



HAL
open science

Adéquation de l'offre de soins paramédicale aux besoins de la population de la région Grand Est, horizon 2030

Julien Dufour

► **To cite this version:**

Julien Dufour. Adéquation de l'offre de soins paramédicale aux besoins de la population de la région Grand Est, horizon 2030. [Rapport de recherche] GIP Lorraine Parcours Métiers. 2017. hal-03351638

HAL Id: hal-03351638

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03351638>

Submitted on 22 Sep 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Adéquation de l'offre de soins paramédicale aux besoins de la population

Grand Est
- Horizon 2030 -



TABLE DES MATIÈRES



Introduction	6
Le vieillissement de la population : une attention particulière des pouvoirs publics	6
Vieillesse et dépendance	6
Les paramédicaux au cœur de l'observation	7
L'enrichissement du questionnement par une approche des professions connexes	8
Les axes d'investigation retenus	9
Présentation du rapport d'étude	10
1. Analyses sociodémographiques de la population du Grand Est	11
1.1. Les principales caractéristiques de la population régionale	12
1.2. Vieillesse et structures familiales	14
1.3. Vieillesse et niveau de vie	16
1.4. Vieillesse et chômage	18
1.5. Vieillesse et dépendance à l'horizon 2030	19
2. Typologie des zones d'emploi selon la socio-démographie de la population	23
2.1. Six classes et quatre problématiques territoriales distinctes	24
2.2. Présentation des monographies territoriales	27
Démographie stagnante, vieillissement avancé et en progression modérée, fragilité économique (classe n°1)	27
Démographie dynamique, vieillissement modéré, rôle économique moteur (classe n°2)	30
Démographie et vieillissement en fortes progressions, moindre isolement familial, dynamisme économique (classes n°3 et 6)	30
Décroissance démographique, vieillissement avancé et en progression modérée, fragilité économique (classes n°4 et 5)	31
3. Typologie des zones d'emploi selon l'offre de soins	33
3.1. Six classes territoriales présentant une offre de soins spécifique	34
3.2. Quelques données de cadrage concernant les professionnels du soin	37
3.3. Présentation des monographies territoriales	39
Éléments de méthode	39
Offre sanitaire proche des valeurs moyennes du Grand Est (classe A)	39
Offre sanitaire la plus dense (classe B)	41
Offre sanitaire à faibles densités médicale et de rééducation (classe C)	41
Offre sanitaire à faible densité de rééducation et tournée vers la prise en charge en institution (classe D)	42
Offre sanitaire à faibles densités médicale et de rééducation avec moindre prise en charge en institution (classe E)	42
Offre sanitaire limitée par la dépendance d'un pôle extérieur (classe F)	42
3.4. Confrontation des deux typologies	43

4. Évolutions des métiers et des compétences : le regard des enquêtés	47
4.1. L'organisation de la formation initiale et continue	48
Diversité des conditions d'accès et des voies de formation	48
Les limites en matière d'accès à la formation	48
Universitarisation des formations paramédicales	49
Des inquiétudes sur les relations entre instituts et universités	49
Spécificités des instituts en matière de formation	50
4.2. Des compétences généralistes aux compétences spécialisées	50
Évolutions de la patientèle et de l'offre de soins	50
De l'importance du développement des compétences relationnelles	50
La polyvalence pourrait participer au décloisonnement des professionnels	51
Spécialisation et revalorisation dans les classifications professionnelles	51
4.3. L'impact de l'organisation du travail sur les besoins en compétences	52
Incidence des conditions de travail sur la posture professionnelle	52
Impact de l'organisation du travail sur les soins et la prise en charge	53
Concurrence, complémentarité et enjeu d'évolutions des compétences des rééducateurs	53
Impact des évolutions technologiques sur l'organisation du travail et sur les métiers	54
4.4. La coordination des transitions entre professionnels et entre lieux de prise en charge	56
Gradation de la prise en charge et dispositifs spécifiques	56
Préparation et coordination des parcours	56
Accompagnement et médiation	57
Le cas de l'éducation thérapeutique des patients et des aidants	57
L'accompagnement social des transitions	57
5. Zoom sur...	61
5.1. Le « sanitaire et social », premier employeur du Grand Est	62
5.2. Les paramédicaux exerçant outre-frontière	63
4 800 frontaliers sortants du Grand Est exercent une profession paramédicale	63
Les frontaliers français entrants dans les pays voisins	64
Frontaliers et frontaliers atypiques	65
Les diplômes étrangers reconnus au Luxembourg	66
5.3. Chômage et parcours professionnels	67
À propos du taux de chômage des infirmiers	67
Les parcours professionnels des infirmiers	68
Chômage et besoins de paramédicaux exprimés par les employeurs	69
5.4. Les projections d'emploi liées à la dépendance	74
Prospective des emplois de paramédicaux d'ici 2020...	74
... et prolongement de la démarche à l'horizon 2030	77

5.5. Le vieillissement en France métropolitaine et dans les pays voisins	81
Le Grand Est occupe le 10 ^e rang des régions métropolitaines selon la part des 60 ans et plus	81
L'Italie et l'Allemagne connaissent les plus fortes proportions de 60 ans et plus	82
6. Conclusion	83
Annexes	87
Cartothèque	101
Table des figures	110

Introduction

Le vieillissement de la population : une attention particulière des pouvoirs publics

Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une demande d'appui exprimée auprès du GIP Lorraine Parcours Métiers (LorPM) courant 2015 par le Comité Stratégique des Métiers en Santé (Comésa), présidé par l'ARS¹. La demande porte sur la réalisation d'une étude permettant d'apprécier les volumes d'emplois de paramédicaux nécessaires pour accompagner l'évolution des besoins en santé de la population, caractérisée notamment par son vieillissement². La période récente est en effet marquée par deux phénomènes démographiques distincts : **l'allongement de la durée de vie** et **l'arrivée des premières générations nombreuses du baby-boom (1945-1975) aux âges avancés de 70 ans et plus**³ (ce que certains appellent le papy-boom, mais qu'il serait plus juste d'appeler le mamy-boom, compte-tenu du fort déséquilibre homme-femme aux âges élevés).

Selon l'étude de l'INSEE réalisée pour alimenter les réflexions engagées dans le cadre de la commande du Comésa, le Grand Est comptabilise 1 328 000 personnes de 60 ans et plus en 2013, soit 23,9 % de la population⁴. En 2030, plus de 1 724 000 personnes relèveraient de ce groupe d'âges, soit 30 % de plus qu'en 2013. Cette évolution démographique se fait dans des conditions plutôt favorables, au regard des gains en espérance de vie ainsi que de l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité, tendancielle à la hausse sur les dernières décennies⁵. L'augmentation du nombre de seniors s'accompagnera d'une augmentation du nombre de personnes en situation de dépendance, qui auront besoin d'une attention soutenue pour mener une vie quotidienne acceptable, que ce soit à leur domicile ou en institution. À l'horizon 2030, près de 175 000 personnes âgées dépendantes sont ainsi envisagées dans le Grand Est, soit 45 000 personnes de plus qu'en 2013 (+ 35 %).

Le vieillissement de la population fait l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics, afin d'anticiper ses multiples conséquences, sociétales comme individuelles, et de définir les orientations nécessaires pour une prise en charge optimale, aussi bien en matière de logement, que de transports, de vie sociale et citoyenne ou encore d'accompagnement professionnel comme familial⁶. Par ailleurs, différents documents d'orientation des politiques publiques régionales projettent de mieux coordonner l'offre de prise en charge et l'ajustement des besoins en formation :

- les Plans régionaux de santé (PRS), institués par la Loi « Hôpital-patient-santé-territoire » (HPST) de 2009 ;
- les schémas régionaux de développement des formations dans le champ sanitaire, qui s'inscrivent dans le cadre des Contrats de Plan Régionaux de Développement de la Formation et de l'Orientation Professionnelles (CPRDFOP), institué par la Loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

Ces outils (PRS et CPRDFOP), en cours de renouvellement à l'échelle Grand Est, entendent bénéficier des apports de l'étude menée par le GIP LorPM.

Vieillesse et dépendance

En matière de santé des populations, le vieillissement induit de nouvelles problématiques, telles que l'émergence de pathologies spécifiques au grand âge ou de situations complexes, combinant différentes pathologies ou résultant d'un cumul de situations, par exemple entre vieillissement et handicap. Par ailleurs, l'allongement de la vie bénéficiant au plus grand nombre, des publics jusqu'alors caractérisés par une espérance de vie moindre atteignent désormais des âges avancés (par exemple les personnes atteintes d'une trisomie 21) et nécessitent un accompagnement spécifique.

¹ La commande initiale a été exprimée par le Comésa Lorraine, présidé par l'ARS Lorraine, et portait sur le territoire régional. À la veille de la fusion des régions et des institutions qui la composent, le périmètre géographique de l'étude a été étendu à ce nouveau territoire.

² La commande évoque également les formes de dépendances liées au handicap. Le handicap est toutefois difficile à cerner dans la statistique publique, qui plus est à un échelon géographique régional ou infra, et n'a pu être observé précisément dans ce travail.

³ Selon les tables de mortalité disponibles sur le site de l'Institut national des études démographiques (INED), en 2014, près de six décès masculins sur dix (58 %) et près de huit décès féminins sur dix (77 %) ont lieu après 80 ans. En 1977, les chiffres correspondants étaient de 29 % et 54 %.

⁴ **175 000 seniors dépendants dans le Grand Est en 2030 : un enjeu d'emploi pour les territoires**, INSEE Analyses, n° 34, Février 2017.

⁵ Cette évolution n'est toutefois pas linéaire, et doit être distinguée selon le genre. Entre 2004 et 2014, au niveau national, l'espérance de vie des françaises est ainsi passée de 83,8 ans à 86,0 ans, et celle des français de 76,7 ans à 79,5 ans (source : **Indicateurs d'espérance de vie selon le sexe dans l'Union européenne en 2014 - série longue depuis 2004**, INSEE, Chiffres clés, paru le 24/10/2016). Eurostat a toutefois mis en évidence en 2016 une baisse tendancielle de la durée de vie en bonne santé entre 2010 et 2014 (source : **Statistiques sur les années de vie en bonne santé**, disponible en ligne à l'adresse : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics/fr).

⁶ Le 1^{er} janvier 2016 entrait en vigueur la loi relative à « l'adaptation de la société au vieillissement ». Pour une meilleure connaissance des politiques de la vieillesse, le lecteur pourra utilement se reporter à l'article de Stéphane ALVAREZ intitulé **émergence et évolutions de la prévention dans les politiques de la vieillesse** (La Revue de l'IRES, 2016/1, n° 88, p. 33-61).

La demande exprimée par le Comésa introduit la notion de **dépendance**, qui recouvre partiellement ou complètement la notion de perte d'autonomie, selon les définitions que l'on en donne⁷. Dans le cadre de ce travail, la dépendance est définie selon la nomenclature Aggir (Autonomie gérontologique groupe Iso-ressources), qui se gradue en six niveaux de dépendance, détaillés en **Annexe n°1**. De façon simplifiée, les GIR 6 et 5 regroupent les personnes qui ne sont pas considérées comme dépendantes, mais qui peuvent tout de même bénéficier ponctuellement d'une aide (ménagère, pour des soins d'hygiène et de confort, etc.). Les GIR 4 et 3 regroupent les personnes dépendantes légères, faiblement mobiles et ayant des difficultés pour assurer les tâches quotidiennes (toilettes, habillage, repas). Enfin, les GIR 2 et 1 regroupent les personnes dépendantes lourdes, confinées au lit ou au fauteuil, présentant une altération partielle à grave des fonctions mentales ou encore étant en situation de fin de vie⁸.

L'évolution des besoins associés au vieillissement de la population et le souhait exprimé par le Comésa de proposer une offre de service en santé adéquate invite à engager une réflexion sur les emplois et la démographie des professionnels de santé, sur les compétences et les qualifications nécessaires ainsi que sur les activités de santé et leur implantation géographique. Les éléments produits sur ces thématiques et présentés dans cette étude viendront alimenter le travail engagé par l'ARS pour formaliser une « *stratégie de ressources humaines régionale, partagée par l'ensemble des acteurs impliqués* »⁹.

Les professionnels paramédicaux listés ci-après constituent le cœur de notre observation : les infirmiers, les aides-soignants et les professionnels de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes, orthophonistes et pédicures-podologues).

Au niveau méthodologique, précisons qu'il n'existe pas de statistique exhaustive et harmonisée renseignant sur le volume d'emploi des professionnels spécialisés pour intervenir auprès des personnes âgées, c'est-à-dire formés en gérontologie et/ou en gériatrie. Les seules approximations que nous puissions réaliser consistent à rapprocher la profession exercée avec le secteur d'activité de l'établissement employeur (pour identifier par exemple les infirmiers travaillant en Ehpad) et/ou avec une information sur le service de rattachement de la personne (par exemple pour identifier les services d'hospitalisation à domicile ou de soins de suite et de réadaptation). Toutefois, en fonction des sources d'informations mobilisées, ces indications ne sont pas systématiquement présentes et renseignées. Par ailleurs, lorsqu'elles le sont, la nomenclature mobilisée pour restituer l'information n'est pas toujours la même d'une source à l'autre, par exemple entre les données produites par l'Insee et celles produites par la DREES. Dès lors, le travail d'observation statistique s'apparente à la recombinaison d'un puzzle à partir de pièces qui s'emboîtent imparfaitement¹⁰.

⁷ D'une façon consensuelle, la perte d'autonomie peut se définir par une incapacité à effectuer par soi-même certains actes de la vie courante, dans son environnement habituel, en raison de la dégradation de son état physique ou mental. Cette définition appelle plusieurs nuances, selon la nature de l'environnement habituel (à domicile ou en établissement) ou la gradation de la perte d'autonomie, qui n'impliquent pas les mêmes besoins ni les mêmes réponses en matière d'accompagnement. Précisons enfin que les notions de « perte d'autonomie » ou de « dépendance » ne font pas consensus auprès de certains sociologues spécialistes de la vieillesse et du vieillissement, en cela qu'elles traduisent la fragilité liée à l'âge et/ou au handicap sur un registre discriminant (appelé âgisme), de manque ou de perte, au même titre que la dépendance à diverses substances, la dépendance affective, etc. Autrement dit, la fragilité liée à l'âge est qualifiée comme un trouble qui nécessite un traitement en vue de retrouver une norme ; celle-ci valorise l'autonomie et la responsabilité individuelle, difficilement compatibles avec l'avancée en âge.

⁸ Signalons à titre d'information l'existence d'une grille complémentaire pour mesurer le niveau de dépendance, dénommée Actes de la vie quotidienne (AVQ). Celle-ci répertorie 6 actes de la vie quotidienne : la toilette, l'habillage, l'alimentation, la continence, le déplacement et les transferts.

⁹ Extrait du cahier des charges de l'étude.

¹⁰ Un grand nombre de sources statistiques a été mobilisé pour réaliser cette étude. D'une part, des données administratives provenant de l'ARS (fichiers Adéli et SAE), de Pôle Emploi (fichiers sur les demandeurs d'emploi), des Ministères luxembourgeois de l'éducation et de la santé (bénéficiaires d'une reconnaissance de diplôme), etc. ; d'autre part, des données d'enquêtes provenant de la DREES (enquêtes EHPA, Handicap-Santé, enquêtes écoles), de l'INSEE (recensement de la population), etc. La complémentarité des sources administratives et d'enquêtes se révèle être nécessaire dans certains cas : signalons par exemple que les données relatives aux aides-soignants ne sont pas collectées dans le répertoire ADELI, alors qu'un grand nombre de caractéristiques sociodémographiques sont disponibles au recensement de la population (INSEE) pour décrire ces professionnels. D'une façon générale, les sources administratives sont utiles pour connaître le volume précis de professionnels alors qu'elles sont souvent pauvres en caractéristiques d'études (du fait qu'elles répondent à des logiques de gestion) ; à l'inverse les enquêtes d'études sont moins précises pour identifier les volumes, mais plus riches pour décrire les populations.

Les discussions lors des comités de pilotage et des comités techniques (voir ci-après : les axes d'investigation retenus) qui ont accompagné cette étude ont toutefois mis en évidence l'intérêt de ne pas se restreindre aux seuls professionnels dédiés à un instant « T » à l'accompagnement des personnes âgées. Les opportunités professionnelles amenant les uns et les autres à engager des mobilités, une infirmière travaillant aujourd'hui auprès de jeunes enfants pourrait demain exercer son activité dans un Ehpad, et inversement. Autrement dit, c'est l'ensemble des emplois de paramédicaux, dédiés ou potentiels, qui est observé dans cette étude.

L'enrichissement du questionnement par une approche des professions connexes

Les professions paramédicales constituent un maillon de la prise en charge des personnes âgées. Les échanges dans les instances précitées nous ont invités à élargir le questionnement à certaines professions « connexes », exerçant leur activité en lien avec les premières : les professions médicales, certains travailleurs sociaux et les professionnels du sport et de l'animation. Trois cas de figure sont distingués :

- Par un effet « miroir », l'absence ou la présence de certaines professions impacte directement l'activité des paramédicaux.
 - C'est le cas des médecins, dont l'absence sur un territoire et dans une spécialité ou une fonction donnée peut contraindre l'organisation des soins. Un exemple récurrent retenu par les professionnels rencontrés au cours de cette étude est celui des médecins coordinateurs en Ehpad, dont la présence est obligatoire depuis 2005 pour l'ouverture d'un établissement¹¹.
 - C'est le cas également des aides à domicile, qui constituent le premier maillon de la prise en charge des personnes âgées au domicile. Leur rôle est par ailleurs croissant et ces professionnels prennent en charge des cas de plus en plus « complexes », dans un contexte de développement du maintien et du soin à domicile. Leur absence se traduirait immédiatement par un report des tâches exercées sur les aidants familiaux et conjugaux, voire par un transfert du patient en institution.
- Dans une visée d'évolution de la prise en charge des personnes âgées, certaines professions constituent un potentiel d'emploi qui pourrait être mobilisé également sur un volant d'activités « sanitaires ». Ces professions pourraient bénéficier d'un rapprochement plus soutenu des contenus de

formation (modules communs), sans toutefois aboutir à une hybridation de métiers (du fait que certaines professions sont rattachées au code de la santé publique et d'autres non) :

- C'est le cas des aides à domicile et des aides-soignants. La récente création du Bac professionnel « Accompagnement, soins et services à la personne » (2011) participe déjà à ce mouvement, en prévoyant une passerelle pour intégrer avec certaines facilités la formation d'aide-soignant¹².
 - C'est également le cas pour les professionnels du sport formés par voie universitaire (filière Science et Technique des Activités Physiques et Sportives), pour lesquels des passerelles existent avec la formation de masseur-kinésithérapeute. L'intervention des professionnels du sport dans le champ de la santé se trouve par ailleurs confortée par le récent décret relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée¹³, entré en vigueur le 1^{er} mars 2017. Dans la liste des professionnels susceptibles d'intervenir sur prescription médicale, le décret prévoit, entre autres, les titulaires d'un diplôme Staps, mention « activité physique adaptée », ainsi que les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport.
- Enfin, dans une visée davantage systémique des problématiques rencontrées par les personnes âgées, d'autres professions du secteur social et de l'animation ont été incorporées dans l'analyse :
 - les éducateurs et les moniteurs éducateurs, pour l'accompagnement des personnes âgées handicapées et des personnes handicapées vieillissantes ;
 - les animateurs et les professionnels de l'activité physique, pour retarder les effets du vieillissement et améliorer la qualité de vie ;
 - les aides-médico-psychologiques, qui accompagnent et soutiennent au quotidien les personnes âgées dépendantes, éventuellement handicapées ou polyhandicapées.

Lorsque cela a été jugé nécessaire pour enrichir la compréhension des enjeux concernant l'offre de santé, des informations statistiques sur ces professions « connexes » ont pu être mobilisées.

¹¹ Concernant l'absence des médecins, et pas uniquement dans le champ des personnes âgées, de nombreux rapports interrogent également la nécessité de réviser la division du travail entre professionnels de santé. Les exercices de projection par métiers à l'horizon 2022 réalisés au niveau national par France Stratégie insistent précisément sur ce point : « au regard de la réduction prévisible du nombre de médecins à l'horizon 2022, la répartition des tâches entre professionnels, soignants et aides-soignants, pourrait aussi être amenée à se redessiner, impliquant des besoins de formation accrus, initiale ou continue, afin de renforcer les compétences techniques des professionnels concernés (prise en charge des soins primaires, notamment) ».

¹² Source : www.onisep.fr.

¹³ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

L'étude s'articule autour de trois axes d'investigation, détaillés ci-après. Afin de définir précisément les orientations de chacun des axes, d'assurer le suivi des travaux réalisés et/ou coordonnés par LorPM et de discuter des résultats produits, chaque axe a été supervisé par un comité technique composé de représentants professionnels et institutionnels, ainsi que d'universitaires spécialistes du domaine de la santé et des problématiques liées au grand âge.

- L'Axe 1 s'est intéressé à un **état des lieux descriptif de la population du Grand Est, des professionnels en emploi et des activités présentes**. L'observation a été réalisée selon le découpage de la région Grand Est en 31 Zones d'Emploi. Le choix de ce zonage n'a pas été fait au hasard : plusieurs zonages ont en effet été testés statistiquement (se reporter à l'**Annexe n°2**), et celui-ci est apparu comme étant le plus approprié pour rendre compte de l'implantation géographique des emplois et des activités de santé. Pour rappel, ce zonage a été élaboré par l'Insee afin de décrire les mobilités domicile-travail des actifs occupant un emploi. Afin de réaliser une lecture synthétique des indicateurs produits, deux **typologies de territoire** ont été réalisées et confrontées : la première portant sur les **besoins de la population** et la seconde sur **l'offre sanitaire et médico-sociale**.

Composition du comité technique : ARS Grand Est, Insee Grand Est, Conseil Régional Grand Est, LorPM, Direccte Grand Est, Fédérations d'établissements sanitaires et médico-sociaux (FHF, FHP, Fehap).

- L'Axe 2 s'est concentré sur un exercice de projection du nombre de personnes âgées à l'horizon 2030, y compris dépendantes, complété par une **estimation des besoins en emploi associés d'ici 2020**. Ce travail s'inscrit dans un partenariat entre le GIP LorPM et l'Insee Grand Est, et a donné lieu à la publication des résultats synthétiques dans les collections de l'INSEE¹⁴. L'estimation des besoins en emploi réalisée par l'Insee dans le cadre du partenariat a été prolongée par LorPM à l'horizon 2030, après avis des membres du comité technique en charge de cet axe.

Composition du comité technique : ARS Grand Est, Conseil Régional Grand Est, LorPM Direccte Grand Est, INSEE Grand Est, ORSAS Lorraine, CARSAT Champagne-Ardenne – Lorraine (sauf Moselle), OPCA (Actalians, Unifaf, AHFH), Fédérations d'établissements sanitaires et médico-sociaux (FHF, FHP, Fehap).

- L'Axe 3 porte sur **l'évolution des compétences et des formations**. Les emplois de demain n'existant pas encore, aucune statistique ne permet de décrire les besoins attendus. Cet axe s'appuie donc sur la réalisation de deux séries d'entretiens menés avec des professionnels différents à chaque fois : la première (22 entretiens), à visée exploratoire et reposant sur un échange libre, a cherché à mieux cerner le questionnement autour de l'évolution des besoins ; la seconde (10 entretiens), à visée systématique et s'inscrivant dans le cadre d'entretiens semi-directifs (utilisation d'un questionnaire identique), s'est penchée précisément sur la problématique emploi-formation des établissements retenus. Pour chacune des deux séries d'entretien, les personnes rencontrées sont décrites succinctement en **Annexe n°3**. La grille d'entretien de la seconde série est présentée en **Annexe n°4**.

Composition du comité technique : ARS Grand Est, Conseil Régional Grand Est, LorPM, Oref Alsace, Opeq Champagne-Ardenne, Académie Nancy-Metz, Université de Lorraine (UFR Santé – Pôle Biologie-Médecine-Santé, UFR Staps), Université de Strasbourg (Faculté de Médecine, École d'Orthopédie), écoles de formation (Ifsi, Ifas et métiers de la rééducation), Groupement d'Études, de Recherches et d'Actions pour la Formation Aide-Soignante (Geracfas), Fédérations d'établissements sanitaires et médico-sociaux (FHF, FHP, Fehap), Conseils des ordres et associations professionnelles (Cromk, Croi, Cropp, Fnaas, Association des Ergothérapeutes), URPS (infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédicures-Podologues, Orthophonistes, Orthoptistes), OPCA (Actalians, Unifaf, ANFH).

L'ensemble des travaux a fait l'objet de validation régulière par le **comité de pilotage** de l'étude, regroupant LorPM, l'ARS, le Rectorat et le Conseil Régional du Grand Est.

¹⁴ 175 000 seniors dépendants dans le Grand Est en 2030 : un enjeu d'emploi pour les territoires, Insee Analyses Grand Est N°34.

Présentation

du rapport d'étude

Si le découpage en 3 axes a permis d'organiser le travail d'analyse sur une base méthodologique, la structuration du rapport d'étude s'en détache. La complémentarité des résultats produits invite en effet à mêler les différents enseignements puisés dans chacun des axes. Cinq grandes thématiques sont ainsi successivement abordées.

La **première partie** dresse un état des lieux socio-démographique de la population du Grand Est, en abordant successivement les principales caractéristiques démographiques et la relation entre le vieillissement et différentes problématiques : structure familiale, niveau de vie, chômage et dépendance.

La **deuxième partie** présente la typologie de territoires réalisée sur les 31 zones d'emploi du Grand Est à partir des indicateurs démographiques ; il s'agit ici d'apprécier les spécificités territoriales. Chacune des problématiques identifiées est abordée dans une monographie reprenant l'ensemble des indicateurs statistiques.

La **troisième partie** présente cette fois la typologie des zones d'emploi réalisée à partir des indicateurs caractérisant l'offre de soins disponibles. À nouveau, chacune des problématiques identifiées fait l'objet d'une monographie présentant les indicateurs statistiques.

La **quatrième partie** restitue les principaux thèmes abordés au cours des entretiens menés par LorPM auprès des professionnels et des représentants d'institutions ayant une compétence dans le champ sanitaire, médico-social et social. Cette partie a pour objectif d'analyser l'évolution des compétences et des formations au regard de l'évolution des besoins en matière d'accompagnement et de prise en charge de la dépendance.

Enfin, la **cinquième partie** est composée de zooms sur différentes thématiques abordées dans le cahier des charges de l'étude ou lors des échanges avec les différents comités, à savoir : la place du « sanitaire et social » dans l'ensemble des activités économiques et des professions du Grand Est, la mobilité transfrontalière des paramédicaux, le chômage et les parcours professionnels, les projections d'emplois de paramédicaux à l'horizon 2030 et le vieillissement en France métropolitaine et dans les pays voisins.

Les **annexes** détaillant les points utiles à la compréhension de l'étude sont présentées en fin de rapport, suivies d'une **cartothèque** rassemblant les principaux indicateurs territorialisés à l'échelle des zones d'emploi.



1. Analyses sociodémographiques de la population du Grand Est



1.1. Les principales caractéristiques de la population régionale

En 2013, la région Grand Est comptait 5,5 millions d'habitants au Recensement de la Population, ce qui en fait la 6^e région la plus peuplée en France (8,6 % de la population métropolitaine)¹⁵. Elle constitue la région de France qui compte le plus de frontières avec d'autres pays européens (près de 800 km, qui s'étirent de la Belgique à la Suisse, en passant par le Luxembourg et l'Allemagne). Une des conséquences de cette situation géographique réside dans le fait que plus de 160 000 actifs de la région travaillent à l'étranger (principalement des lorrains et des alsaciens)¹⁶, dont près de 4 800 exercent l'une des professions paramédicales retenues dans le cadre de cette étude.

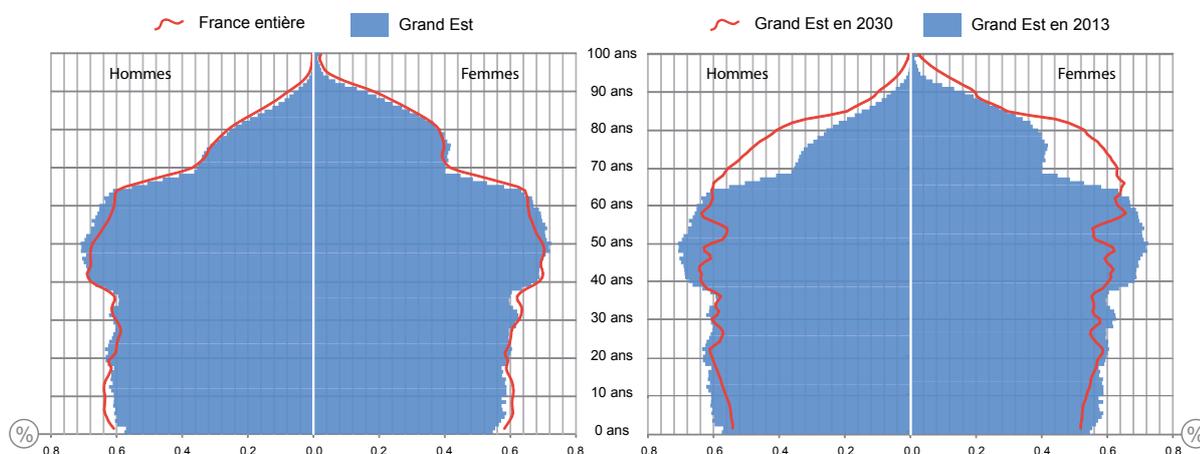
Le territoire régional est marqué par des variations importantes de topographie (des plaines, rurales ou fortement urbanisées, aux massifs vosgiens) **et de densité de population** : si la densité moyenne du Grand Est se situe à 97 habitants par km² (hab/km²) en 2012, le détail par anté-régions est de 52 hab/km² pour la Champagne-Ardenne, 100 hab/km² pour la Lorraine et 225 hab/km² pour l'Alsace [Carte n°1 en cartothèque].

La pyramide des âges du Grand Est [Fig. 1] montre une surreprésentation des personnes de 45 à 60 ans par rapport à la France entière [Carte n°2]. **Ce sont justement ces générations vieillissantes qui constitueront un effectif important de personnes âgées dans les années à venir.** L'indice de vieillissement, entendu comme le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, passerait ainsi de 74 en 2013 à 124 en 2040 selon l'INSEE (à titre de comparaison, cet indice pour la France métropolitaine passe dans le même scénario de 73 à 115).

Deux groupes de territoires se distinguent nettement : l'indice de vieillissement avoisine 75 pour 100 dans les territoires lorrains et champardennais, alors qu'il est de 68,9 pour 100 dans les territoires alsaciens. Le détail par zones d'emploi permet de cibler précisément les territoires les plus concernés par le vieillissement [Carte n°3] : l'indice de vieillissement atteint les valeurs les plus hautes sur les territoires de Remiremont, Neufchâteau et Chaumont-Langres (supérieur à 100). Précisons que ce sont également dans ces territoires que l'évolution de cet indicateur au cours des cinq dernières années est la plus défavorable, avec un accroissement de près de 15 points [Fig. 2]. Rappelons que plus l'indice de vieillissement est élevé et plus la population résidant sur le territoire est marquée par un faible renouvellement des générations. Sur les trois territoires cités, les données de l'Insee confirment d'ailleurs la négativité des soldes démographiques, naturels et migratoires.

En matière de projections démographiques, les travaux de l'Insee prévoient un accroissement relativement faible de la population résidente dans le Grand Est entre 2007 et 2030, en comparaison avec la France entière (+ 3,5 % en région contre + 11 % au national) [Fig. 3]. Le détail par groupe d'âges permet de nuancer ce constat : d'ici 2030, les jeunes générations devraient voir leurs effectifs décroître, alors que le nombre de **personnes âgées de 65 ans et plus devrait augmenter de + 53,8 %** [Fig. 4]. Selon les territoires, on observe également de fortes disparités : le long d'une ligne allant de Charleville-Mézières à Chaumont-Langres, les zones d'emploi concernées devraient connaître une perte de population d'ici à 2030 ; il en est de même pour les zones d'emploi frontalières de Sarreguemines et de Forbach¹⁷, ainsi que pour la zone d'emploi de Remiremont. Les autres zones d'emploi devraient connaître un accroissement de leur population [Cartes n°4 et n°5].

Fig. 1. Pyramides des âges du Grand Est en 2013 et projection en 2030



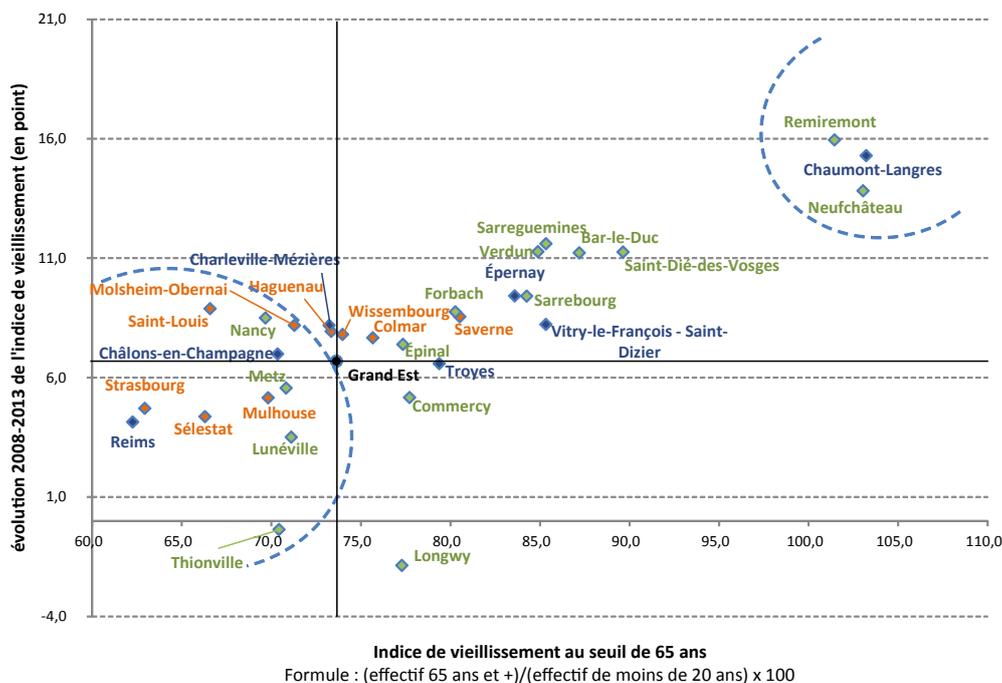
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et projections de population 2030, modèle Omphale, scénario central, 2016 ; Traitements : LorPM, 2016.

¹⁵ Pour rappel, les données du recensement de la population de 2013 ont été collectées sur une période quinquennale allant de 2011 à 2015. Par convention, l'INSEE estampille ses données à l'année médiane de la période. Les données 2013 sont donc les plus récentes disponibles au moment où nous rédigeons cette étude.

¹⁶ 160 000 travailleurs frontaliers en ACAL, INSEE Analyses Grand Est, n° 3, février 2016.

¹⁷ Il s'agit d'un modèle théorique, qui ne tient pas compte des évolutions du marché du travail transfrontalier, susceptibles de modifier les dynamiques sur ces territoires et de les rendre plus ou moins attractifs pour une population jeune, en matière de résidence notamment.

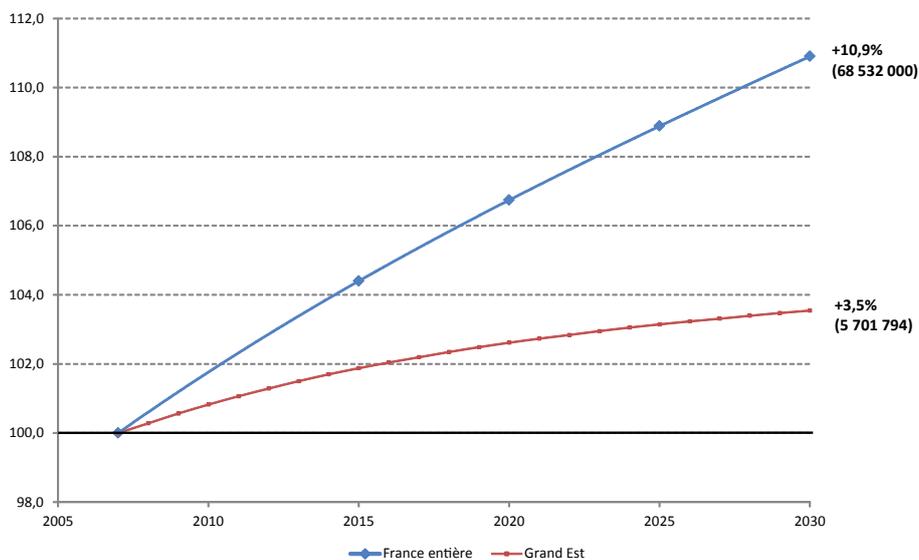
Fig. 2. Indice de vieillissement au seuil de 65 ans par zones d'emploi en 2013



Source : INSEE, recensements de la population 2008 et 2013 ; Traitements : LorPM, 2016.

Note de lecture : sur la zone d'emploi de Remiremont, en 2013, on comptabilise 101 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Depuis 2008, l'indice de vieillissement s'est accru de 16 points.

Fig. 3. Projection de population générale du Grand Est à l'horizon 2030, base 100 en 2007



Source : INSEE, projections de population 2007-2030 pour la France et le Grand Est, modèle Omphale, scénario central, 2016 ; Traitements : LorPM, 2016.

Fig. 4. Effectifs projetés des personnes âgées du Grand Est à l'horizon 2030

Personnes âgées (PA) du Grand Est	2007		2013		2030		Évolution 2007-2030 (%)
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
PA de 65 ans et +	891 490	16,2	948 065	17,1	1 371 377	24,1	+ 53,8
PA de 75 ans et +	438 350	8,0	491 680	8,9	701 080	12,3	+ 59,9
PA de 85 ans et +	99 272	1,8	136 592	2,5	195 251	3,4	+ 96,7
Population totale	5 506 593	100,0	5 551 742	100,0	5 701 794	100,0	+ 3,5

Source : INSEE, recensement de population 2007 et 2013, et projection de population 2007-2030, modèle Omphale, scénario central. Traitements : LorPM, 2016.

1.2. Vieillesse et structures familiales

Lorsque les personnes âgées ne sont plus en capacité d'effectuer par elles-mêmes l'une ou l'autre des tâches de la vie courante, le recours à des proches ou à des professionnels (qui relèvent de différents secteurs : sanitaire, médico-social, services aux particuliers) s'avère nécessaire. Les travaux de la DREES réalisés à partir de l'enquête Handicap-Santé estiment ainsi que 48 % des personnes de 60 ans et plus vivant à domicile et aidées pour des raisons de santé ou de handicap bénéficient uniquement d'une aide de leur entourage, et 32 % sont aidées par l'entourage et par des professionnels. Les 20 % restant sont aidées uniquement par des professionnels¹⁸. La question de la mobilisation des aidants, familiaux et conjugaux, apparaît ainsi tout à fait déterminante pour appréhender les besoins d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Les travaux en sociologie de la famille démontrent les nombreuses transformations de la structure familiale au cours des décennies passées : survie des parents, autonomisations (financière et de logement) croissantes des personnes âgées¹⁹, diversification des destins conjugaux, nombre et devenir des enfants ou encore dispersion géographique des membres d'une même famille. Face à ces transformations, le soutien assuré aujourd'hui par les proches auprès des générations âgées ne ressemble déjà plus à celui que l'on observait il y a vingt ans de cela. Et les sociologues considérant que les transformations de la famille n'étant pas encore abouties, l'accompagnement par les aidants d'ici 20 ans sera encore différent de ce que l'on observe aujourd'hui.

Les travaux menés par l'Institut National des Études Démographiques (INED) ou la DREES sur les aidants, familiaux et conjugaux, laissent entrevoir que la population dépendante à l'horizon 2030 aura plus souvent un conjoint et/ou un enfant vivant²⁰. En 2013, selon les données de l'Insee renseignant sur les modes de vie, 57,6 % des 65 ans et plus déclarent vivre en couple, et ce même indicateur ne concerne plus que 25,4 % des 85 ans et plus²¹ [Fig. 5].

Au-delà de 2030, la situation devrait en revanche se dégrader. Une étude de la DREES liste deux phénomènes démographiques qui participeraient à cette tendance²² : d'une part, les générations ayant eu des enfants après 1975 ont eu moins d'enfants que les générations précédentes, si bien qu'elles rencontrent une probabilité plus grande d'être sans enfant aux âges de la dépendance ; d'autre part, si la probabilité d'avoir à ses côtés un enfant en situation d'inactivité devrait augmenter d'ici 2025, elle devrait en revanche reculer par la suite, notamment du fait du recul de l'âge du départ à la retraite.

Pour l'heure, et bien que rien ne renseigne sur la façon dont l'entourage s'investira effectivement auprès du parent dépendant (les proches pouvant être eux-mêmes dans l'incapacité d'assurer un soutien pour diverses raisons : actifs économiquement, mauvaise santé, éloignement géographique, mésentente, etc.), ces projections à l'horizon 2030 sont plutôt favorables, si l'on considère le souhait exprimé par de nombreuses personnes âgées de vieillir à domicile, et si possible d'y mourir²³ : en tendance, les personnes dépendantes seront, a priori (statistiquement), moins souvent isolées qu'aujourd'hui.

Toujours selon les travaux de l'INED cités en référence, les personnes isolées, qui n'auront donc aucun autre recours que les services professionnels (à domicile ou en institution), devraient également croître, mais à un rythme moindre que les personnes ayant un entourage familial proche. Le phénomène d'isolement reste toutefois difficile à cerner statistiquement : peu de travaux existent sur le sujet, qui plus est à un niveau infra-national. Il nous est tout de même possible d'approcher au recensement de la population la notion d'isolement en observant la part des ménages composés d'une seule personne (la personne de référence), âgée de 60 ans et plus. Cet indicateur ne renseigne en revanche en rien sur l'intensité des contacts avec des parents ou des proches, voisins et amis²⁴ ; il indique simplement une fragilité potentielle liée à l'isolement.

¹⁸ L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile, DREES, Études et résultats, n°771, août 2011.

¹⁹ Par le bénéfice d'une carrière professionnelle de plus en plus fréquente et complète pour les femmes, ouvrant droit à une retraite plus conséquente, ainsi que par l'accès aux prestations sociales, telle que l'allocation de solidarité aux personnes âgées, successeuse du « minimum vieillesse », garantissant une aide minimum pour les personnes âgées.

²⁰ Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? INED, Population & Sociétés, n° 444, avril 2008.

²¹ En complément, les situations de veuvage déclarées au recensement de la population concernent 31,7 % des 65 ans et plus et 65,0 % des 85 ans et plus (source : INSEE, recensement de la population, 2012 ; un changement de variable empêche d'actualiser la donnée sur l'année 2013).

²² Projection des populations âgées dépendantes - Deux méthodes d'estimation, DREES, Dossiers solidarité et santé, n°43, septembre 2013.

²³ Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente, INED, Population & Sociétés, n° 524, juillet-août 2015.

