, tant, par un pilotage plus local et une couverture universelle, que par, des politiques publiques plus ciblées et préventives. La France a sur ces points-là quelques trajectoires à corriger pour s'approcher d'un régime plus proche des citoyens, qui permettrait de proposer des politiques publiques plus adaptées. Si le système français devait s'inspirer du système suédois en trois mots, ce seraient sans doute

un système plus « local, universel et préventif ».

La prévention constitue un enjeu majeur dans le maintien en bonne santé. Dès le plus jeune âge, il est important de sensibiliser à la nutrition qui maintient un métabolisme sain, mais également au tabagisme et à l'alcoolisme qui sont encore à ce jour, en France, les deux premières causes de mortalité évitables.

Par ailleurs, il paraît nécessaire de mettre en place des dispositifs au sein des entreprises pour inciter à la pratique sportive et permettre à tous les salariés d'avoir un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Les heures de travail quotidiennes doivent également être limitées pour laisser du temps au loisir et au repos.

Enfin, pour faire reculer l'âge d'entrée en dépendance et donc gagner en espérance de vie en bonne santé, il est important d'accompagner les seniors durant leur préparation à la retraite en les informant notamment sur les activités socialisées, comme le bénévolat, qui ont un effet positif sur leur bien-être et leur donnent un sentiment d'utilité sociale.

³⁷ M. Pousse-Plesse (2012), Quel(s) bénévolat(s) pour les seniors à l'échelle européenne ? Les politiques

sociales, Quel(s) bénévolat(s) pour les seniors à l'échelle européenne ? | Cairn.info



Comment améliorer l'attractivité des métiers du grand âge ?

Note de position

Anissa Zerrari

Introduction

En 2020, la population âgée de plus de 65 ans représentait 20,5% de la population totale en France³⁸. D'ici 2050, on estime que plus du quart de la population française aura dépassé 65 ans³⁹. Cet accroissement de la population âgée va se traduire inéluctablement par une augmentation de la population âgée en perte d'autonomie. En effet, les années gagnées avec l'accroissement de l'espérance de vie ne sont pas forcément synonymes de bonne santé. On estime à 4 millions le nombre d'individus en perte d'autonomie en 2050, alors qu'ils représentaient 2,5 millions de seniors en 2015⁴⁰.

Dans ce contexte, les professionnels du grand âge, regroupant l'ensemble des professions des domaines du sanitaire et social en contact avec les personnes âgées, jouent un rôle fondamental. Cependant, alors que les besoins s'accroissent, les infirmiers, les aides-soignants et les auxiliaires de vie manquent à l'appel. Ce fait est très spécifique à la France qui est l'un des pays les moins pourvus en professionnels de la dépendance. Ainsi, pour faire face à ce défi du vieillissement de la population, près de 93 000 postes supplémentaires devront être créés dans les 5 prochaines années⁴¹. Or, en France, ces métiers pâtissent d'un manque d'attractivité conséquent. Cette situation est d'autant plus grave pour les aides-soignants en structure de prise en charge de personnes âgées dépendantes, et les professionnels

intervenant au domicile de la personne âgée. En cause, la pénibilité physique et psychologique des tâches effectuées, la faible rémunération, le temps partiel souvent imposé et subi.

De plus, il s'avère que le recours unique à l'aide de l'entourage est devenu prépondérant (48% des personnes âgées aidées) par rapport au recours à l'aide professionnelle (20% des personnes aidées). En France, ce sont 11 millions de personnes, dont une majorité de femmes (57%) qui s'occupent d'un proche malade, handicapé ou âgé au quotidien. Environ 5 millions sont dans cette situation, tout en ayant un emploi. Cependant, ces proches aidants pourraient être moins disponibles à l'avenir, notamment en raison de la présence accrue des femmes sur le marché du travail. Ainsi, pour faire face au défi que va représenter le vieillissement de la population, la présence des professionnels des métiers du grand âge est d'une utilité majeure. Il nous faut donc trouver les moyens de revaloriser ces métiers.

Dans cette note, dans un premier temps, nous ferons un état des lieux de la situation des métiers du grand âge. Puis, nous identifierons, certaines initiatives intéressantes menées par des pays de l'OCDE, en vue d'améliorer l'attractivité de ces métiers.

³⁸ Bilan démographique 2019 - La fécondité se stabilise en France - Insee Première n° 1789, janvier 2020

³⁹ Insee (2017) « D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole », Insee Première, n°1652.

⁴⁰ Insee (2019) « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 », Insee Première, n°1767.

⁴¹ Rapport El Khomri (2019), plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024

Etat des lieux de l'inattractivité des métiers du grand âge

Aujourd'hui, la France compte 178 000 aides-soignants⁴², 45 300 infirmiers⁴³, 34 000 auxiliaires de vie sociale, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux⁴⁴, pour 1,4 million de personnes en perte d'autonomie (au sens des bénéficiaires de l'APA)⁴⁵. Les métiers du grand âge sont très féminisés. La population des professionnels de l'aide à domicile étant l'une des plus féminisée : 97 % des aides-soignants étaient des femmes, sur la période 2012-2014⁴⁶.

Selon une étude de France Stratégie et de la Dares⁴⁷, les métiers d'aide à domicile et d'aide soignants peinent à attirer de nouveaux candidats. Les structures remplissent difficilement les postes à pourvoir, pourtant indispensables. En 2018, à domicile, 1 poste sur 5 n'est pas pourvu, selon l'UNA⁴⁸. Près de la moitié des EHPAD rencontrent également des difficultés de recrutement, particulièrement pour les aides-soignants, pour lesquels un établissement sur 10 déclare un poste non pourvu depuis au moins six-mois⁴⁹. En cause, une attractivité impactée par des conditions de travail dégradées, un faible niveau de rémunération et un temps partiel et des horaires fragmentés conséquents et subis.

Des conditions de travail dégradées

Les conditions de travail dans les métiers du grand âge, sont dégradées et cette situation touche d'autant plus les femmes, majoritaires dans ce secteur.

Le secteur de l'aide et des soins aux personnes âgées a un taux parmi les plus élevés d'accidents du travail, de maladies professionnelles et d'absentéisme. En effet, la sinistralité dans les Ehpad et les soins à domicile est trois fois supérieure à la moyenne nationale et devance d'un tiers celle du BTP⁵⁰.

Alors qu'au sein des pays de l'OCDE, 64% des professionnels des métiers du grand âge sont exposés à des facteurs de risque physique, ils seraient 94% dans ce cas en France⁵¹. Entre la solitude des interventions, les stations debout fréquentes, les charges lourdes, et les difficultés psychologiques liées à toute relation d'aide aux personnes fragilisées, ces professionnels font face à des symptômes dépressifs, de l'épuisement et à un sentiment d'inutilité.

Dans ce contexte, les absences pour cause de maladie ont tendance à être élevées dans ces secteurs. En France, en moyenne, les travailleurs du secteur des soins personnels

⁴² Estimations DGCS (issues de croisements de données DREES, tableau de bord CNSA)

⁴³ Estimation DGCS (issue de croisements de données DREES 2010, de l'enquête EHPA 2015 et du tableau de bord CNSA)

⁴⁴ DGCS (issue de données DREES (2015))

⁴⁵ Rapport El Khomri (2019), ibidem

⁴⁶ <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/t2a.pdf>

⁴⁷ Prospective des métiers et des qualifications (rapport France Stratégie, DARES, avril 2015) : les métiers à l'horizon 2022

⁴⁸ Selon une Enquête de l'UNA menée en 2018.

⁴⁹ Bazin M. et Muller M., juin 2018, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad », *Études et Résultats*, DREES, n°1067

⁵⁰ Rapport El Khomri (2019), ibidem

⁵¹ Rapport El Khomri (2019), ibidem

prennent 24 jours d'arrêt maladie⁵², ce qui est supérieur à la moyenne française (14,2 jours en 2016).

Une faible rémunération

De manière générale, les revenus des travailleurs du secteur des soins de longue durée sont nettement inférieurs à ceux du secteur hospitalier si l'on compare les travailleurs des mêmes grandes professions. Dans 11 pays de l'UE, les travailleurs du secteur des soins de longue durée recevaient 9 euros de l'heure (salaire médian), contre 14 euros pour le personnel hospitalier⁵³. Cette différence de salaire contribue à expliquer pourquoi les emplois hospitaliers sont plus attractifs que les emplois dans le secteur des soins de longue durée.

Les salaires actuels des professionnels des soins de longue durée sont faibles. Dans plusieurs pays, les travailleurs du secteur des soins personnels sont payés au salaire minimum. Au Portugal, par exemple, le salaire annuel moyen d'un travailleur de soins personnels est d'environ 600 euros par mois, soit à peu près le salaire minimum, tandis que les infirmiers perçoivent 900 euros par mois. En Irlande, les travailleurs des soins personnels (aides-soignants) perçoivent en moyenne 10,40 euros de l'heure dans le secteur privé, ce qui représente un salaire

supérieur de 6 % au salaire minimum, mais inférieur de 23 % à celui du secteur public⁵⁴.

En France, la situation est préoccupante pour les aides à domicile et les aides ménagères, ainsi que les aides-soignants. Ces métiers figurent respectivement en 3^e et en 4^e position de la liste des métiers ayant le plus d'employés rémunérés en dessous de 1,3 Smic horaire. Plus exactement, 42 % des aides-soignants (soit plus de 730 000 personnes) gagnent jusqu'à 1,3 Smic, 28 % moins de 1,2 Smic et 14 % jusqu'à 1,05 Smic⁵⁵. A titre de comparaison, alors qu'en France, le salaire des professionnels des soins de longue durée (à domicile) est 27% plus faible par rapport au salaire moyen, il est plus faible de 16% en Suède⁵⁶.

En conséquence, en France, le taux de pauvreté est élevé parmi ces métiers, on dénombre 17,5% de ménages pauvres parmi les intervenants à domicile contre 6,5% en moyenne pour l'ensemble des salariés⁵⁷.

Emploi précaire : temps partiel et horaires fragmentés

Les professionnels des métiers du grand âge sont particulièrement touchés par le travail à temps partiel et les horaires fragmentés.

Dans le secteur de l'aide à domicile, 79% des salariés travaillent à temps partiel avec un temps de travail qui augmente avec la

⁵² Truchot, D. (2018), *Rapport de recherche sur la santé des soignants*, Laboratoire de psychologie, Université Bourgogne-Franche Comté, <https://www.asso-sps.fr/assets/rapport-de-recherche-sur-la-sante-des-soignants---pr-didier-truchot.pdf>

⁵³ OECD (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

⁵⁴ OECD (2020), *ibidem*

⁵⁵ France Stratégie, à partir des Enquêtes Emploi 2017-2019 (Insee)

⁵⁶ Eurofound (2020), *Long-term care workforce: Employment and working conditions*, Publications Office of the European Union, Luxembourg

⁵⁷ Rapport El Khomri (2019), *ibidem*

qualification⁵⁸. En raison du faible volume d'heures hebdomadaires effectuées et la multiplication de temps d'intervention éparpillés dans la journée, cette situation pousse les concernés au multi-salariat et à une concentration des interventions sur des plages horaires spécifiques. Par exemple, une enquête menée en 2018, auprès de 6 066 travailleurs français des soins de longue durée a montré que 92,9 % des aides-soignants et 85,1 % des infirmiers travaillent régulièrement le week-end, contre 42 % des médecins généralistes et 35,6 % des orthophonistes⁵⁹.

Le cumul de ces problématiques contribue à l'inattractivité de ces métiers, alors que la demande pour ces métiers est forte. La dynamique des créations d'emplois se trouve, au total, inférieure à celle des besoins liés au vieillissement et à l'état de santé de la population.

Dans ce contexte, des recommandations et des plans d'action ont été impulsés en France afin de revaloriser ces métiers.

Encadré 1 : Les mesures mises en œuvre par le gouvernement pour améliorer l'attractivité des métiers du grand âge, Source : site du Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion

Les rapports de Dominique Libault, intitulé « Grand âge et autonomie » du 28 mars 2019 et de Myriam El Khomri, intitulé « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024 » du 29 octobre 2019 ont proposé des aménagements majeurs. Un plan de 37 actions s'articulant autour d'une hausse des rémunérations, de l'amélioration des moyens humains, de l'amélioration des formations et de la réduction de la pénibilité a été proposé pour les métiers du grand âge.

Depuis, des mesures ont été mises en œuvre :

- Une hausse des salaires de 13% à 15% des professionnels du secteur associatif (auxiliaires de vie, assistantes de vie...), de l'aide d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Selon l'ancienneté et le statut de l'aide à domicile, cette hausse de salaire varie entre 160€ à 300€ bruts par mois.
- Une amélioration des moyens humains pour répondre aux besoins de ce secteur, avec la création de 12 600 places de formation. A cet égard, le concours d'entrée pour les aides-soignants et accompagnants éducatif et sociaux a été supprimé au profit de formation reposant sur de la pratique à travers les stages.
- L'accroissement du recours aux contrats en alternance sur la base des aides du plan « 1 jeune, 1 solution de France Relance (5 000 euros pour le recrutement d'un alternant mineur et 8 000 euros pour un majeur). Pour permettre l'alternance dans la fonction hospitalière publique, une aide de 3 000 euros par apprenti embauché a été mise en place à la rentrée 2021.
- Une réduction de la pénibilité de ces métiers à travers l'achat d'équipements bénéficiant également aux résidents des établissements (chaises ergonomiques, chariots roulants...), d'un montant de 250 millions d'euros en 2020 et 2021.