²⁴ Les sociologues et démographes montrent bien dans leurs récents travaux que, si effectivement la structure familiale a considérablement évolué au cours des dernières décennies, les effets de ces transformations n'impliquent pas pour autant un amincissement des contacts et des soutiens au sein des familles. Les chercheurs soulignent ainsi les ruptures, mais également les continuités des liens familiaux. Le lecteur pourra utilement se reporter à l'article de l'INED intitulé **Évolution des situations familiales à travers les recensements français de 1962 à 2009** (Laurent Toulemon, 2012) ainsi qu'aux écrits s'appuyant sur les différentes enquêtes de l'Institut, telle que l'Étude des Relations Familiales et Intergénérationnelles (<http://erfi.site.ined.fr/>).

Une lecture de cet indicateur par zones d'emploi fait apparaître l'atypie de plusieurs territoires alsaciens, caractérisés par une moindre proportion de ménages composés d'une seule personne, aussi bien chez les 65-79 ans que chez les 80 ans et plus²⁵ [Fig. 6, Cartes n°6 et n°7].

A l'inverse, c'est sur les territoires de Lunéville, Reims, Charleville-Mézières et Saint-Dié-des-Vosges que les proportions sont les plus élevées.

Signalons enfin que la solitude est un réel frein à l'autonomie des personnes âgées. Selon une étude de l'Insee réalisée en 2011, la perte du conjoint serait le facteur déterminant pour expliquer l'entrée en institution, juste avant l'apparition de troubles cognitifs. Selon les chiffres avancés, la probabilité d'entrer en établissement pour personnes âgées est 10 fois supérieures après la perte du conjoint chez les 60-79 ans et de 5,9 fois supérieures chez les 80 ans et plus.

Cette probabilité est fortement différenciée selon le genre : elle est de 17,1 fois supérieure pour les hommes de 60-79 ans mais « seulement » de 6,1 pour les femmes, s'expliquant par une moindre autonomie des hommes une fois seuls²⁶.

Fig. 5. Proportions de vie en couple de la population résidente du Grand Est selon l'âge

Population résidente du Grand Est	Vie en couple
Ensemble des 20 ans et +	64,8 %
Ensemble des 65 ans et +	57,6 %
Ensemble des 75 ans et +	45,2 %
Ensemble des 85 ans et +	25,4 %

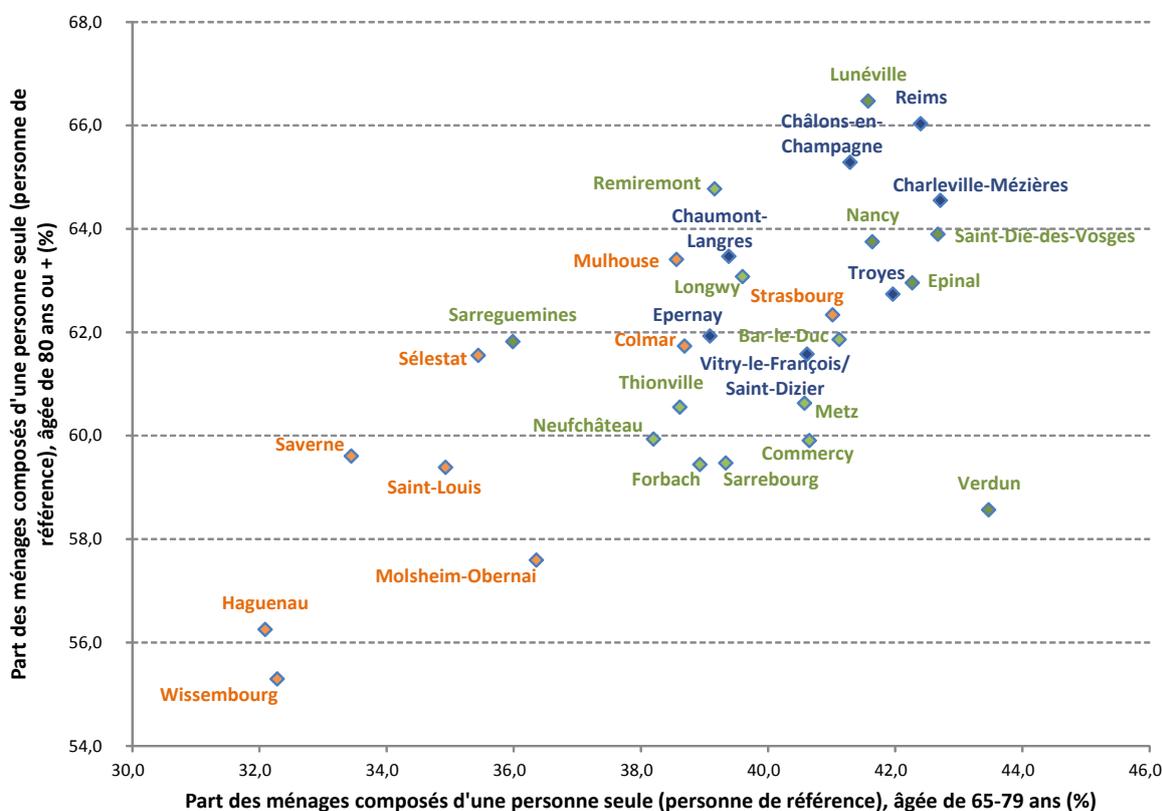
Source : INSEE, recensement de population 2013, données localisées à la commune de résidence. Traitements : LorPM, 2016.

²⁵ Plusieurs travaux récents soulignent également la particularité des solidarités familiales dans les territoires alsaciens. Pour davantage de précisions, le lecteur pourra utilement se reporter aux références suivantes :

- **Habiter seul ou avec des proches après 85 ans en France : de fortes disparités selon les départements**, INED, Population & Sociétés, n°539, décembre 2016.
- **Le mystère français**, Hervé LE BRAS, Emmanuel Todd, éd. Seuil, coll. La République des idées, mars 2013, et plus particulièrement le chapitre 1^{er} intitulé : « Fondements anthropologiques et religieux ».

²⁶ **Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial**, in France, portrait social, INSEE, édition 2011, pp. 125 à 134.

Fig. 6. Proportions de ménages composés d'une personne seule, selon l'âge



Source : INSEE, recensement de population 2013, données localisées à la commune de résidence. Traitements : LorPM, 2016.

1.3. Vieillesse et niveau de vie

Du recours à une aide-ménagère jusqu'à l'entrée en institution, **la question des ressources des personnes âgées est un paramètre essentiel qu'il convient de prendre en compte dans une approche de la dépendance**. Ignorer ces questions de revenus revient à considérer que les personnes âgées ont tous les moyens de prendre en charge le coût d'un accompagnement, ce qui est loin d'être le cas dans la réalité. Au cours des entretiens réalisés, plusieurs professionnels ont en effet attiré notre attention sur le reste à charge et sur la question du non-recours ou du renoncement aux soins pour raison financière²⁷.

Rappelons également que les ressources des personnes âgées sont relativement figées dans le temps, contrairement aux actifs qui peuvent espérer améliorer leur situation financière au fil de leur carrière, par le jeu des évolutions et mobilités professionnelles. Les personnes âgées en situation de précarité ont ainsi peu de chances de voir leurs revenus s'améliorer ; il s'agit d'une situation pérenne. À titre de repère, plus de 60 % des revenus disponibles entre 60 et 75 ans, et plus de 80 % au-delà, correspondent aux pensions, retraites et rentes. Les parcours professionnels passés sont donc

déterminant dans la décomposition des revenus aux âges élevés, ce qui invite également à considérer les inégalités de genre, particulièrement présentes et en défaveur des femmes (plus souvent concernées par les carrières incomplètes et moins rémunératrices).

En Grand Est, l'Insee estime ainsi que **la pension de retraite des femmes est inférieure d'un tiers (35 %) à celle des hommes**, soit respectivement 1 188 € bruts mensuels contre 1 831 €. Comparé aux autres régions, le Grand Est se positionne en tête de l'inégalité hommes-femmes en matière d'écart de pensions. Toujours selon l'INSEE, la déclinaison départementale des indicateurs montre que « c'est en Moselle que l'écart hommes-femmes en termes de pension de retraite est le plus important de France (plus de 40 %). À l'opposé, les pensions de retraites des femmes sont plus élevées dans le Bas-Rhin, ou encore dans l'Aube et la Marne. La Meuse est le département le moins inégalitaire de la région (moins de 30 % d'écart entre les montants moyens de pension des femmes et des hommes), suivi par l'Aube et les Vosges »²⁸.

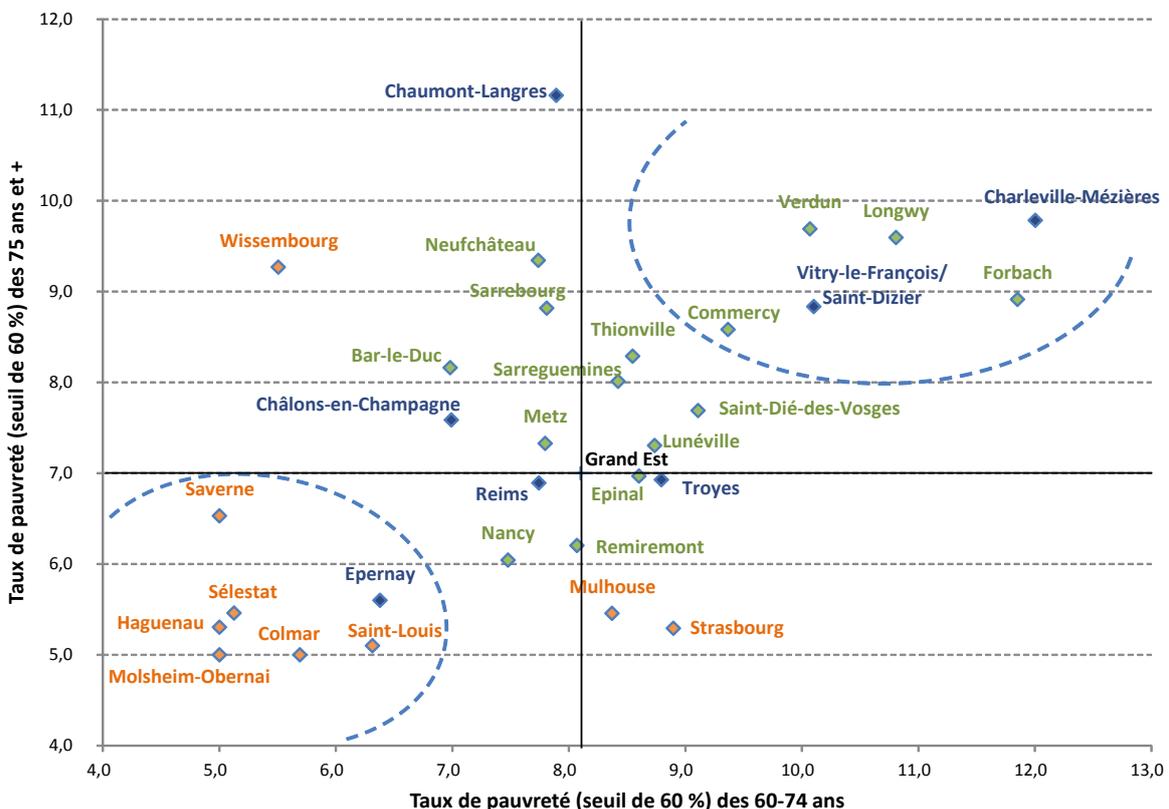
Un autre indicateur est particulièrement utile pour rendre compte des niveaux de vie : le taux de pauvreté, qui correspond à la proportion d'individus²⁹

²⁷ Sur la question du non-recours et du renoncement, le lecteur pourra utilement se référer aux travaux de l'Observatoire Des Non-Recours aux droits et services (Odenore), qui a investigué à plusieurs occasions ce phénomène dans l'accès aux soins (<https://odenore.msh-alpes.fr/>).

²⁸ **Les retraites des femmes nettement inférieures à celles des hommes**, INSEE Analyses Grand Est, n° 37, mars 2017.

²⁹ Les données disponibles auprès de l'INSEE sur les ménages fiscaux sont établies à partir de la notion de « référent fiscal », dont les caractéristiques sont celles du contribuable identifié en tant que payeur de la taxe d'habitation au sein du ménage fiscal. Dans notre étude, les données sont décomposées selon l'âge du référent fiscal.

Fig. 7. Taux de pauvreté selon l'âge en 2013



Source : INSEE, Dispositif Fichier localisé social et fiscal (Filosofi 2013). Traitements : LorPM, 2016.

dont le niveau de vie est inférieur à un seuil déterminé (ici 60 %) du niveau de vie médian, pour une année donnée ; la médiane étant le montant du revenu qui sépare en deux parties égales (50 %) la population. La **Figure n°7** représente cet indicateur à l'échelle des zones d'emploi du Grand Est.

La combinaison des indicateurs pour chacun des groupes d'âge fait apparaître deux « axes géographiques » caractérisés par un taux de pauvreté relativement élevé [**Cartes n°8 et n°9**] :

- Le premier sépare le Grand Est le long de l'ancienne frontière administrative régionale entre la Champagne-Ardenne de la Lorraine. Cet axe est déterminé au nord par les zones d'emploi de Charleville-Mézières, Verdun et Longwy, et au sud par les zones d'emploi de Chaumont-Langres et Neufchâteau. Ces pôles connaissent les plus forts taux de pauvreté, et les zones intermédiaires de Commercy et de Vitry-le-François/Saint-Dizier connaissent des taux légèrement inférieurs.
- Le second axe se déroule le long de la zone frontalière nord de la région, allant de Charleville-Mézières à Sarreguemines, avec une « poche de pauvreté » sur Forbach, Longwy et, bien que dans une moindre mesure, Sarreguemines.

Pour conclure cette approche sur les niveaux de vie, la littérature sur le vieillissement et la dépendance souligne fréquemment l'utilité de **prendre en compte l'information sur le statut d'occupation du logement, et en particulier un indicateur renseignant sur la propriété**. Cet indicateur informe sur la vulnérabilité économique des personnes âgées, du fait, d'une part, que les possibilités d'adaptation du logement dépendent de la volonté du propriétaire, et non du locataire³⁰, et d'autre part, que le patrimoine immobilier peut être converti en revenu (vente, location ou encore viager hypothécaire) afin de financer une prise en charge en institution. Les données collectées auprès de l'Insee laissent apparaître quelques territoires à forte proportion de propriétaires chez les 65 ans et plus (dans le nord de l'Alsace-Moselle et dans le sud-Meusien et l'ouest-Vosgien), alors que d'autres territoires connaissent des taux faibles, sur Strasbourg, Reims et Forbach, probablement en lien avec l'attractivité des marchés du travail locaux ou voisins et de la pression qui s'exerce sur l'accès à la propriété³¹ [**Fig. 8 et Carte n°10**].

Fig. 8. Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2013, dont la personne de référence est âgée de 65 ans et plus

Zones d'emploi	Taux de ménages propriétaires (%)
Haguenau	87,0
Saverne	86,1
Wissembourg	85,1
Sarrebourg	84,4
Neufchâteau	83,8
Commercy	83,4
Molsheim-Obernai	82,4
Sarreguemines	82,3
Saint-Louis	81,1
Chaumont-Langres	81,0
Verdun	80,5
Sélestat	80,3
Épémay	80,0
Bar-le-Duc	78,8
Troyes	75,0
Longwy	75,0
Thionville	74,9
Remiremont	74,8
Épinal	74,8
Vitry-le-François / Saint-Dizier	74,3
Nancy	74,0
Saint-Dié-des-Vosges	74,0
Châlons-en-Champagne	73,9
Mulhouse	73,5
Metz	72,7
Colmar	72,4
Charleville-Mézières	72,3
Lunéville	72,2
Forbach	65,4
Reims	65,2
Strasbourg	63,3

Source : INSEE, Recensement de la population 2013. Traitements : LorPM, 2016.

³⁰ Source : www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/amenager-son-logement.

³¹ Signalons que le recensement de la population (INSEE) permet de décrire très précisément la fonctionnalité des logements (surface, confort, équipement, etc.), et de détailler ces informations selon la structure du ménage (âge, présence d'un conjoint et ou d'enfants, etc.). Des investigations complémentaires pourraient ainsi renseigner davantage sur les caractéristiques des logements occupés par les personnes âgées.

1.4. Vieillesse et chômage

Le dernier paramètre socio-économique qu'il nous a semblé utile de porter à la connaissance du lecteur pour caractériser la population âgée du Grand Est est celui du chômage des 60 ans et plus³², qui renseigne sur le maintien d'une partie de la population dans une précarité économique et sociale³³, doublée parfois d'une fragilité liée à la dégradation de la santé. Sur ce point précisément, une récente étude de l'Insee Grand Est explique ainsi que, chez les 60 à 75 ans résidant à leur domicile, le sentiment d'être limité par son état de santé dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne concerne plus du quart des femmes et des hommes (respectivement 29 et 27 %). Par ailleurs, une personne sur dix de cette tranche d'âge se considère en mauvaise santé (9 % pour chaque sexe). Enfin, près d'une personne sur deux évoque souffrir d'un problème de santé chronique (46 % des femmes et 52 % des hommes)³⁴.

La **Figure n°9** présente deux indicateurs caractérisant le chômage dans les différentes zones d'emploi : la part des actifs de 60 ans et plus (c'est-à-dire en emploi ou au chômage) parmi l'ensemble de la population du même âge et le taux de chômage correspondant (nombre de personnes se déclarant au chômage rapporté à l'ensemble des actifs) [**Cartes n°11 et n°12**]. Les proportions d'actifs parmi les 60 ans et plus sont les plus élevées dans les pôles économiques (oscillant entre 7,2 % et 10,4 %), probablement en raison d'un nombre plus important d'opportunités d'emplois, y compris pour les seniors, ainsi que d'un besoin en qualifications professionnelles supérieures plus important qu'en milieu rural³⁵. Arrivent en tête la zone d'emploi alsacienne de Strasbourg (9,4 %), suivies par les zones lorraines de Nancy (8,0 %) et Metz (7,8 %) et les zones champardennaises de Reims (8,5 %) et Épernay (7,9 %). Les zones frontalières de Wissembourg (9,5 %) et de Saint-Louis (10,4 %) connaissent également une forte proportion d'actifs chez les 60 ans et plus.

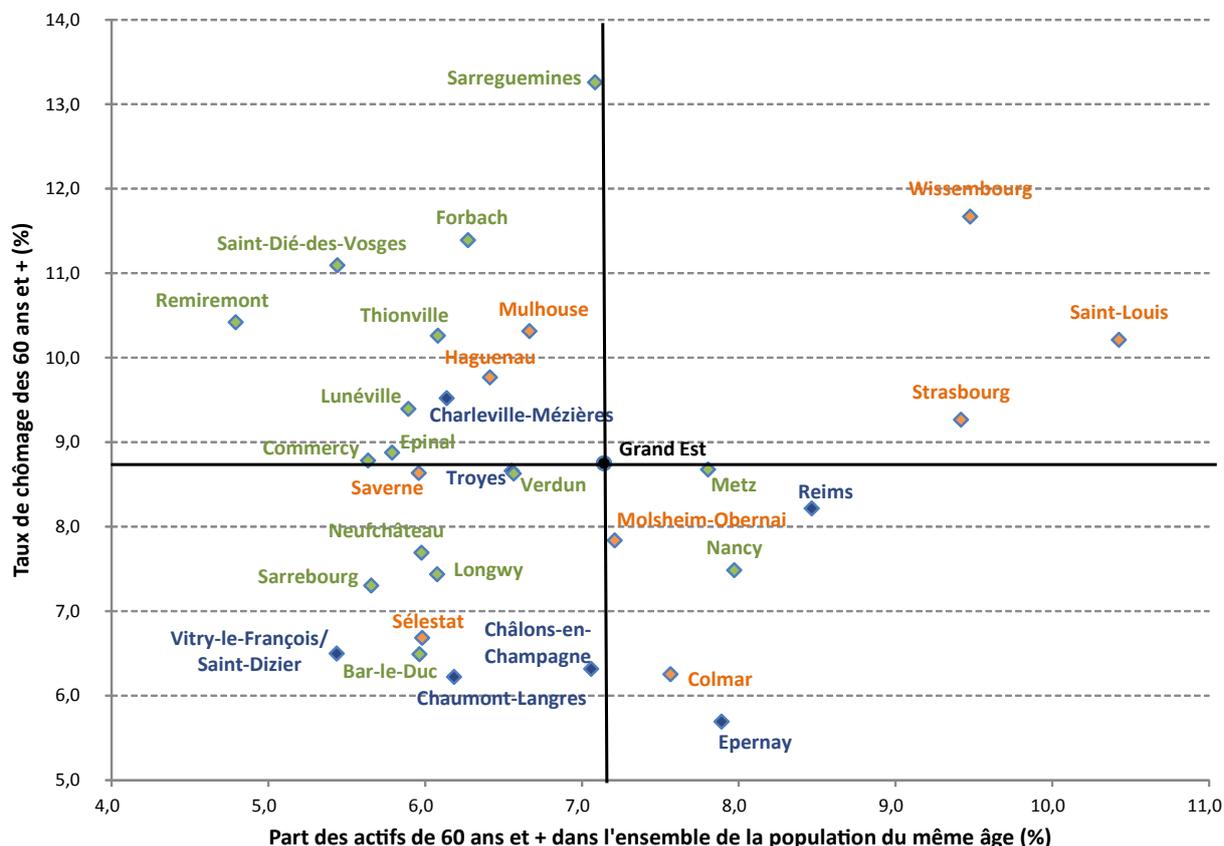
³² Observé au recensement de la population de l'INSEE.

³³ L'observation des taux d'emploi par âge démontre en effet la difficulté rencontrée par les travailleurs âgés pour intégrer le marché du travail. Par ailleurs, les réformes successives du système de retraite se traduisent par une prolongation des situations atteintes à l'approche de la soixantaine dans l'attente du nouvel âge d'accès à la retraite, exposant ces personnes à un risque accru de paupérisation, puisque nombre d'entre eux arrivent en fin de droit à l'assurance chômage avant de pouvoir faire valoir leurs droits à la retraite. Ainsi, la réforme de 2010 a eu pour effet de diviser par deux la probabilité d'être en retraite à 60 ans pour les personnes nées de 1949 à 1952 et, dans le même temps, si elle a multiplié par 1,5 la probabilité d'être en emploi, elle a également multiplié par 2,75 celle d'être au chômage (source : **Report de l'âge de la retraite et taux d'emploi des seniors : le cas de la réforme des retraites de 2010**, INSEE, INSEE Analyses, n° 30, janvier 2017).

³⁴ **Isolement, état de santé, conditions de logement : des risques de fragilité plus élevés pour les femmes après 60 ans**, INSEE Analyses Grand Est, n° 36, mars 2017. Données disponible sur le site www.insee.fr rubrique données des tableaux.

³⁵ Le lecteur pourra se reporter aux analyses de l'INSEE portant sur l'attractivité des zones d'emploi, et en particulier à l'article intitulé : **Les zones d'emploi alsaciennes : érosion de l'attractivité productive et résidentielle** (INSEE Analyses Alsace, n° 4, septembre 2014), qui compare la situation alsacienne à d'autres territoires.

Fig. 9. Proportions d'actifs de 60 ans et plus et taux de chômage



Source : INSEE, recensement de population 2013, données localisées à la commune de résidence. Traitements : LorPM, 2016.

La distribution des taux de chômage n'est pas directement corrélée avec la part des actifs. Deux « axes géographiques » caractérisés par de forts taux de chômage se distinguent :

- Le premier concerne le pourtour frontalier de la région Grand Est, de Charleville-Mézières (9,5 %) jusqu'à Saint-Louis (10,2 %), et plus particulièrement les zones de Sarreguemines (13,3 %), Wissembourg (11,7 %) et Forbach (11,4 %).
- Le second divise le Grand Est le long de l'ancienne frontière administrative entre l'Alsace et la Lorraine (exception faite de Sarrebourg qui connaît un taux relativement faible : 7,3 %), de Sarreguemines-Forbach à Remiremont (10,4 %), et se prolonge jusqu'à Mulhouse (10,3 %) et Saint-Louis (10,2 %).

Précisons enfin qu'un taux de chômage très bas, comme celui observé sur la zone de Chaumont-Langres (6,2 %), ne traduit pas nécessairement une dynamique économique qui serait particulièrement favorable aux « seniors ». Dans ce cas précis, il reflète une situation inverse, à savoir une attractivité économique faible, qui retient sur le territoire les actifs ayant déjà un emploi. Celles recherchant une activité professionnelle ayant préféré engager une mobilité géographique, qui se traduit mécaniquement par une baisse du taux de chômage³⁶.

1.5. Vieillesse et dépendance à l'horizon 2030

En 2013, l'INSEE recense 1,328 millions de personnes âgées de 60 ans et plus dans le Grand Est, soit 23,9 % de la population totale [Fig. 10]. D'un extrême à l'autre, l'effectif est multiplié par 15 : on décompte 8 100 personnes de 60 ans et plus dans la zone d'emploi de Lunéville et 121 400 dans celle de Strasbourg. Rapporté à l'ensemble de la population résidente sur la zone, Strasbourg connaît toutefois la plus faible proportion du Grand Est (20,9 %), alors que la part la plus élevée s'observe sur la zone d'emploi de Neufchâteau (30,2 %).

À partir de l'outil Omphale³⁷, complété par des données sur la dépendance issues des enquêtes Ehpa 2011³⁸ et Handicap-Santé 2008-2009³⁹, l'INSEE est en capacité de produire des projections démographiques spécifiquement sur les personnes âgées dépendantes⁴⁰ (classées dans les GIR 1 à 4), sur la période 2007-2030⁴¹. Les scénarios utilisés par l'Insee projettent les tendances démographiques des années antérieures (fécondité, mortalité, comportement migratoire). Elles tablent sur une stabilité de la durée de vie passée en dépendance lourde (GIR 1-2) et font varier les hypothèses sur la dépendance légère (GIR 3-4). Trois scénarii sont proposés :

- Le scénario optimiste prévoit **une baisse de la dépendance légère** ;
- Le scénario tendanciel anticipe **une baisse moins marquée de la dépendance légère** : les gains d'espérance de vie se partageraient équitablement entre vie sans incapacité et vie en situation de dépendance ;
- Le scénario pessimiste envisage **une stabilité des taux de dépendance légère**.

En 2007, année de départ de l'ensemble des travaux de projections démographiques réalisés en collaboration avec l'INSEE, le Grand Est comptabilisait 1,139 millions personnes de 60 ans et plus. Parmi elles, cette même année, 109 410 étaient identifiées comme dépendantes, soit 9,6 %. Suivant le scénario retenu, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans le Grand Est s'étendra de + 35 à + 60 % entre 2007 et 2030 [Fig. 11], pour atteindre un volume total de 148 000 (scénario optimiste) à 175 000 personnes âgées dépendantes (scénario pessimiste) en 2030. Selon l'appréciation des évolutions démographiques récentes, **c'est toutefois le scénario pessimiste qui apparaît le plus vraisemblable**, compte-tenu des tendances observées au niveau national.

³⁶ Cf. INSEE Analyses Alsace, n° 4, septembre 2014.

³⁷ Omphale, pour Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'Élèves, est une application qui comprend un modèle théorique de projection de la population, des bases de données démographiques, des techniques d'analyse démographique et des outils de construction de scénarios pour le futur. Ce modèle permet de réaliser des projections démographiques à moyen/long terme sur tout territoire supracommunal de plus de 50 000 habitants. Pour en savoir plus : www.insee.fr.

³⁸ Ehpa, pour Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées, est une enquête pilotée par la Drees et qui recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident.

³⁹ L'enquête Handicap-Santé, réalisée par l'INSEE en partenariat avec la Drees, se décline en trois volets depuis 2008 : institution, ménage et aidants. L'enquête renseigne sur la prévalence des diverses situations de handicap, sur les besoins d'aide des personnes, sur les désavantages sociaux subis par celles-ci ou encore sur les attentes des personnes handicapées ou dépendantes en matière d'hébergement et d'insertion professionnelle.

⁴⁰ L'INSEE mobilise les données classées selon la grille AGGIR pour caractériser le degré de dépendance des personnes âgées. Dans cet exercice, seules les personnes âgées de 60 ans ou plus sont prises en compte.

⁴¹ Le modèle de projection devrait être prochainement actualisé par l'INSEE, afin d'intégrer des données démographiques de départ plus récentes.

Parmi ces 175 000 personnes dépendantes, **35 % sont attendues dans les GIR 1 et 2**, soit 62 000 personnes (26 % de plus qu'en 2013), sans que l'on puisse toutefois préciser qu'elles sont les pathologies à l'origine de ce classement en dépendance lourdes⁴². La dépendance légère devrait augmenter plus fortement (+ 40 %), pour atteindre près de 113 000 personnes en 2030. À l'échelon des départements⁴³, **la proportion de GIR 1 et 2 en 2030 devrait être la plus importante en Alsace et dans**

les Vosges (38-39 %), alors qu'elle devrait être la moins élevée en Haute-Marne et dans les Ardennes (31 % chacun).

Sur la période de projections, l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans le Grand Est ne se fera pas de façon linéaire, à mesure que les générations plus ou moins nombreuses du baby-boom arrivent à 60 ans et plus et ce, quel que soit le scénario retenu.

⁴² Le recours aux travaux réalisés par la CNAMTS, portant sur le panorama des pathologies psychiques et physiques en fonction de l'âge moyen des personnes, apportent des premiers éléments d'information sur le volume de personnes potentiellement concernées dans les années à venir par les différentes pathologies. En 2014, parmi les affections de longue durée, les personnes âgées sont particulièrement concernées par les maladies neurodégénératives : Alzheimer et autres démences (ALD 15), qui surviennent en moyenne à l'âge de 84 ans et concernent 520 cas pour 100 000 au national, suivies de la maladie de Parkinson (ALD 16), qui survient en moyenne à l'âge de 76 ans et concerne 190 cas pour 100 000, etc. (source : **Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005**, Assurance maladie, Points de repère, n° 46, juin 2016). Ce type de travaux statistiques entre dans le champ de compétences des observatoires régionaux de santé (ORSAS de Lorraine et ORS d'Alsace).

⁴³ Données non disponibles à l'échelle des zones d'emploi.

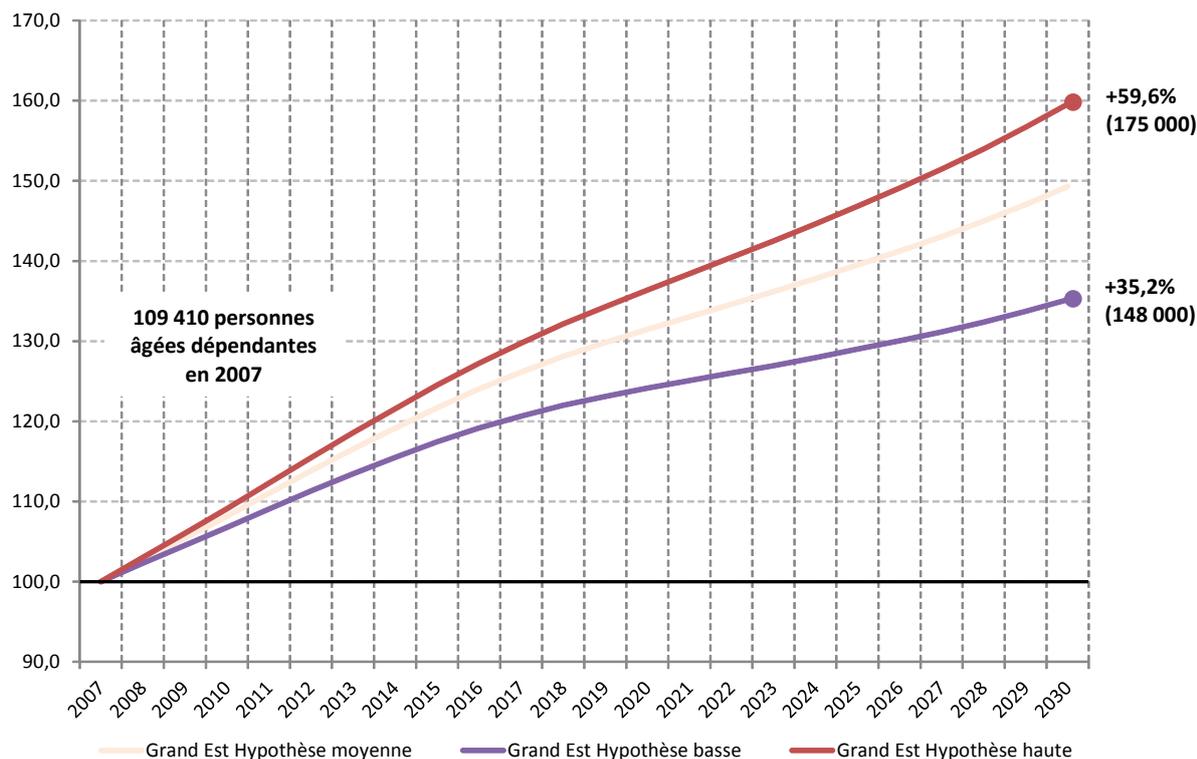
Fig. 10. Effectifs des 60 ans et plus (2013) et taux de dépendance (2007)

Zones d'emploi (classement décroissant selon le taux de dépendance)	2013			Taux de dépendance 2007 des 60 ans et + (%)*
	Effectif de 60 ans et +	Population totale	% 60 ans et +	
Commercy (Lo)	11 516	44 495	25,9	11,1
Epernay (C-A)	29 163	109 981	26,5	10,8
Verdun (Lo)	16 771	62 592	26,8	10,8
Epinal (Lo)	41 840	163 565	25,6	10,3
Forbach (Lo)	54 300	217 956	24,9	10,3
Saint-Dié-des-Vosges (Lo)	24 194	86 493	28,0	10,2
Vitry-le-François/Saint-Dizier (C-A)	31 426	115 786	27,1	10,2
Sarrebourg (Lo)	18 885	73 413	25,7	10,2
Charleville-Mézières (C-A)	56 821	229 305	24,8	10,0
Bar-le-Duc (Lo)	16 535	60 827	27,2	9,9
Chaumont-Langres (C-A)	32 747	110 726	29,6	9,9
Remiremont (Lo)	24 839	83 222	29,8	9,9
Sarreguemines (Lo)	28 320	111 837	25,3	9,8
Lunéville (Lo)	8 129	33 289	24,4	9,8
Wissembourg (Al)	9 223	40 597	22,7	9,8
Troyes (C-A)	81 953	313 261	26,2	9,7
Neufchâteau (Lo)	15 445	51 078	30,2	9,7
Metz (Lo)	117 106	509 310	23,0	9,6
Sélestat (Al)	18 761	84 440	22,2	9,6
Reims (C-A)	77 351	354 793	21,8	9,6
Saverne (Al)	19 403	77 644	25,0	9,5
Longwy (Lo)	26 778	111 368	24,0	9,5
Molsheim-Obernai (Al)	31 505	134 971	23,3	9,4
Nancy (Lo)	117 489	513 684	22,9	9,4
Thionville (Lo)	49 848	222 068	22,4	9,3
Haguenau (Al)	46 939	201 727	23,3	9,3
Colmar (Al)	47 141	195 306	24,1	9,3
Châlons-en-Champagne (C-A)	25 119	105 156	23,9	9,2
Strasbourg (Al)	121 466	579 865	20,9	9,1
Mulhouse (Al)	101 100	433 338	23,3	8,9
Saint-Louis (Al)	26 677	120 295	22,2	8,5
Grand Est	1 328 790	5 552 388	23,9	9,6

Source : INSEE, recensement de population 2013, modèle Omphale pour le calcul du taux de dépendance en 2007, scénario central ; Traitements : LorPM, 2016.

* Le taux de dépendance rapporte le nombre de personnes de 60 ans et plus classées dans les GIR 1 à 4 à l'ensemble de 60 ans et plus.

Fig. 11. Projections des personnes âgées dépendantes dans le Grand Est à 2030 (base 100 en 2007)



Source : INSEE, projections de population 2007-2030, modèle Omphale, scénario central, 2016 ; Traitements : LorPM, 2016

Pour l'heure, si l'accroissement tend à ralentir en 2016-2017, il devrait s'accroître de manière plus conséquente à partir de 2025. Toutefois, **on peut s'attendre à ce que le « pic » de dépendance dans le Grand Est soit atteint en 2035**, sous les hypothèses, premièrement, que la corrélation très forte entre le volume de personnes âgées et le volume de personnes âgées dépendantes observée dans le Grand Est se maintienne d'année en année [Annexe n°5] et, deuxièmement, à condition que les générations du baby-boom du Grand Est vieillissent selon la même tendance qu'au niveau national⁴⁴.

Comme observé en 2013, le volume de personnes âgées attendues d'ici 2030 devrait varier considérablement d'un territoire à l'autre, ainsi que le rythme de progression. La hiérarchie décrite précédemment se retrouve : compte tenu du faible effectif de résidents sur la zone d'emploi de Lunéville, c'est également sur ce territoire que l'on observera le plus faible volume de personnes dépendantes de 60 ans et plus (1 000 personnes ; + 38,5 % entre 2007 et 2030), alors qu'il devrait atteindre 15 500 personnes sur la zone d'emploi de Strasbourg (+ 64 %) ; la variation minimale s'observe sur le territoire de Longwy, de l'ordre de + 32,5 % (pour atteindre 3 000 personnes), et la plus élevée est attendue sur la zone d'emploi de Saint-Louis, avec un doublement des effectifs (+ 96,9 % ; 3 500 personnes).

Le principal constat reste toutefois que **les plus fortes variations sont attendues dans l'ensemble des territoires**

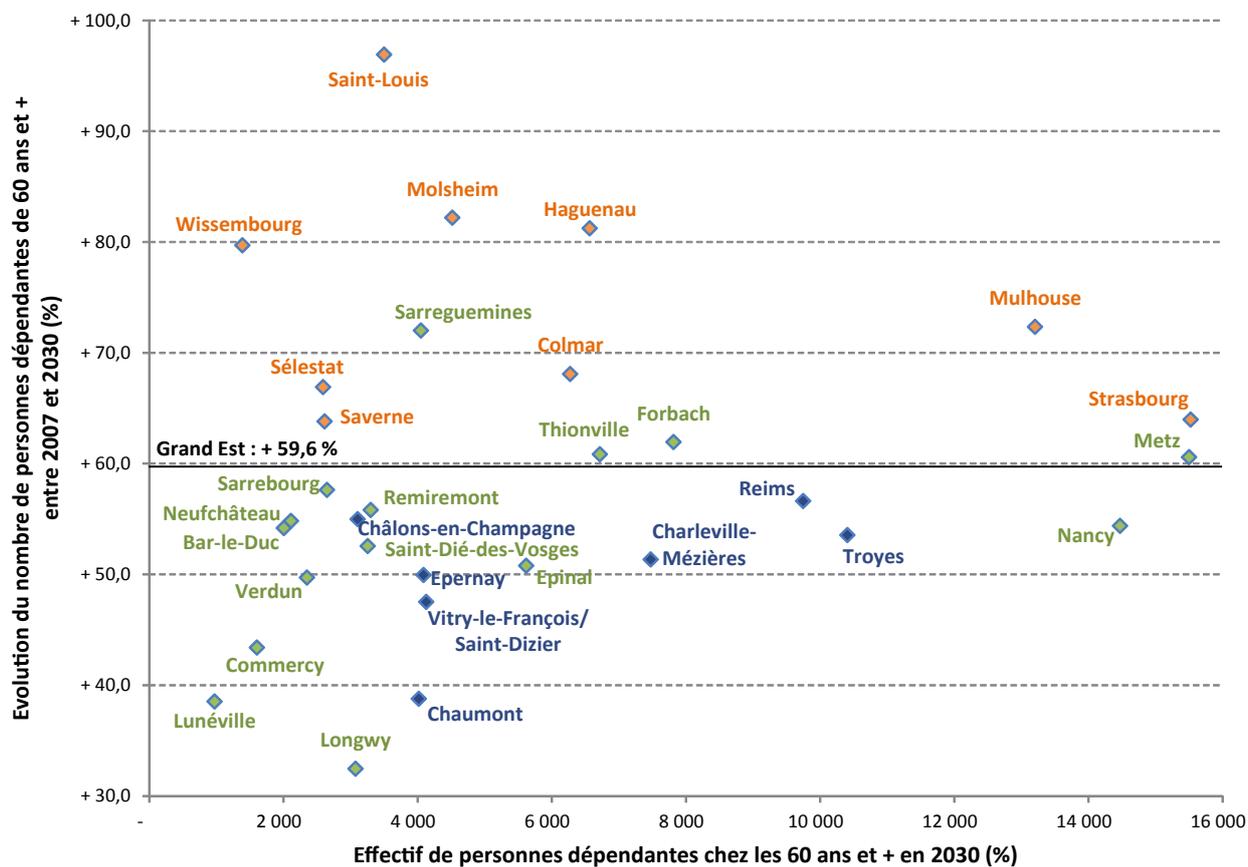
alsaciens, ainsi que dans la majorité des zones d'emploi couvrant la Moselle (Metz, Thionville, Forbach et Sarreguemines) [Fig. 12].

La comparaison des évolutions attendues 2007-2030 de la population totale et du nombre de personnes âgées dépendantes selon chaque zone d'emploi fait apparaître des profils territoriaux très différents [Fig. 13]. Schématiquement, deux groupes se distinguent. Le premier groupe, à gauche de l'axe vertical, est composé des **zones d'emploi au sein desquelles la population âgée dépendante va croître fortement à très fortement** (de + 38,8 % sur Chaumont-Langres à + 72,0 % sur Sarreguemines) **alors que la population totale va décroître** (de - 3,2 % sur Châlons-en-Champagne à - 11,9 % sur Vitry-le-François/Saint-Dizier). À droite de l'axe apparaissent les **zones d'emploi qui combinent un accroissement de leur population âgée dépendante**, dans des ordres de grandeur parfois très importants (+ 32,5 % sur Longwy à + 96,9 % sur Saint-Louis), **avec un accroissement de leur population totale** (de + 0,4 % sur Epervain à + 17,9 % sur Sélestat). Autre constat : l'ensemble des zones d'emploi alsaciennes sont regroupées en haut du graphique et à droite de l'axe vertical.

C'est ainsi dans les territoires alsaciens que les progressions de la population totale et du nombre de personnes âgées dépendantes devraient être les plus fortes d'ici 2030.