⁵⁸Rapport El Khomri (2019), ibidem

⁵⁹ Truchot, D. (2018), ibidem

En plus de ces mesures, la France pourrait s'appuyer sur certaines initiatives menées par des pays de l'OCDE, qui ont montré leur

succès, en vue d'améliorer l'attractivité de ces métiers.

Valoriser les métiers du grand âge : les initiatives portées par des pays de l'OCDE

Promouvoir de bonnes conditions salariales : l'importance d'une meilleure coordination des partenaires sociaux du grand âge

Dans certains pays, les bas salaires s'expliquent par le fait que certaines branches du secteur ne sont pas entièrement couvertes par les réglementations sur les accords salariaux ou relèvent de réglementations spéciales. En Angleterre, on estime qu'entre 9 et 13 % des emplois de soins sont rémunérés en dessous du salaire minimum national, principalement en raison du temps non rémunéré, qui comprend le temps de déplacement, le temps de formation et les heures de garde⁶⁰.

Pour faire face à la faible rémunération, plusieurs pays ont augmenté les salaires globaux dans le secteur des soins de longue durée. En Hongrie, les salaires ont augmenté de 62 % entre 2013 et 2018. L'Allemagne a mis en place des mesures incitatives pour des salaires adéquats, en 2010, avec l'introduction d'un salaire minimum dans le secteur. Depuis 2017, elle les a renforcées avec une garantie de remboursement des salaires convenus collectivement dans les négociations tarifaires. En France, les recommandations

pour une nouvelle proposition de législation incluent la réévaluation des salaires minimaux dans le secteur au niveau du salaire minimum national (SMIC) et ré ajustable lorsque ce dernier augmente⁶¹.

En France, à compter du 1^{er} octobre 2021, est entrée en vigueur, une revalorisation salariale de 13% à 15% des professionnels du secteur associatif (auxiliaires de vie, assistantes de vie...), de l'aide d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Cependant cette hausse « historique » ne concerne pas les professionnels du secteur privé commercial et public qui ne sont pas régis par la convention collective de la branche de l'aide à domicile du secteur non-lucratif (BAD) par laquelle s'effectue cette augmentation.

Cette disparité entre le secteur associatif et le secteur privé est révélatrice des problèmes d'inattractivité de ces métiers. Dans ce contexte, la revalorisation de l'ensemble des professionnels du grand âge, sans distinction de statuts et de secteur est fondamentale. Pour cela, il est nécessaire d'avoir des partenaires sociaux mieux organisés. Lorsque la législation et les pratiques nationales le permettent, des extensions adaptées des

⁶⁰Gardiner, L. (2015), "The Scale of Minimum Wage Underpayment in Social Care", *Resolution Foundation, London*.

⁶¹ OECD (2020), *ibidem*

conventions collectives sont nécessaires afin d'améliorer les conditions salariales. En guise d'exemple, à Malte, tous les salaires du secteur des soins de longue durée sont alignés sur ceux des services publics afin de garantir que les prestataires privés bénéficient des mêmes avantages⁶².

Améliorer les conditions de travail sur la base de nouveaux modèles organisationnels et managériaux

Un ensemble de pays ont mis en place de nouveaux modèles d'organisation des soins afin d'améliorer les conditions de travail, sur la base d'une flexibilité accrue dans les rotations de personnel et la prévention d'accidents physiques.

Par exemple, les Pays-Bas ont connu une révolution des métiers du grand-âge, grâce à une innovation managériale : Buurtzorg « soins de proximité », modèle révolutionnaire des soins infirmiers à domicile. Pour contextualiser, les soins à domicile aux Pays Bas se base sur la centralisation de toutes les demandes via un centre d'appel qui répartit les soignants. Cette organisation ne laissait aucune place pour le dialogue, les soins étaient minutés, le turnover et l'absentéisme très importants. Dans ce contexte, Jos de Blok a créé en 2006 une organisation « Buurtzorg » qui a permis l'autonomisation des infirmiers et infirmières sous formes de petites équipes autonomes et locales. Ces équipes composées de 6 à 12 infirmiers se répartissent les quartiers et gèrent eux-mêmes les plannings, l'identification des nouveaux patients, les liens avec les prescripteurs, le financement

des activités. Une plateforme permet également d'échanger les bonnes pratiques entre les équipes. Cette initiative a été très positive à la fois pour la santé des malades et pour les infirmiers. En 2011, Buurtzorg a permis de diminuer de 40% le temps passé par patients, de 30% les demandes d'admissions aux urgences des patients suivis, de 33% le turnover et d'augmenter le niveau de satisfaction des professionnels et des patients⁶³.

En France, des structures se sont appuyées sur ce modèle tels que Alenvi, entreprise Solidaire d'Utilité Sociale (Esus) créée en 2016 qui a mis en place un management horizontal. L'organisation propose, ainsi, des recrutements en CDI de 35h/semaine organisées en groupe de 10 auxiliaires, qui travaillent en pleine autonomie. Néanmoins, ce modèle innovant ayant fait ses preuves reste très peu implanté en France. Aujourd'hui, dans un objectif d'amélioration des conditions de travail, il devient fondamental que les structures s'appuient sur les enseignements de Buurtzorg et trouve leur propre organisation adaptée au contexte français.

Outre, l'importance de favoriser l'innovation à la fois organisationnelle et managériale. Le développement d'une culture du « bien-être » au travail, avec des formations sur les bons gestes à effectuer afin de réduire les risques physiques s'avère fondamentale. Une étude réalisée par la Chaire TDTE, a montré que les formations de bientraitance ont un impact significatif sur le bien-être des personnes âgées et sur les conditions de travail des

⁶² OECD (2020), ibidem

⁶³ <https://www.mazars.fr/Accueil/Insights/Publications-et-evenements/Newsletters/Newsletter-Transfo->

[Sante/News-Transfo-Sante-4-l-humain-en-transfo-sante/Buurtzorg-la-revolution-du-soin-a-domicile](https://www.mazars.fr/Accueil/Insights/Publications-et-evenements/Newsletters/Newsletter-Transfo-Sante/News-Transfo-Sante-4-l-humain-en-transfo-sante/Buurtzorg-la-revolution-du-soin-a-domicile)

soignants avec une meilleure acceptation des soins. Les conditions de travail pour les soignants sont améliorées ; grâce à ces formations, ils gèrent mieux les situations de conflits, ils se sentent moins stressés et davantage heureux sur leur lieu de travail. Ainsi, encourager la mise en place de formations de bientraitance peut répondre à la problématique de l'attractivité des métiers du grand âge et appréhender une nouvelle vision du métier du soignant. Le soignant n'est pas seulement celui qui procure des soins, il s'inscrit aussi dans une démarche collective de bientraitance⁶⁴.