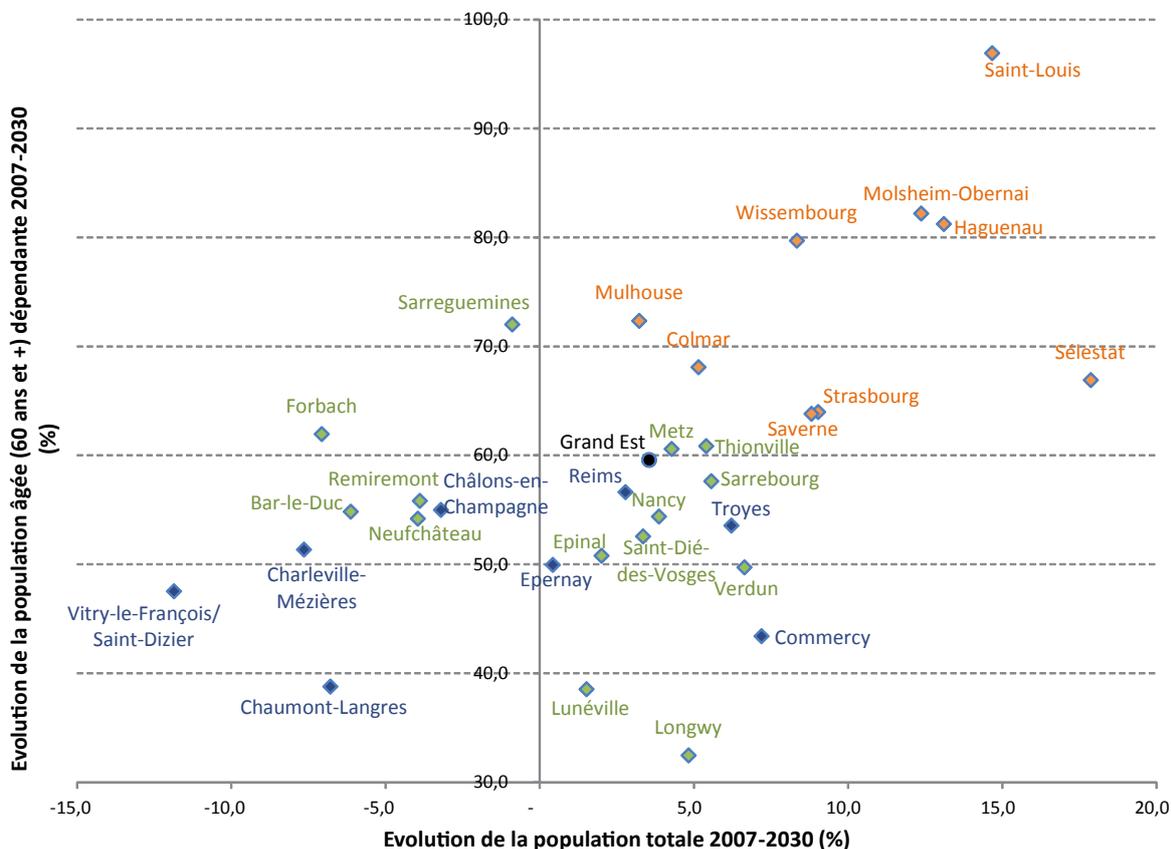
⁴⁴ Au niveau national, l'INSEE précise que le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera jusqu'en 2035, année correspondant à l'arrivée à l'âge de 60 ans des dernières générations nombreuses du baby-boom. Entre 2035 et 2060, la part des 60 ans ou plus devrait continuer de progresser, mais plus modérément, avec l'arrivée de ces générations nombreuses aux âges avancés de 90 ans et plus, davantage concernées par la mortalité [source : Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans, Insee Première, n° 1320, octobre 2010].

Fig. 12. Effectifs des 60 ans et plus dépendants attendus d'ici 2030 et taux de Croissance 2007-2030



Source : INSEE, projections de population 2007-2030, modèle Omphale, scénario central, 2016 ; Traitements : LorPM, 2016.

Fig. 13. Comparaison des évolutions attendues entre 2007 et 2030 des personnes âgées dépendantes et de l'ensemble de la population



Source : INSEE, projections de population 2007-2030, modèle Omphale, scénario central, 2016 ; Traitements : LorPM, 2016.

2. Typologie des zones d'emploi

selon la socio-démographie de la population



2.1. Six classes et quatre problématiques territoriales distinctes

La typologie de territoire des besoins de la population a été élaborée en trois étapes. La première est le résultat d'une analyse factorielle sur la population résidente dans les zones d'emploi du Grand Est, décrite selon différents indicateurs sociodémographiques : genre, âge, situation matrimoniale⁴⁵, composition du ménage, statut d'occupation du logement et catégorie de population (en ménages, au sein d'une communauté ou encore en habitation mobile, voire sans abri). Avec un grand nombre d'individus (5,5 millions), il a été nécessaire de limiter le nombre de variables en ne retenant que les plus significatives pour expliquer la masse d'information, ce qui justifie que les indicateurs renseignant sur le logement et sur la catégorie de population n'aient pas été retenus dans l'analyse finale.

L'analyse factorielle fait ressortir, parmi les informations les plus structurantes dans la population, la hiérarchie des facteurs suivants : le premier axe (appelé aussi facteur ou dimension) oppose les personnes âgées, plus souvent veuves, aux personnes jeunes, plus souvent célibataires ou mariés ; le second oppose les personnes âgées, plus souvent seules, aux familles avec enfant, plus souvent en couple⁴⁶.

La Figure n°14 projette graphiquement le résultat de cette analyse sur ces deux premiers axes. Les points rapprochés sur le graphique témoignent d'une corrélation positive qui permet de constituer un groupe homogène et, inversement, les points éloignés attestent d'une corrélation négative, qui oppose les groupes les uns par rapport aux autres. La population du Grand Est se polarise ainsi autour de trois groupes :

- Un premier groupe, sur la gauche du graphique, est plutôt⁴⁷ représenté par les plus jeunes (groupes d'âges inférieurs à 25 ans), enfants d'un couple ou au sein d'une famille monoparentale, voire jeune adulte indépendant (modalité : « personne seule de moins de 40 ans »), vivant plutôt en situation de célibat.
- Le second groupe se situe en bas à droite du graphique. Il se compose plutôt de personnes d'âges intermédiaires (40 à 65 ans, voire un peu plus), plutôt en couple, avec ou sans enfant, mariées ou non, éventuellement divorcées et en situation de parent isolé.

- Le troisième groupe, en haut à droite du graphique, correspond plutôt aux personnes âgées (65-79 ans et 80 ans et plus), plus souvent isolées (divorcées ou veuves, en particulier aux âges les plus avancés).

Les modalités liées au genre étant binaires et réparties à part quasi-égale dans toute la population, quel que soit le territoire de vie, elles se retrouvent proches de l'intersection des deux axes et sont donc peu discriminantes. Retenons tout de même que les femmes se situent plutôt dans le cadran en haut à droite, en lien avec la situation de parent d'une famille monoparentale aux âges intermédiaires et avec les situations de veuvage aux âges avancés.

La deuxième étape a consisté à projeter chacune des zones d'emploi au regard de ce découpage en trois groupes de la population. Précisons que le fait qu'une zone d'emploi soit caractérisée par sa proximité avec l'un des groupes de population ne signifie pas que les deux autres groupes ne soient pas également présents sur ce territoire. Ce premier groupe apparaît simplement comme étant plus fortement significatif pour décrire le territoire que ne le sont les deux autres.

Les résultats issus de ce travail ont ensuite été interprétés via une classification ascendante hiérarchique afin de regrouper dans des classes homogènes les zones d'emploi proches entre elles. La Figure n°15 présente les six classes ainsi distinguées selon les critères démographiques⁴⁸. Une description des classes les plus éloignées du centre facilite la compréhension globale des résultats :

- La classe n°2, à gauche du graphique, composée des zones d'emploi de Nancy, Reims et Strasbourg, se caractérise par la jeunesse de sa population (moins de 25 ans), en lien notamment avec la forte présence d'établissements d'enseignement, en particulier du supérieur, et plus souvent célibataire⁴⁹.
- La classe n°4, en haut à droite du graphique, composée par les zones d'emploi de Saint-Dié-des-Vosges, Chaumont-Langres, Neufchâteau et Remiremont, se caractérise plutôt par le poids de sa population âgée, plus souvent seule et de sexe féminin.

⁴⁵ L'état matrimonial légal désigne, selon l'INSEE, « la situation conjugale d'une personne au regard de la loi : célibataire, mariée, veuve, divorcée. Au recensement de la population, l'information collectée sur la situation conjugale mêle le statut matrimonial légal, pacs et vie en couple de fait (concubinage, union libre) ». La typologie de population ayant été réalisée à partir de la table détaillée des individus (et non des ménages), seul le statut matrimonial a pu être mobilisé dans cet exercice statistique. Une exploitation a posteriori des informations sur le nombre de personnes par ménage a permis d'enrichir la typologie.

⁴⁶ Le premier axe explique 48 % de l'inertie ajustée totale, c'est-à-dire de la masse totale d'information, et le second : 28 %. Le croisement des deux premiers axes correspond à 76 % de l'information totale [Annexe n° 6].

⁴⁷ L'usage de l'adverbe « plutôt » est essentiel : les caractéristiques qui décrivent un groupe sont les plus significatives, ce qui ne veut pas dire pour autant que l'ensemble des individus de ce groupe présentent systématiquement ces caractéristiques. Il s'agit d'un idéal-type ou d'un individu moyen.

⁴⁸ Précisons que la numérotation des 6 classes correspond à une appellation et non un ordonnancement des classes.

⁴⁹ Le fait que ces trois zones d'emploi soient regroupées en une seule classe, en raison de l'atypie marquée de leur structure démographique, suggère, pour des travaux statistiques ultérieurs, de les isoler des autres territoires du Grand Est. Ils « déforment » en effet les valeurs moyennes des différents indicateurs calculés, comme peut le faire, à titre d'exemple, la région Ile-de-France par rapport aux autres régions françaises. C'est ce constat qui a amené les statisticiens publics à créer le concept de « France de province », c'est-à-dire hors Ile-de-France.

- La **classe n°6**, en bas à droite du graphique, composée principalement des zones d'emploi alsaciennes (Saverne, Sélestat, Molsheim-Obernai, Haguenau, Saint-Louis, Wissembourg et Sarreguemines), se caractérise par opposition aux deux premières classes, à savoir par une moindre présence de jeunes et par une moindre présence de personnes âgées. Cette classe est plutôt composée de familles, avec ou sans enfants, dont la personne de référence du ménage est âgée de 40 à 55 ans.

- La **classe n°5**, au centre-droit du graphique, composée des zones d'emploi de Vitry-le-François/Saint-Dizier, Bar-le-Duc, Épernay, Forbach, Sarrebourg et Longwy, est dans le champ d'attraction des groupes d'âges élevés (65 ans et plus).

Entre ces trois « pôles », trois autres groupes de territoires sont distingués, entrant plus ou moins dans le champ d'attractivité de l'un ou l'autre de ces pôles.

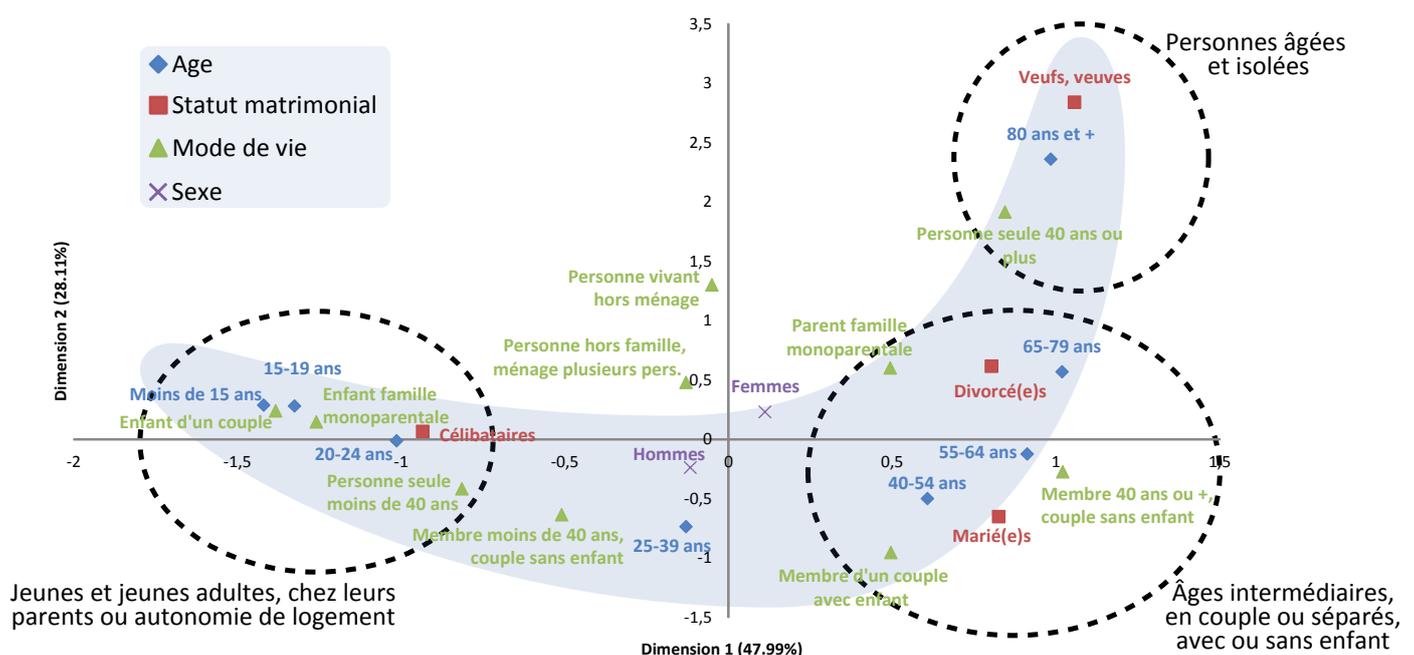
- La **classe n°1**, au centre-haut du graphique, composée des zones d'emplois de Lunéville, Troyes, Verdun, Epinal, Commercy, Charleville-Mézières et Châlons-en-Champagne, est attirée plutôt par les groupes d'âges avancés (classe n°4), toutefois de façon moins marquée dans les zones d'emploi à gauche de l'axe (Lunéville est dans la zone d'attractivité de l'Université de Nancy et Châlons-en-Champagne dans celle de l'Université de Reims).
- La **classe n°3**, au centre-bas du graphique, composée des zones d'emploi de Metz, Mulhouse, Colmar et Thionville, est à mi-chemin entre les classes n°2 et 6, entre une population marquée plutôt par sa jeunesse (zone d'emploi de Metz en particulier) et une population caractérisée plutôt par ses âges intermédiaires. Le faible étalement de cette classe et sa proximité avec le centre du graphique indique que la structure de la population est proche du profil moyen du Grand Est.

La **troisième et dernière étape** a consisté à nuancer la classification en mobilisant les données socio-économiques présentées en première partie de ce rapport (isolement au sein du ménage, niveau de vie, activité/chômage et projection de la dépendance). L'objectif est de faire apparaître les territoires marqués par une **population âgée**, éventuellement **isolée** et/ou **en situation de dépendance**, pouvant présenter des signes de **fragilité économique**.

Au final, quatre problématiques sociodémographiques distinctes émergent [Fig. 16] :

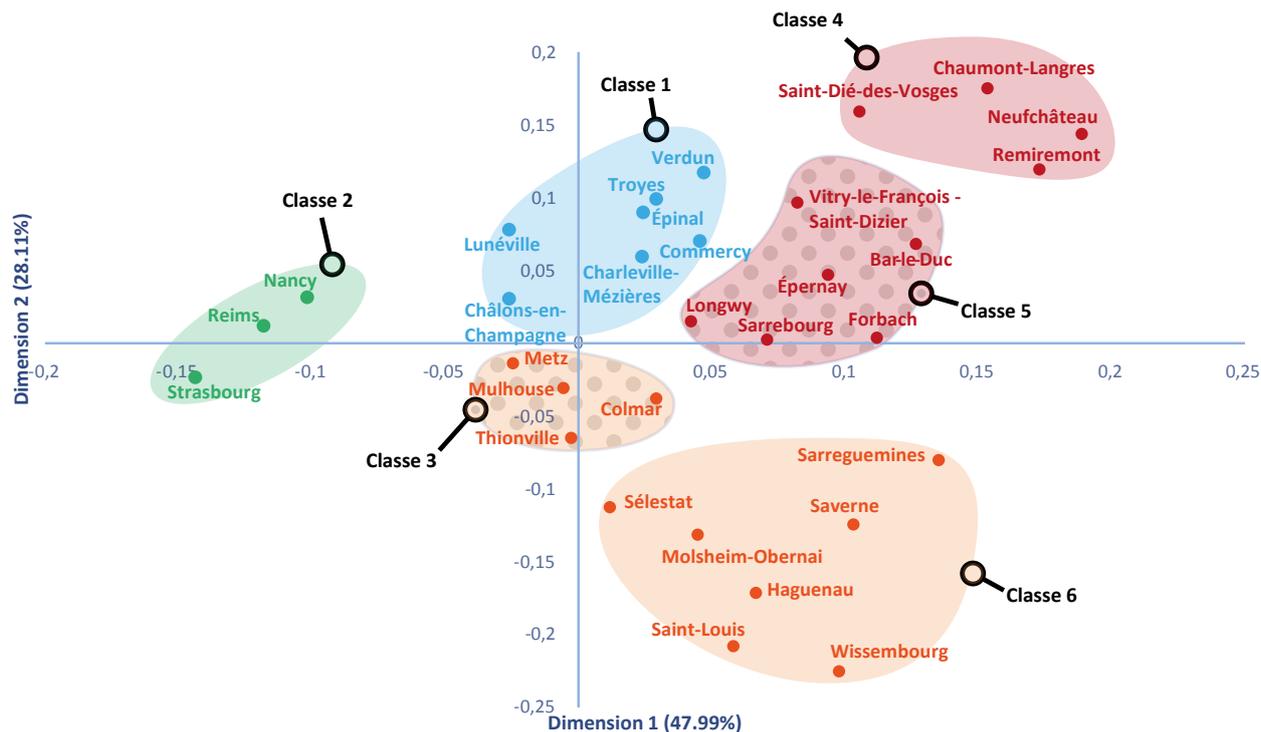
- Démographie stagnante, vieillissement avancé et en progression modérée, fragilité économique : classe 1.
- Démographie dynamique, vieillissement modéré, rôle économique moteur : classe 2.
- Démographie et vieillissement en fortes progressions, moindre isolement familial, dynamisme économique : classes 3 et 6.
- Décroissance démographique, vieillissement avancé et en progression modérée, fragilité économique : classes 4 et 5.

Fig. 14. Représentation des modalités actives décrivant la population du Grand Est sur le plan factoriel composé des deux premiers axes



Source : INSEE, recensement de la population 2012, données au lieu de résidence. Traitement : LorPM, 2016.

Fig. 15. Représentation des classes de zones d'emploi selon la population sur le plan factoriel des deux premiers axes



Source : INSEE, recensement de la population 2012, données au lieu de résidence. Traitement : LorPM, 2016.

Fig. 16. Carte de la typologie de population par classes de zones d'emploi

Démographie stagnante, vieillissement avancé et en progression modérée, fragilité économique

Classe 1

Démographie dynamique, vieillissement modéré, rôle économique moteur

Classe 2

Démographie et vieillissement en forte progression, moindre isolement familial, dynamisme économique

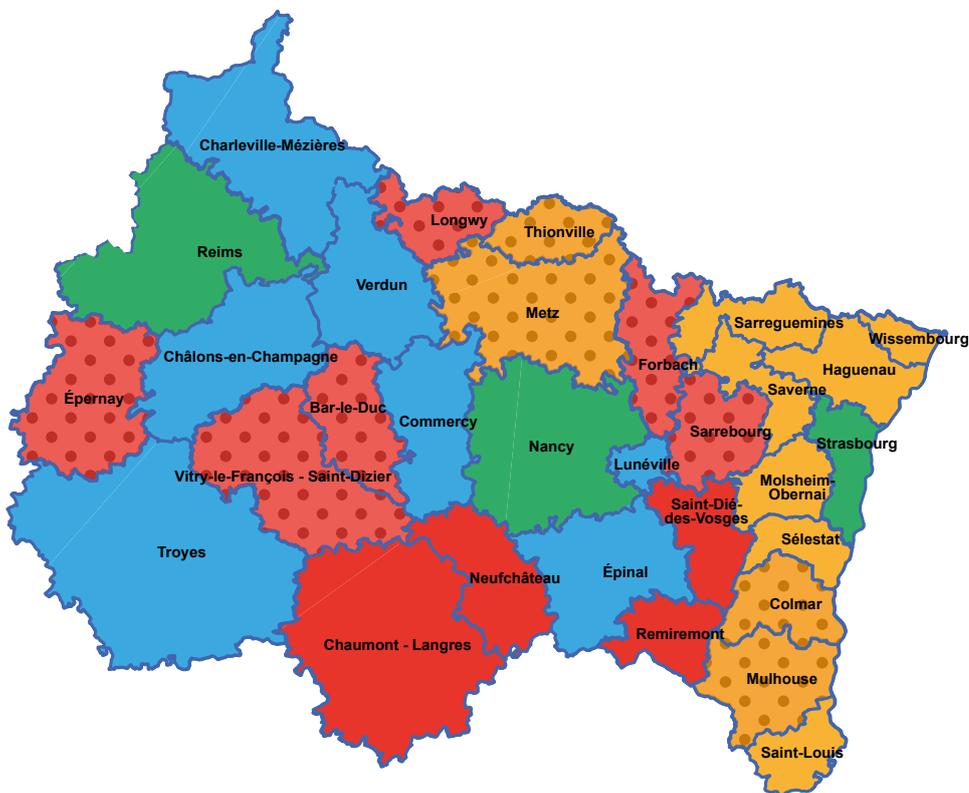
Classe 3

Classe 6

Décroissance démographique, vieillissement avancé et en progression modérée, fragilité économique

Classe 4

Classe 5



Source : INSEE, recensement de la population 2012, données au lieu de résidence. Traitement : LorPM, 2016.

2.2. Présentation des monographies territoriales

DÉMOGRAPHIE STAGNANTE, VIEILLISSEMENT AVANCÉ ET EN PROGRESSION MODÉRÉE, FRAGILITÉ ÉCONOMIQUE (CLASSE N°1)

La classe n°1 se compose de zones d'emploi contiguës et localisées à l'ouest de la région et en périphérie de Nancy (Champagne-Ardenne et Lorraine)⁵⁰.

Avec 951 662 habitants, cette classe représente 17,1 % de la population totale du Grand Est en 2013. Elle se répartit sur un très vaste territoire, représentant le tiers de la région (32,9 %), composé de communes rurales de tailles petite et moyenne⁵¹, ce qui confère à cette classe **une densité de population particulièrement faible** de 50,4 habitants au km².

La pyramide des âges de cette classe présente une forme creuse aux âges 18-40 ans, vraisemblablement en raison de migrations de formation et d'emploi en direction de la classe n°2 [Fig. 17]. L'indice de vieillissement, qui renseigne sur le rapport intergénérationnel entre les plus jeunes et les plus vieux, est **à peine supérieur à la valeur moyenne du Grand Est**, avec 76,8 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (73,6 % en région).

Les 65 ans et plus représentent 18,6 % de la population, soit **la seconde plus forte proportion** après la classe n°5. En matière d'isolement des 65 ans et plus, approché selon le nombre de ménages composés d'une personne seule relevant de cette tranche d'âges, **la classe n°1 connaît la proportion la plus élevée**, avec 49,1 % (47,1 % en Grand Est).

À l'horizon 2030, la population devrait connaître **une relative stagnation de son effectif total** (+ 1 %) [Fig. 18]. Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait s'accroître de 45,2 % sur cette même échelle de temps et, parmi elles, celui des **personnes âgées dépendantes** devrait progresser de 51,3 %, soit **une variation parmi les moins élevées en région** (+ 59,6 % en Grand Est) [Fig. 19].

En matière de pauvreté en population générale, cette classe se caractérise par **le taux de pauvreté au seuil de 60 % du revenu médian le plus élevé du Grand Est**, avec 16,3 % des ménages concernés (13,9 % en Grand Est). Aux âges avancés, cette classe comprend trois zones d'emploi particulièrement concernées par des taux de pauvreté élevés, aussi bien chez les 60-74 ans que chez les 75 ans et plus : Charleville-Mézières (respectivement 12,0 % et 9,8 %), Verdun (10,1 % et 9,7 %) et Commercy (9,4 % et 8,6 %). En matière de logement, 74,9 % des ménages dont la personne de référence est âgée de 65 ans et plus sont propriétaires de leur résidence principale, soit une valeur proche de la moyenne (74,1 %). La disparité selon la zone d'emploi au sein de cette classe est relativement modérée : seules les zones d'emploi meusiennes de Commercy et Verdun se distinguent par un « taux de propriétaires » supérieur à 80 %.

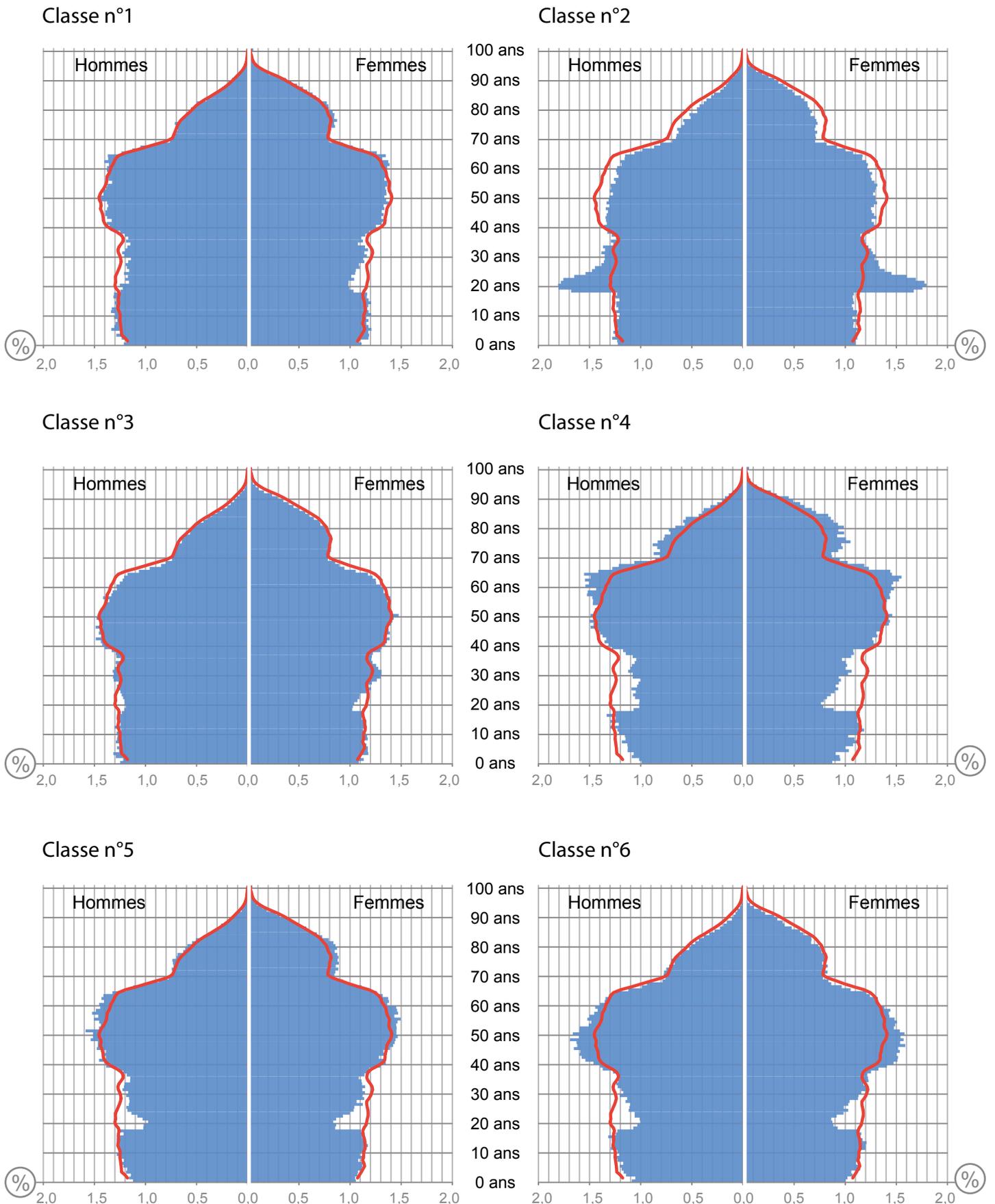
Enfin, le marché du travail est en berne. Entre 2008 et 2015, **l'emploi salarié du privé a connu la plus forte baisse** (-9,9 % contre -6,1 % en Grand Est). **Le taux de chômage en population générale est le plus élevé**, concernant 15,1 % des actifs (13,6 % en Grand Est). La part de 60 ans et plus encore actifs sur le marché du travail **est parmi les plus faibles** (6,3 %, contre 7,1 % en Grand Est), signe non pas d'une forte dynamique d'emploi pour les 60 ans et plus mais, au contraire, d'une sortie « précoce » du marché du travail pour une partie d'entre eux. Parmi ceux encore actifs, **le taux de chômage est proche de la valeur moyenne** (8,6 % contre 8,7 %).

⁵⁰ Composition de la classe n°1 : Châlons-en-Champagne (CA), Charleville-Mézières (CA), Commercy (Lo), Epinal (Lo), Lunéville (Lo), Troyes (CA), Verdun (Lo).

⁵¹ Les dynamiques socio-économiques du Grand Est dans son environnement régional et transfrontalier, INSEE Dossier Grand Est, n° 4, décembre 2016. Le lecteur pourra consulter en particulier la cartographie n° 3 intitulée : « Une moitié ouest plus rurale ».

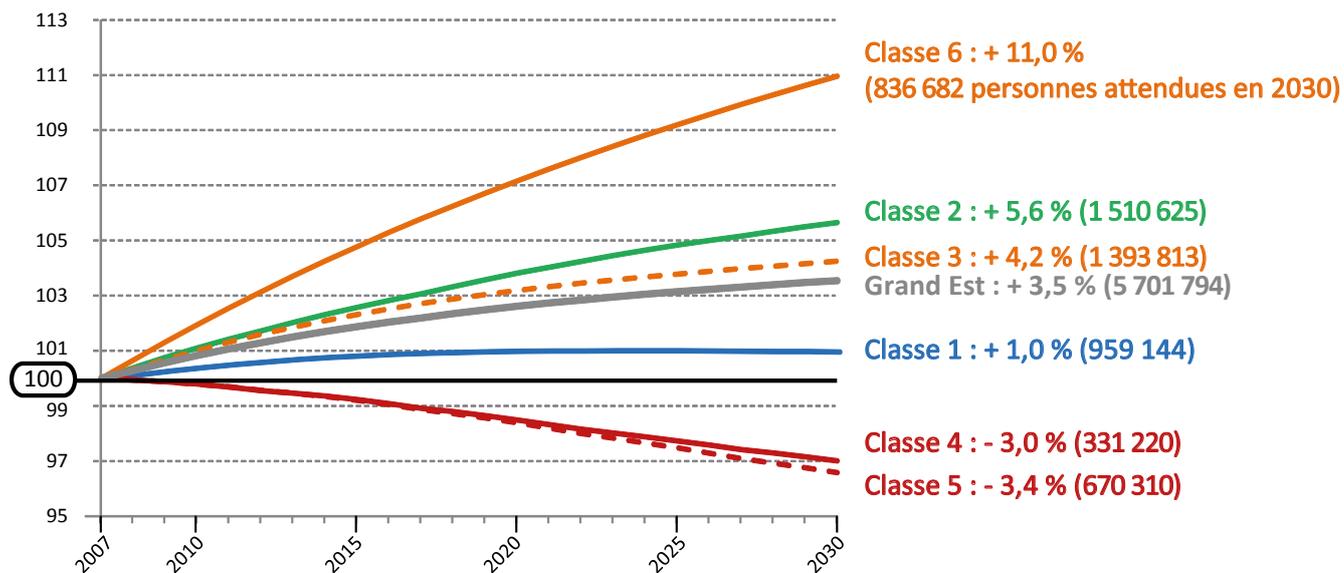
Fig. 17. Pyramides des âges des différentes classes en 2013

Grand Est Classes



Source : INSEE, recensement de la population 2013. Traitements : LorPM, 2016.

Fig. 18. Projections de la population résidente à l'horizon 2030 par classe (base 100 en 2007)



Source : INSEE, projections de population 2007-2030, modèle Omphale, scénario central, 2016 ; traitements : LorPM, 2016.

Fig. 19. Effectifs projetés à l'horizon 2030, selon les groupes d'âges et la dépendance

	Évolution 2007-2030 (%)					Effectif attendu en 2030				
	Population générale	60 et +	65 et +	75 et +	85 et +	Population générale	60 et +	65 et +	75 et +	85 et +
Classe 1	+ 1,0	+ 45,2	+ 49,3	+ 53,5	+ 81,0	959 144	302 930	242 929	127 824	35 998
Classe 2	+ 5,6	+ 48,5	+ 55,2	+ 64,1	+ 89,5	1 510 625	399 124	319 160	168 259	47 520
Classe 3	+ 4,2	+ 51,6	+ 54,4	+ 62,6	+ 123,2	1 393 813	411 838	326 315	164 525	47 198
Classe 4	- 3,0	+ 43,0	+ 47,4	+ 51,4	+ 72,8	331 220	121 481	98 122	51 899	14 416
Classe 5	- 3,4	+ 45,3	+ 48,2	+ 51,1	+ 87,3	670 310	224 442	179 527	90 789	24 556
Classe 6	+ 11,0	+ 74,9	+ 76,0	+ 79,4	+ 124,9	836 682	264 355	205 324	97 784	25 563
Grand Est	+ 3,5	+ 51,3	+ 55,1	+ 60,8	+ 97,4	5 701 794	1 724 170	1 371 377	701 080	195 251

	Personnes âgées dépendantes (scénario pessimiste)							
	Évolution 2007-2030 (%)				Effectif attendu en 2030			
	60 et +	65 et +	75 et +	85 et +	60 et +	65 et +	75 et +	85 et +
Classe 1	+ 51,3	+ 52,6	+ 57,4	+ 82,3	31 524	30 118	25 098	13 954
Classe 2	+ 58,6	+ 60,6	+ 66,9	+ 90,2	39 734	38 053	31 774	17 928
Classe 3	+ 65,3	+ 66,9	+ 75,7	+ 127,2	41 685	39 822	33 028	18 459
Classe 4	+ 48,9	+ 49,9	+ 54,1	+ 73,3	12 575	12 101	10 119	5 659
Classe 5	+ 51,9	+ 52,9	+ 57,8	+ 90,7	23 859	22 696	18 646	9 837
Classe 6	+ 78,2	+ 78,8	+ 84,2	+ 121,3	25 217	24 018	19 613	10 273
Grand Est	+ 59,6	+ 61,0	+ 67,0	+ 98,9	174 595	166 808	138 277	76 110

Source : INSEE, projection de population 2007-2030, modèle Omphale, scénario central. Traitements : LorPM, 2016.

DÉMOGRAPHIE DYNAMIQUE, VIEILLISSEMENT MODÉRÉ, RÔLE ÉCONOMIQUE MOTEUR (CLASSE N°2)

La classe n°2 se compose de trois zones d'emplois : Nancy, Reims et Strasbourg. Avec 1 448 342 personnes, elle regroupe 26,1 % de la population totale du Grand Est, et constitue ainsi le principal pôle en volume d'habitants, réparti sur 13,8 % de la superficie régionale. **La densité de la classe figure ainsi parmi les plus élevées**, avec 183,3 habitants au km². Le tissu urbain se compose des trois grandes agglomérations du même nom, dynamiques économiquement et par ailleurs porteuses toutes trois des principaux pôles universitaires.

En lien avec cette conformation urbaine, **la pyramide des âges de cette classe est particulièrement déformée entre 18 et 35 ans**, du fait des migrations de formation et de début de carrière. « L'artificialité » de la structure démographique de la classe explique que **l'indice de vieillissement y soit le plus bas (64,9 %), et que la part des 65 ans et plus y soit la plus faible (15,9 %)** parmi l'ensemble des classes. En matière d'isolement des 65 ans et plus, approché selon le nombre de ménages composés d'une personne seule relevant de cette tranche d'âges, **la classe n°2 connaît la seconde plus forte proportion, après la classe n°1, avec 48,9 %.**

À l'horizon 2030, la population totale devrait connaître **l'un des plus forts accroissements (+ 5,6 %)**. Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait s'accroître de 48,5 % sur la période et, parmi elles, celui des **personnes âgées dépendantes** devrait progresser de 58,6 %, une valeur proche de la moyenne (+ 59,6 % en Grand Est).

En matière de pauvreté, cette classe connaît un taux au seuil de 60 % proche de la moyenne du Grand Est (14,3 % contre 13,9 %). Aux âges avancés, les taux de pauvreté sont globalement inférieurs à la valeur moyenne du Grand Est. En matière de logement, les parts des 65 ans et plus propriétaires sont les plus faibles sur les zones d'emploi de Strasbourg (63,3 %) et de Reims (65,2 %), alors que la zone d'emploi de Nancy est proche de la moyenne (74 % contre 74,1 %).

Enfin, **l'emploi salarié du privé** a connu l'une des évolutions les moins défavorables sur la période 2008-2015 (- 3,1 % contre - 6,1 % en Grand Est) et **le taux de chômage en population générale** est dans la moyenne du Grand Est (respectivement 13,7 % contre 13,6 %). La part de 60 ans et plus encore actifs sur le marché du travail est la plus élevée parmi l'ensemble des classes (8,6 %, contre 7,1 % en Grand Est), et le taux de chômage des 60 ans et plus est proche de la valeur moyenne (8,4 % contre 8,7 %).

DÉMOGRAPHIE ET VIEILLISSEMENT EN FORTES PROGRESSIONS, MOINDRE ISOLEMENT FAMILIAL, DYNAMISME ÉCONOMIQUE (CLASSES N°3 ET 6)

Cette problématique regroupe deux classes de **zones d'emplois, contiguës et localisées au nord et à l'est, proche d'un regroupement « Alsace-Moselle »**⁵². Cumulées, elles représentent 38,4 % de la population totale du Grand Est, répartie sur 21,4 % du territoire. La classe n°3 est toutefois près de deux fois plus importante en volume de population, avec 1 360 022 personnes (24,5 % du Grand Est) contre 771 511 personnes dans la classe n°6 (13,9 %). Le pourcentage de surface couverte est en revanche similaire, de l'ordre de 10 % chacune, si bien que **la densité est nettement supérieure dans la classe n°3 (et la plus élevée des six classes) : 208,9 habitants au km²**, contre 132,5 habitants au km² en classe n°6. Cet écart tient vraisemblablement à l'attraction du marché du travail luxembourgeois, qui a fortement contribué ces dernières décennies à l'accroissement de la population sur les territoires du nord-lorrain, présents en classe n°3.

Le tissu urbain est plutôt diversifié sur les deux classes, fait de petites communes rurales avec ou sans influence d'un pôle urbain à proximité⁵³, ainsi que de pôles urbains de taille moyenne à grande, tels que Metz, Mulhouse, Colmar, Thionville, Haguenau, Forbach, Sélestat, etc.

La pyramide des âges de la classe n° 3 est proche de celle du Grand Est, marquant toutefois un léger retrait aux âges d'études supérieures et de début de carrière ainsi qu'un léger renflement entre 25 et 55 ans. **La pyramide de la classe n°6 est davantage déformée**, avec une sous-représentation marquée entre 18 et 35 ans et une surreprésentation chez les 40 à 60 ans, phénomène observé précédemment dans l'analyse factorielle, s'expliquant par une présence significativement plus forte de familles, de type couple avec enfant(s). Pour ces deux classes, une légère surreprésentation s'observe en effet également aux âges jeunes, inférieurs à 15 ans. **Les indices de vieillissement sur ces deux classes sont légèrement en deçà de la valeur régionale** (70,8 % en classe n°3 et 72,8 % en classe n°6) et la part des 65 ans et plus avoisine 17 %, valeur à peine inférieure à la moyenne.

En matière d'isolement des 65 ans et plus, approché selon le nombre de ménages composés d'une personne seule relevant de cette tranche d'âges, **ces deux classes connaissent des proportions inférieures à la moyenne régionale, et en particulier en classe n°6**, pour laquelle les valeurs sont les plus basses parmi l'ensemble des classes, et ce quel que soit le groupe d'âge observé au-delà de 65 ans.

⁵² Composition de la classe n° 3 : Colmar, Metz, Mulhouse et Thionville ; composition de la classe n° 6 : Haguenau, Molsheim-Obernai, Sarreguemines, Saverne, Saint-Louis, Sélestat, Wissembourg.

⁵³ Cf. INSEE, Dossier Grand Est, n° 4, décembre 2016, auparavant cité.

Pour rappel, plusieurs travaux présentés succinctement au point 1.2 de cette étude confirment la spécificité des relations familiales en Alsace-Moselle, qui se traduit notamment par une cohabitation intergénérationnelle plus fréquente⁵⁴.

À l'horizon 2030, la population totale devrait connaître **un fort accroissement, en particulier au sein de la classe n°6, de l'ordre de 11,0 %** (+ 4,2 % dans la classe n° 3). C'est également dans la classe n° 6 que les **progressions du nombre de personnes âgées, et parmi elles, de personnes en situation de dépendance, seront les plus élevées**, respectivement de + 74,9 % et + 78,2 %. En classe n°3, ces mêmes valeurs sont respectivement de + 51,6 % et de + 65,3 %. Mais **c'est particulièrement aux âges les plus élevés (85 ans et plus) que les variations attendues seront les plus fortes, de l'ordre de 120 %** pour chacune des deux classes, aussi bien pour les personnes âgées autonomes que dépendantes.

En matière de pauvreté, **ces classes connaissent les plus faibles taux en population générale**, et tout particulièrement la classe n°6, composées des zones d'emploi du nord-alsacien, de Saint-Louis et de Sarreguemines (8,9 % ; 13,5 % en classe n°3). **Aux âges avancés, les taux de pauvreté d'une majorité des zones d'emploi alsaciennes figurent parmi les plus bas**, quel que soit le groupe d'âges. Seules exceptions à cette tendance, les zones de Wissembourg et Mulhouse, toutefois positionnées à un niveau plus favorable que les zones lorraines de Metz, Sarreguemines et Thionville. Les **ménages âgés propriétaires de leur résidence principale** connaissent les taux les plus importants sur la classe n°6 (83,7 %).

Concernant la problématique économique, **l'emploi salarié du privé connaît l'évolution la moins défavorable sur la classe n°6** entre 2008 et 2015 (- 2,4 %, contre - 6,1 % en Grand Est), et dans la moyenne sur la classe 3 (- 6,7 %). **Le taux de chômage en 2013 en population générale est le plus faible en classe n°6** (10,5 % contre 13,6 % en Grand Est ; 13,7 % en classe n°3), comparativement aux autres classes. La part de 60 ans et plus encore actifs sur le marché du travail est proche de la moyenne du Grand Est (7,1 %), et **le taux de chômage des 60 ans et plus est en revanche le plus élevé sur ces deux classes**, en particulier en classe n°6 (9,8 % ; 9,0 % en classe n°3).

Signalons, enfin, **la très forte proportion du travail frontalier** sur les zones d'emploi de Saint-Louis (42,2 % des actifs en emploi exercent leur activité au-delà de la frontière en 2013), Thionville (36,5 %), Wissembourg (33,9 %), Sarreguemines (16,3 %), Metz (8,6 %) et Mulhouse (8,3 %) [cf. partie 5.2].

DÉCROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE, VIEILLISSEMENT AVANCÉ ET EN PROGRESSION MODÉRÉE, FRAGILITÉ ÉCONOMIQUE (CLASSES N°4 ET 5)

Cette problématique regroupe également deux classes de zones d'emplois, **dispersées sur la Champagne-Ardenne et la Lorraine**. 18 % de la population totale du Grand Est y réside, pour 31,8 % de l'espace couvert. La classe n°4⁵⁵, composée de zones d'emploi très rurales, contiguës et localisées au centre-sud du Grand Est, est la plus petite en volume de population (des deux classes mais également du Grand Est), avec 331 093 personnes, soit 6 % ; la classe n°5, plutôt composée de petites communes en périphérie de pôles urbains, compte le double d'habitants (689 111 personnes, soit 12,4 %). **La densité de la population de la classe n°4 est la plus faible des deux classes (39,8 hbts au km² contre 69,4 hbts/km²)** ainsi que du Grand Est.

Les pyramides des âges de ces deux classes sont très déformées, marquant un creux entre 18 et 40 ans et, corrélativement, en deçà de 10 ans (les « enfants absents des couples absents »), ainsi qu'une surreprésentation chez les 50 ans et plus. **C'est en classe n°4 que cette déformation est la plus marquée. Les indices de vieillissement sur ces deux classes sont nettement supérieurs à la valeur du Grand Est**, et tout particulièrement en classe n°4, avec 99,3 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (82,7 pour 100 en classe n°5 et 73,6 en région). **La part des 65 ans et plus atteint également les valeurs les plus fortes** : 21,9 % sur la classe n°4 et 18,9 % en classe n°5 (17,5 % en Grand Est).

En matière d'isolement des 65 ans et plus, la classe n°4 connaît des taux légèrement supérieurs aux valeurs moyennes, quelle que soit la tranche d'âge observée, alors que la classe n°5 connaît des valeurs légèrement inférieures.

⁵⁴ Sur ces territoires, une analyse comparée de la mobilisation des aidants pourrait vraisemblablement faire apparaître des pistes d'action visant à mieux accompagner la dépendance à domicile (ainsi que les aidants eux-mêmes). Ce type d'investigation pourrait être envisagé selon un protocole méthodologique proche de l'enquête Handicap-Santé, en partenariat avec la DREES, voire s'articuler directement avec cet outil d'observation dans le cadre d'une extension régionale.

⁵⁵ La classe n°4 est composée des territoires vosgiens de Saint-Dié, Remiremont et Neufchâteau, ainsi que de la zone d'emploi de Chaumont-Langres. La classe n°5 se compose des zones d'emploi de Bar-le-Duc, Epernay, Forbach, Longwy, Sarrebourg et Vitry-le-François/Saint-Dizier.

À l'horizon 2030, **la population totale devrait décroître sur ces deux classes**, de l'ordre de - 3 % en classe n°4 et de - 3,4 % sur la classe n°5, valeur la plus élevée parmi l'ensemble des classes (+ 3,5 en Grand Est). **Les progressions du nombre attendues de personnes âgées de 60 ans et plus sont les plus modérées** sur ces classes, proches de 45 % (soit tout de même une augmentation des effectifs de près de moitié), **signe que la population âgée est déjà fortement présente** sur ces territoires, comme évoqué ci-dessus. **En matière de dépendance, ces deux classes connaissent également des évolutions parmi les plus modérées**, de l'ordre de 48,9 % en classe n°4 et de 51,9 % en classe n°5 (+ 59,6 % en Grand Est).

Ces classes connaissent des **taux de pauvreté au seuil de 60 % en population générale plus élevés que la moyenne du Grand Est** (14,5 % en classe n°4 et 15,6 % en classe n°5, comparativement à 13,9 % en Grand Est). Aux âges avancés, quel que soit le groupe d'âges, **les taux de pauvreté en classe n°5 témoignent d'une situation plus dégradée qu'en classe n°4**. Chez les 60-74 ans, le plus fort taux de pauvreté s'observe sur la zone d'emploi de Longwy (11,9 % ; classe n°5). Chez les 75 ans et plus, le plus fort taux est observé sur la zone de Chaumont-Langres (11,2 % ; classe n°4). En matière de **propriété de la résidence principale**, les ménages de 65 ans et plus connaissent des **taux nettement supérieurs à la valeur moyenne** (52,8 %), de l'ordre de 57,8 % en classe n°5 et de 63,2 % en classe n°4.

En matière d'emploi, **l'évolution des effectifs salariés du privé de la classe n°4 est la plus dégradée parmi les six classes** : - 12,8 % sur la période 2008 et 2015 (- 6,1 % en Grand Est). **En classe n°5, cette évolution est également fortement négative**, bien qu'à un niveau moindre (- 9,2 %). Les taux de chômage en 2013 en population générale figurent parmi les plus élevés du Grand Est, immédiatement après celui observé en classe n°1 (14,5 % en classe n°5 et 14,2 % en classe n°4). **Les parts de 60 ans et plus encore actifs sur le marché du travail sont les plus faibles des six classes**, et ce particulièrement en classe n°4 (5,6 % ; 6,3 % en classe n°5, 7,1 % en moyenne régionale), **signe d'une sortie particulièrement précoce d'activité des plus âgés** (les trois plus faibles proportions du Grand Est s'observent sur les zones d'emploi de Remiremont : 4,8 %, de Saint-Dié-des-Vosges et Vitry-le-François/Saint-Dizier : 5,4 % chacune). Les taux de chômage des 60 ans et plus sont inférieurs à la moyenne sur ces deux classes (8,6 % en classe n°4, 8,0 % en classe n°5 et 8,7 % dans le Grand Est).

Comme pour la problématique précédente, signalons enfin, pour conclure cette monographie, la **très forte proportion du travail frontalier** sur la zone d'emploi de Longwy (49,1 % des actifs en emploi exercent leur activité au-delà de la frontière en 2013) et, bien que dans une moindre mesure, sur la zone de Forbach (12,9 %) [cf. partie 5.2].

3. Typologie des zones d'emploi selon l'offre de soins



3.1. Six classes territoriales présentant une offre de soins spécifique

Une seconde typologie a été réalisée pour caractériser l'offre de soins (professionnels et activités) par zones d'emploi, à partir des données individuelles issues du recensement de population 2013, localisées aux lieux de travail. Les résultats sont mobilisés pour enrichir l'analyse des 6 classes de population.

Cette typologie a été réalisée en deux phases. **La première s'appuie sur une analyse des correspondances multiples, centrée sur les professionnels** et mobilisant les variables suivantes : âge en huit groupes, conditions d'emploi en trois catégories (salariés en emplois à durée indéterminée⁵⁶, salariés en emplois à durée déterminée⁵⁷, non-salariés), professions en neuf familles de métiers⁵⁸, secteurs d'activité⁵⁹, quotité de travail (temps plein et temps partiel) et catégories d'aires urbaines recodées en trois modalités (communes rurales isolées, couronnes des pôles urbains, pôles urbains). **La seconde phase mobilise une classification ascendante hiérarchique permettant de rapprocher les zones d'emploi** en fonction de la proximité de la composition de l'offre présente sur les territoires, telle que déterminée dans la première phase.

Le résultat de l'analyse factorielle nous conduit à conserver les deux premiers facteurs, qui expliquent à eux seuls 70,6 % de l'inertie ajustée⁶⁰ de l'ensemble des données mobilisées [Fig. 20]. Le premier facteur, le plus déterminant, oppose les médecins et les rééducateurs exerçant plus souvent comme libéraux et à temps plein (à droite sur le plan factoriel), aux aides-soignants, aides à domicile et aides ménagères, plutôt salariés et plus souvent en contrat à durée déterminée et à temps partiels (à gauche). Le second facteur oppose, quant à lui, l'activité à domicile exercée par les aides à domicile et la médecine de ville (en haut) à l'activité en institution, comme celle pratiquée dans les hôpitaux et les hébergements médicalisés, et mobilisant plutôt les infirmiers, les aides-soignants et les aides médico-psychologiques (en bas).

En fonction de ces résultats, la classification ascendante hiérarchique a permis de regrouper les 31 zones d'emploi du Grand Est en six classes distinctes. Le positionnement de ces classes sur le plan factoriel permet une lecture analytique faisant ressortir les caractéristiques saillantes décrites ci-après [Fig. 21 et 22] :

- La **classe A**, située la plus au centre du plan factoriel, présente l'offre de soins la plus proche de la moyenne du Grand Est. Elle rassemble les zones d'emploi d'Haguenau, Wissembourg, Sarreguemines, Metz et Saint-Dié-des-Vosges, toutes situées dans le Bas-Rhin, la Moselle et la Meurthe-et-Moselle.
- La **classe B** (en bas à droite) comprend les zones d'emploi les mieux dotées en ce qui concerne l'offre sanitaire, à la fois de par la présence d'importants centres hospitaliers (et notamment universitaires) et par une bonne représentation des médecins et des rééducateurs. On y retrouve les zones d'emploi les plus densément peuplées : Strasbourg, Nancy, Reims, Sélestat, Colmar, Mulhouse et Lunéville.
- La **classe C** (centre-gauche) est caractérisée par deux phénomènes : un équilibre entre l'activité à domicile et l'activité en hébergement en ce qui concerne les professionnels salariés, mais une sous-représentation des médecins et des rééducateurs. Ces zones d'emploi sont essentiellement situées en Moselle (Thionville, Forbach et Sarrebourg) et en Champagne-Ardenne (Troyes, Vitry-le-François et Saint-Dizier, Charleville-Mézières).
- La **classe D** (en bas à gauche), également marquée par une sous-représentation statistique de médecins et de rééducateurs, présente un déséquilibre entre l'activité en hébergement très présente et une moindre intervention à domicile. Les zones d'emploi rurales sont ici particulièrement concernées, notamment dans les Vosges (Remiremont, Épinal, Neufchâteau), en Meuse (Bar-le-Duc, Verdun) et dans la zone de Châlons-en-Champagne.

⁵⁶ Les emplois à durée indéterminée comprennent les agents de la fonction publique (d'état, hospitalière ou territoriale) et les travailleurs sous contrats à durée indéterminée.

⁵⁷ Les emplois à durée déterminée comprennent les contrats à durée déterminée, l'intérim, les emplois saisonniers, les emplois aidés, l'apprentissage et les stages.

⁵⁸ Afin de limiter les modalités inférieures à 5 %, qui provoque une déformation de l'analyse des correspondances multiples, les professions ont été recodées selon la nomenclature suivante : agents de service hospitaliers, aides à domicile et aides ménagères, aides-soignants et aide-médecino-psychologique, éducateurs, infirmiers généralistes (incluant les infirmiers en soins généraux et psychiatriques, ainsi que les infirmiers libéraux), infirmiers spécialisés, médecins, masseurs-kinésithérapeutes et autres rééducateurs, professionnels de l'animation et du sport.

⁵⁹ Les secteurs d'activité mobilisés dans l'analyse des correspondances multiples sont les suivants : accueil sans hébergement, activités des médecins, activités financières et d'assurance, activités hospitalières, activités immobilières, activités paramédicales, activités spécialisées scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien, administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale, agriculture-sylviculture et pêche, aide à domicile, autres activités de services, commerce de gros et de détail, transports, hébergement et restauration, construction, hébergement médicalisé, hébergement social, industrie manufacturière, industries extractives et autres, information et communication.

⁶⁰ Le détail des contributions est donné en **Annexe n° 7**.

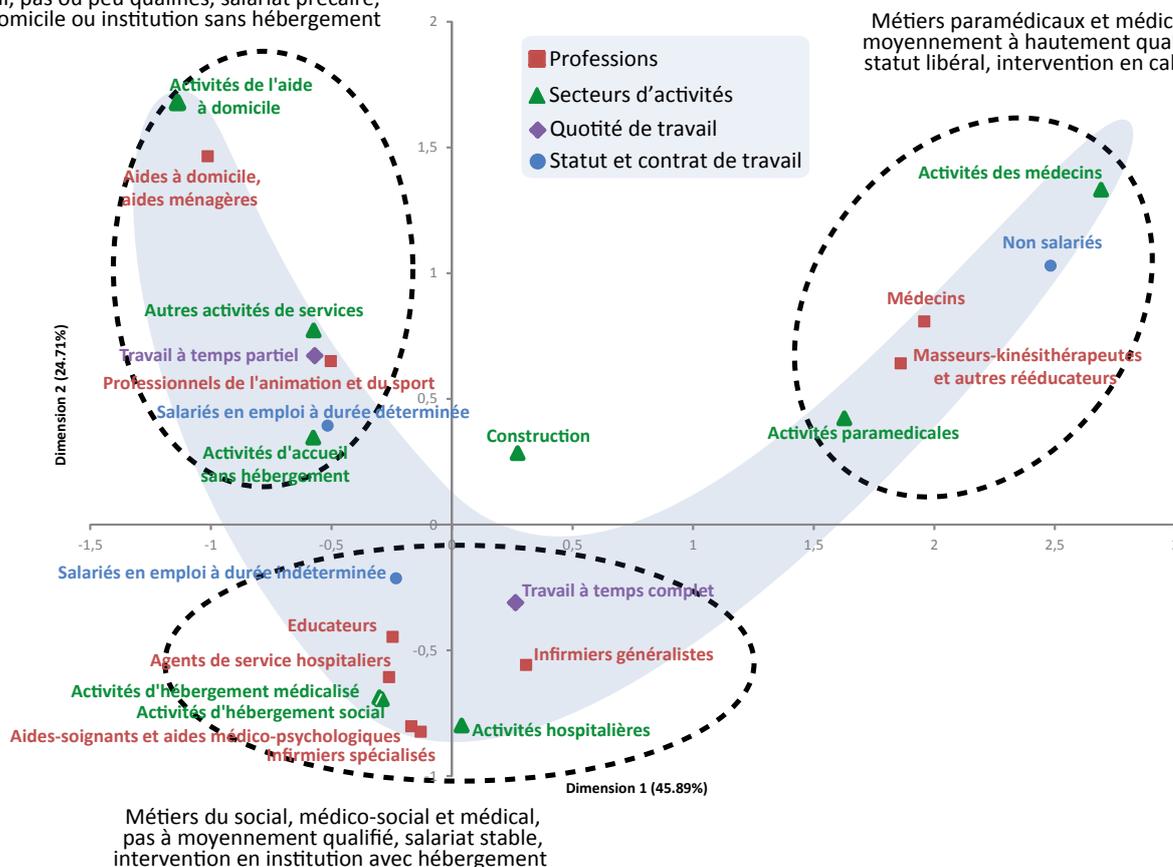
- La **classe E** (centre-gauche, au-dessus de la classe C) présente également un phénomène de sous-représentation des médecins et rééducateurs, comme dans les classes C et D. Elle se distingue par une faiblesse de l'activité en hébergement et une surreprésentation de l'activité à domicile. Elle rassemble des zones d'emploi présentant de faibles densités de population autour d'un pôle urbain moyen : Epernay, Chaumont-Langres, Commercy et Saverne.
- La **classe F** (en haut à gauche) est atypique : les zones d'emploi la constituant sont marquées par une sous-représentation des médecins et des rééducateurs, mais surtout par une grande faiblesse de l'activité d'hébergement, probablement liée à la dépendance à une offre abondante située dans un territoire limitrophe : frontalier pour Longwy (vers le Luxembourg et la Belgique) et Saint-Louis (vers la Suisse), intra-régional pour Molsheim-Obernai (vers Strasbourg et Sélestat).

Afin d'approfondir l'analyse de l'offre de soins, les données de la typologie ont été enrichies avec des informations renseignant sur les densités de lits et places par habitant⁶¹ afin de mettre en correspondance les problématiques de la population et de l'offre de soins. Par ailleurs, afin de rendre compte à un niveau plus détaillé de la diversité des professions de la rééducation que ne le permet la nomenclature de l'INSEE, qui distingue uniquement les masseurs-kinésithérapeutes et les « autres rééducateurs », les données issues du répertoire ADEL ont été mobilisées. Enfin, des données renseignant sur les temps d'accès à l'offre de soins par type de services ont également été exploitées, afin de prendre en compte la diversité des temps de trajet pour recourir aux soins, notamment en ce qui concerne les zones d'emploi dont la superficie s'écarte nettement des valeurs moyennes de celles du Grand Est.

⁶¹ En particulier issues du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et de la Statistique Annuelle des Établissements (SAE - 2014 et 2015).

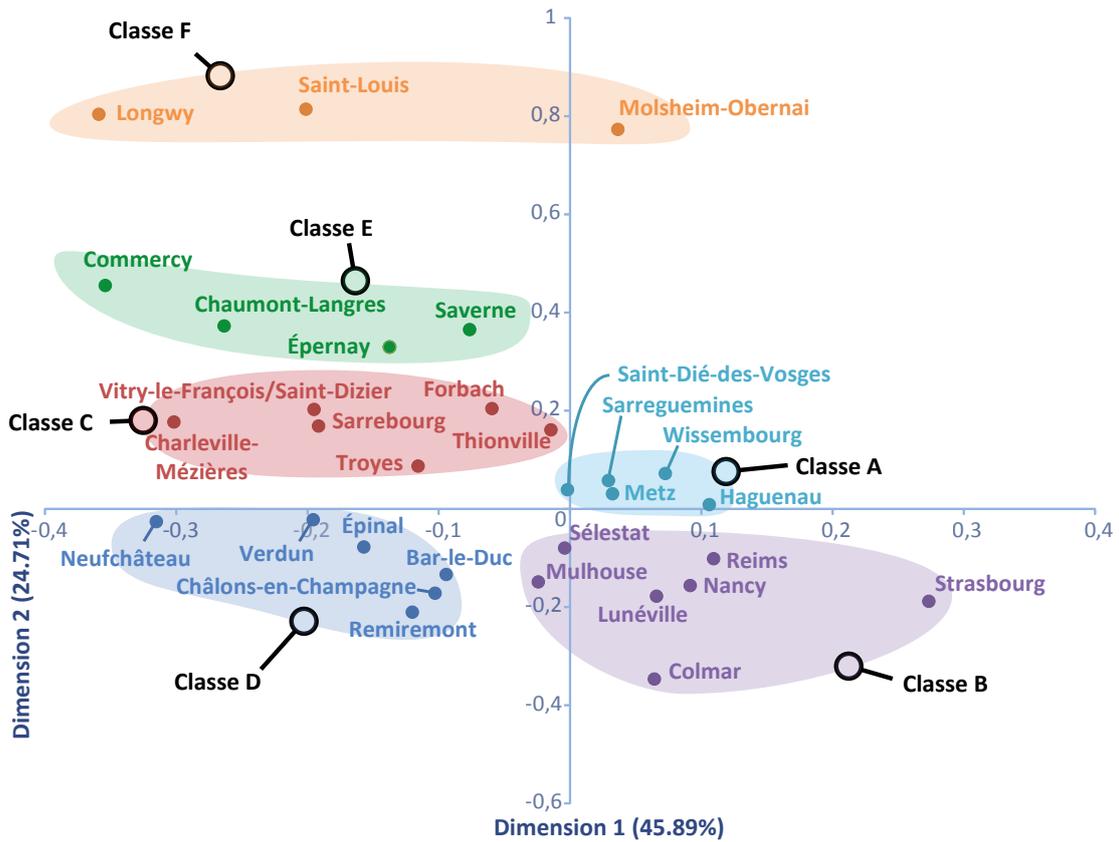
Fig. 20. Représentation des modalités actives décrivant les professionnels sanitaires et sociaux sur le plan factoriel composé des deux premiers axes

Métiers du social, pas ou peu qualifiés, salariat précaire, intervention à domicile ou institution sans hébergement



Source : INSEE, recensement de la population 2012, données au lieu de travail. Traitement : LorPM, 2016.

Fig. 21. Représentation des classes de zones d'emploi selon l'offre de soins sur le plan factoriel des deux premiers axes



Source : INSEE, recensement de la population 2012, données au lieu de travail. Traitement : LorPM, 2016.

Fig. 22. Carte de la typologie de l'offre de soins par classes de zones d'emploi



Source : INSEE, recensement de la population 2012, données au lieu de travail. Traitement : LorPM, 2016.

3.2. Quelques données de cadrage concernant les professionnels du soin

À l'échelle régionale, le recensement de la population de l'INSEE dénombre en 2013 quelques 145 700 professionnels exerçant l'une des professions retenues dans cette étude. Parmi eux, on dénombre 82 800 **professionnels soignants paramédicaux** (aides-soignants et infirmiers), soit 56,8 % de l'ensemble [Fig. 23]. Les aides-soignants et les infirmiers en soins généraux forment les effectifs les plus importants (respectivement 45,0 % et 43,7 % des soignants paramédicaux). On dénombre également 5 600 infirmiers libéraux (soit 12 % des infirmiers) et 3 700 infirmiers spécialisés (IBODE, IADE et Puéricultrice ; soit 4,5 %). Les soignants paramédicaux sont très majoritairement des femmes (90,8 %) et la part des 55 ans et plus y est la plus faible parmi l'ensemble des professionnels du soin, avec 8,7 % des personnels soignants contre 14,2 % dans l'ensemble. Près d'un quart des soignants exercent à temps partiel (24,1 %), avec une proportion plus importante chez les infirmiers puériculteurs (38,8 %) et moindre pour les infirmiers libéraux (13,3 %). L'emploi à durée déterminée concerne 8 % des soignants en moyenne, une situation deux fois plus répandue chez les aides-soignants (11,5 %) que chez les infirmiers (5,1 %).

L'encadrement (cadres infirmiers, cadres de santé) concerne 4 000 personnes, soit 2,7 % de l'ensemble des professions sanitaires (145 700). La part des femmes y est légèrement moins représentée que pour le personnel soignant mais reste forte (84,3 %). La précarité de l'emploi y est moindre : les temps partiels ne concernent que 9,7 % d'entre eux contre 23,5 % dans l'ensemble des professions sanitaires, et les emplois à durée déterminée : 1,5 % contre 9,1 %. Près d'un quart des personnels d'encadrement sont âgés de 55 ans et plus (21,9 %), soit une proportion plus importante que celles que l'on peut observer chez les autres catégories de personnels, à l'exception des médecins.

La **rééducation** concerne 9 800 professionnels, soit 3,4 % de l'ensemble, répartis à parts quasiment égales entre masseurs-kinésithérapeutes (5 000) et autres rééducateurs (4 800). On remarque une différenciation de statut d'exercice entre ces deux groupes puisque les masseurs-kinésithérapeutes sont 74,8 % à exercer en libéral contre 49,9 % pour les autres rééducateurs. Le taux de féminisation de l'ensemble des rééducateurs est de 72,3 %, avec une proportion moindre chez les masseurs-kinésithérapeutes (57,7 %) que chez les autres rééducateurs (87,7 %). Ce taux atteint même l'équilibre pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, parmi lesquels les femmes représentent 51,5 %. Ces professionnels de la rééducation sont très peu concernés par les emplois à durée déterminée (0,8 %) et le temps partiel passe du simple au double entre les masseurs-kinésithérapeutes et les autres rééducateurs (respectivement de 9,3 % à 21 % ; une moyenne de 15 % pour l'ensemble); on observe des différences allant même du simple au triple entre les libéraux et les salariés (de

5,8 % à 20,8 % chez les masseurs-kinésithérapeutes, et de 9,7 % à 33 % chez les autres rééducateurs). La part des 55 ans et plus est la plus proche de la moyenne des professions sanitaires (14,8 % contre 14,2 %).

Le Grand Est compte également près de 18 500 **médecins** au recensement de la population, soit 12,7 % de l'ensemble, dont un peu plus de la moitié se compose de médecins libéraux (52,6 %, soit 9 800 professionnels). Parmi ces derniers, on dénombre en moyenne 1 spécialiste pour 2,3 généralistes. Dans l'ensemble des personnels médicaux, la part des femmes est à l'équilibre chez les salariés (52,5 %) mais sous-représentée chez les libéraux (32,2 %). Les temps partiels ne concernent que 11,3 % des médecins, mais cette part atteint 34,4 % chez les médecins salariés non hospitaliers, soit plus que la moyenne des professions sanitaires (23,5 %). Les emplois à durée déterminée sont également surreprésentés chez les médecins salariés (15,9 % contre 9,1 % dans l'ensemble des professions sanitaires retenues dans le champ de l'étude) avec une proportion accrue pour ceux exerçant en milieu hospitalier (16,7 %). Enfin, la part des 55 ans et plus est la plus élevée parmi les professions observées : elle constitue plus du double de celle de l'ensemble des professions sanitaires (38,2 % contre 14,2 %), et l'écart est encore plus marqué chez les libéraux (46,1 %).

L'activité hôtelière en établissement de santé concerne 30 700 personnels (agents de service hospitaliers), qui représentent 21,1 % des professions observées. Ils constituent généralement, avec les aides-soignants, le plus gros des effectifs intervenant en établissement médicalisés pour personnes âgées. Un peu moins féminisé que le personnel soignant (85,3 %), les agents de service sont davantage marqués par une précarité de l'emploi : la part des temps partiels atteint 31,4 % et celle des emplois à durée déterminée 16,8 %. La structure démographique de ces professionnels se distingue aussi par une part des 55 ans et plus davantage marquée, proche du double de celle observée chez les soignants paramédicaux (16 % contre 8,7 %).

Fig. 23. Principales caractéristiques des professions sanitaires retenues

	Professionnels sanitaires		Caractéristiques des professionnels					Densité pour 100 000 habitants	
	Effectif	%	Part de libéraux (%)	Part de femmes (%)	Part de temps partiels (%)	Part d'EDD yc intérim (%)	Part de 55 ans et + (%)	Population totale	65 ans et +
Agents de service hospitaliers	30 690	21,1	0	85,3	31,4	16,8	16	553	3 161
Soignants paramédicaux, dont :	82 800	56,8	6,6	90,8	24,1	8	8,7	1 491	8 529
Aides-soignants	37 245	25,6	0	92,6	23,2	11,5	8,5	671	3 836
Infirmiers, dont :	45 555	31,3	12	89,4	24,8	5,1	8,8	820	4 692
Inf. en soins généraux, salariés (yc inf. psy.)	36 202	24,8	0	89,7	26,1	6,2	8,8	652	3 729
Infirmiers libéraux	5 602	3,8	100	86,2	13,7	0	10,4	101	577
Infirmiers spécialisés	2 029	1,4	0	83,1	20,6	0	5,2	37	209
Puéricultrices	1 722	1,2	0	100	38,8	3,8	9,1	31	177
Cadres infirmiers et assimilés	3 966	2,7	0	84,3	9,7	1,5	21,9	71	409
Rééducateurs, dont :	9 799	6,7	62,6	72,3	15	0,8	14,8	176	1 009
Masseurs-kinésithérapeutes, dont :	4 988	3,4	74,8	57,7	9,3	1	16,8	90	514
Masseurs rééducateurs, libéraux	3 753	2,6	100	51,5	5,8	0	15,4	68	387
Masseurs rééducateurs, salariés	1 235	0,8	0	78,6	20,8	4,3	22,7	22	127
Autres rééducateurs, dont :	4 811	3,3	49,9	87,7	21	0,6	12,7	87	496
Autres spécialistes rééducation libéraux	2 461	1,7	100	83,6	9,7	0	12,2	44	253
Autres spécialistes rééducation salariés	2 350	1,6	0	91,9	33	1,3	13,2	42	242
Médecins, dont :	18 454	12,7	52,6	41,8	14,4	7,4	38,2	332	1 901
Médecins libéraux, dont :	9 805	6,7	100	32,2	11,3	0	46,1	177	1 010
Spécialistes	2 969	2,0	100	32,4	7,3	0	49,6	53	306
Généralistes	6 836	4,7	100	32,1	12,9	0	44,8	123	704
Médecins salariés, dont :	8 649	5,9	0	52,5	17,9	15,9	28,9	156	891
Médecins hospitaliers non libéral	7 432	5,1	0	49,9	15,3	16,7	26,6	134	766
Médecins salariés non hospitaliers	1 217	0,8	0	69,5	34,4	10,7	50,8	22	125
Ensemble des professions sanitaires	145 709	100,0	14,5	82,1	23,5	9,1	14,2	2 624	15 008

Sources : INSEE, recensement de population 2013, professionnels localisés au lieu de travail et population au lieu de résidence.
Traitements : LorPM 2016.

3.3. Présentation des monographies territoriales

ÉLÉMENTS DE MÉTHODE

La partie suivante présente les principales caractéristiques des six classes de zones d'emploi déterminées par la typologie de l'offre de soins. Deux précautions de lecture s'imposent pour parfaire la compréhension des phénomènes mesurés :

- Concernant le **zonage géographique**, le calcul des densités (de professionnels ou de lits et places) par habitant permet de comparer deux grandeurs l'une par rapport à l'autre, renseignant d'un côté sur l'offre et de l'autre sur la population. Les différences de superficie des territoires introduisent toutefois un biais dans la lecture des densités par habitant : les zones d'emploi les plus petites en superficie (Lunéville et Wissembourg notamment) ont toutes les chances de desservir une population qui excède le périmètre de la zone (et dont l'indicateur ne rend pas compte) et, à l'inverse, les zones d'emploi les plus vastes (comme celle de Troyes) ont plus de probabilité d'être investies par des professionnels provenant des zones limitrophes. Par ailleurs, les zones d'emploi accueillant un Centre Hospitalier Universitaire, indépendamment de la taille de la zone d'emploi, captent une patientèle provenant de territoires parfois très éloignés, en fonction des spécialités médicales.
- Concernant le **langage statistique** utilisé, les notions de « sur » et de « sous » représentation d'un phénomène ne relèvent pas du jugement de valeur mais bien d'une appréciation factuelle des grandeurs statistiques vis-à-vis des valeurs moyennes mesurées dans le Grand Est. Des professionnels qualifiés de « surreprésentés » (en effectif ou en densité) ne signifient donc pas pour autant qu'ils soient plus nombreux que nécessaires pour satisfaire les besoins de la population, et inversement. Pour aboutir à une appréciation en matière de satisfaction des besoins, il conviendrait de mobiliser d'autres informations renseignant notamment sur l'organisation du travail entre professionnels (coordination et division du travail).

OFFRE SANITAIRE PROCHE DES VALEURS MOYENNES DU GRAND EST (CLASSE A)

La classe A se compose de zones d'emplois situées au nord du Bas-Rhin (Haguenau, Sarreguemines, Wissembourg), en Moselle (Metz) et dans les Vosges (Saint-Dié-des-Vosges).

On y retrouve les **densités de professionnels par habitant les plus proches des moyennes du Grand Est, à l'exception des infirmiers libéraux qui y sont particulièrement concentrés** (134 pour 100 000 habitants contre 101 dans le Grand Est), ce qui sous-tend une offre sanitaire plutôt tournée vers la prise en charge à domicile [Fig. 24 et Cartes n° 13, n° 14, n° 15 et n° 16].

La conformation de l'offre de soins de la classe A vis-à-vis de celle du Grand Est peut se voir jusque dans la structure de répartition des **autres rééducateurs, dont les proportions sont semblables aux valeurs moyennes mesurées en région** [Fig. 25].

La classe A **comprend 15,3% des lits et places de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) du Grand Est** [Fig. 26], avec une légère inflexion à la baisse en chirurgie (13,4%).

Concernant **l'offre de soins destinée aux personnes âgées⁶², la classe A rassemble 15,5% des capacités installées au 01/01/2016 du Grand Est** [Fig. 27]. Parmi ces 9 835 lits et places, **10,9% sont labellisés « Alzheimer »⁶³**.

⁶² L'offre de soins destinée aux personnes âgées comprend l'hébergement en EHPAD, l'accueil de jour, les USLD, les SSIAD et les SPASAD.

⁶³ Les unités « Alzheimer » accueillent des patients affectés par cette pathologie ainsi que ceux atteints par d'autres troubles cognitifs sévères qui nécessitent un milieu protégé. En plus de ces unités spécialisées, il existe également des « unités d'hébergement renforcé » (UHR), non comptabilisées ici.

Fig. 24. Densité de professionnels pour 100 000 habitants par classe de zones d'emploi (offre de soins)

■ Densité la plus élevée ■ Densité la plus faible

	Cadres infirmiers	Infirmiers en soins généraux, dont :		Aides-soignants	Rééducateurs, dont :			Tous statuts	Médecins, dont :			
		Salariés*	Libéraux		Toutes professions	Masseurs-kiné.	Autres rééducateurs		Médecins libéraux			Salariés
									Ensemble	Spécialistes	Généralistes	
Classe A	63	619	134	632	174	97	78	278	155	42	113	123
Classe B	87	823	92	727	223	111	112	462	234	82	151	228
Classe C	62	518	114	621	139	75	64	236	124	28	96	111
Classe D	86	668	68	847	141	62	79	273	149	38	111	124
Classe E	55	498	107	594	122	67	55	221	139	34	104	82
Classe F	28	264	71	415	124	55	70	197	132	32	100	65
Grand Est	71	652	101	671	176	90	87	332	177	53	123	156

Sources : INSEE, recensement de population 2013, professionnels localisés au lieu de travail et population au lieu de résidence.

Traitements : LorPM 2016.

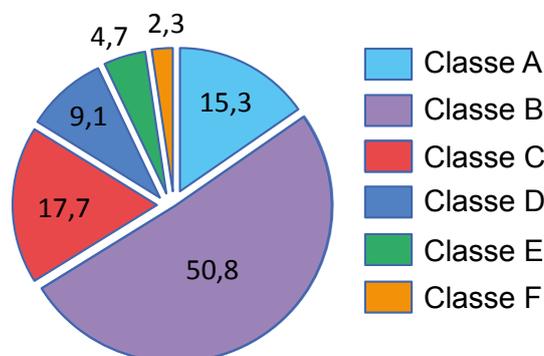
* y compris infirmiers psychiatriques

Fig. 25. Répartition des rééducateurs (hors masseur-kinésithérapeute) dans chaque classe de zones d'emploi selon le répertoire ADELI

	% Ergothérapeutes	% Orthophonistes	% Orthoptistes	% Pédiatres-Podologues	% Psychomotriciens	Total
Classe A	23,5	40,5	5,6	20,2	10,2	100,0
Classe B	23,5	38,7	9,0	17,1	11,7	100,0
Classe C	18,9	41,7	3,6	20,1	15,6	100,0
Classe D	27,7	32,5	5,8	18,9	15,1	100,0
Classe E	18,7	33,5	4,9	30,8	12,1	100,0
Classe F	8,7	52,2	6,8	26,6	5,8	100,0
Grand Est	22,1	39,4	6,9	19,3	12,2	100,0
Effectifs	982	1 748	307	855	543	4 435

Source : ADELI 2016. Traitements : LorPM 2016.

Fig. 26. Répartition des lits et places de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) dans le Grand Est par classe de zones d'emploi (%)



Source : SAE 2014. Traitements : LorPM 2016.

Fig. 27. Nombre de lits et places destinés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans le Grand Est, par classe de zones d'emploi - capacités installées au 1^{er} janvier 2016

Capacités installées au 01/01/2016	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F	Grand Est
Hébergement EHPAD	7 751	18 364	10 321	6 706	3 759	2 763	49 664
dont % places "Alzheimer"	10,9	8,0	9,8	10,3	10,9	8,3	9,4
Accueil de Jour	154	545	188	162	136	87	1 272
dont % places "Alzheimer"	98,7	92,7	91,5	64,8	90,4	82,8	88,8
USLD	500	1 292	558	307	164	85	2 906
SSIAD/SPASAD	1 430	3 388	2 226	1 174	925	581	9 724
dont % places "Alzheimer"	5,6	3,1	3,6	5,1	2,7	2,6	3,8
Total général	9 835	23 589	13 293	8 349	4 984	3 516	63 566
dont % places "Alzheimer"	10,9	8,8	9,5	10,3	11,2	9,0	9,7

Sources : FINESS pour EHPAD, Accueil de jour et SSIAD/SPASAD ; SAE 2015 pour USLD. Extractions ARS et traitements LorPM 2016.

OFFRE SANITAIRE LA PLUS DENSE (CLASSE B)

La classe B comprend les **zones d'emploi les plus densément peuplées**, à l'image des trois principaux pôles universitaires que sont Reims, Nancy et Strasbourg, auxquels il faut ajouter les zones intermédiaires de Sélestat, Colmar et Mulhouse en Alsace ainsi que la zone de Lunéville en Meurthe-et-Moselle⁶⁴.

Le point commun de ces territoires réside dans la **présence de Centres Hospitaliers de grande taille**, ce qui tend à faire apparaître des effectifs de professionnels nombreux. Ainsi, la classe B présente les **densités de professionnels par habitant les plus élevées du Grand Est** (1^{ère} position pour l'ensemble, 2^{nde} position pour les aides-soignants), **à l'exception des infirmiers libéraux qui sont légèrement sous-représentés** (92 contre 101 professionnels pour 100 000 habitants dans le Grand Est).

Parmi les zones d'emploi qui composent la classe B, celle de **Sélestat est singulière, en cela qu'elle présente des densités d'infirmiers par habitant plus faibles que la moyenne de la classe**. Sélestat compte notamment 480 infirmiers en soins généraux pour 100 000 habitants contre 823 dans la classe B. Et pour les infirmiers libéraux, la densité pour 100 000 habitants est de 79 dans la zone d'emploi contre 92 dans la classe B.

La répartition des rééducateurs (hors masseurs-kinésithérapeutes) à l'intérieur de cette classe montre une **proportion d'orthoptistes supérieure à la répartition du Grand Est (9,0 % contre 6,9 % dans le Grand Est) mais une part de pédicures-podologues inférieure (17,1 % contre 19,3 %)**.

La classe B **concentre 50,8% des lits et places de MCO du Grand Est**, avec une nette surreprésentation en chirurgie (56,2 %), et **37,1 % des lits et places destinés aux personnes âgées**, soit 23 589 (dont 8,8 % Alzheimer).

OFFRE SANITAIRE À FAIBLES DENSITÉS MÉDICALE ET DE RÉÉDUCATION (CLASSE C)

La classe C rassemble des zones d'emploi situées en Champagne-Ardenne (Charleville-Mézières, Troyes et Vitry-le-François / Saint-Dizier) et dans le nord de la Lorraine (Forbach, Sarrebourg et Thionville).

Légèrement en dessous des valeurs moyennes du Grand Est pour les densités de professionnels sanitaires par habitant, ce territoire est surtout **marqué à la fois par une forte sous-représentation des médecins libéraux** (généralistes et spécialistes) **et par une sous-représentation des autres rééducateurs**, notamment dans la zone de Thionville (39 autres rééducateurs pour 100 000 habitants contre 88 dans le Grand Est).

La situation des infirmiers libéraux se démarque également mais dans un sens plus favorable, puisque l'on retrouve une légère surreprésentation de leur densité par habitant au niveau de la classe (114 contre 101 dans le Grand Est). Cette moyenne masque toutefois des situations bien différentes selon les zones d'emploi : les valeurs les plus fortes sont observées dans les zones de Forbach (165), Charleville-Mézières (125), Thionville (123) et Sarrebourg (110) alors qu'on mesure des valeurs moindres pour les zones d'emploi de Troyes (86) et surtout de Vitry-le-François / Saint-Dizier (60).

⁶⁴ La densité de professionnels par habitants calculée sur la zone d'emploi de Lunéville doit être nuancée par la superficie réduite de la zone, car si Lunéville dispose d'un hôpital et d'une clinique, ces structures rayonnent au-delà des frontières de la zone d'emploi, ce qui ne peut être mis en évidence qu'en intégrant des éléments statistiques sur l'accessibilité (distance et temps de trajets).

Concernant les autres rééducateurs, la répartition à l'intérieur de la classe C laisse entrevoir un déséquilibre : **la proportion des orthoptistes est la plus faible des classes** (3,6 % contre 6,9 % dans le Grand Est) alors que **celle des psychomotriciens est la plus forte** (15,6 % contre 12,2 %).

La classe C regroupe **17,7% des lits et places de MCO du Grand Est** et **20,9% des lits et places destinées aux personnes âgées** (soit 13 293, dont 9,5 % Alzheimer).

OFFRE SANITAIRE À FAIBLE DENSITÉ DE RÉÉDUCATION ET TOURNÉE VERS LA PRISE EN CHARGE EN INSTITUTION (CLASSE D)

La classe D se compose de zones d'emploi à faible densité de population (rurales), situées principalement dans les Vosges (Épinal, Neufchâteau, Remiremont) et en Meuse (Bar-le-Duc, Verdun), ainsi que dans la zone d'emploi limitrophe de Châlons-en-Champagne.

Plusieurs éléments sont caractéristiques de cette classe D : le premier est la **surreprésentation des aides-soignants** (847 contre 671 pour 100 000 habitants dans le Grand Est), le second une **forte sous-représentation des infirmiers libéraux** (68 contre 101 dans le Grand Est). Ces deux éléments conjugués supposent une prise en charge davantage tournée vers les institutions que le domicile. La ruralité de ces zones et la topographie montagneuse (pour les Vosges) impliquent une difficulté supplémentaire pour le développement de l'ambulatoire : les temps d'accès à l'offre de soins y sont en effet démultipliés par les distances et le type de réseaux routiers. La **sous-représentation des masseurs-kinésithérapeutes** constitue le troisième élément de la classe D (62 contre 92 dans le Grand Est).

Parmi les autres rééducateurs, la classe est marquée par **la plus forte proportion d'ergothérapeutes** des 6 classes de professionnels (27,7 % contre 22,1 % dans le Grand Est) et par **la plus faible proportion pour les orthophonistes** (32,5 % contre 39,4 %).

La part des lits et places de MCO de la classe D correspond à 9,1 % de celles du Grand Est. Les capacités installées pour les personnes âgées représentent 13,1 % du Grand Est (soit 8 349, dont 10,3 % Alzheimer).

OFFRE SANITAIRE À FAIBLE DENSITÉ MÉDICALE DE RÉÉDUCATION AVEC MOINDRE EN PRISE EN CHARGE EN INSTITUTION (CLASSE E)

La classe E compte 4 zones d'emploi dont Epernay, Chaumont-Langres, Commercy et Saverne. Elles présentent toutes un **phénomène de sous-représentation touchant la quasi-totalité des soignants** : aides-soignants, infirmiers en soins généraux, cadres infirmiers, rééducateurs (moins les masseurs-kinésithérapeutes que les autres) et médecins (salariés et libéraux). **Seuls les infirmiers libéraux atteignent une densité de professionnels par habitant similaire à la moyenne du Grand Est** (107 contre 101 au niveau régional) avec une légère surreprésentation dans la zone d'emploi de Chaumont-Langres (126).

En répartition des autres rééducateurs, la classe E s'avère relativement semblable aux proportions du Grand Est, à l'exclusion des pédicures-podologues dont la part s'élève à 30,8 % des autres rééducateurs de cette classe contre 19,3 % dans le Grand Est. La classe E **comprend 4,7 % des lits et places de MCO du Grand Est**. A l'intérieur de la classe, on observe une répartition des lits et places supérieure à la moyenne du Grand Est pour la médecine (65,5 % des lits et places de MCO de la classe contre 56,0 % à l'intérieur du Grand Est) et inférieure pour la chirurgie (25,4 % contre 35,8 %).

Concernant l'offre de soins destinée aux personnes âgées, la classe E regroupe 7,8 % des capacités du Grand Est (soit 4 984 lits et places, dont 11,2 % Alzheimer).