A ces formations de bientraitance, d'autres pistes existent afin d'améliorer les conditions de travail, tel que le recours aux nouvelles technologies. C'est le cas des Pays-Bas qui se sont appuyés sur de nombreuses innovations technologiques pour accompagner le vieillissement : la création de matériels électroménagers « intelligents » enregistrant l'activité quotidienne, des semainiers électroniques pour les médicaments, la réduction de l'isolement par le recours à des tablettes numériques, le maintien de l'activité cérébrale et physique des personnes âgées par la mise à disposition de robots, de jeux électroniques et de programmes de gymnastique. Ces dispositifs ont deux enjeux : (1) faciliter les personnes à se prendre en charge par elles-mêmes ; (2) permettre aux professionnels de mieux suivre leurs patients et de détecter les urgences. Mais aussi, de se

concentrer sur leur objectif principal, qui est de prodiguer des soins, et ainsi, de se décharger des autres aspects de la prise en charge (suivi administratif, organisation des soins, etc.)⁶⁵.

La prise en compte de ces innovations, de ces initiatives organisationnelles et managériales constitue un levier fondamental afin d'améliorer les conditions de travail des métiers du grand-âge et ainsi de restaurer leur attractivité.

Accroître les perspectives d'évolution de carrière sur la base des métiers du « care manager »

Valoriser l'expérience sur le terrain et proposer une évolution dans les métiers du grand âge, sont des pistes importantes pour inciter les employés à rester dans cette branche d'activité. Cette valorisation au cours de la carrière pourrait passer par la délégation d'activités ou de services à plus haute valeur ajoutée. En effet qui pourrait mieux guider et suivre les personnes âgées dépendantes dans leurs besoins que des professionnels qui connaissent le terrain ?

Dans cette optique, la Suède, le Danemark ou encore le Japon ont mis en place des métiers de « care manager ». Les « care managers » évaluent les besoins de l'aidé dans le temps. Ils sont considérés comme de véritables experts pour définir les services les plus

⁶⁴ Albouy F-X, et Moret, A (2021) « Analyse des dispositifs de formation des soignants en Ehpad », Chaire TDTE, Juin 2021, disponible sur le site : tdte.fr.

⁶⁵ Rapp, T. (2021). Pour une stratégie ambitieuse du bien-vieillir : comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie. Rapport pour l'Institut Montaigne. Paris, France.

appropriés tout en tenant compte du niveau du plan d'aide.

En Suède, les municipalités ont la responsabilité de prendre en charge la perte d'autonomie des plus âgés. Un « *municipal care manager* », un membre du service social de la municipalité, va évaluer dans un premier temps le niveau de besoin de la personne dépendante. Ensuite ce « *municipal care manager* » est chargé de la coordination des aides et des services médicaux et sociaux apportés par la mairie. Il a un diplôme équivalent à celui d'assistant social avec une année de spécialisation en gériatrie.

Au Danemark, c'est aussi la municipalité qui est chargée de l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins des personnes dépendantes. Si l'évaluation de la perte d'autonomie est réalisée par une équipe pluridisciplinaire et en consultation avec la famille, c'est le « *care assessor* » qui coordonne l'équipe chargée de l'évaluation. Un « *care manager* » vient ensuite prendre le relais pour assurer la coordination des professionnels qui interviennent au domicile des personnes âgées. Mais aussi pour vérifier que les services proposés conviennent au niveau de la perte d'autonomie.

Au Japon, les aides-soignants et les auxiliaires de vie peuvent passer le concours de « *care manager* » et devenir ainsi gestionnaire de cas ou coordinateur des soins, après cinq ans d'expérience. Ainsi, le métier de « *care manager* » est accessible par concours à toutes personnes ayant cinq ans d'ancienneté dans un métier du grand âge ; ce sont le plus souvent les auxiliaires de vie sociale, les infirmiers et les assistants sociaux qui sont reçus au concours.

Cette initiative constitue un levier prépondérant dans la valorisation des métiers du grand-âge, afin de permettre à ces professionnels d'avoir des perspectives d'évolution de carrière.

Cependant, cela demande de mener davantage d'études et de concertations pour définir les contours de ce métier. Quelles compétences demande le métier de « *care manager* » ? Quelles sont les attentes des personnes aidées et des aidants vis-à-vis de ce métier ? Quel modèle de financement ?

Conclusion

La France est l'un des pays les moins pourvus en professionnels de la dépendance. Entre la faiblesse de la rémunération salariale, des conditions de travail dégradées et un temps partiel accru. Ces métiers pâtissent d'un manque d'attractivité colossal. En France, les pouvoirs publics ont fait d'importants efforts afin d'améliorer l'attractivité des métiers du grand âge. Toutefois, ces efforts s'avèrent limités, notamment en raison du cloisonnement existant entre les conventions collectives et les opérateurs de compétences, ainsi que l'incomplétude de certaines mesures.

Par ailleurs, la France pourrait améliorer l'attractivité de ces métiers, en s'appuyant sur certaines initiatives menées par des pays de l'OCDE : (1) Promouvoir des bonnes conditions salariales, par une meilleure coordination entre les partenaires sociaux. Pour ce faire, il s'agit de réduire la disparité entre le secteur public et privé. Plus précisément, que tous les salaires du secteur des soins de longue durée soient alignés sur ceux des services publics afin de garantir que les prestataires privés bénéficient des mêmes



avantages. (2) Améliorer les conditions de travail, par la mise en place de nouveaux modèles d'organisation des soins, axée sur trois aspects : innovation managériale, formations de bienveillance, et recours aux nouvelles technologies. (3) Accroître les perspectives d'évolution dans les métiers du grand âge, par la délégation d'activités ou de

services à plus haute valeur ajoutée. Sur la base, des métiers du « care-manager ».

La France pourrait se baser sur ces initiatives et trouver sa propre organisation afin d'améliorer l'attractivité des métiers du grand âge.





Comment amener 50% des retraités à pratiquer des activités socialisées ?

Note de position

Adeline Moret

Introduction

Les pays développés font face à un défi sans précédent : le vieillissement démographique. La hausse du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, s'accompagne d'une augmentation du nombre de seniors en perte d'autonomie. La prise en charge de la perte d'autonomie est à la fois un défi économique, estimé à 30 milliards d'euros en 2014⁶⁶ et à 10,4 milliards d'euros supplémentaires d'ici 2030⁶⁷, mais aussi un défi humain qui demande de mobiliser des professionnels ou des proches pour aider ces personnes âgées dépendantes. De plus, la perte d'autonomie est un état qui peut être mal vécu par les personnes qui la subissent et entraîner, ainsi, un sentiment de mal-être et de détresse psychologique⁶⁸.