OFFRE SANITAIRE LIMITÉE PAR LA DÉPENDANCE D'UN PÔLE EXTÉRIEUR (CLASSE F)

La classe F est la classe comptant **le moins de zones d'emploi et présentant le plus d'atypisme**. Deux de ces zones sont frontalières avec des pays étrangers (Longwy avec la Belgique et le Luxembourg, Saint-Louis avec la Suisse) et la troisième est située en bas de la vallée de la Bruche et à côté de Strasbourg (Molsheim-Obernai).

Cette classe présente les **densités de professionnels les plus faibles mesurées dans le Grand Est**. La classe F arrive quasi-systématiquement **en dernier ou avant dernier rang des six classes** de la typologie de l'offre de soins. En dehors des autres rééducateurs qui restent en dessous mais proche de la moyenne, toutes les autres professions sanitaires sont concernées par ce phénomène, avec des valeurs de densité de professionnels par habitant atteignant parfois la moitié, voire moins, de celles du Grand Est : c'est le cas notamment des aides-soignants (415 contre 671 au niveau régional), des infirmiers en soins généraux (264 contre 652), des cadres infirmiers (28 contre 71) et des médecins salariés (65 contre 156).

L'hypothèse que l'on peut formuler ici pour expliquer la forte sous-représentation des professions sanitaires repose sur l'**attraction d'un ou plusieurs pôles de santé extérieurs aux zones d'emploi concernées mais suffisamment proches** pour que les habitants puissent y avoir recours : on peut notamment citer les cas d'Ar-lon (Belgique) pour Longwy, de Bâle (Suisse) pour Saint-Louis et de Strasbourg pour Molsheim-Obernai. Compte-tenu de ces résultats très largement en deçà des moyennes du Grand Est, l'analyse de la répartition des autres rééducateurs doit être nuancée : si **la part des orthophonistes s'avère très surreprésentée** (52,2 % contre 39,4 % dans le Grand Est), cela ne signifie pas pour autant qu'ils soient en nombre suffisant pour satisfaire les besoins sur les territoires. Néanmoins, il faut signaler ici la **moindre proportion d'ergothérapeutes et de psychothérapeutes** (respectivement 8,7 % et 5,8 % contre 22,1 % et 12,2 % dans le Grand Est).

La classe F rassemble **2,6 % des lits et places de MCO du Grand Est** et **5,5 % de ceux destinés aux personnes âgées** (soit 3 516, dont 9,0 % Alzheimer).

3.4. Confrontation des deux typologies

Le croisement des deux typologies (population et offre de soins) fait apparaître une répartition des zones d'emploi selon leurs doubles problématiques : socio-démographique et professionnelle [Fig.28]. L'étude visant à l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population du Grand Est, la lecture proposée ci-dessous privilégie l'entrée par les quatre problématiques sociodémographiques identifiées précédemment⁶⁵.

Si l'on s'intéresse aux **zones d'emploi les plus fragiles économiquement** (classe n°1 de la typologie de population), on peut voir qu'à l'exception de Lunéville, toutes les autres zones sont marquées par une **moindre représentation des rééducateurs** (masseurs-kinésithérapeutes et autres). Parmi elles, **trois zones présentent en plus une sous-représentation des médecins** (Charleville-Mézières, Troyes et Commercy).

Au-delà de la problématique des médecins et des rééducateurs, **le rapprochement des effectifs de professionnels aux effectifs de population âgée [Fig. 29 et Fig. 30] donne à voir des écarts importants de densité** : la zone de Commercy comporte par exemple deux fois moins de personnels soignants paramédicaux par habitant âgé de 65 ans et plus que celle de Verdun (5 420 contre 10 360), et presque 3 fois moins concernant les infirmiers en soins généraux (1 679 contre 4 662).

Toujours rapportés à cette population âgée, d'autres écarts de densité également importants apparaissent au sein des zones d'emploi de cette problématique démographique, et notamment dans **le cas des infirmiers libéraux, qui varient du simple au double** (263 sur la zone de Châlons-en-Champagne et 695 sur la zone de Charleville-Mézières).

Si l'on regarde les **zones présentant les concentrations urbaines les plus importantes** (classe n°2 de la typologie de population), **l'offre de soins correspondante est la plus homogène et la plus dense** du Grand Est. Contrairement à toutes les autres problématiques sociodémographiques, celle des grands pôles urbains de la région présente la même problématique d'offre de soins.

Les fortes densités observées concernent tous les professionnels, à une nuance près : Reims et Nancy présentant une sous-représentation des infirmiers libéraux par habitant âgé, respectivement 488 et 514, contre 722 à Strasbourg.

Si l'on s'attache à **l'évolution attendue la plus importante du vieillissement** (classes n°3 et 6 de la typologie de population), les situations rencontrées dans les zones

d'emploi de Thionville, Saverne, Molsheim-Obernai et Saint-Louis se distinguent des autres par une **sous-représentation des médecins et des rééducateurs** (moins marquée pour Molsheim-Obernai). Alors que pour les zones de Metz, Haguenau, Sarreguemines et Wissembourg, les densités de médecins et de rééducateurs s'avèrent plus proches des moyennes du Grand Est.

Rapportée à la population âgée, cette division se retrouve également concernant les aides-soignants, dans la mesure où **le premier groupe présente des valeurs de densités inférieures à 3 000 aides-soignants pour 100 000 habitants de 65 ans et plus, contre plus de 3 500 pour le second groupe.**

Les **infirmiers libéraux** présentent plutôt trois groupes différents : les densités par habitant âgé sont les plus **fortes** dans les zones de Haguenau, Sarreguemines et Wissembourg (environ 900 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus), **intermédiaires** à Metz et Thionville (environ 700) et les plus **faibles** à Molsheim-Obernai, Saint-Louis et Saverne (inférieures à 500) ; la moyenne du Grand Est se situant à 577 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants âgés.

Si l'on analyse **les zones qui seront concernées par une décroissance démographique dans les années à venir** (classes n°4 et 5 de la typologie de population), on retrouve quasiment partout une **moindre présence des rééducateurs** (masseurs-kinésithérapeutes et autres) sauf pour la zone d'emploi de Saint-Dié-des-Vosges. **Cette sous-représentation touche également les médecins, y compris dans une moindre mesure à Saint-Dié-des-Vosges.** La zone d'emploi de Bar-le-Duc, pourtant mieux dotée en médecins libéraux que les autres zones de la classe, suit également cette tendance du fait de la moindre présence des médecins salariés.

En ce qui concerne les personnels soignants paramédicaux, **les zones d'emploi de Sarrebourg et Bar-le-Duc se distinguent par une surreprésentation des densités de professionnels par habitant âgé**, principalement du fait d'une plus grande proportion d'aides-soignants (respectivement 4 576 et 4 246 contre 3 836 dans le Grand Est). À l'inverse, la plus faible densité de soignants rapportée à la population âgée se retrouve dans la zone d'emploi de Longwy (2 023 aides-soignants pour 100 000 habitants de 65 ans et plus).

Le cas des **infirmiers libéraux** rapportés à la population âgée est différent : alors que la plupart des zones d'emploi concernées par cette même problématique démographique se situent dans les valeurs moyennes du Grand Est (577), **trois zones affichent des proportions inférieures à 300 : Vitry-le-François / Saint-Dizier, Remiremont et Neufchâteau.** À l'inverse, la zone d'emploi de Forbach se caractérise par l'une des valeurs les plus fortes du Grand Est, avec 914 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants de 65 ans et plus.

⁶⁵ Notons ici qu'il serait tout aussi pertinent de lire le tableau dans l'autre sens et que cela s'avèrerait complémentaire dans l'analyse.

Fig. 28. Tableau croisé des problématiques démographiques et de l'offre de soins

		Typologie de l'offre de soins					
		Offre sanitaire proche des valeurs moyennes du Grand Est A	Offre sanitaire la plus concentrée et la plus dense B	Offre sanitaire à faibles densités médicale et de rééducation C	Offre sanitaire à faible densité de rééducation Prise en charge davantage en institution D	Offre sanitaire à faibles densités médicale et de rééducation Moindre prise en charge en institution E	Offre sanitaire limitée par la dépendance d'un pôle extérieur F
Typologie de la population	Démographie stagnante Vieillessement avancé et en progression modérée Fragilité économique 1		* Lunéville	* Charleville-Mézières * Troyes	* Châlons-en-Champagne * Épinal * Verdun	* Commercy	
	Démographie dynamique Vieillessement modéré Rôle économique moteur 2		* Nancy * Reims * Strasbourg				
	Démographie et vieillissement en fortes progressions Moindre isolement familial Dynamisme économique 3	* Metz	* Colmar * Mulhouse	* Thionville			
	6	* Haguenau * Sarreguemines * Wissembourg	* Sélestat			* Saverne	* Molsheim / Obernai * Saint-Louis
	4	* Saint-Dié-des-Vosges			* Neufchâteau * Remiremont	* Chaumont / Langres	
Décroissance démographique Vieillessement avancé et en progression modérée Fragilité économique 5			* Forbach * Sarrebourg * Vitry-le-François / Saint-Dizier	* Bar-le-Duc	* Épernay	* Longwy	

Source : INSEE, recensement de population 2012, professionnels localisés au lieu de travail et population au lieu de résidence. Traitements : LorPM 2016.

Fig. 29. Densité de professionnels pour 100 000 habitants de 65 ans et plus par classe de zones d'emploi de la typologie de l'offre de soins

	Classes :						Grand Est
	A	B	C	D	E	F	
Agents de service hospitaliers	2 852	3 817	2 555	3 610	2 572	2 184	3 161
Soignants paramédicaux, dont :	8 363	10 685	7 067	8 307	6 109	4 572	8 529
Aides-soignants	3 654	4 447	3 384	4 329	2 979	2 471	3 836
Infirmiers, dont :	4 709	6 238	3 683	3 977	3 131	2 101	4 692
Inf. en soins généraux, salariés (yc inf. psy.)	3 583	5 034	2 823	3 413	2 498	1 571	3 729
Infirmiers libéraux	774	560	622	347	538	423	577
Infirmiers spécialisés	201	356	107	121	s	73	207
Puéricultrices	151	287	130	95	64	34	177
Cadres infirmiers et assimilés	365	530	336	438	273	167	409
Rééducateurs, dont :	1 007	1 365	759	722	612	740	1 009
Masseurs-kinésithérapeutes, dont :	559	677	411	317	336	326	514
Masseurs rééducateurs, libéraux	422	478	330	243	267	326	387
Masseurs rééducateurs, salariés	136	199	81	75	69	s	127
Autres rééducateurs, dont :	449	688	347	405	276	414	496
Autres spécialistes rééducation libéraux	226	340	176	190	189	269	253
Autres spécialistes rééducation salariés	223	348	171	214	88	144	242
Médecins, dont :	1 606	2 826	1 286	1 394	1 106	1 175	1 901
Médecins libéraux, dont :	897	1 430	678	762	696	787	1 010
Spécialistes	241	504	154	194	172	190	306
Généralistes	656	926	525	568	523	597	704
Médecins salariés, dont :	710	1 396	608	632	411	388	891
Médecins hospitaliers non libéral	623	1 168	527	568	411	362	766
Médecins salariés non hospitaliers	87	228	81	64	s	s	124
Ensemble des professions sanitaires	14 194	19 223	12 003	14 470	10 674	8 838	15 008

Source : INSEE, recensement de population 2013, professionnels localisés au lieu de travail et population au lieu de résidence.
Traitements : LorPM 2016.
s : secret statistique

Fig. 30. Densité de professionnels pour 100 000 habitants de 65 ans et plus par zones d'emploi, ventilées selon la typologie de l'offre de soins

Classes	Cadres infirmiers	Soignants paramédicaux					Rééducateurs, dont :				Médecins, dont :						
		Toutes professions	Aide soignants	Infirmiers en soins généraux		Libéraux	Toutes professions	Masseurs kiné.	Autres rééduc.	Ensemble	Médecins libéraux		Tous statuts	Ensemble	Spécialistes	Généralistes	Salariés
				Ensemble	Salariés						Spécialistes	Généralistes					
Haguenau	233	8 286	3 733	4 554	3 304	969	1 107	720	388	1 485	954	334	620	532			
Metz	407	8 730	3 738	4 992	3 862	693	1 038	527	511	1 791	972	252	720	819			
A	Saint-Dié-des-Vosges	234	5 713	2 876	2 837	546	963	492	472	1 243	641	123	518	602			
	Sarreguemines	535	9 533	3 847	5 687	967	936	515	421	1 369	780	221	559	589			
	Wissembourg	335	7 595	3 683	3 912	837	834	575	260	1 553	685	s	685	868			
	Colmar	524	11 110	4 956	6 154	509	1 227	642	585	2 456	1 088	379	709	1 368			
	Lunéville	268	10 736	3 880	6 856	669	1 652	772	879	2 274	1 254	819	435	1 020			
	Mulhouse	379	8 492	3 697	4 794	499	973	449	524	1 948	1 072	316	756	877			
B	Nancy	636	11 534	5 033	6 501	500	1 652	800	852	2 902	1 464	563	901	1 438			
	Reims	527	10 770	4 578	6 192	514	1 109	504	604	3 098	1 567	543	1 024	1 531			
	Sélestat	240	7 022	3 132	3 890	488	1 041	633	407	1 683	969	270	699	714			
	Strasbourg	622	12 047	4 469	7 579	722	1 682	894	788	3 676	1 829	646	1 183	1 848			
	Charleville-Mézières	357	7 884	4 087	3 798	695	776	352	424	1 268	561	78	484	707			
	Forbach	204	7 068	2 915	4 153	914	721	411	309	1 230	639	155	484	591			
	Sarrebourg	740	8 946	4 576	4 370	576	1 145	706	439	882	548	s	548	334			
C	Thionville	396	6 956	2 674	4 281	741	646	410	236	1 477	912	231	681	565			
	Troyes	240	6 367	3 377	2 990	443	833	449	384	1 325	686	198	488	638			
	Vitry-le-François / Saint-Dizier	437	6 477	3 358	3 120	299	629	325	304	1 255	640	138	502	614			
	Bar-le-Duc	706	8 707	4 246	4 462	507	775	398	376	1 396	881	249	631	515			
	Châlons-en-Champagne	443	8 740	4 668	4 072	263	837	328	509	1 456	810	290	520	646			
D	Épinal	589	8 555	4 320	4 235	383	846	334	512	1 638	965	242	723	674			
	Neufchâteau	289	7 326	3 864	3 462	254	381	146	235	1 067	463	s	463	603			
	Remiremont	114	6 427	3 786	2 642	294	732	415	317	1 029	572	147	425	458			
	Verdun	413	10 360	5 172	5 188	397	838	400	438	1 538	631	130	502	907			
	Chaumont - Langres	282	6 369	2 996	3 372	568	581	309	272	965	572	159	413	392			
E	Commercy	288	5 420	3 166	2 254	576	431	239	193	732	732	s	732	s			
	Épervain	235	5 654	2 895	2 759	516	553	251	302	1 262	755	197	558	507			
	Saverne	308	6 745	2 964	3 782	496	978	629	349	1 335	797	259	538	538			
	Longwy	120	4 017	2 023	1 994	555	462	286	175	864	525	160	365	340			
F	Molsheim - Obernai	131	4 683	2 494	2 189	494	1 064	419	645	1 306	957	223	734	349			
	Saint-Louis	262	5 030	2 921	2 109	198	838	400	438	1 346	860	182	678	486			
	Total Grand Est	409	8 529	3 836	4 692	577	1 026	525	501	1 901	1 010	306	704	891			

Source : INSEE, recensement de population 2013, professionnels localisés au lieu de travail et population au lieu de résidence.

Traitements : LorPM 2016.

s : secret statistique

4. Évolutions

des métiers et des compétences :
le regard des enquêtés



Afin de compléter l'analyse statistique, LorPM a mené une trentaine d'entretiens avec des professionnels et des représentants d'institutions ayant une compétence dans le champ sanitaire, médico-social et social (cf. liste des interviewés en **Annexe n°3**). Deux types d'entretien ont été réalisés : 23 entretiens individuels exploratoires ou thématiques et 10 entretiens collectifs systématisés sur la base d'un questionnaire (**Annexe n°4**).

Cette partie a pour objectif d'analyser l'évolution des compétences et des formations au regard de l'évolution des besoins en matière d'accompagnement et de prise en charge de la dépendance, tels qu'ils ont été exprimés lors de ces entretiens et mis en discussion au sein du comité technique de l'axe 3. Les expressions signalées entre guillemets correspondent à des extraits d'entretien.

Le questionnaire élaboré par LorPM, en concertation avec les membres du comité technique de l'axe 3 ainsi que ceux du comité de pilotage, a abordé les grands thèmes suivants : les difficultés de recrutement et de maintien du personnel dans les structures intervenant auprès des personnes âgées et/ou handicapées (hôpitaux, EHPAD, USLD, SPASAAD, etc.), l'accueil et la prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées (en matière d'organisation des services, de parcours de soins, de l'articulation sanitaire et médico-sociale, etc.), la place des enseignements concernant la personne âgée et le handicap dans la formation des professionnels, l'attractivité des services de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées auprès des jeunes professionnels ou encore les compétences professionnelles recherchées par les établissements pour accompagner le vieillissement de la population.

4.1. L'organisation de la formation initiale et continue

DIVERSITÉ DES CONDITIONS D'ACCÈS ET DES VOIES DE FORMATION

L'univers des formations sanitaires est marqué par une hiérarchie des métiers et des qualifications. Parmi elles, les diplômes d'Etat paramédicaux dessinent un éventail allant du niveau V (aides-soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires puéricultrices) au niveau II (infirmiers). Néanmoins, la gradation des niveaux de diplôme apparaît discontinue, par exemple entre une aide-soignante et une infirmière, ou encore entre une infirmière et les professions médicales (9 années

d'études ou plus), ce qui est perçu par les interviewés, dans certains cas, comme **limitant les possibilités d'évolution professionnelle**⁶⁶. Néanmoins, certaines spécialités de métier permettent de proposer aux professionnels une évolution de carrière, à l'image des infirmiers de bloc opératoire (IBODE), des infirmiers anesthésistes (IADE) et des infirmiers puériculteurs. Ces diplômés, supérieurs à celui d'IDE, nécessitent un temps de formation supplémentaire (12 mois pour les puériculteurs, 18 mois pour les IBODE et 24 mois pour les IADE) et, en dehors de la spécialité puéricultrice, sont destinées aux infirmiers ayant déjà de l'expérience professionnelle.

Par ailleurs, certaines professions paramédicales comportent des spécificités en matière de sélection des étudiants : quatre professions parmi celles que nous avons étudiées se distinguent par un **accès à la formation régulé** par un quota fixé au plan national et pour chaque région, et réparti au sein de cette dernière entre les instituts de formation par les services du Conseil Régional : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste et psychomotricien.

Une fois entré en formation, l'obtention du diplôme - condition *sine qua non* pour exercer le métier d'infirmier - nécessite la validation de périodes de stages. Or, il apparaît que dans certains territoires, notamment en milieu rural, il existe des difficultés pour pourvoir ces besoins. Un enquêté explique ainsi rechercher des lieux de stage auprès de « 65 établissements répartis sur plusieurs départements ». Ce cas de figure n'est pas exceptionnel, l'ARS encourageant à diversifier autant que possible les lieux de stage. Les voies de formation tendent à se diversifier : aides-soignants et infirmiers peuvent ainsi réaliser leur formation soit par la formation initiale, soit par l'apprentissage. Il est également possible d'acquérir la spécialité infirmière de bloc opératoire ainsi que les diplômes d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture par la VAE.

LES LIMITES EN MATIÈRE D'ACCÈS À LA FORMATION

La formation des paramédicaux dans le Grand Est s'avère également impactée par la proximité d'écoles situées outre frontière⁶⁷. Ces dernières permettent à des étudiants français souhaitant éviter la sélection par concours (et fonction des quotas) de se former et d'acquérir un diplôme équivalent (des enquêtés parlent ainsi de « stratégies d'évitement »). Cette équivalence ne fait néanmoins pas consensus parmi les professionnels et certains, comme les masseurs-kinésithérapeutes, dénoncent régulièrement la variabilité des contenus de formation de certaines écoles étrangères⁶⁸. Il est

⁶⁶ Sur cet aspect des progressions de carrière, le lecteur pourra se reporter à la publication du Céreq intitulé : **Les carrières des infirmières, plus horizontales que verticales** (coll. Net.doc, n° 90, mars 2012).

⁶⁷ Nous renvoyons ici à la cartographie des formations sanitaires et sociales réalisée par le Conseil Régional Grand Est (rentrée 2016), et qui intègre les instituts de formation localisés dans les zones frontalières.

⁶⁸ Les représentants des masseurs-kinésithérapeutes rappellent ainsi que la formation au métier est différente d'un pays à l'autre : par exemple en Allemagne, ils réalisent aussi des diagnostics alors qu'en France, cette tâche est comprise dans le rôle propre des médecins. Les différences de contenus de formation sont telles que les représentants des masseurs-kinésithérapeutes s'alarment de la multiplication d'écoles outre frontière, citant par exemple le cas d'une école implantée en Allemagne, à proximité de la frontière. Signalons que la variabilité des contenus de formation n'est pas spécifique à la zone frontalière du Grand Est. Les pédicures-podologues ont ainsi cité le cas de leurs homologues diplômés en Espagne, formés à la réalisation d'actes chirurgicaux, ce qui n'est pas le cas en France.

à noter que le diplôme européen obtenu ne permet l'exercice en France qu'après validation par une commission compétente, qui donne son avis sur l'autorisation d'exercice, sur les mesures compensatoires (stage non rémunéré ou épreuve d'aptitude) ainsi que sur le rejet éventuel de la demande.

Par ailleurs, les enquêtés pointent une autre difficulté d'accès aux formations pour les faibles niveaux de qualification, et en particulier pour les aides-soignants. Alors que le concours d'entrée en IFAS est accessible sans diplôme préalable, on observe ces dernières années un phénomène d'élévation de la qualification des candidats, se présentant par exemple avec un Bac professionnel « Accompagnement, Soins et Services à la Personne »⁶⁹, voire une licence. **Ce déclassement volontaire des plus diplômés limite ainsi l'accès à la formation des candidats cibles, peu ou pas diplômés.** Ce phénomène n'est cependant pas propre aux formations sanitaires : dans un contexte d'accès difficile à l'emploi, en particulier pour les jeunes, les situations de relégation des moins diplômés s'observent dans de nombreux domaines professionnels.

UNIVERSITARISATION DES FORMATIONS PARAMÉDICALES

Depuis 2010, la formation des infirmiers s'inscrit dans le cadre d'un **processus d'universitarisation au niveau européen, appelé « processus de Bologne »**⁷⁰. Ce mouvement se développe en Europe depuis le début des années 2000, prenant appui sur la mise en place du « système européen de crédits ECTS » et sur une architecture des études en trois grades : Licence-Master-Doctorat (LMD). Dans ce cadre, le décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 organise l'intégration progressive des professions paramédicales dans le dispositif LMD, conférant le grade de Licence par l'Université aux titulaires du diplôme d'État d'infirmiers (IDE), qui est lui certifié par la DRJSCS et délivré par le préfet de région⁷¹. Par ailleurs ce processus prévoit le rattachement des Instituts de formation aux soins infirmiers aux Universités.

L'universitarisation des formations paramédicales permet non seulement une harmonisation des diplômes au niveau européen, mais elle tend également à **faciliter la poursuite d'études par l'élaboration de parcours cohérents et graduels.**

D'après certains directeurs d'IFSI interrogés, ce sont d'ailleurs « près de 30 % des étudiants infirmiers [qui] souhaiteraient poursuivre leurs études après le diplôme ».

Si l'élévation du niveau de qualification des infirmiers dans le cadre de l'universitarisation est perçue positivement par les enquêtés, ce mouvement appelle toutefois certaines réserves. Un interlocuteur constate ainsi que plus les professionnels sont qualifiés, moins ils seraient disposés à exercer au sein d'établissements situés en zones rurales et/ou isolées. La création potentielle d'un Doctorat en soins infirmiers (Bac+8), selon l'exemple utilisé lors d'un entretien, ne contribuerait ainsi pas à assurer un meilleur maillage des professionnels sur l'ensemble des territoires. Néanmoins, cette logique d'élévation de la qualification ne répond pas à cet objectif, mais à celui de la **constitution d'une discipline universitaire en soins infirmiers** (c'est-à-dire dont la pratique d'enseignements est indissociable d'une production de recherches), à l'image de celle des médecins.

DES INQUIÉTUDES SUR LES RELATIONS ENTRE INSTITUTS ET UNIVERSITÉS

Depuis la **Loi de 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités** (LRU), les universités disposent d'une autonomie budgétaire. Dans ce cadre nouveau, les enquêtés s'inquiètent du fait que les instituts de formation en soins infirmiers rattachés aux différentes universités du Grand Est pourraient bénéficier d'un traitement différencié en matière de financements (et donc possiblement inégalitaire), sans que l'on puisse en mesurer aujourd'hui les conséquences sur le fonctionnement à venir.

Par ailleurs, le fait que les Universités soient désormais en responsabilité de la gestion des Instituts de formation en soins infirmiers laisserait entrevoir, selon les enquêtés, un **risque de modification de l'implantation de ces instituts, au profit des pôles urbains.** Les conséquences évoquées par les enquêtés porteraient sur de possibles difficultés de recrutement des étudiants dans les zones rurales, ainsi que sur une possible saturation des lieux de stage en milieu urbain et une désertification corrélative en milieu rural. Cette situation serait d'autant plus préoccupante dans le cas des stages de dernière année, qui peuvent jouer un rôle positif dans l'insertion des diplômés au sein de l'établissement d'accueil.

⁶⁹ Créé à l'initiative du Ministère de l'Éducation nationale, l'un des débouchés possibles de ce Bac est justement le concours d'aide-soignant. Source : www.onisep.fr.

⁷⁰ Le « processus de Bologne » désigne la mise en œuvre progressive d'un espace européen de l'enseignement supérieur, engagée par les conférences de la Sorbonne en 1998 et de Bologne en 1999. À la suite des infirmiers, d'autres formations paramédicales ont également été « universitarisées », à l'image de l'ergothérapie, dont le diplôme de niveau Bac+3 est accompagné par le grade de Licence depuis 2011. En revanche, certaines formations paramédicales ne sont pas encore incluses dans le processus d'universitarisation, comme c'est le cas pour les psychomotriciens par exemple.

⁷¹ La distinction entre grade et diplôme résulte de l'article 20 de la loi du 12 novembre 1968 sur l'enseignement supérieur, codifié à l'article L.613-1 du code de l'éducation : « L'État a le monopole de la collation des grades et des titres universitaires ». Cet article pose également le principe de la distinction du diplôme et du grade dans les termes suivants : « Les diplômes nationaux délivrés par les établissements sont ceux qui confèrent l'un des grades ou titres universitaires dont la liste est établie par décret pris sur avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche ». Ainsi, si les diplômes d'ingénieurs permettent désormais l'obtention du grade de Master, ceci comme équivalence permettant la possibilité de s'inscrire en Doctorat après, cela ne signifie pas que les ingénieurs soient diplômés d'un Master.

Enfin, les directeurs de centres hospitaliers insistent sur le fait que la suppression de certains instituts pourrait également avoir des « conséquences financières négatives » pour les établissements auxquels ils sont rattachés. **Ils s'inquiètent notamment d'une possible baisse de dotations.**

SPÉCIFICITÉS DES INSTITUTS EN MATIÈRE DE FORMATION

Le contenu de la formation initiale des infirmiers est organisé selon un référentiel national et dans lequel les publics âgés et handicapés sont abordés dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Par ailleurs, comme l'ont rappelé les Directeurs d'IFSI rencontrés dans le cadre de ce travail, **chaque institut dispose d'un projet pédagogique propre**, qui peut différer par exemple au niveau du suivi plus ou moins proche des étudiants, de l'élaboration du projet de vie et de soins du patient, des choix de terrain de stages ou encore de l'analyse de pratiques (« Il y a de la créativité dans chaque IFSI »). Selon le type d'établissement de rattachement, CHU ou CH, les plateaux techniques et les spécialités développées au sein de ces structures sont différentes, ce qui entraîne pour les instituts la possibilité ou pas de faire intervenir des professionnels spécialisés dans leur domaine d'où une plus-value pour les étudiants de bénéficier de connaissances plus pointues. Les représentants des établissements de soins soulignent l'intérêt de cette orientation des profils par le fait que les étudiants ayant bénéficié de ces enseignements sont plus immédiatement opérationnels face aux besoins spécifiques de l'établissement auquel est rattaché l'institut de formation.

En complément des enseignements, les stages sont obligatoires dans le cursus de formation. Leur nombre a quelque peu diminué ces dernières années, mais les périodes se sont allongées. Au-delà de l'apprentissage théorique dispensé dans les enseignements, les stages permettent notamment d'aborder la dépendance de manière plus concrète. Les directeurs d'établissement qui recrutent les nouveaux diplômés regrettent parfois le manque de diversité des terrains de stages des nouveaux diplômés.

4.2. Des compétences généralistes aux compétences spécialisées

ÉVOLUTIONS DE LA PATIENTÈLE ET DE L'OFFRE DE SOINS

À mesure que la population dépendante (personnes âgées et/ou handicapées) augmente, l'offre de soins se diversifie. Certains interlocuteurs évoquent d'ailleurs une évolution de la prise en charge institutionnelle et notamment des « glissements » depuis les années 1990 : les personnes qui étaient accueillies à l'époque en maison de retraite sont maintenant soit à domicile, soit en foyer-résidence, celles qui étaient

en long séjour médicalisé (USLD) sont maintenant en EHPAD, et celles qui nécessitent une surveillance médicale constante sont en USLD. Ce constat est cohérent avec l'augmentation de l'âge moyen d'entrée en EHPAD, qui s'accompagne généralement d'un niveau de dépendance plus important.

Mais la question de la prise en charge de la dépendance, qu'elle soit liée à l'âge, au handicap, à la maladie et/ou aux troubles cognitifs, se pose également de plus en plus dans des services de soins non dédiés : que cela soit en chirurgie (spécificité de l'âge vis-à-vis des risques d'anesthésie), en cancérologie ou autres. **L'enjeu actuel est bien d'adapter la prise en charge - et donc les compétences des soignants - à ces publics particuliers.**

Sur ce point, les interviewés évoquent le fait qu'il n'apparaît pas utile d'élaborer de nouveaux diplômes dédiés à la prise en charge des personnes âgées (à l'image des infirmiers gériatriques en Allemagne) et qu'il serait plus pertinent de **développer la gériatrie et la gérontologie dans toutes les formations**. Les savoirs cités précisément par les enquêtés concernent *l'accompagnement face à la mort* (tabou), *les soins palliatifs*, *le deuil*, *les pathologies spécifiques* (polyopathologies, maladies chroniques, etc.), *les AVC* ou encore *les troubles psychiatriques*. Ils précisent à cet égard que ces connaissances font parfois défaut, et notamment pour les plus bas niveaux de qualification, citant en particulier les ASH et les AS, métiers les plus exposés et les plus impliqués dans la vie quotidienne des personnes dépendantes. Aucune voie de formation particulière n'est toutefois privilégiée, qu'elle soit initiale ou continue. Ces savoirs apparaissant essentiels, ils devraient être développés aussi bien pour les futurs professionnels (en formation initiale) que pour les professionnels en poste (via la formation continue).

DE L'IMPORTANCE DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES RELATIONNELLES

D'une manière générale, tous les professionnels interrogés insistent sur **l'importance des « compétences relationnelles »**, ce que la littérature sociologique dénomme par le concept d'*ethos* des soignants⁷². En parallèle des savoirs théoriques et des connaissances pratiques, certaines aptitudes relationnelles constituent un apport indéniable pour les soignants : *l'écoute* (« les personnes âgées ont de l'expérience à partager »), *l'observation*, *l'empathie* (« absence de jugement de valeur »), *la patience* (« plus il y a de troubles psychiatriques et plus il faut répéter »), *le calme* (« un soignant apaisé est un soignant apaisant »), *la compréhension*, *l'autonomie*, *la prise d'initiatives et de responsabilités* (« même les ASH en ont »), *la prise de recul* (« on n'a pas toujours le temps »), *la connaissance des habitudes de vie*, *le fait de savoir s'adapter*, *la gestion de l'agressivité*, *la disponibilité*, *le respect* (avec l'équipe, les résidents et les familles), etc...

⁷² Le concept d'*ethos* désigne les « manières d'être », fruits d'une incorporation tout au long de la vie et ce, à partir de l'enfance. Le sociologue Pierre Bourdieu définit l'*ethos* comme « le système de valeurs implicites que les gens ont intériorisées depuis l'enfance et à partir duquel ils engendrent des réponses à des problèmes extrêmement différents » (Pierre Bourdieu, *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, 1984, p.228).

Bien que ces appétences à entrer en relation se développent souvent en amont de la formation, notamment au gré de l'histoire sociale et de l'éducation des étudiants, **l'expérience en stages** favorise et concrétise l'acquisition d'aptitudes professionnelles. L'organisation d'**ateliers d'échange et d'analyse des pratiques** s'avèrent d'ailleurs particulièrement utiles. Des méthodes pédagogiques, visant à **mettre en situation les étudiants**, existent également afin de leur permettre de rencontrer des usagers (personnes âgées, handicapées, aidants) ainsi qu'en leur proposant de prendre place dans les lits-malades ou les chaises roulantes, afin qu'ils comprennent par eux-mêmes les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes dépendantes.

Concernant le personnel ASH, souvent décrit comme intervenant « en première ligne » au sein des EHPAD (comprendre qu'ils sont en contact régulier avec la patientèle), et bien qu'ils n'aient pas pour fonction d'intervenir auprès des patients, **ils peuvent être amenés à réaliser des signalements auprès de l'équipe soignante lorsqu'ils constatent une situation anormale.**

Certains interlocuteurs soulignent ainsi les difficultés des agents de service à réagir vis-à-vis des personnes atteintes de troubles cognitifs, soulignant qu'ils tireraient par exemple un bénéfice à être formés à l'« écoute compatissante », alors qu'un autre enquêté précise que les ASH devraient également apprendre à réagir dans des situations d'urgence, comme par exemple savoir calmer un résident en crise dans l'attente de la disponibilité d'un soignant qui assurera la prise en charge.

Concernant les aides-soignants, une Directrice d'IFAS souligne l'évolution engagée du contenu de leur formation : « il ne s'agit plus seulement de réaliser la toilette du patient, il y a maintenant plus de réflexion sur la prise en charge, le bien-être, la souffrance, l'acceptation de reporter un soin (plus de négociation), etc. ». **L'aspect relationnel tend ainsi à prendre de plus en plus d'importance** dans les rapports entre patients et professionnels. Certaines formations continues complémentaires assurent une spécialisation des aides-soignants en fonction d'un public ou d'une pathologie particulière, comme c'est le cas notamment des assistants de soins gérontologiques (ASG) ayant une meilleure connaissance de la vieillesse, afin notamment d'éviter les risques iatrogéniques (140h de formation).

LA POLYVALENCE POURRAIT PARTICIPER AU DÉCLOISONNEMENT DES PROFESSIONNELS

Soulignant que le champ de la santé comporte déjà différentes spécialités médicales et chirurgicales (forte division du travail), certains interlocuteurs,

plus souvent directeurs de soins ou cadres de santé, alertent sur les risques d'une spécialisation trop importante des professionnels. Ils évoquent un **risque d'appauvrissement de la capacité de prise en charge globale des patients ainsi qu'un possible cloisonnement entre professionnels.** Plusieurs exemples sont avancés :

- Dans le cas des embauches au sein des EHPAD, certains interlocuteurs expliquent ainsi que le référentiel de formation des infirmiers serait trop « hospitalo-centré », constat qui participerait également de la désaffection des étudiants infirmiers pour l'exercice du métier auprès des personnes âgées et ce, malgré la réalisation de stages obligatoires au sein des lieux de vie (EHPAD, USLD, Unité Alzheimer, etc.)⁷³. Toujours selon les propos recueillis auprès des enquêtés, la nature des soins réalisés en EHPAD serait réputée moins technique qu'à l'hôpital, même si tous s'accordent à dire que toutes les pathologies sont susceptibles d'être rencontrées en EHPAD, à la fois physiques et psychiques.
- **Le recours à des professionnels polyvalents apparaît d'autant plus nécessaire dans l'intervention à domicile**, notamment pour faire le lien entre les différents intervenants (connaissance interprofessionnelle, langage commun entre le sanitaire et le social, etc.). À l'inverse, **l'institution** (hôpitaux et centres de soins), de par la concentration et la diversité des personnels en un même lieu, **serait plutôt le lieu de la spécialisation.**

SPÉCIALISATION ET REVALORISATION DANS LES CLASSIFICATIONS PROFESSIONNELLES

Les échanges concernant la spécialisation sur les savoirs gérontologiques et gériatriques invitent les interviewés à évoquer les aspects liés à la reconnaissance de ces compétences supplémentaires dans les classifications professionnelles et salariales.

Certains d'entre eux soulignent ainsi le **manque de revalorisation de certaines spécialités** par l'institution, comme c'est le cas notamment de la fonction d'assistant de soins en gérontologie qui donne droit à une nouvelle bonification indiciaire (NBI) de 80 euros mensuels dans le cadre exclusif de certains services comme les unités cognitivo-comportementales (UCC), les unités d'hébergement renforcée (UHR), les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ou encore les équipes spécialisées pour la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer d'un service de soins infirmiers à domicile⁷⁴.

⁷³ La réalisation des soins auprès des personnes âgées n'est toutefois pas réservée aux EHPAD : ce public représente également un pourcentage élevé de la population au sein des hôpitaux. D'après le rapport de la commission aux comptes de la Sécurité Sociale de juillet 2012, la catégorie des personnes âgées de 65 ans et plus « a concentré en 2010 plus de 40 % des prises en charge hospitalières, pour l'ensemble des disciplines et tous types d'établissements confondus », précisant que « le terme " prises en charge hospitalières " recouvre les séjours donnant lieu à hospitalisation complète ou partielle (de jour ou de nuit) et les séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...) ».

⁷⁴ Le lecteur pourra se reporter utilement au décret 2010-681 du 22 juin 2010 portant attribution d'une prime aux aides-soignants et aides médico-psychologiques exerçant les fonctions d'assistant de soins en gérontologie dans la fonction publique hospitalière.

D'autres spécialités pourraient également voir le jour, sans que la question de la certification ou de la diplomation soit tranchée dans les esprits, notamment en ce qui concerne les **infirmiers de pratiques avancées**, sur la base des protocoles de coopération les plus courants. Si ce diplôme venait à exister, les exemples pris pour expliquer l'évolution possible du métier concerne le suivi des maladies chroniques ainsi que les consultations avancées visant à réaliser des fonctions qui ne relèvent pas à ce jour du rôle des infirmiers. Certaines universités ont d'ores et déjà franchi le pas de la spécialisation en proposant des Masters infirmiers de pratiques avancées⁷⁵.

4.3. L'impact de l'organisation du travail sur les besoins en compétences

INCIDENCE DES CONDITIONS DE TRAVAIL SUR LA POSTURE PROFESSIONNELLE

Le **renforcement** et la **stabilité des équipes en institution** constituent des enjeux abordés par la plupart des interlocuteurs : il s'agit d'apporter un « confort humain » aux résidents (distinct du confort matériel) ainsi qu'aux professionnels en poste. Deux phénomènes principaux, qui viennent fragiliser les équipes, sont listés au cours des entretiens. Le premier concerne les **conditions d'emploi et de travail**. Quatre aspects sont développés par les enquêtés :

- Des **quotités de travail à temps partiel fréquentes ainsi que des horaires fragmentés et/ou décalés**, qui participent d'une certaine usure professionnelle. Les enquêtés mettent en particulier l'accent sur le fait que celle des uns participe à celle des autres : « un moindre effectif signifie plus de travail pour les soignants et donc un risque accru d'épuisement professionnel ».
- Des **taux d'encadrement des équipes d'aides-soignantes par les infirmiers jugés faibles** (souvent seuls ou à deux), qui participent à un niveau de responsabilité en matière d'encadrement perçu comme trop important⁷⁶. Ce constat d'un taux d'encadrement trop faible est renforcé la nuit, où les enquêtés évoquent qu'il n'est pas rare qu'il n'y ait aucun infirmier présent, mais seulement des aides-soignants et/ou

des agents de service, ce qui peut poser problème, dès lors que ces derniers ne peuvent répondre seuls à toutes les situations d'urgence⁷⁷.

- Outre la « **charge** » **émotionnelle** du métier (confrontation à la démence, à la mort, etc.), le travail reste également très **physique**, malgré des moyens mis en œuvre⁷⁸ pour en réduire la pénibilité, via l'acquisition de lèves-personnes sur rails plafonniers, de chariots de douche ou encore de baignoires à porte⁷⁹.
- Enfin, le **manque de temps pour accompagner les patients** est également mis en cause. Dans le discours des professionnels, « être un bon soignant nécessite d'avoir le temps de bien faire » alors que « faire trop vite renvoie à une vision dégradée de la qualité des soins ». Ce constat semble renforcé en EHPAD, dans la mesure où les professionnels s'accordent à reconnaître que plus la démence est fréquente chez les résidents et plus l'accompagnement nécessite du temps. Par ailleurs, nombreux sont les interlocuteurs insistants sur le **calme et la tranquillité nécessaires aux personnes âgées** (« on ne court pas en maison de retraite, sinon cela inquiète les résidents »), pointant ainsi la contradiction inhérente à l'organisation du travail qui oblige les soignants à travailler dans l'urgence : il n'est pas rare de voir les aides-soignants réaliser quatre à cinq toilettes par heure les matins en EHPAD⁸⁰, quand ce temps passé auprès des résidents pourrait être l'occasion de **valoriser l'échange et la communication pour rompre l'isolement**.

Le second phénomène tient à la **ruralité** et au **manque d'attractivité des territoires** d'implantation des établissements de santé. Les EHPAD concernés cumuleraient les difficultés, aussi bien en matière d'accès (peu de moyens de transport collectif malgré l'existence de dispositifs d'aide à la mobilité, distances domicile-travail parfois longues et pénibles) que de maintien en poste des professionnels, notamment du fait d'un manque de vie sociale (moindre présence, voire absence, de services et de lieux de loisirs, de divertissements et de consommations diverses). Les interviewés rapportent ainsi que les établissements les plus éloignés des villes seraient davantage soumis au départ de leurs salariés, ce qui nécessite l'organisation régulière de nouveaux recrutements et modifie l'équilibre des équipes en place.

⁷⁵ On peut citer en exemple le Master 2 en Sciences cliniques infirmières de l'Université d'Aix-Marseille qui a été réalisé en partenariat avec l'École des Hautes Études en Santé Publique et ouvert dès 2009. Ce diplôme est divisé en 3 spécialités : infirmière de pratique avancée en gériatrie, infirmière de pratique avancée en oncologie et infirmière coordinatrice de parcours complexes de soins.

⁷⁶ En complément, les interviewés rapportent que les infirmiers pratiquent moins d'actes techniques qu'en milieu hospitalier, ce qui est perçu par les professionnels, ainsi que par les stagiaires, comme un risque de « perte de compétence ». Notons toutefois que, y compris en milieu hospitalier, les infirmiers n'effectuent pas uniquement des actes techniques.