Or, la perte d'autonomie n'est pas une fatalité et peut être retardée par un mode de vie sain et actif et la pratique d'activités dites socialisées. Concept développé par la Chaire TDTE, les activités socialisées désignent toutes activités « sociales, un peu contraignantes, d'intérêt général et pas nécessairement rémunérées ». Elles se matérialisent à travers le bénévolat, la

participation à la vie sociale, communautaire et locale. Elles s'inscrivent dans la définition de vieillissement actif de l'OMS⁶⁹ et propose une nouvelle vision de la vie à la retraite : une vie active, engagée dans laquelle les personnes âgées ont une place, un rôle et une utilité dans la société. Dans ce cadre d'activités, les seniors peuvent exploiter leurs compétences, connaissances et savoirs accumulés tout au long de leur vie.

Les activités socialisées représentent un domaine d'activités considérable ! Ces activités ont été valorisées à 9,7 milliards d'euros et 500 000 équivalents temps plein en 2017 par la Chaire TDTE⁷⁰. Mais, c'est surtout son impact considérable sur la santé et le bien-être des seniors qui constitue l'argument le plus convaincant à la pratique de ces activités. Une revue de littérature importante montre les effets bénéfiques des activités socialisées sur le bien-être subjectif des seniors⁷¹. En plus d'être un excellent facteur de bien-être pour les seniors, les activités socialisées pourraient constituer la piste de prévention de la perte d'autonomie la moins coûteuse et au contraire la plus

⁶⁶ Roussel, R. (2017) « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Etudes & Résultats, n°1032, Drees, octobre.

⁶⁷ Rapport Libault de la Concertation Grand âge et autonomie (2019)

⁶⁸ Un quart des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile et un tiers des résidents en établissement sont en situation de détresse psychologique. Abdoul-Carime, S. (2020) « Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé », Études & Résultats, n°1141, Drees, janvier.

⁶⁹ L'Organisation Mondiale de la Santé fait référence au terme de vieillissement actif qui « permet aux personnes de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie [...] ».

⁷⁰ Lorenzi, J-H., Albouy, F-X., Villemeur, A. (2020) « Les activités socialisées des seniors », avec la collaboration de Adeline Moret, Chaire TDTE

⁷¹ Hammou-ou-Ali, H. (2020) « Les activités socialisées et le bien-être psychologique des seniors », Chaire TDTE, 16 septembre 2020, disponible sur le site : tdte.fr.

Faure, E. et Albouy, F.-X. (2021) « Les déterminants de l'intensité de la pratique d'activités socialisées par les retraités et son impact sur le bonheur », Chaire TDTE, Juin 2021, disponible sur le site tdte.fr.

rentable pour la société. La Chaire TDTE⁷², à partir de données d'enquêtes européennes, SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe -, a démontré que la pratique d'activités socialisées retardait de 3,2 ans l'âge d'entrée en dépendance. L'excellente nouvelle qui vient s'ajouter à ce résultat est que le bénéfice de la pratique d'activités socialisées sur l'âge d'entrée en dépendance est supérieur chez les peu qualifiés (3,6 ans), alors qu'ils pâtissent d'une espérance de vie en bonne santé plus courte.

Si les activités socialisées sont si bénéfiques aux seniors, sa pratique diminue année après année. Actuellement, près de 30% des retraités pratiquent une activité socialisée mais le taux d'engagement bénévole des plus de 65 ans a diminué de 8 points en neuf ans⁷³. Il y a donc urgence à inciter les seniors à

pratiquer des activités socialisées pour leur bien et celui de la société. Cependant, la pratique des activités socialisées à la retraite n'est pas une évidence mais davantage le fruit de déterminants familiaux et socio-démographiques, d'où la nécessité de proposer une politique individualisée pour inciter au minimum 50% des seniors à pratiquer des activités socialisées.

Dans cette note, dans un premier temps, nous présenterons les déterminants des activités socialisées et les différents profils de seniors enclins à réaliser ces activités. Dans un second temps, nous proposerons une politique globale et individualisée pour encourager la pratique d'activités socialisées à la retraite.

⁷² El Abbouni, Y. et Moret, A. (2021) « Quel effet de la pratique d'activités socialisées des seniors sur l'âge d'entrée en dépendance ? », Chaire TDTE, mai 2021, disponible sur le site : tdte.fr.

⁷³ Thierry, D. (2015) « L'engagement bénévole des seniors : une implication réfléchie ! », Etude Seniors et bénévolat, Janvier 2015.

Les déterminants des activités socialisées : la CSP, la connaissance du monde associatif et le lieu d'habitat

Le diplôme, le revenu, la CSP, la familiarité avec le monde associatif et le lieu d'habitation comme déterminants des activités socialisées

Pratiquer des activités socialisées n'est pas une évidence pour les seniors et retraités. La pratique de ces activités semble plutôt être conditionnée par des caractéristiques individuelles, socio-démographiques et familiales. Ainsi, plusieurs études montrent que l'engagement bénévole des seniors est lié fortement au niveau de diplôme, au revenu du ménage, au statut de propriétaire et à la pratique religieuse, même si l'effet de ce dernier critère tend à diminuer dans les dernières années⁷⁴.

Par ailleurs, la connaissance du monde associatif et du bénévolat ainsi que la pratique antérieure d'une activité bénévole impactent la probabilité de faire du bénévolat une fois retraité. Ainsi, la participation bénévole des parents influence l'engagement bénévole du retraité. En effet, les bénévoles retraités découvrent rarement leur vocation à la retraite⁷⁵, mais il s'agit davantage de la continuité d'une action bénévole entamée bien plus tôt dans sa vie. Cependant, s'il semble que les hommes s'investissent plus

dans le bénévolat que les femmes durant la vie active, il y aurait un effet de rattrapage une fois à la retraite, en témoigne la hausse du taux de pratique des femmes entre 50 et 60 ans⁷⁶.

Si le diplôme est prépondérant pour expliquer le travail bénévole, la catégorie socio-professionnelle (CSP) joue aussi un rôle clé. Le monde associatif présenterait un caractère sélectif où les cadres supérieurs, les professions intermédiaires et les indépendants non agricoles ont plus de chance de faire du bénévolat que les ouvriers et les employés. L'écart d'engagement entre CSP, surtout chez les retraités, est fulgurant ! La participation bénévole des anciens cadres supérieurs est de 2,5 fois supérieure à celle des anciens ouvriers⁷⁷.

Enfin, le lieu d'habitation est aussi discriminant dans la pratique bénévole. Habiter dans une agglomération est associée à une probabilité plus faible de faire du bénévolat. D'autres critères peuvent être évoqués mais ils ont un impact plus faible sur la propension à pratiquer cette activité⁷⁸.

Ainsi, plusieurs caractéristiques déterminent l'engagement bénévole des retraités : le

⁷⁴ Jeger, F. (2013) « La vie associative des retraités », COR, n°2013-054, Juin 2013.

Prouteau, L. et Wolff, F.-C. (2007) « Hors thème, La participation associative et le bénévolat des seniors », *Retraité et Société*, n°50, pp. 157-189.
Prouteau, L. et Wolff, F.-C. (2004) « Donner son temps : les bénévoles dans la vie associative », *Economie et statistique*, n°372.

⁷⁵ Chambré, S. M. et Einolf, C. J. (2008) « Is volunteering work, prosocial behavior or leisure ? An

empirical study» Baruch College, Center for non profit strategy and management, Working Papers Series.

⁷⁶ Prouteau, L. et Wolff, F.-C. (2007)

⁷⁷ Idem

⁷⁸ L'avancée en âge et l'état de santé impactent négativement la probabilité d'adhésion à une association. Jeger, F. (2013)

niveau de diplôme, le revenu, la CSP, la participation et la connaissance du monde associatif, l'histoire familiale et le lieu d'habitation.

Tous ces critères décrivent une multitude de profils chez les retraités plus ou moins enclins à pratiquer des activités socialisées. La difficulté est alors d'imaginer des profils-types de seniors, combinant chacun un ensemble de ces critères et décrivant différents degrés de sensibilité à la pratique d'activités socialisées et pour qui il faut imaginer des politiques d'accompagnement individualisées dans la vie à la retraite.

Des profils-types de seniors à la retraite

C'est ce qu'a fait France Bénévolat⁷⁹ en distinguant cinq populations de seniors :

1 – « Les initiés » ; ce sont les seniors qui sont engagés dans les activités socialisées et qui ont l'habitude du travail bénévole.

2 – « Les indécis » ; les jeunes retraités, qui ont une vie sociale riche, mais qui ne savent pas quoi faire à la retraite ou comment s'y prendre. Ils méconnaissent le monde associatif ou le travail bénévole et ils craignent d'être suroccupés et de n'avoir pas assez de temps pour leurs activités personnelles (loisirs, voyages, familles). France Bénévolat estime cette population de 1 à 2 millions de seniors.

3 – « Les terrorisés » ; les retraités qui font du bénévolat par peur du vide. Ils ont une méconnaissance du monde associatif et de la réalité de la vie associative. Ils risquent de reproduire des comportements qu'ils ont eus

pendant leur vie active. Cette déconnexion peut donner lieu à des conflits et des échecs pendant l'expérience associative.

4 – « Les préoccupés » par d'autres obligations comme le fait d'être aidant, de s'occuper de ses petits-enfants ou d'une activité rémunérée pour pallier une pension faible.

5 – « Les fragilisés » ; les jeunes retraités qui ont besoin de penser à eux, touchés par des accidents de la vie, ayant vécu une vie professionnelle difficile et ayant été dévalorisés, ou en détresse psychologique.

Il paraît alors évident que des dispositifs différents doivent être adressés à chacun des profils pour répondre à leurs besoins et leurs envies.

Pour beaucoup d'entre eux, il s'agit de montrer que le bénévolat est créateur de lien social. Il donne la possibilité de rencontrer des personnes qui ont les mêmes préoccupations, les mêmes goûts que soi et la possibilité de se faire des amis. Cela doit être l'argument prépondérant à mettre en avant car il s'agit de la principale motivation des seniors à adhérer à une association⁸⁰. Ces nouvelles relations peuvent venir en substitut des relations construites pendant la vie professionnelle, et soutenir les personnes qui ont vécu des chocs, tel que le veuvage pour les femmes.

Par ailleurs, un autre motif doit être mis en lumière ; le désir d'être utile. C'est la première motivation des seniors pour faire du bénévolat⁸¹.

⁷⁹ Thierry, D. (2015)

⁸⁰ Jeger, F. (2013)

⁸¹ Prouteau, L. et Wolff, F.-C. (2007)

En conclusion de cette revue de littérature, nous distinguons trois critères prépondérants pour expliquer la pratique d'activités socialisées :

- Le niveau de diplôme / la CSP ;
- La familiarité avec les activités socialisées, l'appétence et la pratique antérieure ;
- Le lieu d'habitation.

De ces trois critères, nous pouvons déduire des politiques pour inciter les seniors à réaliser des activités socialisées. Concernant le lieu d'habitation, des plateformes pourront être proposées pour connecter les seniors

avec les associations en fonction de leurs envies pour les uns, et de leurs besoins pour les autres. Concernant les deux autres caractéristiques individuelles, des dispositifs devront être imaginés pour répondre aux besoins de chacun en fonction de leurs particularités.

Imaginer une politique individualisée de l'activité est nécessaire, car, comme le souligne France Bénévolat, « les retraités ne s'engageront pas davantage dans le bénévolat associatif si en amont des dispositifs d'accompagnement individuels ou collectifs, solides, ne sont pas mis en place »⁸². C'est l'objet de la partie suivante.

⁸² Thierry, D. (2015)

Définir une politique individualisée et d'ampleur en faveur des activités socialisées

La Chaire TDTE travaille depuis près de trois ans sur le sujet des activités socialisées des seniors et des politiques pour inciter les retraités à en pratiquer.

Dans ce cadre, elle a mené, avec l'Observatoire du Bien-être du CEPREMAP et l'UMR, une enquête quantitative originale auprès de 4 127 enseignants âgés entre 57 et 75 ans sur leur vécu du passage à la retraite et leur pratique d'activités socialisées. Cette étude montre que les seniors enseignants ont une période d'adaptation de trois ans après leur départ en retraite. Elle démontre aussi le besoin des seniors d'être accompagnés pendant cette période de leur vie.

Dans ce contexte, la Chaire propose un ensemble de politique à destination des seniors qui prendrait la forme d'un parcours qui débiterait jusqu'à 5 ans avant le départ en retraite. Elle recommande le déploiement de dispositifs dans les entreprises, le mécénat de compétences et la retraite progressive, plusieurs années avant le départ en retraite. De plus, la Chaire a développé un programme de formation destiné aux seniors. Enfin, elle préconise la création et la généralisation d'une plateforme pour connecter associations et seniors en zone urbaine.

Le déploiement de dispositifs au sein des entreprises : le mécénat de compétences et la retraite progressive

L'enquête quantitative menée auprès des enseignants seniors s'est aussi intéressée aux dispositifs de transition emploi-retraite les plus pertinents pour les seniors. Lorsqu'on leur pose la question, les répondants affectionnent tout particulièrement deux dispositifs : le mécénat de compétences et la retraite progressive.

Le mécénat de compétences est la possibilité pour l'entreprise de mettre à disposition des salariés pour contribuer à un projet d'intérêt général sur leur temps de travail. Le mécénat de compétences a fait l'objet d'un manifeste en janvier 2019⁸³ qui encourage les entreprises de toutes tailles à développer ce dispositif. Il a en effet l'avantage de préparer les seniors au travail bénévole bien avant leur départ en retraite. Inciter les seniors à en bénéficier cinq ans avant leur départ en retraite serait idéal pour qu'ils puissent appréhender et mieux connaître le monde bénévole.