⁷⁷ Sur la question des conditions de travail, le lecteur pourra se reporter utilement au récent dossier de la DREES intitulé : **Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés** (n°5, septembre 2016).

⁷⁸ Signalons l'existence de **Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail** (CLACT) portés par les ARS et visant notamment à financer l'acquisition de matériels destinés à soulager la charge physique des soignants. Pour plus d'informations sur ces contrats, le lecteur pourra se reporter utilement au site de l'ARS Grand Est : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/contrats-locaux-damelioration-des-conditions-de-travail-clact-2>.

⁷⁹ Certains professionnels expliquent toutefois ne pas se servir systématiquement du matériel dédié, dans un contexte de gestion des temps perçu comme très contraint : ils évoquent par exemple une plus grande rapidité à soulever directement la personne plutôt que de poser un baudrier afin d'utiliser le lève-malade.

⁸⁰ Dans certaines structures, la consigne donnée aux aides-soignants afin de réaliser toutes les toilettes dans le temps imparti est de « laver en priorité ce qui se voit » (main, visage), ce qui est mal perçu par les professionnels.

IMPACT DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL SUR LES SOINS ET LA PRISE EN CHARGE

L'organisation du travail n'impacte pas seulement les métiers, elle peut aussi avoir des conséquences sur la réalisation des soins. Les enquêtés expriment par exemple « la **fatigue et la perte de repères** que ressentent les personnes âgées quand on les déplace sans cesse » (d'un service à l'autre, voire d'un établissement à un autre). Selon cette même logique, ils recommandent également que les interventions au domicile des personnes âgées soient pensées en « limitant le nombre d'intervenants différents », afin de **préserver la tranquillité des patients et d'assurer l'efficacité du suivi**.

Par ailleurs, les enquêtés évoquent la **nécessité de réduire le temps passé assis** pour les personnes âgées, afin de limiter les pathologies et troubles associés à la sédentarité (tels que les troubles digestifs par exemple). Toutefois, les enquêtés relèvent dans le même temps le fait qu'inciter à bouger, « c'est risquer de tomber ». Ils soulignent ainsi l'intérêt de recourir régulièrement à des professionnels de la rééducation afin d'entretenir les facultés psychomotrices.

Au-delà des soins, les directeurs d'EHPAD insistent également sur le fait que leur établissement est d'abord un lieu de vie. Souvent angoissées par le temps qui passe, les personnes âgées auraient « davantage besoin de réconfort et d'attention que de médicaments », mais cela suppose du personnel en nombre suffisant. Les enquêtés citent en particulier certaines professions du secteur social, comme les animateurs socioculturels et les éducateurs sportifs.

CONCURRENCE, COMPLÉMENTARITÉ ET ENJEU D'ÉVOLUTIONS DES COMPÉTENCES DES RÉÉDUCATEURS

Les enquêtés soulignent la **forte complémentarité qui existe entre les paramédicaux** : le travail en commun permet un réel enrichissement et un partage de connaissances qui bénéficient tant aux soignants qu'aux patients. Mais le manque de personnel disponible, notamment chez les rééducateurs, oblige parfois d'autres professionnels à réaliser certains actes, ce qui provoque un sentiment de « concurrence » dans les discours des interviewés.

C'est notamment le cas des **masseurs-kinésithérapeutes**, qui évoquent des difficultés en raison de compétences partagées avec d'autres professionnels de la rééducation. Les représentants de la profession citent l'exemple des soins des pieds qui incombent désormais aux pédicures-podologues, l'approche globale du corps qui relève également du champ de compétences des ergothérapeutes et des psychomotriciens ou encore, plus récemment, la prise en charge de certains publics spécifiques, compétence aujourd'hui

partagée avec les enseignants en activité physique adaptée (dans des cas précis). Ces exemples de substitution tendraient à s'accroître dans les structures rencontrant des difficultés de financement, évoquant précisément les EHPAD qui n'auraient plus les ressources pour faire intervenir des masseurs-kinésithérapeutes et privilégieraient ainsi d'autres rééducateurs⁸¹. Face à ce constat d'une concurrence accrue sur certains champs de compétences, les représentants des masseurs-kinésithérapeutes revendiquent leur souhait de devenir une profession médicale à compétences définies (comme le sont devenues les sages-femmes récemment).

D'autres phénomènes de **tensions** concernent plus particulièrement les **pédicures-podologues et les aides-soignants**. Dans le cas des patients ne souffrant pas de diabète, les aides-soignants sont également habilités à pratiquer la coupe des ongles de pieds. Les représentants des pédicures-podologues remettent régulièrement en question cette disposition, arguant qu'une coupe d'ongles n'est pas anodine et peut entraîner des complications lorsqu'elle est mal réalisée (avec des conséquences importantes en matière de préservation de l'autonomie des personnes âgées).

Concernant les autres professions de la rééducation, retenons que **les ergothérapeutes sont formés spécifiquement aux corps et aux activités humaines (risques, obstacles, facilitation, y compris au travail)**. Malgré le fait que l'ergothérapie n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, les ergothérapeutes travaillent néanmoins sur prescription médicale et exercent majoritairement comme salariés de structures (« le travail y est réputé plus technique qu'en exercice libéral »).

Les psychomotriciens s'occupent plus particulièrement des repères du corps dans l'espace. La psychomotricité n'est pas non plus prise en charge par l'assurance maladie mais certains interlocuteurs soulignent l'intérêt de ces professionnels diplômés à Bac+3 pour travailler en maison de retraite.

De leur côté, **les orthophonistes** (diplôme Bac+5 et grade de Master) interviennent également auprès des personnes âgées dépendantes, notamment dans le cadre de maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, démences), suite à un AVC ou encore en cancérologie-ORL. **Il s'agit de récupérer, ou du moins de ralentir, la progression de symptômes pour maintenir une capacité à communiquer**. Les orthophonistes travaillent sur prescription médicale pour effectuer un bilan et fixent eux-mêmes le nombre de séances nécessaires, en accord avec l'assurance maladie. Les orthophonistes accompagnent également les aidants en étant à l'écoute de leurs difficultés quotidiennes, en leur expliquant l'évolution attendue des troubles traités et en les conseillant sur la manière de prolonger la communication le plus longtemps possible avec la personne aidée, y

⁸¹ Outre les difficultés de financement des établissements qui expliquent certains cas de substitution, nos interlocuteurs évoquent également la situation de territoires dépourvus de masseurs-kinésithérapeutes en nombre suffisant pour couvrir les besoins des EHPAD, phénomène qui participe également au recours à d'autres professionnels.

compris non verbale. Pour les personnes âgées, **les orthoptistes** (diplôme Bac+3) **réalisent des bilans de leurs capacités visuelles et mettent en œuvre des séances de rééducation adéquates**. Le traitement de certains troubles visuels comme la cataracte joue un rôle déterminant dans la préservation de l'autonomie.

IMPACT DES EVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET SUR LES MÉTIERS

La question des nouvelles technologies et des impacts sur les métiers de demain ont été abordés par les enquêtés sur la base des outils informatiques déjà utilisées dans leurs établissements ou sur ceux en cours de développement dans les établissements. **Peu de nouveaux métiers liés aux nouvelles technologies ressortent des entretiens.**

Sur ce point précisément, et du fait de la proximité des problématiques liées à l'évolution des métiers de la santé concernés par la transition numérique entre le Grand Est et la Wallonie, signalons le travail prospectif conséquent réalisé par le FOREM (équivalent de Pôle Emploi) visant à identifier précisément une liste de métiers et de compétences attendus à court et moyen termes, à l'image des gestionnaires et des analystes des données médicales informatisées⁸². Par ailleurs, signalons également l'existence en région Grand Est de pôles de développement et de réflexion dédiés aux gérontechnologies, sur lesquels les pouvoirs publics devraient pouvoir compter dans les années à venir : le projet SAILOR (Santé, Autonomie, Innovation en Lorraine) et le projet de Gérontopôle de Champagne-Ardenne **[Encadré n° 1]**.

Au cours des entretiens, les enquêtés rappellent que le secteur de la santé est régulièrement marqué par des développements technologiques, à l'image par exemple de la **télé médecine**, rendue possible par des avancées dans le domaine des télécommunications. Les recherches actuelles donnent lieu à **l'invention de techniques ou d'objets** qui pourraient entrer à terme dans l'organisation des soins. On citera par exemple le développement des *objets connectés*, des *nanotechnologies*, des *messageries cryptées* pour relier les professionnels, des *programmes de réalité virtuelle* dans les thérapies comportementales, des *applications numériques* utilisées en formation (du « e-learning » aux « *serious games* ») ou encore de la *robotisation* et de *l'intelligence artificielle*.

Si **certaines de ces applications technologiques** paraissent encore **trop complexes ou trop onéreuses** pour les interviewés, **d'autres commencent à être utilisées en institution** par les professionnels, telles que « les robots porte-aiguille, les robots-guide pour la chirurgie orthopédique, les robots pour la chirurgie sans cica

trice apparente, transluminale (par les voix naturelles apparentes), à trocart unique (mono-incision), les cathéters actifs, les stabilisateurs cardiaques actifs ou encore les robots autonomes de type capsules ingérables »⁸³. Les interlocuteurs évoquent **également les technologies développées au domicile**, en particulier celles dédiées à la **surveillance indirecte des personnes en perte d'autonomie**, comme les « capteurs installés sur les matelas pour une surveillance cardiologique ou du sommeil, ou encore à différents endroits de la maison, les toilettes, les portes, etc. ».

Certains interlocuteurs insistent sur la **complémentarité entre ces technologies et le travail du soignant**, expliquant ainsi que « la technologie ne remplacera jamais l'humain mais elle peut prolonger l'autonomie pour tous ». Par ailleurs, si la robotisation peut constituer un facteur positif dans l'amélioration des conditions de travail, les activités des soignants – y compris les plus routinières – ne sauraient être réalisées entièrement par des robots : certains actes qui pourraient être automatisés constituent également des supports de relation sociale entre patients et soignants, et sont ainsi objets de valorisation pour l'un comme pour l'autre (exemple de la toilette du patient).

Dans sa dimension organisationnelle de l'activité, les enquêtés soulignent l'importance de **développer certains outils numériques et de former les personnes qui seraient susceptibles de les utiliser**. Deux types de logiciel ressortent dans les entretiens menés : ceux ayant trait à la circulation de l'information (dossier patient informatisé, avec un accès différentiel en fonction des statuts pour protéger le secret médical) et ceux destinés à la gestion des lits et des places (« IMAD » en Lorraine et « Trajectoires » en Alsace et en Champagne-Ardenne) :

- Les premiers répondent à un **besoin de partage d'information** largement exprimé par les professionnels : les EHPAD ont par exemple développé des systèmes de fiches de liaison pour l'hospitalisation de leurs résidents mais les directeurs interviewés avouent des difficultés dans le suivi de ces fiches (parfois, la fiche reste aux urgences et ne suit pas le patient dans le service le prenant en charge, ce qui entraîne des échanges téléphoniques avec l'EHPAD) et également dans les retours d'hospitalisation même si les hôpitaux ont également mis en place un système de fiches de sortie (mais qui arrivent à l'EHPAD parfois plusieurs jours après le retour du résident). Dans le même ordre d'idée, les enquêtés évaluent également positivement la mise en place de messageries sécurisées dans le cadre des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS).

⁸² *Effets de la transition numérique sur le secteur de la santé*, FOREM, mai 2016, disponible à l'adresse : https://www.leforem.be/MungoBlobs/97/479/20160603_MAV_4_0_Synthese_SANTE.pdf.

⁸³ Extrait des travaux en cours du groupe de travail « Robotique et Santé » au sein du Groupe de Recherche en Robotique créé par le CNRS en 2007. Source : http://www.gdr-robotique.org/groupe_de_travail/?id=1

- Les seconds types de logiciels répondent à une **logique de placement des résidents**. Ils permettent aux professionnels de vérifier en temps réel la disponibilité des lits et places dans les établissements de santé (SSR, EHPAD et USLD pour le moment). A mesure que la coordination des parcours de soins est amenée à prendre de l'importance dans les modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes, les outils permettant l'amélioration et l'anticipation des transitions entre la résidence et les services de soins sont amenés à se développer.

Le développement récent de technologies au service de l'accompagnement des personnes âgées, aussi bien à domicile qu'en institution, soulève un certain nombre de questions chez les enquêtés :

- Ces technologies, si tant est qu'elles soient utiles, seront-elles accessibles pour tous (coût, financement, facilité d'utilisation) ?
- Permettront-elles de dégager du temps pour renforcer le soin et la relation aux personnes ou bien le temps gagné sera-t-il utilisé pour d'autres tâches induites par ces nouvelles technologies ?
- Comment sera préservée l'intimité des personnes âgées à l'ère de la multiplication des capteurs et autres instruments de surveillance (directes ou indirectes) ?
- Ces technologies doivent-elles être abordées dans le cadre des formations initiales et/ou continues ?

Encadré n° 1. Zoom sur deux réseaux d'acteurs du « bien vieillir » en Grand Est

Le projet SAILOR : Santé, Autonomie, Innovation en Lorraine

Initié par l'URIOPPS-Lorraine et l'Université de Lorraine en 2014, le projet SAILOR propose aux acteurs en charge de l'accompagnement du vieillissement et de la dépendance de participer à la coconstruction d'une réponse globale en cohérence avec les différentes politiques institutionnelles, pertinente face à l'enjeu sociétal que représente l'autonomie des personnes au bénéfice premier des populations. SAILOR se veut un projet innovant et fédérateur au niveau régional en :

- Proposant un outil prospectif, CAP 2023, offrant une vision à 10 ans des besoins des personnes et des solutions à mettre en œuvre pour garantir l'autonomie de chacun et le bien vieillir ensemble, un outil transversal tant de prospective sociale qu'urbaine, au service et alimenté par les différents acteurs ;
- Créant et animant un espace de rencontre et de travail collaboratif qui favorise la mutualisation des savoirs et des compétences, lieu d'une créativité partagée. Cet espace innovant est ouvert à l'ensemble des acteurs régionaux œuvrant en faveur de l'autonomie (bénéficiaires, citoyens, associations, entreprises, ressources universitaires, ainsi que les institutions en charge de la définition et de la mise en œuvre des politiques publiques).

Le projet de Gérontopôle « Bien vieillir en Champagne-Ardenne »

Animé par l'Agence pour l'Innovation et le Développement économique de Champagne-Ardenne depuis 2014, ce projet a vocation à devenir une plateforme régionale pluridisciplinaire d'innovation, d'expérimentation et de développement appelée à répondre aux défis socio-économiques du vieillissement. Le Gérontopôle sera amené à travailler sur 5 axes prioritaires :

- Le développement économique, social et l'innovation ;
- Le conseil, le diagnostic et la prospective territoriale ;
- La promotion de la recherche et de la production scientifique ;
- La prévention pour favoriser le bien vieillir ;
- La formation, l'accompagnement à l'évolution et l'émergence de nouveaux métiers.

4.4. La coordination des transitions entre professionnels et entre lieux de prise en charge

GRADATION DE LA PRISE EN CHARGE ET DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES

Il existe **plusieurs types de structures d'hébergement médicalisées dédiés aux personnes âgées en fonction de la gradation de la dépendance** : l'EHPAD répond aux besoins des personnes âgées jusqu'à un certain degré de dépendance, ensuite l'USLD ou l'Unité Alzheimer deviennent nécessaires (ces dernières existant de plus en plus fréquemment au sein même des EHPAD). **Pour les personnes handicapées, il existe une gradation similaire de l'offre de structures d'hébergement** : les Foyers d'accueil spécialisés (FAS) constituent un premier niveau pour les handicaps légers (plutôt à vocation occupationnelle), puis les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) comportent des actes paramédicaux, et enfin les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) concernent plus particulièrement les polyhandicaps moteurs et psychiques.

La prise en charge de la dépendance diffère selon le mode de résidence des personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes. Si **l'hébergement en institution** ne peut être évité dans certains cas (aggravation d'une pathologie, apparition de troubles cognitifs, etc.), les pouvoirs publics orientent de plus en plus vers **la prise en charge à domicile**, par le biais du développement d'activités de soutien des personnes et de leurs aidants (SSIAD, HAD, SPASAD, etc.). Entre ces deux modalités, il existe également des **habitats intermédiaires** qui permettent une transition plus douce⁸⁴, tout en rompant avec l'isolement du domicile. Pour les professionnels interrogés, « tous les parcours sont possibles mais il est rare qu'on aille d'une maison de retraite vers un SSIAD ».

Le **parcours type des personnes âgées** est décrit schématiquement comme : chute avec fracture du col du fémur → hospitalisation → EHPAD (retour à domicile impossible). Mais, selon les interlocuteurs, il y aurait **trop peu de rééducation** pour permettre de préserver l'autonomie après une chute car « pas assez de SSR ». Par ailleurs, le secteur serait marqué par un *fonctionnement en « tuyaux d'orgue »* par défaut (chacun travaillant dans une optique spécialisée) qui peut provoquer des ruptures dans les parcours de soins. Ils soulignent aussi le fait que **les parcours de soins ne sont pas toujours « formalisables »**, car cela dépend du dossier médical, de la dégradation de l'état de santé, du comportement, etc. Quelles que soient les modalités de prise en charge, **il paraît nécessaire d'améliorer la cohérence des parcours** : limiter le déplacement des patients en réalisant les consultations et les évaluations (Alzheimer,

diabète, etc.) à proximité du lieu d'hébergement, et réserver les déplacements dans les cas d'interventions nécessitant l'utilisation de services spécialisés (plateaux techniques, personnel spécialisé). De ce point de vue, les enquêtés attirent l'attention sur le cas particulier des situations d'urgence vécues par les personnes âgées, qui ne peuvent pas être traitées sur place et nécessitent le recours à des services spécialisés, à la condition toutefois que l'état du patient soit suffisamment stabilisé pour engager le déplacement (prises en compte des fragilités liées à l'âge).

Si **les troubles cognitifs et psychiatriques sont difficilement compatibles avec le domicile** (trop de risques : suicide, mauvaise utilisation du gaz domestique, etc.), nos interlocuteurs affirment que **tous les GIR sont possibles à domicile**, y compris les GIR 1 avec le bénéfice de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA ; dispositif qui permet de financer les prestations d'aide à domicile, portage de repas, etc.) et l'intervention d'un SSIAD. La logique étant que « plus le GIR est sévère, plus on va multiplier les dispositifs, et généralement les familles sont présentes » **[Encadré n° 2]**.

PRÉPARATION ET COORDINATION DES PARCOURS

La **fonction de coordination des parcours de soins** tend à prendre de l'importance, notamment avec le développement d'une prise en charge diversifiée. **À l'hôpital**, il s'agirait plutôt de coordonner et d'organiser l'itinéraire de soins du patient et les modalités de transferts (internes et/ou externes). **À domicile**, cette fonction de coordination constitue un rôle pivot entre les personnes, les familles et les services des différents professionnels (médecin, infirmier, kinésithérapeute, hôpitaux, sécurité sociale et mutuelles, travailleurs sociaux, etc.). Certaines universités ont déjà mis en place des formations destinées à cette fonction de coordination, à l'image du Master « Coordination du parcours de soins » de l'Université Pierre et Marie Curie⁸⁵. Quel que soit le mode de prise en charge, les interlocuteurs expliquent tous l'importance de disposer d'un **langage commun** entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, ainsi qu'une meilleure connaissance interprofessionnelle (« le maintien à domicile ne peut pas avoir lieu si les professionnels ne se connaissent pas »).

⁸⁴ Les interlocuteurs soulignent souvent la brutalité d'une entrée en institution subie (suite à une chute par exemple, avec parfois l'impossibilité de retourner à domicile) par manque de préparation, qui participe à rendre la personne « déprimée ». Les gériatres estiment la part de personnes âgées de 65 ans et plus en état de dépression à 15 % pour celles hébergées au domicile, et ce taux monte en institution jusqu'à « 65 % dans certains longs séjours gériatriques (si l'on se réfère au pourcentage de personnes recevant un antidépresseur) » (Jean-Claude Monfort, « La psychogériatrie », Paris, PUF, 2014, p.48).

⁸⁵ Voir la présentation du Master sur le site : <http://coopas.fr/>.

Mais **la coordination dépasse la seule logique d'organisation des parcours de soins des patients**. Pour les interlocuteurs interviewés, il est important de préparer à l'avance l'entrée en EHPAD (quand cela est possible) pour permettre aux futurs résidents de se projeter (« adaptation plus rapide »). Ceux qui ont ainsi l'opportunité de visiter des structures potentielles d'accueil avant que le besoin d'y recourir ne soit avéré expriment un sentiment de confiance (« cela les rassure »). **La nature et la possibilité même de la préparation à l'entrée en EHPAD diffère toutefois selon les voies d'accès** : depuis le domicile, un service d'accueil temporaire, un service de SSR ou encore un service d'urgences. Les enquêtés soulignent l'importance du rôle de « proximité » du médecin traitant au cours de cette phase de transition.

ACCOMPAGNEMENT ET MÉDIATION

Entre personnes âgées en institution, il y a souvent **peu de communication** (surtout avec la présence de troubles physiques et/ou de démences) or, c'est un besoin primordial (être social) : il y a donc une nécessité de dialogue et d'écoute à satisfaire. La fonction de médiation apparaît ainsi cruciale dans la prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées. Deux types peuvent être distingués : d'un côté, **la médiation non professionnelle** opérée par les aidants (famille, amis), les bénévoles (plus nombreux dans le secteur privé non lucratif) voire les animaux domestiques ou spécialement dressés⁸⁶, et de l'autre, **la médiation professionnelle** qui relève plutôt du champ socioéducatif et mobilise les animateurs, les aides médico-psychologiques, etc.

De manière plus générale, **toutes les compétences améliorant la qualité de vie des résidents en établissements du secteur médico-social sont particulièrement recherchées**, notamment pour mener des animations auprès des résidents (peinture, musique, théâtre, etc.). Certaines aides-soignantes n'hésitent d'ailleurs pas à se former par elles-mêmes pour pouvoir enrichir leur capacité d'intervention. **À domicile aussi**, les personnes âgées peuvent connaître une solitude accrue, que seules les visites des aidants professionnels viennent interrompre brièvement.

LE CAS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS ET DES AIDANTS

L'éducation thérapeutique apparaît dans la liste des activités à développer dans les années à venir pour accompagner le vieillissement et préserver l'autonomie, en particulier en dehors des institutions. **L'inobservance de certaines populations vis-à-vis des prescriptions médicales** est considérée par les professionnels rencontrés comme un « véritable facteur

d'échec et de risque accru pour le futur ». Cela est particulièrement vrai pour les publics les plus fragiles, qui peuvent combiner plusieurs facteurs et déterminants sociaux « négatifs ».

Les enquêtés citent en particulier le cas des **personnes âgées indigentes** (pauvreté monétaire, sous-nutrition, difficultés de logement, etc.) et/ou concernées par des formes d'addictions (tabac, alcool, etc.), ces facteurs pouvant favoriser l'isolement familial et amical, voire la désaffiliation sociale. De l'avis des interviewés, il n'est ainsi pas rare que des personnes âgées sans domicile et malades soient non observantes vis-à-vis des prescriptions, et qu'elles refusent même d'être hospitalisées. C'est à destination de ces publics vulnérables qu'ont été créés les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) pour « répondre à la problématique des travailleurs pauvres et âgés, sans retraite, expulsés et malades, qui arrivent aux urgences puis ressortent à la rue ».

Autre exemple évoqué au cours des entretiens, celui des **personnes âgées écrouées, détenues (ou même retenues)**. Les prisons et centres de rétention n'apparaissent en effet pas adaptés pour prendre en charge les personnes vieillissantes et/ou avec des maladies et des troubles cognitifs. L'administration pénitentiaire recourt ainsi parfois **à des placements** en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) gérés par des associations du secteur médico-social, ou en Appartements Thérapeutiques (AT) gérés par le secteur sanitaire, pour les personnes sous main de justice et présentant des maladies graves ou une détérioration importante de leur état de santé, physique et/ou psychique. Les enquêtés soulignent notamment le nombre de places insuffisant pour accueillir les personnes concernées. Par ailleurs, en sortie de peine, les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) demandent parfois des lits en EHPAD pour accueillir les anciens détenus âgés en perte d'autonomie, mais ils rencontrent souvent un refus de la part des établissements, « par manque de places et/ou par crainte du passé judiciaire de la personne ».

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES TRANSITIONS

En complément des paramédicaux destinés aux soins, les enquêtés soulignent l'utilité de bénéficier de l'accompagnement des **assistantes sociales**, qui peuvent être sollicitées pour constituer les dossiers de prise en charge, y compris à l'hôpital, lorsque les familles sont dépassées par la situation. De la même manière, les **conseillers en économie sociale et familiale (CESF)** peuvent également accompagner les familles au retour à domicile en faisant le lien avec les centres de soins et les maisons de retraite, ou en mettant en place des aides au ménage⁸⁷, ou encore des services d'HAD, de SSIAD et de SPASAD.

⁸⁶ Certains interlocuteurs font état de changements positifs chez les résidents en institution en présence d'animaux domestiques : les personnes âgées, tout en caressant ou en brossant un chien, retrouvent alors une « sensation de joie » et se mettent à « raconter leurs souvenirs » et à échanger avec les autres résidents (« la présence d'animaux est bien plus efficace qu'un antidépresseur »).

⁸⁷ Notamment l'Allocation de Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH) qui est un financement de la CAF pour 3 à 6 mois d'aide au ménage et/ou à la toilette.

Les professionnels interrogés identifient un certain nombre de **dispositifs qui peuvent ainsi faciliter l'organisation des transitions dans les parcours de soins** :

► Dispositifs ayant un rôle de coordination :

- Les **Coordinations Territoriales d'Appui (CTA)** ont pour mission de venir en appui des professionnels du territoire, de rapprocher et de mettre en cohérence les approches sanitaires, médico-sociales et sociales et de « mobiliser les ressources utiles au bon endroit, au bon moment ».
 - Le dispositif « **Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie** » (**PAERPA**) est une expérimentation localisée, dotée de moyens conséquents, et dont l'objectif vise à assurer un bon maillage et une coordination des parcours de soins⁸⁸. Selon nos interlocuteurs, PAERPA serait surtout centré sur les médecins, les pharmaciens et les infirmiers, alors que d'autres professionnels pourraient être associés, tels que les pédicures-podologues (« l'évaluation à l'entrée dans le dispositif et le suivi annuel des pieds pourraient être mis en place en EHPAD et à domicile »).
 - Les **Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)** ont un rôle d'interface et constituent le premier guichet pour les familles vis-à-vis des travailleurs sociaux (ils peuvent parfois faciliter l'entrée en EHPAD). Ils ne sont toutefois pas organisés de manière uniforme sur le territoire : il existe par exemple trois CLIC à Strasbourg, divisés horizontalement selon des thématiques (travail social, gérontologie et prévention santé), alors qu'en Moselle, deux niveaux verticaux de CLIC sont distingués (niveau 1 pour l'information, niveau 2 pour la mise en place de dispositifs). Certains interlocuteurs déplorent le fait que « les partenariats entre CH et CLIC reposent sur la seule volonté de s'associer ».
 - Les **Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)** sont des structures destinées à coordonner la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elles offrent aussi un accompagnement à leur entourage. Les MAIA sont d'abord tournées vers le domicile, mais « quand ce n'est plus possible, les professionnels sollicitent les EHPAD » et en particulier leurs unités « Alzheimer ». Pour certains interlocuteurs, « les MAIA sont des structures superposées mais pas interfacées », pointant ainsi un empilement de dispositifs sans réels contacts entre les différents intervenants.
- Les **réseaux gérontologiques** reposent sur l'idée d'un gériatre interlocuteur unique pour les médecins, les infirmiers et les psychiatres afin d'informer, d'évaluer et de coordonner la prise en charge, mais pour certains directeurs, leur efficacité « dépend du bon vouloir des gériatres ».
- Dispositifs de soutien à domicile :
- Les personnes interviewées ont une perception plutôt favorable des **Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)**, en cela qu'ils pourraient offrir un « point d'appui dans l'articulation sanitaire et social »⁸⁹. Ce modèle d'organisation récent propose de dispenser des services d'aide et de soins au domicile des personnes dépendantes (idée d'un service unique hybride), ce qui facilite les démarches des familles tout en assurant la continuité du suivi.
 - Le **Programme d'accompagnement au Retour à Domicile (PRADO)** est un dispositif de l'Assurance Maladie qui peut être sollicité après une hospitalisation. Les enquêtés y voient un intérêt dans « l'articulation entre l'hôpital et la pratique libérale » en maternité, en orthopédie, en traumatologie.
 - Les **Plateformes d'accompagnement et de répit des aidants** ont un rôle de soutien aux proches aidants de personnes plutôt âgées (mais pas toujours) et en perte d'autonomie (handicap ou maladie). Situées généralement au sein de certains EHPAD, ils s'adressent aux aidants à domicile, « souvent épuisés par l'ampleur de l'accompagnement de leur proche ».

⁸⁸ Fondé sur l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, et s'inscrivant dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, le programme PAERPA a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans. Il vise en particulier à maintenir les personnes âgées autant que possible à leur domicile, et à améliorer, sous toutes leurs formes, les prises en charges sociales et médicales, en particulier en renforçant la coordination entre acteurs et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux.

⁸⁹ Les SPASAD assurent à la fois les missions d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et ceux d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD).

► Dispositifs et services en institution :

- Les **Unités Mobiles Spécialisées** (en soins palliatifs, en gériatrie, en plaies et cicatrisations, etc.) sont également un moyen d'intervenir dans tous les services (unité volante) sur des sujets spécifiques, « à la fois en matière de soins aux patients et même de formation des soignants ».
- Les **Unités « Alzheimer »** sont des unités de soins protégées, destinées à accueillir les patients atteints de troubles cognitifs sévères (la prise en charge dans ces unités est considérée par les professionnels comme étant la plus adaptée). Avec l'augmentation du degré de dépendance des résidents en institution, ce type de service pourrait être amené à se développer, tout comme les **Unités de Soins de Longue Durée (USLD)** pour les patients nécessitant une surveillance médicale constante, et les **Unités d'Hébergement Renforcé (UHR)** dont certains interviewés soulignent le manque de places.
- Enfin, les **Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)** permettent d'accueillir, dans la journée, les résidents d'un EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux.

► Dispositifs d'habitats intermédiaires :

- Entre le domicile et l'institution, il existe d'autres possibilités de prise en charge, comme par exemple le dispositif d'**Accueil Famille Sociale**. Ces familles d'accueil sont gérées comme un établissement pour personnes âgées dépendantes et personnes handicapées majeures, pendant 5 ans : la prise en charge s'effectue sur la base d'un projet d'accueil, d'un agrément par le Conseil Départemental par personne accueillie (jusqu'à 3) puis d'une obligation de stage d'une semaine pour les PAD et d'une autre semaine pour les PH. Cette modalité de prise en charge existe depuis le début des années 1990 mais « reste peu connue du grand public » selon nos interlocuteurs. Elle nécessite d'avoir de la place dans les logements et est donc plutôt développée en milieu rural.
- Autre mode intermédiaire de prise en charge entre le domicile et l'institution : les **foyers-logements** (ou **foyers-résidences**). Il s'agit de réunir les personnes âgées au sein d'unité d'habitation regroupant plusieurs appartements (pour une « prise en charge à taille humaine »). L'idée est ici de mutualiser certains services et d'offrir la possibilité d'une vie collective rompant avec l'isolement du domicile. Ce mode de prise en charge s'adresse toutefois aux personnes disposant encore d'une certaine autonomie.

5. Zoom sur...



5.1. Le « sanitaire et social », premier employeur du Grand Est

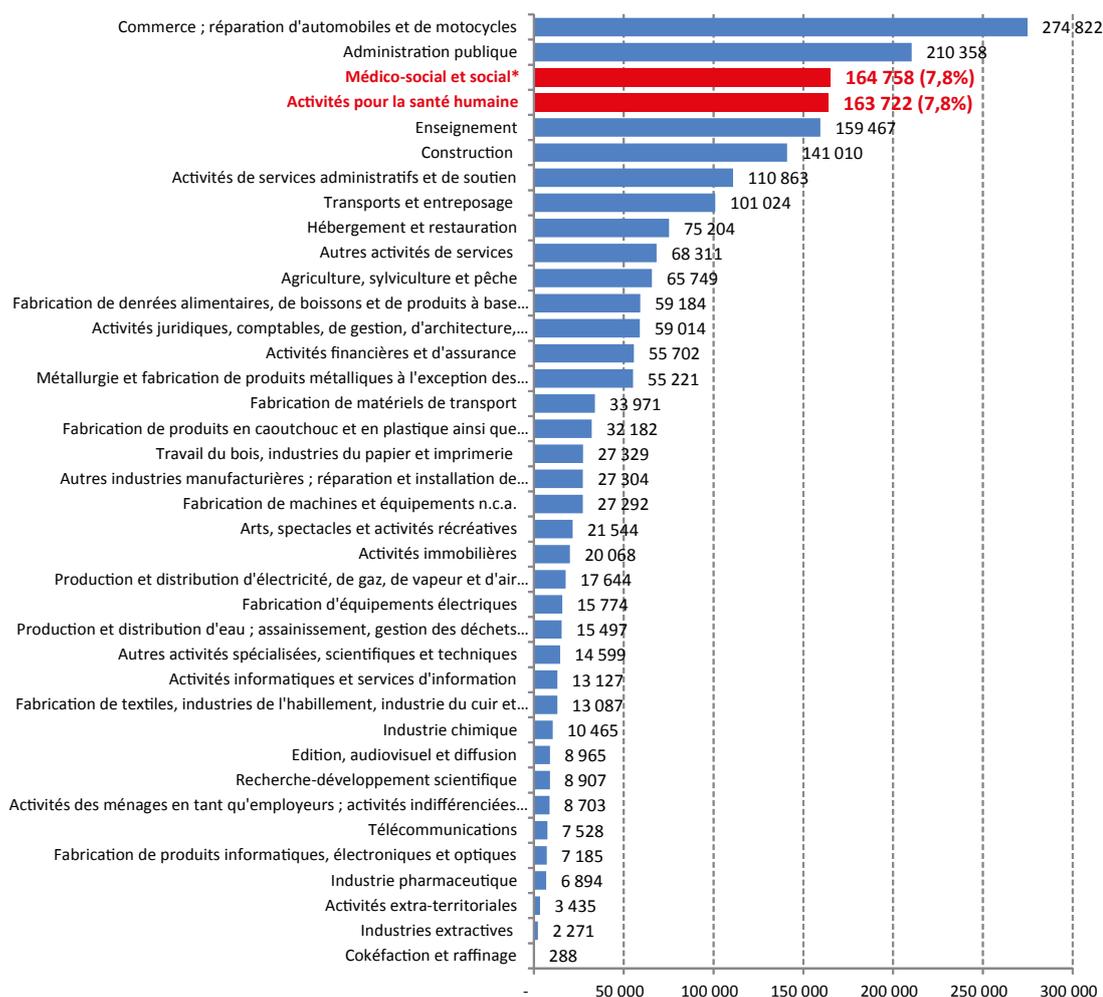
Au recensement de la population de 2013, le secteur des *activités pour la santé humaine* [Annexe n°8] représente 7,8 % de la totalité des 2,1 millions d'emplois exercés dans le Grand Est, soit près de 163 722 personnes, tous métiers compris (personnel administratif, d'entretien, de soin, etc.). Les activités du médico-social et du social représentent l'équivalent en volume d'emploi, si bien qu'en cumul, **le « sanitaire et social » constitue le premier employeur du Grand Est [Fig. 31]**, avec 328 480 emplois (15,6 % du total des emplois).

Parmi les travailleurs résidents dans le Grand Est, la profession d'infirmiers en soins généraux arrive en 3^e position parmi les 486 identifiées par l'INSEE dans sa nomenclature des Professions et Catégories Sociales (PCS ; cf. Annexe n°9), avec 38 809 professionnels intervenant dans l'ensemble des activités économiques (soit 1,7 %) [Fig. 32]. Signalons en effet que, si une majorité d'infirmiers exercent dans le « sanitaire et social » (et pour près de 8 sur 10 dans le seul secteur des activités de santé), 11,9 % occupent un poste dans un autre secteur

d'activité. Les aides-soignants occupent la quatrième place, avec 38 560 professionnels ; 58,9 % d'entre eux exercent dans les activités pour la santé humaine, et 8,1 % en dehors du « sanitaire et social ». Les autres professions paramédicales identifiées dans cette étude arrivent à des rangs nettement plus éloignés.

Les 2,1 millions de professionnels n'exercent toutefois pas tous leur activité dans le Grand Est, et l'INSEE estime en 2013 que 160 000 personnes travaillent outre frontière (principalement des lorrains et des alsaciens), 4 800 paramédicaux, aides-soignants, infirmiers (spécialisés ou non) ou rééducateurs sont concernés, soit 3,0 % des frontaliers ; ils représentent par ailleurs 4,7 % des 101 600 paramédicaux résidents dans le Grand Est. Les données détaillées sont présentées au **point 5.2**.

Fig. 31. Répartition des emplois du Grand Est selon le secteur employeur en 2013 (%) (Nomenclature d'activités en 38 postes)



Source : INSEE, recensement de la population 2013, données au lieu de travail. Traitements : LorPM, 2016.

* Libellé exact : Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement.

Fig. 32. Répartition des paramédicaux du Grand Est selon le secteur employeur en 2013 (%) (Nomenclature d'activités en 88 postes)

	Activités pour la santé humaine	Hébergement médico-social et social	Action sociale sans hébergement	Autres secteurs d'activités	Total	Effectif tous secteurs	Rang /486 professions
Infirmiers en soins généraux salariés (yc infirmiers en psychiatrie)	78,4	7,7	2,0	11,9	100,0	38 809	3
Aides-soignants	58,9	28,6	4,4	8,1	100,0	38 560	4
Infirmiers libéraux	90,4	0,3	0,7	8,6	100,0	5 671	115
infirmiers spé	76,6	0,6	8,3	14,5	100,0	4 119	155
Cadres infirmiers et assimilés	64,4	9,3	8,3	18,0	100,0	4 113	156
Masseurs rééducateurs, libéraux	82,4	s	s	17,2	100,0	3 804	167
Autres spécialistes rééducation salariés	50,4	15,0	14,6	20,0	100,0	2 553	234
Autres spécialistes rééducation libéraux	90,3	s	s	9,3	100,0	2 534	237
Masseurs rééducateurs, salariés	68,7	9,8	5,2	16,3	100,0	1 414	323
Total toutes professions	7,5	2,4	5,0	85,1	100,0	/	/
Effectifs toutes professions	169 871	54 962	113 610	1 937 214	2 275 657	/	/

Source : INSEE, recensement de la population 2013, données au lieu de résidence. Traitements : LorPM, 2016.

5.2. Les paramédicaux exerçant outre-frontière

4 800 FRONTALIERS SORTANTS DU GRAND EST EXERCENT UNE PROFESSION PARAMÉDICALE

Par grande famille de métiers, **5,6 % des infirmiers résidents dans le Grand Est travaillent au-delà de la frontière** (soit 2 950 personnes), et ce même indicateur concerne 3,6 % des aides-soignants (1 400 personnes) et 3,5 % des professionnels de la rééducation (360 personnes). Dans le détail des professions, les infirmiers spécialisés et les infirmiers en soins généraux sont les plus concernés par le travail frontalier, avec respectivement 6,9 % et 6,5 % de frontaliers.

Par anciennes régions, **l'ampleur du marché du travail aux frontières de la Lorraine apparaît** : pour les seuls infirmiers généraux, qui constituent le principal volume d'emplois, les frontaliers représentent 9,8 % en Lorraine (1 700 professionnels), 5,0 % en Alsace (650 professionnels) et 1,8 % en Champagne-Ardenne (150 professionnels).

Une lecture par zones d'emploi montre que ce phénomène est circonscrit aux territoires les plus proches des frontières, parmi lesquels **quatre se distinguent véritablement au regard des volumes d'emplois frontaliers concernés** : Thionville, Longwy, Saint-Louis et Metz [Fig. 33].

Les pays de destination sont principalement le Luxembourg, qui capte l'essentiel des paramédicaux salariés quittant les zones d'emploi de Thionville et Metz, et jusqu'à 7 paramédicaux sur 10 sortants de la zone de Longwy (le complément se rendant en Belgique), **et la Suisse**, qui capte la très grande majorité des frontaliers issus de la zone d'emploi de Saint-Louis.

Fig. 33. Principales zones d'emploi pourvoyeuses de paramédicaux salariés frontaliers en 2013

	% de frontaliers résidents dans les zones d'emploi de :			
	Longwy	Thionville	Saint-Louis	Metz
Aides-soignants	39,4	26,4	27,1	37,3
Rééducateurs salariés	4,4	3,4	3,4	4,2
Infirmiers généraux	48,4	60,7	56,8	54,7
Infirmiers spécialisés	5,9	7,4	4,0	3,8
Cadres infirmiers	2,0	2,1	8,7	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs frontaliers (a)	1 034	1 193	528	424
Effectifs totaux de paramédicaux de la zone (b)	1 939	3 860	1 766	9 356
% dans l'ensemble des paramédicaux de la zone d'emploi [(a)/(b)x100]	53,3	30,9	29,9	4,5
% dans l'ensemble des 4 800 paramédicaux frontaliers du Grand Est [(a)/4 800x100]	21,5	25,3	11,0	8,8

Source : INSEE, recensement de la population 2013, données au lieu de résidence. Traitements : LorPM, 2016.

Remarque : pour rappel, le recensement de la population est une enquête déclarative, et des écarts peuvent être observés avec des sources administratives.

LES FRONTALIERS FRANÇAIS ENTRANTS DANS LES PAYS VOISINS

En complément de cette première approche statistique fondée sur les données du recensement de la population de l'INSEE, et anglée uniquement sur les **frontaliers sortants du Grand Est**, il est également possible d'observer le phénomène frontalier à partir des statistiques produites par les pays d'accueil, c'est-à-dire sur les **frontaliers entrants**. Nous nous appuyons ici sur les résultats tirés d'un rapport de l'Observatoire Interrégional de l'Emploi publié en 2015, portant sur **le marché du travail des soins dans la Grande Région**⁹⁰. Ce travail compare la structure des emplois paramédicaux et des activités « sanitaires et sociales »⁹¹ des six composantes territoriales (région Lorraine, Länder de Sarre et de Rhénanie-Palatinat, Grand-Duché du Luxembourg, région wallonne et Communauté Germanophone de Belgique) et renseigne également sur les mobilités transfrontalières.

En direction des Länder allemands, les données sur les **infirmiers** frontaliers montrent que le nombre de professionnels se rendant en Sarre en 2011 est bien supérieur à celui observé en direction de la Rhénanie-Palatinat. **Le flux de frontaliers venant de France est de loin le plus important**, et il est stable depuis 2007 [Fig. 34].

Parmi les 222 infirmiers travaillant en Sarre en 2011, 172 (soit 77,5 %) travaillent dans la communauté urbaine de Sarrebruck. En Rhénanie-Palatinat, l'ancienne circonscription administrative de Rheinhessen-Pfalz (Hesse Rhénane et Palatinat) est la principale destination des infirmiers originaires de France (plus de 85 %).