La retraite progressive est aussi un dispositif plébiscité parce qu'il présente l'avantage de préparer le senior à sa nouvelle vie et de le faire prendre conscience du temps disponible qu'il aura une fois à la retraite.

Les employeurs ont un rôle à jouer dans la préparation à la retraite de leurs salariés seniors. Pour cela, il faut rendre possible le déploiement de ces deux dispositifs aussi bien dans le secteur privé que dans la fonction

⁸³ Voir Manifeste du mécénat de compétences, 1ère édition « Favorisons l'engagement citoyen des salariés », Janvier 2019.

publique. Par ailleurs, les employeurs peuvent aussi accompagner leurs salariés seniors dans leur transition emploi-retraite en leur laissant du temps pour se former à cette nouvelle période de leur vie.

Une formation individualisée selon les profils-types des seniors

Nathalie Chusseau et Ayité Creppy ont développé, pour le compte de la Chaire TDTE, un programme de formation VIE (Valorisation Intergénérationnelle pour s'Engager) dont l'objectif est de se former pour s'engager en connaissance de cause. Il part des besoins et des attentes des individus et propose 6 modules de formation, présentés en tableau 1.

Ces modules peuvent être enseignés de manière indépendante pour aider le senior à : construire son projet de vie (module 1), à connaître les enjeux de son territoire (module 2), ou l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) et les opportunités d'engagement (module 3), à créer son association ou savoir travailler en association (module 4), à approfondir ses connaissances (module 5) notamment en numérique (module 6). Ces enseignements seraient délivrés à l'Université.

Ces modules de formation pourraient répondre aux besoins des seniors selon leurs profils-types. Rappelons les deux caractéristiques individuelles que nous avons relevées dans la partie précédente : la CSP et l'appétence, la familiarité avec les activités socialisées. Cela implique qu'une série de questions devra être remplie par les seniors avant de leur proposer les modules de formation.

Les questions proposées sont présentées en tableau 2 et peuvent nous permettre de créer cinq critères structurants :

- La CSP et niveau de diplôme ;
- L'antériorité : le fait d'avoir déjà réalisé des activités socialisées auparavant ;
- La construction du projet de vie : le fait que le senior ait déjà un projet de vie après son départ en retraite ;
- Les compétences numériques ;
- Le lieu d'habitation.

Ainsi, selon les réponses à ces questions, le senior se verra proposer les modules de formation possiblement dans un ordre différent. Les trois premiers critères nous donnent 8 profils-types de seniors présentés en tableau 3. Dans ce tableau, sont aussi présentés les besoins de chaque profil et la solution pour y répondre, c'est-à-dire la combinaison idéale des modules de formation, dans un certain ordre.

Cette formation devrait être mise en place une à deux années avant le départ en retraite pour une transition réussie. Cependant, elle doit aussi être pensée pour les seniors qui sont à la retraite depuis quelques années.

Cette formation pourrait être mise en place par les caisses de retraite et les mutuelles. Lors de l'enquête quantitative que nous avons menée, les seniors enseignants interrogés les ont considérées comme les meilleurs acteurs pour les

accompagner dans leur transition emploi-retraite⁸⁴.

Tableau 1

Description de la formation VIE

N°	Intitulé	Contenu	Heures de formation	Coût
1	Construction du projet de vie et d'engagement	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan de compétences - Coaching collectif 	24h	2 400€
2	Les enjeux économiques, environnementaux et sociaux du territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Etat des lieux des spécificités territoriales - Enjeux sociaux - Enjeux économiques 	6h	600€
3	ESS, territoire et engagement	<ul style="list-style-type: none"> - L'ESS en région : état des lieux - Les parties prenantes de l'ESS 	18h	1 800€
4	Projet de création ou d'engagement dans une association	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser aux aspects organisationnels, aux règles de gouvernance - Atelier pédagogique (créer son association ou travailler en association) 	18h	1 800€
5	Découverte	<ul style="list-style-type: none"> - Suivre un enseignement libre à l'université 	20h à 24h	Gratuit
6	Se former au numérique	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic individuel - Travail de groupe 	12h	Entre 3 600€ et 6 000€

Source : Chusseau et Creppy (2021)

Tableau 2

Les questions préliminaires au programme de formation

N°	Question	Indicateur
1	Quel est l'intitulé de votre métier ?	CSP
2	Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu ? ou définir une grille de compétences et la faire remplir par le senior	Diplôme ou compétences acquises
3	Avez-vous déjà réalisé des activités socialisées ? (donner la définition des activités socialisées au préalable)	Antériorité des activités socialisées

⁸⁴ Cette enquête a été menée auprès de sociétaires de l'UMR.

4	Savez-vous ce que vous voulez faire une fois à la retraite ? Expliquez. Si oui, ressentez-vous le besoin d'une formation pour mettre au point ce projet ?	Construction du projet de vie
5	A quelle fréquence utilisez-vous internet ? Votre ordinateur ? Smartphone ?	Compétences numériques
6	Dans quelle commune habitez-vous ?	Lieu d'habitation

Source : Auteurs

Tableau 3
Huit profils-types de seniors

N°	Diplôme	Antériorité des activités socialisées	Projet de vie défini	Besoins	Solutions
1	CSP +	OUI	OUI	Profil idéal pour réaliser des activités socialisées.	Aucun module n'est nécessaire dans ce cas
2	CSP -	OUI	OUI	Peut avoir besoin d'avoir confiance en soi et de renforcer des compétences.	Modules 5 et 6
3	CSP +	OUI	NON	L'aider à construire son projet de vie.	Module 1
4	CSP -	OUI	NON	L'aider à construire son projet de vie et lui redonner confiance en ses aptitudes.	Module 1, (facultatif : 2 et 3), Modules 5 et 6
5	CSP +	NON	OUI	Peut correspondre au profil « Les terrorisés » : le former sur la vie associative et l'aider à construire son projet de vie en connaissance de cause.	Modules 2, 3 et 4 et retour vers le Module 1
6	CSP -	NON	OUI	Idem en lui donnant confiance en ses aptitudes.	Modules 2, 3, 4 (facultatif : retour vers le module 1), Modules 5 et 6
7	CSP +	NON	NON	Peut correspondre au profil « Les indécis » : les former à la vie associative et à construire un projet de vie.	Modules 1, 2, 3 et 4
8	CSP -	NON	NON	Peut correspondre au profil « Les fragilisés » : les former, les accompagner et leur donner confiance.	Modules 1, 2, 3, 4, 5 voire 6

Source : Auteurs

Si cette formation individualisée, re-modulable selon les profils, pourrait avoir un impact significatif sur le nombre de seniors qui réalise des activités socialisées, il est important d'envisager les solutions de financement de cette formation.