Concernant les **aides-soignants**, en Sarre comme en Rhénanie-Palatinat, les frontaliers français sont également les plus nombreux. En 2011, on comptabilise 86 professionnels se rendant en Sarre, majoritairement dans la communauté urbaine de Sarrebruck (86,0 %), et 25 se rendant en Rhénanie-Palatinat, majoritairement dans le district du Südliche Weinstraße (15 aides-soignants).

⁹⁰ **Le marché du travail des soins dans la Grande Région - Professions, mobilité et besoin de main d'œuvre qualifiée**. Observatoire Interrégional du marché de l'Emploi (OIE), en partenariat avec l'Institut pour l'Économie, le Travail et la Culture (IWAK), janvier 2015, disponible sur le site de l'OIE (www.ibc-oie.eu), rubrique Télécharger. L'OIE est un réseau d'instituts d'études issus de chacune des composantes de la Grande Région. Pour la Lorraine, le GIP LorPM et le Centre de Ressources et de Documentation des Eures en sont membres. Cet observatoire a été créé en 2000 à l'initiative des membres du Sommet de la Grande Région, afin de les accompagner dans leurs prises de décisions. L'OIE contribue également aux travaux menés par les différents Groupes de Travail transfrontaliers portés par le Sommet. Signalons à ce titre l'existence d'un **Groupe d'experts dédié au Marché du travail dans le secteur des soins en Grande Région** (source : <http://www.granderegion.net/Institutions/Le-Sommet-en-detail/Les-groupes-de-travail/GT-Marche-du-travail/>).

⁹¹ Pour la Lorraine, le secteur hospitalier est identifié par le code NAF 86.10Z : « activités hospitalières » ; les établissements pour personnes âgées sont identifiés par les codes 87.10A et 83.30A, respectivement : « Hébergement médicalisé pour personnes âgées » et « Hébergement social pour personnes âgées » ; les services d'intervention à domicile et d'accueil de jour sont identifiés par les codes NAF 88.10A, 88.10B et 86.90D, respectivement : « Aide à domicile », « Accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées » et « Activités des infirmiers et des sages-femmes ».

Fig. 34. Évolution du nombre d'infirmiers et d'aides-soignants frontaliers originaires de France

		se rendant en	
		Sarre	Rhénanie-Palatinat
Infirmiers frontaliers résidents en France	1999	125	46
	2007	215	44
	2011	222	41
	évo1999-2011 (%)	+ 77,6 %	- 10,9 %
Aides-soignants frontaliers résidents en France	1999	99	14
	2007	105	23
	2011	86	25
	évo1999-2011 (%)	- 13,1 %	+ 78,6 %

Source : Bundesagentur für Arbeit. Traitements : OIE/IWAK, 2015.

En direction des territoires belges, et du fait de la situation géographique de la **Communauté Germanophone de Belgique**, au nord du Luxembourg, seule la **Wallonie** est attractive pour les travailleurs français.

Les données collectées auprès de l'Office National de la Sécurité Sociale ne permettent pas de distinguer les professions. Seule l'approche par secteurs d'activités est réalisable. Fin 2010, on dénombrait 2 141 personnes entrant en Wallonie en provenance des trois autres pays de la Grande Région, afin de travailler dans l'un des trois secteurs des soins identifiés dans l'étude (et ce, toutes professions comprises). Selon les auteurs du rapport, **plus de 97 % des frontaliers entrants sont originaires de France**, et ils travaillent presque pour moitié (46 %, soit 950 personnes) dans des établissements pour personnes âgées. L'analyse par territoires détaillés fait ressortir que 82 % des frontaliers français se rendent dans la Province du Hainaut (Wallonie) pour y travailler ; autrement dit, la majeure partie des frontaliers résidents en France est probablement originaire des départements du Nord et des Ardennes. Du côté de la frontière avec la Lorraine, les établissements de santé implantés sur Arlon notamment sont attractifs pour les paramédicaux frontaliers.

À destination du **Luxembourg**, les données collectées auprès du Ministère de la Santé permettent de distinguer les paramédicaux selon le pays de résidence, toutefois uniquement pour ceux en poste dans les établissements hospitaliers. Ainsi, sur les 3 574 infirmiers employés dans les hôpitaux luxembourgeois en 2012, 52,3 % sont des frontaliers. Parmi eux, 1 sur 2 est originaire de France (919 personnes). De 2008 à 2012, le nombre d'infirmiers du secteur hospitalier résidant et travaillant au Luxembourg a augmenté de 10,4 % ; du côté des frontaliers résidents en France, cette hausse est de 30,7 %. La situation des aides-soignants est différente : « seulement » 28,5 % sont des frontaliers, toutefois en grande majorité originaires de France (74,9 %). Les auteurs du rapport avancent plusieurs

hypothèses pour expliquer cette moindre représentation des frontaliers parmi les aides-soignants. L'une d'elle suppose que l'écart de rémunération entre le Luxembourg et les pays voisins est probablement moins avantageux dans cette catégorie professionnelle que chez les infirmiers, de sorte que la mobilité transfrontalière est financièrement moins attrayante. Une autre explication pourrait être que l'appareil de formation luxembourgeois est de taille suffisante pour répondre à la majorité des besoins locaux d'emplois, le recours aux aides-soignants frontaliers se faisant moins nécessaire par rapport aux infirmiers.

Enfin, concernant les cadres infirmiers, 46,2 % des 67 professionnels relevant de cette catégorie sont des frontaliers. Parmi eux, 1 sur 2 est originaire de France.

FRONTALIERS ET FRONTALIERS ATYPIQUES

La notion de travailleurs frontaliers, qui désigne tous travailleurs se rendant quotidiennement (ou presque dans un pays voisin pour y exercer son activité professionnelle, doit être nuancée en fonction de la nationalité des dits travailleurs. On parle de **frontaliers atypiques** pour désigner des travailleurs qui réalisent non pas une mobilité de travail, mais de résidence. Autrement dit, il s'agit de personnes établissant leur domicile au-delà de la frontière mais tout en continuant à se rendre quotidiennement dans le pays dont ils ont la nationalité afin d'y exercer leur activité professionnelle.

Sur cette question des frontaliers atypiques, rares sont les données statistiques disponibles⁹². Seules les données en provenance d'Allemagne (issues de la Bundesagentur für Arbeit) permettent de dissocier les entrants selon leur nationalité. Le rapport de l'OIE précité souligne ainsi que, en 2011, **81,0 % des 41 infirmiers quittant la France pour se rendre en Rhénanie-Palatinat et 85,0 % des 222 infirmiers se rendant en Sarre sont des ressortissants allemands** et, par là même, des frontaliers dits atypiques. **Dans le cas des aides-soignants, 41,4 %**

⁹² Une exploitation du recensement de la population de l'INSEE, à un niveau fin des nomenclatures d'emplois et de territoires, qui croiserait la nationalité des actifs exerçant un emploi paramédical et déclarant travailler au-delà de la frontière nationale, apporterait des compléments d'information utiles à la compréhension du phénomène des frontaliers atypiques.

des 86 professionnels se rendant en Sarre et 53,8 % des 25 professionnels se rendant en Rhénanie-Palatinat sont des frontaliers atypiques. Le rapport souligne également que, depuis 1999, la part des frontaliers atypiques a augmenté, tout particulièrement en direction de la Rhénanie-Palatinat. À titre de comparaison, pour l'ensemble des frontaliers, tous métiers inclus, les frontaliers atypiques représentent environ 35 % des flux vers la Sarre et 20 % de ceux vers la Rhénanie-Palatinat.

En direction du Luxembourg, aucune information précise n'est disponible pour caractériser les frontaliers atypiques dans les professions de santé. Toutefois, dans un très récent rapport publié fin 2016 par l'OIE, portant sur la **mobilité des travailleurs frontaliers**, il est mentionné que ce phénomène est récent et de faible ampleur à destination du Luxembourg. L'OIE estime ainsi la part des frontaliers atypiques à 3,3 % de l'ensemble des entrants, quelle que soit la composante grande-régionale d'origine et le métier exercé. Parmi ces 5 508 frontaliers atypiques ainsi identifiés, 21,8 % résident en France, très majoritairement en Lorraine (98,3 %).

LES DIPLÔMES ÉTRANGERS RECONNUS AU LUXEMBOURG

Les auteurs du rapport de l'OIE attirent enfin l'attention sur les données concernant le nombre de diplômes étrangers reconnus, produites par le Ministère de l'Éducation luxembourgeois (jusqu'à pour l'année scolaire 2013-2014). Selon cette source, 720 infirmiers (en 2013) et 153 aides-soignants (en 2012) se sont vus reconnaître leurs diplômes, sans que l'on puisse détailler le pays d'origine. Ces chiffres sont à rapporter aux 101 infirmiers diplômés (en 2013) et aux 95 aides-soignants diplômés (en 2012) sortis de l'appareil de formation luxembourgeois. Depuis 2000, le nombre de diplômés en soins infirmiers reconnus n'a pas cessé d'augmenter (305 en 2000), alors que le nombre de diplômés luxembourgeois reste stable, proche de 100 chaque année. Concernant les aides-soignants, l'évolution du nombre de diplômés luxembourgeois démontre clairement une montée en charge de l'appareil de formation depuis 2000, année où l'on dénombrait 18 diplômés, alors que le nombre de diplômes étrangers reconnus était de 265.

Afin d'actualiser ces données, le GIP LorPM a réalisé une demande de données statistiques auprès du Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (MENJE) intervenant sur le champ de la formation sanitaire (en matière de délivrance de diplôme et de reconnaissance). La réponse apportée est partiellement satisfaisante, du fait d'une réforme de la formation du diplôme d'infirmier intervenue en 2013-2014, qui rattache désormais ce diplôme au Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MESR).

Ce changement d'autorité de tutelle introduit une rupture de série dans les chiffres de diplomation et de reconnaissance des diplômes étrangers. Les données transmises par le MENJE, et présentées ci-après, ne renseignent ainsi que sur les reconnaissances de diplômes

encore réalisées par le MENJE et relatives aux diplômes étrangers équivalents à l'ancien référentiel (celui des diplômes délivrés au sein du Lycée technique pour professions de santé), d'où des effectifs plus faibles que les années précédentes [Fig. 35].

En complément de ces données, le MENJE a également transmis une ventilation du nombre de reconnaissances de diplômes (cumulées sur la période 2013-2015) selon le pays d'origine [Fig. 36]. Selon ces données, 49,7 % des diplômes d'infirmiers étrangers reconnus au Luxembourg et 43,0 % des diplômes d'aides-soignants reconnus ont été délivrés en France.

Fig. 35. Reconnaissances de diplômes étrangers au Luxembourg en 2015

	Effectifs
Aide-soignant	138
Infirmier, dont	182
Infirmier en soins généraux	169
Inf. en anesthésie et réanimation	10
Infirmier en pédiatrie	1
Infirmier psychiatrique	2
Total	320

Source : Ministère de l'Éducation luxembourgeois, 2015. Traitements : LorPM.

Champ : Professions dont la formation est délivrée par le Lycée technique pour professions de santé (LTPS).

Fig. 36. Reconnaissances de diplômes au Luxembourg selon le pays d'origine (cumul 2013-2015)

	Infirmiers (%)	Aides-soignants (%)
Belgique	15,0	23,4
Allemagne	29,7	31,4
France	49,7	43,0
Autres pays	5,6	2,2
Total	100,0	100,0
Nombre total de reconnaissances	1 877	802

Source : Ministère de l'Éducation et Ministère de la santé luxembourgeois, Direction de la Santé - Service des statistiques, 2013-2015. Traitements : LorPM 2016.

5.3. Chômage et parcours professionnels

À PROPOS DU TAUX DE CHÔMAGE DES INFIRMIERS

Au cours des échanges avec les membres des groupes de travail qui ont participé à cette étude, il a pu être évoqué un taux de chômage des infirmiers proche de 14 % en Lorraine au cours des dernières années. Ce chiffre trouve un écho au niveau national du côté du site d'information infirmiers.com⁹³. Celui-ci évoque un taux de chômage des infirmiers de 12,42 % au national, d'après l'enquête menée par ses soins entre le 5 décembre 2014 et le 20 janvier 2015, et à laquelle 2 561 infirmiers diplômés d'État ont répondu⁹⁴.

Ce site renvoie par ailleurs à une enquête de la Fédération Nationale des Étudiants en Soins Infirmiers (FNESI), menée entre janvier et mars 2014 auprès de 3 221 jeunes diplômés (promotions 2009 à 2013), et qui évoque que 14 % des sondés étaient en recherche d'emploi au moment de l'enquête (ce qui ne correspond toutefois pas à un taux de chômage à proprement parler), signe que l'insertion professionnelle des infirmiers serait en péril⁹⁵.

Bien que peu de données soient disponibles pour renseigner précisément sur le chômage des infirmiers, ces résultats appellent plusieurs remarques, qui invitent à minorer aussi bien le taux de chômage des infirmiers que le « péril » qui menacerait l'insertion professionnelle ou les conditions d'emploi des infirmiers. Trois sources d'information ont ainsi été testées :

- Selon l'Enquête Emploi réalisée par l'INSEE, il apparaît que le taux de chômage de la catégorie générique des « Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés », auxquelles appartiennent les infirmiers (ainsi que les professions de la rééducation), était de 3,8 % en France métropolitaine pour l'année 2015. Si l'on considère que le métier d'infirmier est largement féminisé, alors le taux de chômage national des femmes de cette même catégorie est de 3,4 %. Il atteint 5,6 % chez les jeunes femmes de moins de 30 ans, 3,0 % chez les 30-49 ans et 2,3 % chez les 50 ans et plus⁹⁶. Ces taux de chômage sont une valeur moyenne pour l'ensemble des 45 professions qui composent cette

catégorie⁹⁷. Parmi celles-ci, toutes ne sont pas des professions dites réglementées, et l'on peut faire l'hypothèse que le taux de chômage de ces dites professions est probablement inférieur à la valeur moyenne. Autrement dit, et quand bien même les méthodologies d'enquête sont vraisemblablement très différentes entre les différents outils d'observation évoqués ci-dessus, il paraît peu crédible que le taux de chômage des infirmiers en Lorraine, comme au national, soit supérieur de près de 10 points au taux de chômage national de la catégorie socio-professionnelle d'appartenance des infirmiers. Et la dimension géographique ne peut expliquer un tel écart, les taux de chômage (toutes professions comprises) entre le Grand Est et le national étant éloignés de quelques dixièmes seulement⁹⁸. Deux pistes mériteraient d'être explorées pour comprendre l'origine de ce taux de 14 % évoqué en introduction : la première est qu'un taux de chômage aussi élevé ne pourrait être observé qu'à un échelon local relativement fin et/ou de façon conjoncturelle, du fait par exemple du contexte de réallocation des moyens financiers et humains sur les territoires ; la seconde suppose la confrontation de différentes méthodologies statistiques pour constituer les échantillons, afin de s'assurer de leur représentativité avant de généraliser les résultats à l'échelle de la population totale des infirmiers.

- Au recensement de la population de l'INSEE, la catégorie générique des professions intermédiaires de la santé et du travail social, mieux ciblée sur les professions qui nous intéressent que dans l'exemple précédent⁹⁹, affiche pour le Grand Est un taux de chômage en 2013¹⁰⁰ de 5,7 %. Selon le genre, ce taux est de 5,3 % pour les femmes, et de 5,7 % pour les hommes. Selon l'âge, le taux de chômage est de 10,2 % pour les moins de 30 ans, de 4,8 % pour les 30-49 ans et de 4,3 % pour les 50 ans et plus.

⁹³ Ce site appartient à la société privée IZEOS, dont la Mutuelle Nationale Hospitalière dispose d'une participation majoritaire depuis 2014.

⁹⁴ **12,42 % des infirmiers sont au chômage**, Aurélie TRENTESE, avril 2015, source : www.infirmiers.com. Précisons qu'aucune information statistique ne renseigne sur la représentativité de l'échantillon de répondants, ou sur son éventuelle déformation par rapport à la population totale des infirmiers.

⁹⁵ **Chômage infirmier et précarisation : la vérité par les chiffres**, Bernadette FABREGAS, juin 2014, source : www.infirmiers.com. Ou encore, sur le site internet de la fédération syndicale dont dépend la FNESI (la FAGE), où il est précisé que 3 221 répondants volontaires ont rempli le formulaire en ligne, disponible à partir de janvier 2014, et que cet échantillon est « représentatif de l'échantillon de population et en adéquation avec la moyenne de la population cible générale (âge, sexe, et année de diplôme) ». Source : <http://www.fage.org/news/actualites-fage-federations/2014-06-18.fage-enquete-FNESI-difficultes-insertion-professionnelle-et-precarisation-de-l-emploi-infirmier.htm>.

⁹⁶ Des investigations complémentaires pourraient être menées en lien avec l'INSEE qui, sous certaines conditions statistiques, peut régionaliser les résultats de l'Enquête Emploi.

⁹⁷ Cette catégorie comprend : les professeurs des écoles, les instituteurs et assimilés, les professions intermédiaires de la santé et du travail social, le clergé et le personnel religieux et les professions intermédiaires administratives de la fonction publique.

⁹⁸ Source : INSEE, taux de chômage localisés. Le taux de chômage observé en Grand Est au troisième trimestre 2015 était de 10,4 %, et celui pour la France métropolitaine de 10,1 %. Au troisième trimestre 2016, le taux de chômage est de 9,9 % en Grand Est, et celui de la France métropolitaine de 9,7 % (données provisoires).

⁹⁹ Catégorie qui comprend : les infirmiers et les sages-femmes, les spécialistes de la rééducation, les techniciens médicaux et préparateurs de pharmacie, les spécialistes de l'intervention socio-éducative et les animateurs socioculturels et de loisirs.

¹⁰⁰ Rappelons que le Recensement de la population labellisé '2013' repose sur une collecte d'informations qui s'est étalée de 2011 à 2015.

- L'enquête Génération 2013 du Céreq¹⁰¹, qui renseigne sur les parcours d'entrée dans la vie active des jeunes au cours des trois années qui suivent la sortie de formation initiale (en 2010), fait apparaître un taux de chômage national des diplômés d'un bac+2/3 de la santé¹⁰² de 1 % au printemps 2013, à comparer avec un taux de 50 % pour les jeunes sortis sans aucun diplôme de l'école, 26 % pour les diplômés de l'enseignement secondaire, 16 % pour les sortants de l'une des trois années de Licence, 10 % pour l'une des deux années de Master et 6 % pour les Docteurs¹⁰³. Par ailleurs, les résultats présentés sur les parcours professionnels des diplômés d'un Bac+2/3 de la santé soulignent également la rapidité de l'insertion, sa qualité et sa durabilité.

LES PARCOURS PROFESSIONNELS DES INFIRMIERS

L'enquête Génération 2013 précise en effet que 90 % des diplômés d'un bac+2/3 de la santé ont connu une trajectoire d'accès immédiat et durable à l'emploi, c'est-à-dire que la plus grande partie des trois années qui suivent la formation initiale s'est déroulée en emploi, et la plupart des jeunes ayant suivi ce type de parcours n'a même jamais connu le chômage. En complément, 7 % de ces diplômés ont connu un accès à l'emploi moins immédiat, bien que rapide tout de même (4 mois de chômage en moyenne pour l'ensemble des jeunes concernés par cette trajectoire, tout diplôme compris), 1 % a connu un accès progressif à l'emploi après une période significative de chômage (15 mois cumulés en moyenne au cours des trois années) ou d'inactivité (12 mois cumulés en moyenne) et 2 % ont connu, à l'inverse, une sortie d'emploi vers le chômage (18 mois cumulés d'emploi en moyenne au cours des trois années) ou l'inactivité (13 mois d'emploi cumulés en moyenne).

Les débuts de carrière ne reflètent toutefois pas toujours les situations rencontrées par la suite, mais nous manquons de données statistiques pour éclairer la suite des parcours. La définition même de la notion de carrière ne va pas de soi, tant les parcours professionnels peuvent être diversifiés. Plusieurs participants des comités techniques ont en effet pu rappeler que les infirmiers construisaient leurs parcours professionnels en changeant de fonctions, de spécialisations, de services, d'établissements et d'employeurs, parfois en alternance avec des périodes d'inactivité¹⁰⁴.

Quelques pistes complémentaires pourraient être explorées pour alimenter les réflexions sur les carrières des professionnels de santé :

- Le répertoire des professionnels ADELI, qui renseigne sur les paramédicaux en activité (hors aides-soignants), pourrait faire l'objet d'une exploration longitudinale, et ce malgré les limites de cette source (réaffectation d'un nouvel identifiant dès qu'un professionnel change de département, informations qui ne sont pas toujours actualisées par les professionnels, etc.).
- Une seconde piste pourrait être de recomposer les parcours des paramédicaux à partir des données établies par les organismes de sécurité sociale, qui collectent diverses informations sur les carrières professionnelles en vue notamment de calculer les droits à la retraite. La principale limite de cet exercice est que, comme évoqué précédemment, certains professionnels de santé alternent entre salariat public, salariat privé et exercice libéral (parfois en changeant également de métiers), autant de statuts qui sont couverts par des régimes sociaux différents. Or, les données produites par les uns et les autres ne se « parlent » pas directement, si bien que les carrières ne peuvent être recomposées aisément à des fins d'études¹⁰⁵.

¹⁰¹ Centre d'Étude et de Recherche sur l'Emploi et les Qualifications : www.cereq.fr.

¹⁰² Sont compris dans cette catégorie les diplômés en soins infirmiers et les puéricultrices, les professionnels de la rééducation (kinésithérapeutes, pédicures, ergothérapeutes, psychomotriciens) et les manipulateurs en électroradiologie. Par ailleurs, compte-tenu de la nomenclature des formations utilisées dans l'enquête et de la petitesse des effectifs concernés, les diplômés sages-femmes sont également pris en compte dans cette catégorie. Pour plus d'information sur les résultats de cette enquête :

- **Quand l'école est finie, premiers pas dans la vie active de la génération 2010 – enquête 2013**, Céreq, 2014.

- **Faire des études supérieures, et après ?**, Enquête Génération 2010 – interrogation 2013, Céreq, NEF n° 52, septembre 2015.

¹⁰³ Le Céreq peut, sur demande, contractualiser pour une extension de l'enquête à un niveau régional et/ou sur une formation donnée. À titre d'exemple, les pouvoirs publics lorrains ont financé à deux reprises une extension sur les sortants de l'appareil de formation régional (enquêtes Génération 2004 et Génération 2007), et par ailleurs, au niveau national, rappelons que la DREES a financé une enquête génération sur les sept premières années de vie active des infirmiers sortis de l'école en 1998 (DREES, **Les sept premières années de carrière des infirmiers diplômés en 1998**, n° 671, décembre 2008). Pour l'heure, les prochains résultats nationaux porteront sur l'enquête Génération 2016, c'est-à-dire sur les jeunes sortis de formation en 2013. Les premières publications sont attendues courant 2017.

¹⁰⁴ Le lecteur pourra se reporter utilement aux travaux de la sociologue de la santé Sophie DIVAY (actuellement Maîtresse de conférence à l'Université de Reims-Champagne-Ardenne), et plus particulièrement à l'article intitulé : **Les carrières des infirmières, plus horizontales que verticales** (Net.Doc n° 90, Céreq, mars 2012).

¹⁰⁵ Ce type d'exercice pourrait être envisagé en partenariat avec la CNAV et l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), déjà expérimenté sur l'exploitation des données issues du Système National de Gestion des Carrières (qui renseigne sur les carrières des salariés du secteur privé uniquement), dans le cadre du projet HYGIE (système d'information sur les indemnités journalières). Pour plus d'informations : www.irdes.fr.

► Les paramédicaux en recherche d'emploi

Un taux de chômage faible ne signifie pas que les professionnels concernés ne rencontrent pas des difficultés pour accéder au marché du travail. Il indique simplement que la part de personnes en recherche d'emploi parmi l'ensemble des actifs, occupés et inoccupés, est plus faible que celui observé pour d'autres métiers ou par rapport à la valeur moyenne.

Les statistiques présentées ci-après sont issues de Pôle Emploi. L'Annexe n°10 détaille le contenu de la nomenclature des métiers utilisée par Pôle Emploi dans le champ des professions paramédicales. Précisons que les informations collectées auprès des demandeurs d'emploi concernant le métier recherché reposent sur du déclaratif, et les diplômes afférents ne font pas l'objet d'une vérification. Autrement dit, une personne peut déclarer rechercher un emploi d'infirmier sans pour autant être diplômé du métier. Il est toutefois impossible d'estimer la part réelle de déclarations qui ne peuvent se concrétiser pour ce motif, même si l'on peut vraisemblablement penser qu'elles sont minoritaires (la majorité des personnes recherchent des métiers pour lesquels ils ont des chances d'être employés directement).

La **Figure 37** détaille l'évolution 2010-2017 du nombre de demandeurs d'emploi inscrits auprès de Pôle Emploi dans l'une des professions paramédicales visées par cette étude, et tenus de réaliser des « actes positifs de recherche d'emploi » (catégories A, B, et C). En complément, l'Annexe n°11 présente ces mêmes données mois après mois, qui illustrent la très forte saisonnalité des inscriptions.

Au cours des sept dernières années, **le nombre d'inscrits a connu la plus forte augmentation du côté des infirmiers spécialisés**, de l'ordre de + 325 %, pour atteindre 170 personnes en février 2017. **Le principal effectif d'inscrits est toutefois celui des demandeurs recherchant un emploi d'aide-soignant, estimé à 3 270** pour l'ensemble du Grand Est en fin de période (+ 157,5 %). À titre de comparaison, le nombre total de demandeurs d'emplois, tous métiers recherchés, s'est accru de + 39,3 % sur la période, pour atteindre 471 360 inscrits en février 2017.

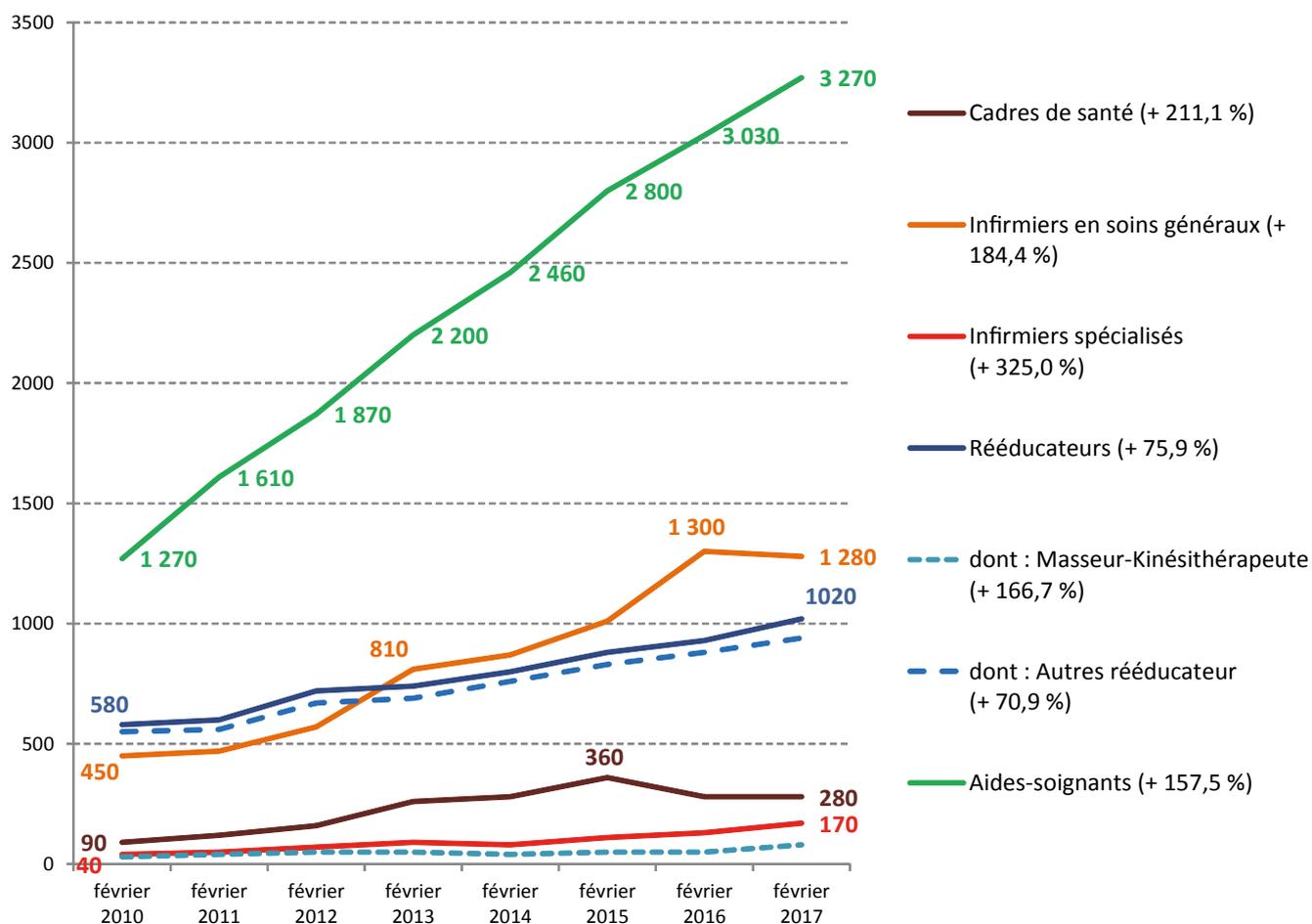
Le profil des demandeurs d'emploi s'est par ailleurs transformé entre février 2010 et février 2017 [Fig. 38]. D'une part, les demandeurs sont de plus en plus âgés, et l'on observe un accroissement de la proportion des 50 ans et plus chez les paramédicaux, bien qu'à un niveau inférieur à celui observé tous métiers recherchés ; d'autre part, **la durée d'inscription auprès de Pôle Emploi s'est allongée.**

À titre d'exemple, la proportion des demandeurs recherchant un emploi d'infirmier en soins généraux inscrits depuis moins de 3 mois est ainsi passée de 37,8 % en 2010 à 24,2 % en 2017 ; à l'inverse, la proportion de chômeurs de longue durée (1 an et plus) est passée pour ces mêmes années de 22,2 % à 36,7 %. **Par comparaison avec les demandeurs d'emploi tous métiers recherchés, les proportions observées pour les paramédicaux restent plus favorables** (20,7 % ont connu une durée d'inscription inférieure à 3 mois en 2017, et 44,0 % ont connu un chômage de longue durée).

Pour les professions d'infirmiers en soins généraux et d'aides-soignants, qui recueillent un volume d'inscrits suffisant pour se livrer à une analyse statistique à un niveau géographique plus fin, **l'analyse par départements fait apparaître une répartition des demandeurs d'emploi proche de celle des grandes masses de population**, et donc des activités de santé et des professionnels en emploi. Pour 2013, année qui permet de comparer les données de Pôle Emploi avec celles du recensement de la population de l'INSEE, **la Moselle et le Bas-Rhin sont ainsi les deux départements qui comptabilisent le plus de demandeurs d'emploi, comme d'actifs en emploi**, et ce quelle que soit la profession paramédicale visée [Fig. 39].

Afin de faire apparaître les spécificités départementales, la répartition des demandeurs d'emploi a été rapportée à la répartition des actifs en emploi ; dans ce calcul, les actifs en emploi constituent ainsi les valeurs de référence, au sens statistique du terme. Il en ressort un indice de spécificité qui, lorsqu'il est inférieur à 1, signale une sous-représentation des demandeurs d'emploi par rapport à la référence, et lorsqu'il est supérieur à 1, une surreprésentation. L'indice de spécificité, présenté également en **Figure 39**, met ainsi en exergue la **surreprésentation statistique des demandeurs d'emploi recherchant un poste d'infirmiers en soins généraux dans le département de l'Aube** (la part des demandeurs d'emploi y est de 1,4 fois supérieure à celle des actifs en emploi), ainsi que la **surreprésentation des demandeurs d'emploi recherchant un poste d'aide-soignant dans les départements des Ardennes et de la Haute-Marne** (indice respectivement égal à 1,2 et 1,3).

Fig. 37. Évolution annuelle du nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois du Grand Est (cat. A, B, C), de 2010 à 2017



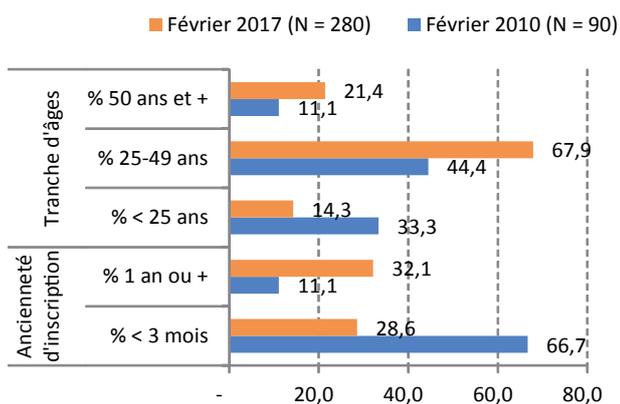
Source : Pôle emploi - STMT, Données brutes. Traitements : LorPM, 2016.

Champ : Demandeurs d'emploi inscrits en fin de mois à Pôle emploi, catégorie : A et B et C (tenus de réaliser des « actes positifs » de recherche d'emploi).

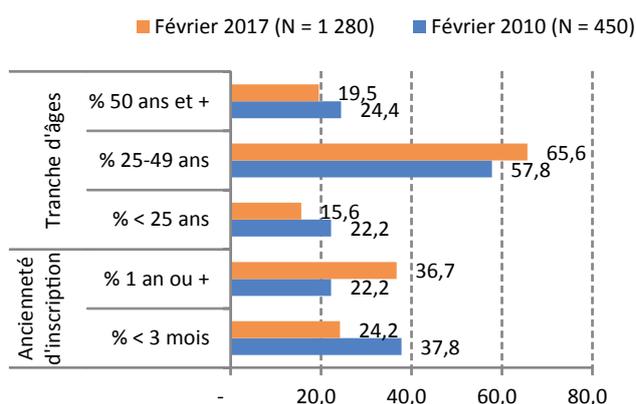
Remarque : les données diffusées par Pôle emploi sont arrondies à la dizaine.

Fig. 38. Comparaison 2010-2017 du profil des demandeurs d'emploi par métiers, selon l'âge et l'ancienneté d'inscription

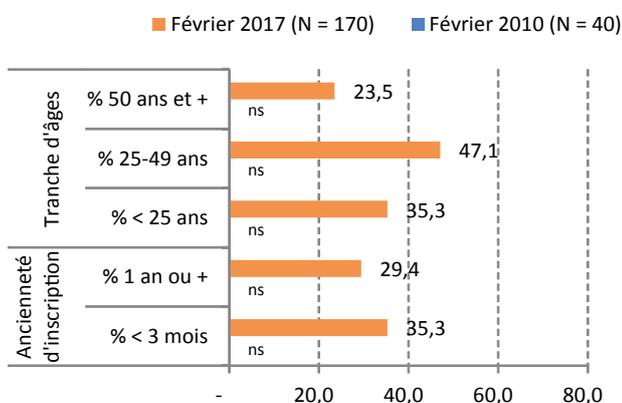
Coordination de services médicaux ou paramédicaux



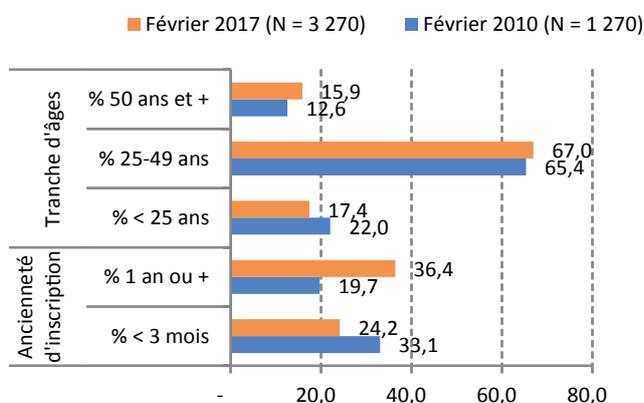
Infirmiers en soins généraux



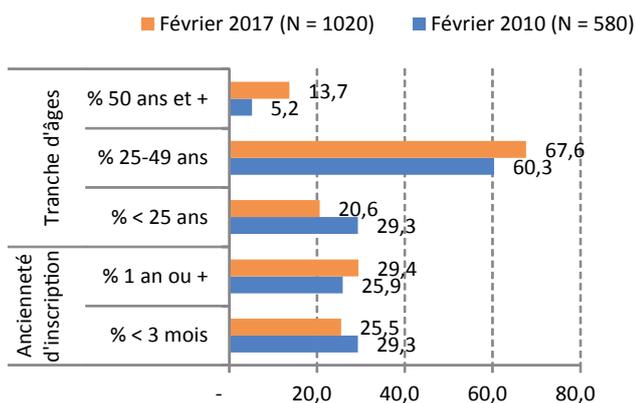
Infirmiers spécialisés



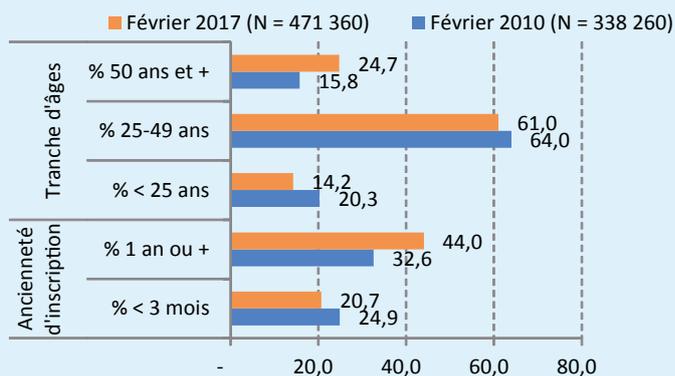
Aides-soignants



Ensemble des rééducateurs



Ensemble des demandeurs d'emplois (tous métiers recherchés)



Source : Pôle emploi - STMT, Données brutes ; INSEE, recensement de la population 2013, données localisées au lieu de travail. Traitements : LorPM, 2016.

Champ : Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi au 31 décembre 2013, catégorie : A et B et C (tenus de réaliser des « actes positifs » de recherche d'emploi) et actifs ayant un emploi au recensement de la population de 2013.

Remarques : les données diffusées par Pôle Emploi sont arrondies à la dizaine ; l'ancienneté d'inscription mesure le nombre de jours où le demandeur d'emploi a été inscrit, de façon continue.

Fig. 39. Structure des demandeurs d'emploi (cat. A, B, C ; décembre 2013) et des actifs en emploi (2013) du Grand Est, selon la profession exercée et le département

	Infirmiers en soins généraux, salariés et libéraux			Aides-soignants		
	Demandeurs d'emploi	Actifs en emploi	Indice de spécificité	Demandeurs d'emploi	Actifs en emploi	Indice de spécificité
Ardennes (08)	3,5	4,0	0,88	6,56	5,49	1,19
Aube (10)	5,8	4,1	1,42	6,15	5,47	1,12
Bas-Rhin (67)	17,4	21,8	0,80	15,98	18,20	0,88
Haute-Marne (52)	3,5	3,1	1,14	4,51	3,54	1,27
Haut-Rhin (68)	14,0	13,0	1,07	12,30	13,75	0,89
Marne (51)	10,5	10,6	0,98	11,48	10,32	1,11
Meurthe-et-Moselle (54)	16,3	14,7	1,11	14,75	14,68	1,01
Meuse (55)	3,5	3,4	1,02	3,69	3,99	0,92
Moselle (57)	18,6	19,4	0,96	15,98	16,83	0,95
Vosges (88)	5,8	5,9	0,98	8,20	7,72	1,06
Total Grand Est	100,0	100,0	1,00	100,00	100,00	1,00
Effectifs	860	41 894		2 440	37 245	

Source : Pôle emploi - STMT, Données brutes ; INSEE, recensement de la population 2013, données localisées au lieu de travail. Traitements : LorPM, 2016.

Champ : Demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi au 31 décembre 2013, catégorie : A et B et C (tenus de réaliser des « actes positifs » de recherche d'emploi) et actifs ayant un emploi au recensement de la population de 2013.

Remarque : les données diffusées par Pôle Emploi sont arrondies à la dizaine.

► Les « besoins de recrutement » exprimés par les directeurs d'établissements

Peu de sources d'informations renseignent de façon homogène sur les besoins en recrutement exprimés par les Directeurs d'établissements, selon les territoires, les secteurs d'activités et les métiers. **La seule véritable source existante est l'enquête annuelle « Besoins de Main-d'Œuvre » (BMO), réalisée par Pôle Emploi¹⁰⁶.** Cette enquête interroge les employeurs sur les projets de recrutement estimés pour l'année à venir, et demande à l'employeur d'apprécier la difficulté à pourvoir ces postes. Rappelons toutefois qu'il ne s'agit que de besoins exprimés, qui ne donneront pas tous lieu au dépôt d'une offre d'emploi auprès d'une agence pour l'emploi ou d'un intermédiaire (agence d'intérim, etc.), et encore moins à une embauche. Les travaux complémentaires à l'enquête BMO soulignent par ailleurs la grande volatilité des besoins exprimés par les employeurs au cours des semaines et des mois qui suivent l'enquête, fonction notamment de la conjoncture économique. Les données sont présentées selon la nomenclature des Familles Professionnelles (FAP), élaborée par la DARES [Annexe n°12].

En 2016, selon cette enquête, 1 862 projets de recrutement d'infirmiers ont été exprimés, dont 9,2 % étaient jugés difficiles à recruter (28,9 % pour l'ensemble des projets exprimés en Grand Est, tous métiers compris) [Fig. 40]. En fonction des années, le nombre de projets varie du simple au double (967 projets en 2015), et la part de projets jugés difficiles à pourvoir oscille également fortement (31,2 % en 2015). Concernant les aides-soignants, 3 998 projets ont été exprimés en

2016, le quart étant jugé difficile à recruter (26,8 %). Enfin, concernant les professionnels de la rééducation, 438 projets sont recensés dans l'enquête en 2016, dont 63,2 % sont jugés difficiles à recruter (une proportion inférieure à celle observée les années passées). La **Figure 41** présente ces données par département.

Afin de proposer une **estimation de l'intensité du besoin en recrutement**, le nombre de besoins par départements a été rapproché du nombre de professionnels en poste. Compte-tenu de la forte variabilité du nombre de besoins exprimés par les Directeurs d'établissements, le calcul proposé en **Figure 42** rapporte un nombre moyen de besoins exprimés (entre 2013 et 2016) aux données sur les actifs en emploi du recensement de la population de 2013 (dont la collecte a été réalisée entre 2011 et 2015).

Selon cet indicateur, c'est dans les départements du Bas-Rhin et de la Moselle que des besoins de recrutements en infirmiers ont été le plus fréquemment exprimés au cours de la période 2013-2016, avec respectivement 5,7 besoins et 4,2 pour 100 infirmiers déjà en postes. Concernant les aides-soignants, les besoins exprimés rapportés aux actifs en poste sont les plus nombreux dans les Ardennes et le Haut-Rhin (respectivement 9,5 besoins et 8,1 pour 100 aides-soignants en poste). C'est également dans les Ardennes que les besoins exprimés de rééducateurs sont les plus nombreux, de l'ordre de 7,7 besoins pour 100 rééducateurs en poste, immédiatement suivi du département de la Haute-Marne (6,1).