Un CPF étendu et une plus grande implication des entreprises pour financer le programme de formation

La question du financement de la formation est cruciale étant donné qu'elle peut coûter jusqu'à 10 000€. Il faut donc chercher des sources de financement puisque le retraité n'aura pas la capacité de payer individuellement ces coûts ou ne sera pas prêt à le faire.

Deux pistes de financement peuvent être envisagées. La première consisterait à mobiliser le Compte Personnel de Formation à titre individuel. Seulement, celui-ci est clôturé le jour où l'individu fait valoir ses droits à la retraite. Une proposition est alors de laisser le senior accéder à son CPF après son départ à la retraite même s'il ne cumulera pas de nouveaux droits.

Pour autant, cette solution, bien que nécessaire, ne sera pas suffisante parce que le CPF détient un plafond de 5 000€ pour les salariés qualifiés et les travailleurs indépendants, et de 8 000€ pour les salariés non qualifiés et bénéficiant de l'obligation d'emploi. Par ailleurs, le senior peut avoir utilisé ses droits de formation avant son départ en retraite.

Une autre solution serait d'employer le plan de formation de l'entreprise, de mobiliser les dispositifs de financement de la RSE en plaçant les seniors au cœur de la politique RSE. La RSE peut représenter entre 1% et 10% du budget de l'entreprise et pourrait constituer le financement complémentaire de ce programme de formation.

Si le programme de formation peut être une politique individualisée et cohérente, elle ne répond pas à l'isolement plus important des seniors dans les grandes métropoles. Une plateforme de mise en contact entre seniors bénévoles et associations pourrait constituer une solution.

Une plateforme pour connecter associations et seniors dans les zones urbaines

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le lieu d'habitation, en particulier vivre dans des localités plus petites et en milieu rural augmente la probabilité de faire des activités bénévoles. Les habitants de grandes villes sont donc moins enclins à faire des activités socialisées. Cela peut s'expliquer par la moindre promiscuité dans les grandes villes, et le fait que les habitants des grandes métropoles se sentent plus souvent seuls⁸⁵.

Or, il faut mettre à profit l'offre abondante et diversifiée d'activités socialisées dans les grandes villes. Avec les outils numériques existants, des plateformes peuvent être facilement créées pour faire se rencontrer les

⁸⁵ Beasley, E. et Perona, M. (2020) « Dimensions de la solitude en France », Note de l'Observatoire du Bien-être du CEPREMAP, n°2020-01.

seniors recherchant une activité et les associations en recherche de main d'œuvre. Les seniors pourraient indiquer leurs compétences, expériences passées et les formations suivies. De leur côté, les associations pourraient formuler leurs attentes, le profil recherché et les heures de travail bénévole demandées. Cela pourrait même inciter les profils dits « préoccupés » par d'autres activités, à s'engager en sachant qu'ils ne contribueraient que quelques heures par semaine dans un calendrier défini et anticipé.

Un obstacle à l'utilisation de cette plateforme est le niveau de compétences des seniors en numérique. Si celui-ci est insuffisant, elle ne sera d'aucune utilité. Aussi, la formation à cette plateforme pourra-t-elle être intégrée au programme de formation présenté précédemment, dans le module 6. De même, cette plateforme pourra être introduite dans le module 3 de ce même programme.

Une révolution culturelle

Ces solutions mises bout à bout constituent les premières composantes d'un plan global pour atteindre notre objectif de 50% des seniors pratiquant des activités socialisées. Les dispositifs de mécénat de compétences et de retraite progressive doivent être, pour cela, déployés dans tous les secteurs d'activité, le programme de formation proposé généralisé, l'utilisation de la plateforme étendue et les solutions de financement mises en place soit au niveau public, pour le CPF, soit au niveau privé, concernant les plans RSE pour les entreprises.

Or, une révolution culturelle doit avoir lieu sur de nombreux plans. C'est tout d'abord

changer de regard sur le statut du retraité ; d'inactif à utile pour la société. C'est trouver des figures d'incarnation de ces retraités et des passages réussis en retraite. C'est aussi considérer qu'à la fin de la vie active, nous revenons à un stade d'apprenant.

Les associations doivent être prêtes à accueillir ces seniors et à valoriser davantage leurs parcours et leurs compétences que leurs diplômes. Il en va de même pour le secteur économique et le cumul emploi-retraite. Celui-ci peut être un formidable projet de vie à la retraite, lorsqu'il est choisi et pas subi. Mais pour cela, le cumul emploi-retraite doit être partout possible, afin que le passage à la retraite n'agisse plus comme un couperet dans la vie professionnelle des seniors.

C'est enfin changer le rôle des entreprises, des mutuelles et de toutes les parties prenantes en les impliquant dans cet objectif de 50% des seniors réalisant des activités socialisées.

Conclusion

Les activités socialisées peuvent constituer une formidable piste de prévention de la perte d'autonomie et une perspective de vie à la retraite où les seniors peuvent employer leurs compétences, connaissances et être utiles pour les autres.

Seulement, pratiquer des activités socialisées n'est pas une évidence pour les seniors une fois à la retraite. C'est au contraire le fruit de déterminants familiaux et de caractéristiques individuelles. Ainsi la CSP, le niveau de diplôme, la familiarité avec les activités socialisées, la pratique antérieure et le lieu d'habitation ont un impact sur l'engagement des seniors. Or, nous pouvons déjouer ces

déterminants en proposant une politique individualisée et d'ampleur en faveur de la pratique d'activités socialisées.

Cette politique doit être mise en place bien en amont du départ à la retraite, jusqu'à 5 ans avant le départ en retraite. La Chaire TDTE propose le déploiement de dispositifs de transition emploi-retraite dans les entreprises et dans le secteur public, tout particulièrement le mécénat de compétences et la retraite progressive pour les seniors proches de leur départ à la retraite. Elle préconise aussi qu'une formation individualisée soit mise en place par les

caisses de retraite et les mutuelles pour accompagner les seniors dans la définition de leur projet de vie et pour assurer une transition réussie vers la retraite. La formation pourra être financée via le CPF, en permettant son accès après le départ en retraite, ou en mobilisant les plans de formation des entreprises. Une plateforme qui permettrait de connecter associations et seniors pourrait être créée et généralisée, particulièrement dans les zones urbaines. Enfin, cette politique d'ampleur suppose une révolution culturelle et un changement de vision des seniors dans nos sociétés.





La Chaire TDTE, rattachée à l'Institut Louis Bachelier et à la Fondation du Risque, est un lieu de recherche et de débat sur l'impact du vieillissement et de la longévité sur l'économie et la société en France.

Fondée en 2008, elle considère que, face au choc de la longévité, nos politiques économiques et sociales s'en trouvent bouleversées ; les évolutions démographiques et leurs impacts sur l'économie nous obligent à faire évoluer non seulement les systèmes de retraite et de protection sociale, mais aussi à élever nos ambitions de formation et d'emploi pour les seniors tout au long de la vie.

Plus d'études sur :

tdte.fr