¹⁰⁶ Pour plus d'informations sur cette enquête : <http://statistiques.pole-emploi.org/bmo/static/bmoenquete2016>.

Précisons que dans cet exercice, l'ensemble des projets, y compris saisonniers, ont été pris en compte. Par ailleurs, faute de données détaillées disponibles sur les conditions d'emploi, cet indicateur est calculé indépendamment du type de contrat de travail et de la

durée du temps de travail, etc. Autrement dit, un besoin qui porterait sur un demi équivalent temps plein vaut autant qu'un besoin à temps plein, à savoir un poste.

Fig. 40. Évolution des « besoins » de paramédicaux exprimés par les employeurs entre 2013 et 2016

		2016	2015	2014	2013
Besoins en infirmiers	Nombre de projets de recrutement	1 862	967	1 534	1 151
	% difficultés à recruter	9,2	31,2	9,4	22,2
	% emplois saisonniers	29,5	8,9	9,1	10,8
Besoins en aides-soignants	Nombre de projets de recrutement	3 998	3 197	3 365	3 241
	% difficultés à recruter	26,8	35,5	27,0	45,5
	% emplois saisonniers	22,3	20,8	21,8	17,6
Besoins en professionnels de la rééducation	Nombre de projets de recrutement	438	367	408	354
	% difficultés à recruter	63,2	72,8	70,1	77,4
	% emplois saisonniers	9,8	5,9	2,4	13,1
Ensemble des paramédicaux	Nombre de projets de recrutement	6 298	4 530	5 307	4 746
	% difficultés à recruter	24,1	37,6	25,2	42,2
	% emplois saisonniers	23,6	17,0	16,6	15,6
Ensemble des besoins exprimés	Nombre de projets de recrutement	136 388	130 773	129 483	116 167
	% difficultés à recruter	28,9	30,3	30,1	38,0
	% emplois saisonniers	44,3	42,9	42,8	39,9

Source : Pôle Emploi, Besoins en Main-d'Œuvre 2013 à 2016. Traitements : LorPM, 2016.

Fig. 41. Besoins de paramédicaux selon les départements, en 2016

	Projets de recrutement	Infirmiers		Aides-soignants			Rééducateurs		
		Part des projets difficiles à recruter (%)	Part des emplois saisonniers (%)	Projets de recrutement	Part des projets difficiles à recruter (%)	Part des emplois saisonniers (%)	Projets de recrutement	Part des projets difficiles à recruter (%)	Part des emplois saisonniers (%)
Ardennes (08)	48	8,4	31,0	231	36,7	33,2	28	88,0	-
Aube (10)	54	10,5	3,1	192	27,7	28,5	26	100,0	-
Bas-Rhin (67)	506	8,7	20,6	985	24,2	15,8	79	24,8	12,6
Haute-Marne (52)	17	71,0	29,0	16	27,8	45,2	23	72,3	5,4
Haut-Rhin (68)	201	16,0	21,0	445	21,4	35,0	60	50,3	23,1
Marne (51)	99	32,9	26,2	342	55,3	39,9	39	95,0	-
Meurthe-et-Moselle (54)	408	2,2	82,2	578	20,2	16,3	48	45,3	11,9
Meuse (55)	17	-	14,1	58	51,6	42,6	18	100,0	-
Moselle (57)	422	2,6	4,1	850	25,7	13,2	90	74,9	13,7
Vosges (88)	91	22,4	1,1	301	14,0	25,1	28	58,2	-
Total	1 862	9,2	29,5	3 998	26,8	22,3	438	63,2	9,8

Source : Pôle Emploi, Besoins en Main-d'Œuvre 2016. Traitements : LorPM, 2016.

Fig. 42. Indice moyen de besoins exprimés

	Moyens des besoins exprimés sur la période 2013-2016 (a)			Actifs en emploi au recensement de la population 2013 (b)			Indice moyen de besoins exprimés par les directeurs d'établissements ((a)/(b) x 100)		
	Infirmiers	Aides-soignants	Rééducateurs	Infirmiers	Aides-soignants	Rééducateurs	Infirmiers	Aides-soignants	Rééducateurs
Ardennes (08)	50	183	28	2 046	1 928	367	2,4	9,5	7,7
Aube (10)	44	135	24	2 038	1 948	504	2,2	6,9	4,8
Bas-Rhin (67)	384	732	67	6 778	10 857	2 405	5,7	6,7	2,8
Haute-Marne (52)	37	92	14	1 320	1 495	222	2,8	6,2	6,1
Haut-Rhin (68)	173	542	69	5 122	6 673	1 336	3,4	8,1	5,2
Marne (51)	133	310	42	3 843	5 238	907	3,5	5,9	4,6
Meurthe-et-Moselle (54)	207	536	40	5 466	7 395	1 690	3,8	7,3	2,4
Meuse (55)	26	95	12	1 487	1 642	255	1,7	5,8	4,7
Moselle (57)	265	627	68	6 270	9 625	1 683	4,2	6,5	4,0
Vosges (88)	61	198	29	2 874	2 961	591	2,1	6,7	4,9
Total Grand Est	1 379	3 450	392	37 245	49 762	9 959	3,7	6,9	3,9

Source : Pôle Emploi, Besoins en Main-d'Œuvre 2013-2016 ; INSEE, recensement de la population 2013. Traitements : LorPM.

5.4. Les projections d'emploi liées à la dépendance

PROSPECTIVE DES EMPLOIS DE PARAMÉDICAUX D'ICI 2020...

► Éléments de méthode

Dans le cadre du partenariat d'études entre le GIP LorPM et l'INSEE, placé sous la coordination des membres du Comité Technique de l'axe 2 de l'étude, une simulation des besoins en emploi de paramédicaux dédiés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes d'ici 2020 a été réalisée¹⁰⁷.

L'exercice prospectif ne résout toutefois pas l'incertitude de ce que nous réserve l'avenir. Il propose simplement une grille de lecture de ce qui pourrait advenir, toutes choses égales par ailleurs. La temporalité est également un facteur déterminant pour la fiabilité de l'étude : plus les projections s'éloignent dans le temps et plus le degré d'incertitude augmente, impactant directement le degré de contingence de la prospective.

D'une façon générale, les échelles de temps utilisées dans les projections d'emploi sont rarement supérieures à dix ans, tant l'exercice se révèle hypothétique au regard du nombre de paramètres qui entrent en ligne de compte : démographie des professionnels, coexistence de différents régimes sociaux, réformes des retraites, réformes de la formation qui impactent les flux d'entrants sur le marché du travail, évolutions des réglementations et législations qui structurent l'activité, évolution des technologies, diversité des parcours professionnels selon le type d'employeur, etc. Faute de pouvoir intégrer de façon exhaustive ces paramètres, seuls ceux jugés comme les plus déterminants

dans les évolutions à venir sont pris en compte, et ils s'inscrivent dans différents jeux d'hypothèses, relevant généralement de trois registres : scénarii optimiste, central ou pessimiste.

Dans le cadre de l'étude, l'exercice de projection d'emplois combine :

- l'évolution démographique de la population générale, projetée sur la période 2008-2030 à partir du modèle OMPHALE de l'INSEE, selon le scénario central ;
- l'application à la population générale des taux de dépendance (GIR 1 à 4) par âge et sexe observés à partir de l'enquête Handicap-Santé en 2008, afin de projeter un nombre de personnes dépendantes en 2030, selon le scénario pessimiste (augmentation de la durée de vie en situation de dépendance légère, celle en dépendance lourde restant inchangée).
- les projections d'emplois liés à la dépendance réalisées à l'horizon 2020. Pour estimer **le nombre de professionnels en établissement**, les projections sont fonction du taux d'encadrement, du nombre de lits en établissement pour personnes âgées et de l'évolution du nombre de résidents accueillis. Ces deux premiers indicateurs sont établis à partir de l'enquête EHPA de 2011, et maintenus constants. Pour estimer **le nombre de professionnel intervenant au domicile**, les projections sont fonction du taux de recours aux professionnels et du temps moyen passé auprès des patients. Ces deux indicateurs sont établis à partir de l'enquête Handicap-Santé de 2008, et également maintenus constants **[Encadré n°3]**.

¹⁰⁷ Cf. INSEE Analyses, n° 34, février 2017, auparavant cité.

Encadré n° 3. Définitions

L'emploi en institution concerne les professionnels infirmiers diplômés d'État, les aides-soignants, ainsi que le personnel médical et paramédical exerçant dans les catégories d'établissement suivantes : maisons de retraite, établissements expérimentaux et d'hébergement temporaire, USLD et logements-foyers (chacun avec la distinction EHPAD et non-EHPAD).

L'emploi à domicile rassemble les infirmiers libéraux ou exerçant dans des services de soins infirmiers, les aides-soignants et les autres professionnels paramédicaux (ergothérapeute, kinésithérapeute, etc.) accompagnant les personnes âgées dépendantes à domicile (GIR 1 à 4, vivant seules ou non).

Deux scénarii d'emplois dédiés à la dépendance ont été construits spécifiquement pour l'étude, afin de définir l'étendue des possibles :

- Un premier scénario (dénommé B) qui suit la tendance moyenne d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et de résidents accueillis en institution et projette l'emploi en conséquence. Les résultats sont présentés immédiatement après ;
- Un second scénario théorique (dénommé D), qui fige le nombre de résidents en institution sur les effectifs observés en 2011 et fait varier uniquement l'emploi à domicile sur la base de l'augmentation projetée du nombre de personnes âgées dépendantes.

► Principaux résultats (scénario B)

Pour rappel, selon les projections démographiques à l'horizon 2030 établies par l'INSEE, le Grand Est comptabiliserait plus de 1 724 000 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 30 % de plus qu'en 2013. Le nombre de personnes de 80 ans ou plus augmenterait fortement (+ 36 %), et plus particulièrement dans les départements du Bas-Rhin (+ 44 %), du Haut-Rhin (+ 42 %), et de la Marne (+ 41 %). Corrélativement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, le nombre de personnes en situation de dépendance devrait également augmenter, du fait de la forte présence des octogénaires, notamment à partir de 2025, plus fréquemment exposés à la dépendance lourde (GIR 1 et 2). Dans le schéma de prise en charge actuel de la dépendance, la dépendance lourde induit le plus souvent une prise en charge en établissement.

En 2011, d'après les données de l'enquête nationale auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (enquête EHPA), près de 61 600 personnes âgées étaient prises en charge dans des établissements pouvant accueillir des personnes âgées dépendantes. Près de neuf résidents sur dix vivaient dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), bénéficiant

d'une assistance permanente du personnel. Si la tendance récente d'évolution du nombre de résidents en institution se poursuivait, l'offre d'hébergement dans le Grand Est devrait atteindre 90 000 places en 2020, dont 56 700 places dans les maisons de retraite EHPAD et 9 950 places dans les unités de soins de longue durée médicalisées. Toujours en 2011, les établissements pour personnes âgées du Grand Est comptaient près de 34 800 emplois, dont 33 400 dans les EHPAD et 1 300 dans les autres établissements d'hébergement. À taux d'encadrement constant, **les besoins en personnel devraient croître de près de 35 % entre 2011 et 2020, soit 12 000 emplois supplémentaires** (en équivalent temps plein). Au total, ce sont près de 50 000 emplois qui seraient nécessaires pour le fonctionnement des établissements.

Dans le détail des professions exercées en établissement, plus de 15 000 aides-soignants (soit 40 % de plus qu'en 2011) et près de 5 000 infirmiers (+ 50 %) devraient ainsi être en service auprès des personnes âgées dans les établissements en 2020. La structure du personnel en établissement selon les professions devrait peu évoluer par rapport à 2011 : en 2020, les aides-soignants représenteraient 32 % des effectifs et les infirmiers 11 % (+ 1 point par rapport à 2011) [Fig. 43].

À l'échelon départemental, **l'augmentation du nombre de professionnels dans les établissements accueillant des personnes âgées devrait être particulièrement soutenue dans le Haut-Rhin (+ 55,8 %)**, avec 7 800 personnels nécessaires en 2020, dont 2 600 aides-soignants et près de 900 infirmiers. En Meurthe-et-Moselle, le nombre de professionnels devrait également s'accroître fortement, pour un besoin total de 5 600 professionnels à l'horizon 2020, notamment des aides-soignants (près de 1 800). L'augmentation serait plus modérée en Haute-Marne et dans l'Aube, de l'ordre de + 5,7 % et + 8,4 %, soit respectivement 1 400 et 2 500 professionnels seraient nécessaires pour répondre aux besoins [Fig. 44]. La structure du personnel selon les différentes familles de métiers est relativement semblable d'un département à l'autre. **C'est toutefois dans les Ardennes que les aides-soignants et les infirmiers représenteraient les plus fortes proportions parmi l'ensemble du personnel** (respectivement 34,1 % et 11,7 % contre 32,3 % et 10,5 % en région).

Concernant **les professionnels intervenant au domicile des patients**, près de 45 400 emplois seront nécessaires en 2020, si les taux de recours actuels aux professionnels et le temps moyen passé par ceux-ci aux domiciles des personnes âgées dépendantes restent constants. Si les principaux volumes attendus sont ceux des aides ménagères (27 000, soit 60 % de l'emploi à domicile lié à la dépendance), le nombre d'infirmiers est estimé à près de 10 300 postes et celui des aides-soignants à 3 200 postes [Fig. 45].

Fig. 43. Répartition des effectifs par professions dans les établissements du Grand Est accueillant des personnes âgées en 2011 et 2020

	Effectifs en 2011	Effectifs nécessaires en 2020	Évolution 2011-2020
Personnels de direction et d'encadrement	1 232	1 692	+ 37,3
Personnels des services généraux	5 757	7 819	+ 35,8
Infirmiers	3 300	4 937	+ 49,6
Aides-soignants	10 798	15 131	+ 40,1
Agents de service hospitalier ou de service	9 110	11 535	+ 26,6
Autres personnels	4 574	5 764	+ 26,0
Total	34 771	46 879	+ 34,8

Source : INSEE, projections d'emplois - Scénario démographique central, scénario de dépendance pessimiste.

Fig. 44. Ventilation par départements des professionnels en poste dans les établissements accueillant des personnes âgées en 2020

Professionnels intervenant en établissement	Personnels de direction et d'encadrement	Personnels des services généraux	Infirmiers	Aides-soignants	Agents de service hospitalier ou de service	Autres personnels	Total	Part des infirmiers (%)	Part des aides-soignants (%)	Évolution 2011-2020 (%)
Ardennes (08)	68	294	238	694	504	238	2 035	11,7	34,1	+ 38,4
Aube (10)	91	425	256	806	636	318	2 532	10,1	31,8	+ 8,4
Bas-Rhin (67)	179	865	449	1 399	1 090	570	4 553	9,9	30,7	+ 26,6
Haute-Marne (52)	51	236	151	463	361	178	1 440	10,5	32,2	+ 5,7
Haut-Rhin (68)	214	1 041	572	1 797	1 325	691	5 641	10,1	31,9	+ 42,1
Marne (51)	64	280	209	620	464	224	1 860	11,2	33,3	+ 29,2
Meurthe-et-Moselle (54)	284	1 319	830	2 545	1 942	964	7 885	10,5	32,3	+ 34,3
Meuse (55)	312	1 399	969	2 907	2 183	1 074	8 844	11,0	32,9	+ 37,5
Moselle (57)	268	1 184	873	2 592	1 948	938	7 803	11,2	33,2	+ 55,8
Vosges (88)	161	775	390	1 309	1 082	568	4 285	9,1	30,5	+ 30,5
Grand Est	1 692	7 819	4 937	15 131	11 535	5 764	46 879	10,5	32,3	+ 34,8

Source : INSEE, projections d'emplois - Scénario démographique central, scénario de dépendance pessimiste.

Fig. 45. Professionnels intervenant au domicile des personnes âgées du Grand Est en 2011 et 2020

	Effectifs en 2011	Effectifs nécessaires en 2020	Évolution 2011-2020
Infirmiers, services de soins infirmiers	7 587	10 303	+ 35,8
Aides-soignants	2 341	3 179	+ 35,8
Autres professionnels paramédicaux	1 386	1 862	+ 34,3
Aide ménagère, aide à domicile, etc.	19 847	27 256	+ 37,3
Autres	2 087	2 762	+ 32,3
Ensemble	33 249	45 362	+ 36,4

Source : INSEE, projections d'emplois - Scénario démographique central, scénario de dépendance pessimiste.

C'est dans les départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin que l'augmentation du nombre de professionnels intervenant au domicile des personnes âgées pourrait être le plus important (supérieure à + 40 %), où respectivement 5 700 et 8 000 professionnels sont attendus [Fig. 46].

► Et si le nombre de places en établissement restait stable dans le temps ? (scénario D)

Les dernières politiques publiques en matière de vieillissement et de dépendance vont dans le sens d'un encouragement du maintien à domicile des personnes âgées. Le Comité Technique de l'axe n° 2 a ainsi souhaité explorer un scénario théorique dans lequel le nombre de places en hébergement et le taux d'encadrement dans ces structures se maintiendraient dans le temps au niveau observé en 2011. Cette configuration théorique permet ainsi d'estimer le nombre d'emplois à domicile nécessaires, dans un contexte de hausse du nombre de personnes âgées dépendantes vivant dans leur logement.

À l'horizon 2020, ce scénario prévoit 56 000 emplois à domicile nécessaires dans le Grand Est pour répondre aux besoins. Dans le détail des professions, près de 13 000 infirmiers et 4 000 aides-soignants seraient nécessaires. Le plus gros volume d'emploi serait toutefois celui des aides à domicile, estimées à 33 000.

... ET PROLONGEMENT DE LA DÉMARCHE À L'HORIZON 2030

Quelle que soit la répartition institution/domicile, qui varie selon le scénario choisi, l'emploi total serait sensiblement égal. En 2020, plus de 90 000 emplois en

.....

¹⁰⁸ Le département constitue le zonage le plus fin sur lequel les projections effectuées par l'INSEE peuvent être déclinées, ce qui exclut de fait une lecture par zones d'emploi.

Fig. 46. Ventilation par départements des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées en 2020

Professionnels intervenant au domicile	Infirmiers, services de soins infirmiers	Aides-soignants	Autres professions para-médicales*	Autres professions sociales**	Autres personnels	Total	Part des infirmiers (%)	Part des aides-soignants (%)	Évolution 2011-2020 (%)
Ardennes (08)	583	176	101	1 576	155	2 592	22,5	6,8	+ 30,7
Aube (10)	631	194	113	1 690	165	2 793	22,6	7,0	+ 34,5
Bas-Rhin (67)	1 002	305	174	2 727	258	4 465	22,4	6,8	+ 36,6
Haute-Marne (52)	432	129	73	1 198	110	1 942	22,2	6,6	+ 26,0
Haut-Rhin (68)	1 299	395	226	3 540	335	5 795	22,4	6,8	+ 32,1
Marne (51)	405	123	71	1 101	105	1 805	22,4	6,8	+ 29,4
Meurthe-et-Moselle (54)	1 987	611	361	5 210	548	8 716	22,8	7,0	+ 35,9
Meuse (55)	1 846	585	354	4 658	522	7 966	23,2	7,3	+ 40,3
Moselle (57)	1 314	413	245	3 415	354	5 741	22,9	7,2	+ 45,7
Vosges (88)	803	248	144	2 141	211	3 547	22,6	7,0	+ 38,0
Grand Est	10 303	3 179	1 862	27 256	2 762	45 362	22,7	7,0	+ 36,4

Source : INSEE, projections d'emplois - Scénario démographique central, scénario de dépendance pessimiste.

* Ergothérapeute, kinésithérapeute, etc.

** Aide-ménagère, aide à domicile, auxiliaire de vie sociale, garde à domicile, service de portage.

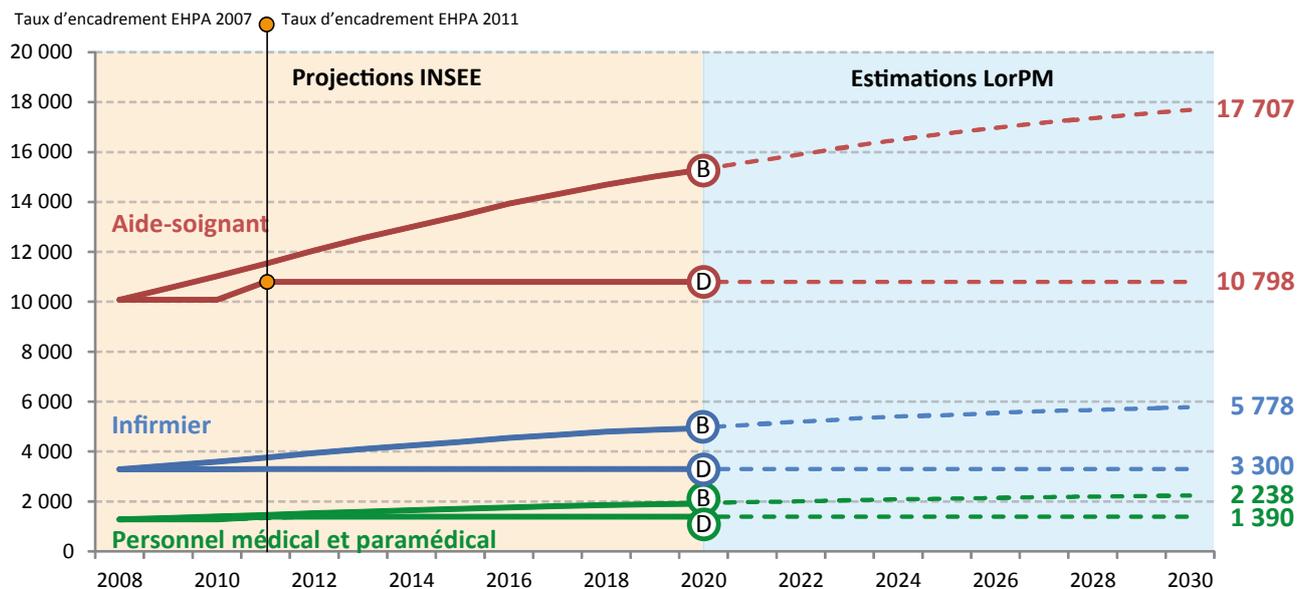
équivalent temps plein devraient être nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes. Entre 15 000 et 16 000 infirmiers et entre 15 000 et 18 000 aides-soignants seraient ainsi requis. L'horizon de ces projections étant toutefois très rapproché, le groupe de travail dédié à cet exercice statistique s'est proposé de prolonger et compléter les projections à l'horizon 2030, afin de donner davantage matière à réflexion. Deux simulations ont ainsi été élaborées.

► Simulation des emplois dédiés à la dépendance selon la règle de proportionnalité

La première repose sur une règle de proportionnalité entre le nombre de personnes âgées dépendantes projetées à l'horizon 2030 et le nombre de professionnels attendus, selon la même clef de répartition que celle utilisée par l'INSEE jusqu'en 2020. Les figures suivantes [Fig. 47 et 48] projettent les effectifs de professionnels par grandes familles de métiers, selon les deux scénarii retenus dans cette étude.

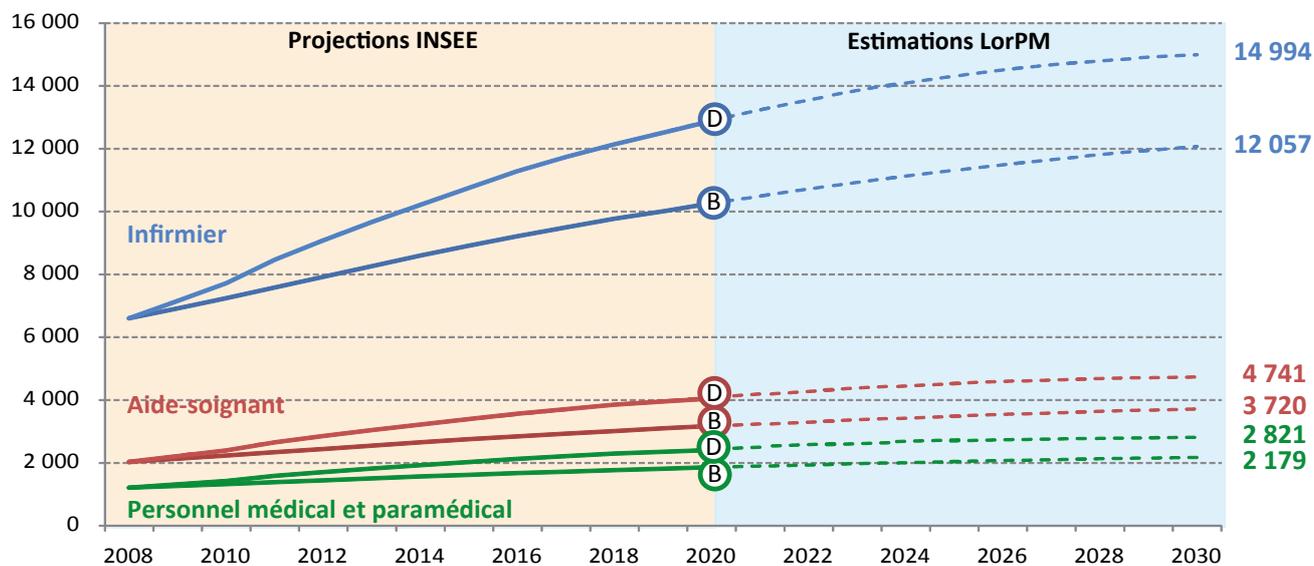
À l'horizon 2030, le nombre total d'aides-soignants pourrait être compris entre 15 500 (prolongation du scénario D) et 21 400 (scénario B). Le travail en institution concernerait entre 11 000 et 18 000 d'entre eux. Quel que soit le scénario, le nombre total d'infirmiers attendus avoisinerait 18 000 professionnels, travaillant majoritairement au domicile des patients (12 000 selon le scénario B et 15 000 selon le D). Le lecteur trouvera ci-après un tableau de synthèse récapitulatif des résultats par départements¹⁰⁸ du Grand Est [Fig. 49].

Fig. 47. L'emploi en institution dédié à la dépendance dans le Grand Est à l'horizon 2030



Source : INSEE, projections d'emplois 2007-2020, modèle OMPHALE, scénario central et hypothèse de dépendance pessimiste, 2016 ; LorPM, simulation par proportionnalité, 2016. Traitements : LorPM, 2016.

Fig. 48. L'emploi à domicile dédié à la dépendance dans le Grand Est à l'horizon 2030



Source : INSEE, projections d'emplois 2007-2020, modèle OMPHALE, scénario central et hypothèse de dépendance pessimiste, 2016 ; LorPM, simulation par proportionnalité, 2016. Traitements : LorPM, 2016.

Fig. 49. L'emploi dédié à la dépendance par départements du Grand Est à l'horizon 2030

Indicateurs	Années	Ardennes (08)	Aube (10)	Marne (51)	Haute-Marne (52)	Meurthe-et-Moselle (54)	Meuse (55)	Moselle (57)	Bas-Rhin (67)	Haut-Rhin (68)	Vosges (88)	Grand Est
Population générale (scénario central)												
Effectifs	2007	285 000	301 000	566 000	187 000	727 000	194 000	1 039 000	1 085 000	742 000	380 000	5 506 000
	2020	278 000	312 000	569 000	177 000	746 000	199 000	1 056 000	1 161 000	771 000	382 000	5 651 000
	2030	271 000	318 000	567 000	170 000	753 000	200 000	1 056 000	1 204 000	782 000	381 000	5 702 000
Évolutions	2007-2030	-14 000	+17 000	+1 000	-17 000	+26 000	+6 000	+17 000	+119 000	+40 000	+1 000	+196 000
	2007-2030 (%)	-4,9%	+5,6%	+0,2%	-9,1%	+3,6%	+3,1%	+1,6%	+11,0%	+5,4%	+0,3%	+3,6%
Personnes âgées dépendantes (scénario pessimiste)												
Effectifs	2007	6 143	6 622	10 867	4 741	14 253	4 577	20 565	19 207	13 428	9 028	109 430
Part des PAD	2007	2,16%	2,20%	1,92%	2,54%	1,96%	2,36%	1,98%	1,77%	1,81%	2,38%	1,99%
Effectifs	2020	8 185	8 728	14 473	5 964	18 588	5 868	28 809	27 009	19 477	11 975	149 076
Part des PAD	2020	2,94%	2,80%	2,54%	3,37%	2,49%	2,95%	2,73%	2,33%	2,53%	3,13%	2,64%
Effectifs	2030	9 253	10 190	16 878	6 618	21 050	6 696	34 021	32 736	23 261	13 756	174 459
Part des PAD	2030	3,41%	3,20%	2,98%	3,89%	2,80%	3,35%	3,22%	2,72%	2,97%	3,61%	3,06%
Évolutions	2007-2030	+3 110	+3 568	+6 011	+1 877	+6 797	+2 119	+13 457	+13 528	+9 833	+4 729	+65 029
	2007-2030 (%)	+50,6%	+53,9%	+55,3%	+39,6%	+47,7%	+46,3%	+65,4%	+70,4%	+73,2%	+52,4%	+59,4%
Projections d'emplois dédiés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes (institution et domicile)												
Infirmiers (effectifs)	2008	558	609	974	424	1 271	422	1 784	1 782	1 287	779	9 889
Scénario B												
Projections	2020	821	886	1 451	583	1 872	614	2 816	2 815	2 187	1 193	15 240
	2030	928	1 035	1 692	647	2 120	701	3 326	3 412	2 612	1 371	17 835
Évolutions	2008-2030	+371	+426	+718	+223	+849	+279	+1 542	+1 630	+1 325	+591	+7 946
	2008-2030 (%)	+66,5%	+70,1%	+73,8%	+52,5%	+66,8%	+66,1%	+86,4%	+91,5%	+103,0%	+75,9%	+80,3%
Part du domicile	2030	71,0%	71,2%	69,0%	74,1%	69,4%	66,0%	70,5%	65,6%	60,1%	67,3%	67,6%
Scénario D												
Projections	2020	793	848	1 650	567	2 179	600	3 092	2 784	2 196	1 402	16 112
	2030	911	1 000	1 993	631	2 559	698	3 752	3 499	2 742	1 681	19 445
Évolutions	2008-2030	+353	+391	+1 019	+207	+1 288	+276	+1 968	+1 717	+1 456	+902	+9 555
	2008-2030 (%)	+63,3%	+64,3%	+104,6%	+48,7%	+101,4%	+65,5%	+110,3%	+96,4%	+113,1%	+115,7%	+96,6%
Part du domicile	2030	85,9%	80,0%	85,2%	82,1%	86,6%	82,3%	85,9%	83,6%	83,3%	83,7%	84,4%
Aides-soignants (effectifs)	2008	598	741	1 205	447	1 518	519	1 958	2 283	1 778	1 067	12 114
Scénario B												
Projections	2020	870	1 001	1 704	592	2 192	743	3 156	3 491	3 005	1 557	18 310
	2030	983	1 168	1 987	657	2 482	848	3 727	4 231	3 589	1 788	21 428
Évolutions	2008-2030	+385	+427	+782	+209	+964	+329	+1 769	+1 949	+1 811	+721	+9 314
	2008-2030 (%)	+64,5%	+57,6%	+64,9%	+46,8%	+63,5%	+63,4%	+90,4%	+85,4%	101,8%	+67,6%	+76,9%
Part du domicile	2030	20,2%	19,4%	17,9%	21,8%	18,0%	16,5%	19,4%	16,7%	13,8%	15,9%	17,4%
Scénario D												
Projections	2020	656	921	1 485	554	1 817	594	2 655	2 690	2 102	1 375	14 849
	2030	660	907	1 517	526	1 802	579	2 737	2 817	2 212	1 371	15 131
Évolutions	2008-2030	+62	+166	+313	+79	+284	+60	+779	+534	+434	+304	+3 017
	2008-2030 (%)	+10,4%	+22,4%	+25,9%	+17,7%	+18,7%	+11,5%	+39,8%	+23,4%	+24,4%	+28,4%	+24,9%
Part du domicile	2030	36,2%	27,0%	35,1%	29,6%	38,7%	30,8%	37,4%	33,4%	33,1%	33,0%	34,3%

Fig. 49. L'emploi dédié à la dépendance par départements du Grand Est à l'horizon 2030 (suite)

Indicateurs	Années	Ardennes (08)	Aube (10)	Marne (51)	Haute-Marne (52)	Meurthe-et-Moselle (54)	Meuse (55)	Moselle (57)	Bas-Rhin (67)	Haut-Rhin (68)	Vosges (88)	Grand Est
Autres paramédicaux (effectifs)	2008	129	154	246	98	314	103	429	462	337	212	2 484
Scénario B												
Projections	2020	187	215	354	131	453	148	682	721	569	314	3 775
	2030	212	252	413	145	513	169	805	874	679	361	4 417
Evolutions	2008-2030	+83	+98	+167	+47	+199	+66	+376	+412	+342	+150	+1 934
	2008-2030 (%)	+64,5%	+63,6%	+68,1%	+48,1%	+63,2%	+63,8%	+87,8%	+89,0%	+101,3%	+70,7%	+77,9%
Part du domicile	2030	54,2%	52,4%	49,1%	55,8%	49,9%	47,7%	53,0%	49,1%	43,1%	45,8%	49,3%
Scénario D												
Projections	2020	174	204	380	129	490	141	718	690	533	341	3 800
	2030	193	226	436	136	550	155	836	823	634	386	4 366
Evolutions	2008-2030	+64	+72	+191	+38	+235	+52	+407	+360	+296	+175	+1 882
	2008-2030 (%)	+49,8%	+46,7%	+77,6%	+38,8%	+74,8%	+50,5%	+94,8%	+77,9%	+87,8%	+82,7%	+75,8%
Part du domicile	2030	72,2%	62,5%	71,0%	65,5%	74,4%	67,0%	74,0%	69,9%	69,6%	69,6%	70,7%

Source : INSEE, projections d'emplois 2007-2020, modèle OMPHALE, scénario central et hypothèse de dépendance pessimiste, 2016 ; LorPM, simulation par proportionnalité, 2016. Traitements : LorPM, 2016.

► Simulation de l'ensemble des paramédicaux selon une mesure des flux entrées-sorties

La seconde méthode simule l'évolution du nombre de paramédicaux en poste à partir de la source ADELI, selon trois paramètres observés entre 2011 et 2016 :

1. une hypothèse de cessation d'activité à 65 ans : tous les professionnels atteignant cet âge sont considérés comme sortants des effectifs [Annexe n°13] ;
2. une hypothèse de constance des migrations interrégionales ;
3. une hypothèse d'autres paramètres impactant, tels que l'entrée sur le marché du travail des nouveaux diplômés ou l'arrivée de travailleurs étrangers.

Les cessations d'activité intervenant avant l'âge de 65 ans n'ont en revanche pas été prises en compte, ni même la quotité de travail, qui influence le nombre de personnel à mobiliser. Par ailleurs, rappelons, que le répertoire ADELI ne permet pas de distinguer les professionnels dédiés à la prise en charge de la dépendance et qu'il ne recense pas les aides-soignants. L'exercice porte donc sur l'ensemble des infirmiers en poste et sur certains professionnels de la rééducation [Fig. 50].

Selon cette méthode, le nombre total d'infirmiers dans le Grand Est à l'horizon 2030 est estimé à 76 600, soit un accroissement de près de 17 400 professionnels par rapport à 2016 (+ 29,4 %).

Fig. 50. L'emploi total dans le Grand Est à l'horizon 2030

	Effectifs 2016	Décomposition des paramètres			Effectifs 2030	Évolution 2016-2030 (%)
		Cessation d'activité à 65 ans (1)	Migrations interrégionales (2)	Autres paramètres (3)		
Infirmiers	59 224	- 17 739	- 1 745	+ 36 921	76 661	+ 29,4
Masseurs-Kinésithérapeutes	6 275	- 1 375	- 354	+ 5 589	10 135	+ 61,5
Ergothérapeutes	1 000	- 173	+ 8	+ 885	1 720	+ 72,0
Psychomotriciens	555	- 161	- 76	+ 399	717	+ 29,2
Orthophonistes	1 789	- 426	- 84	+ 1 377	2 656	+ 48,5
Orthoptistes	309	- 85	- 27	+ 219	416	+ 34,6
Pédicures-Podologues	877	- 211	- 11	+ 546	1 201	+ 37,0
Total	70 029	- 20 170	- 2 324	+ 45 936	93 471	+ 33,5

Source : ARS, ADELI 2011 et 2016. Traitements : LorPM, 2016.

5.5. Le vieillissement en France métropolitaine et dans les pays voisins

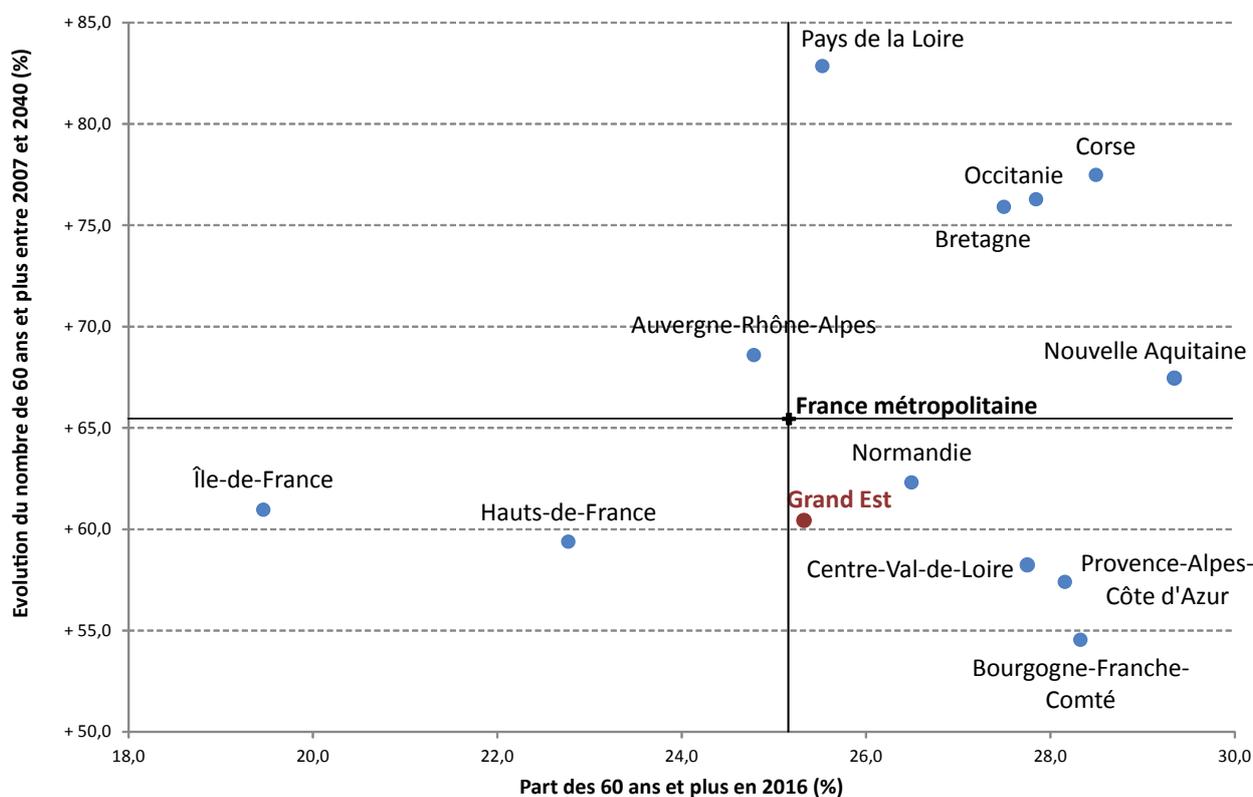
LE GRAND EST OCCUPE LE 10^e RANG DES RÉGIONS MÉTROPOLITAINES SELON LA PART DES 60 ANS ET PLUS

Le vieillissement démographique concernera, à terme, l'ensemble de la population française, européenne et même mondiale. Ce phénomène, inédit dans ses proportions à l'échelle de l'humanité, amène les territoires d'ores et déjà confrontés au vieillissement à innover dans les modalités d'accompagnement des personnes. L'expérience des territoires où le vieillissement de la population est le plus accentué pourrait ainsi alimenter les réflexions sur les difficultés rencontrées et sur les efforts d'adaptation qu'il nécessite.

En 2016, selon les estimations de population de l'INSEE, **la région Grand Est se classe au 10^e rang des régions métropolitaines pour la part des 60 ans et plus (25,3 %) [Fig. 51].** En tête de liste apparaissent les régions Provence-Alpes/Côte d'Azur (28,2 %), Bourgogne-Franche-Comté (28,3 %), la Corse (28,5 %) et la Nouvelle Aquitaine (29,3 %).

À l'horizon 2040, toujours selon l'INSEE, l'évolution la plus marquée du nombre de 60 ans et plus s'observerait dans les Pays de la Loire (+ 82,9 % ; + 65,4 % en France métropolitaine), en Corse (+ 77,5 %), en Occitanie (+ 76,3 %) et en Bretagne (+ 75,9 %). Le Grand Est figure en 9^e position (+ 60,4 %). D'une façon générale, il n'y a pas de corrélation statistique au niveau régional entre la proportion de 60 ans et plus observée en 2016 et l'évolution attendue entre 2007 et 2040.

Fig. 51. Part des 60 ans et plus en 2016 et évolution 2007-2040 en France métropolitaine (%)



Source : INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier de l'année (résultats provisoires) et Omphale 2010 pour les projections 2007-2040. Traitements : LorPM, 2016.

L'ITALIE ET L'ALLEMAGNE CONNAISSENT LES PLUS FORTES PROPORTIONS DE 60 ANS ET PLUS

À l'échelle européenne, les données communiquées par Eurostat pour l'année 2016 **positionnent la France (outre-mer compris) au 16^e rang selon la part des 60 ans et plus** (24,9 %), derrière l'Italie (28,0 %), l'Allemagne (27,4 %), la Bulgarie (27,3 %), la Grèce (27,2 %) ou encore la Finlande (27,2 %) ¹⁰⁹ [Annexe n°14]. Selon la part des 80 ans et plus, **la France se positionne cette fois en 5^e position** (5,9 %), derrière l'Italie (6,7 %), la Grèce (6,5 %), l'Espagne (6,0 %) et le Portugal (5,9 %).

Une lecture des données à un niveau territorial plus fin permet d'identifier les régions frontalières du Grand Est les plus impactées par le vieillissement de la population.

Parmi celles-ci, selon l'INSEE ¹¹⁰, **les trois länder allemands connaissent** au 1^{er} janvier 2016 **les plus fortes proportions de personnes âgées de 65 ans et plus** : 22,9 % en Sarre, 21,0 % en Rhénanie-Palatinat et 19,8 % dans le land du Bade-Wurtemberg [Fig. 52].

Pour la région Grand Est, l'INSEE affiche un taux de 18,9 % (18,8 % en France). À l'inverse, **les parts de 65 ans et plus sont les plus faibles en Suisse** (18,0%), **en Wallonie** (17,7 %) **et au Luxembourg** (14,2 %).

¹⁰⁹ Données disponibles à l'adresse : http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjanind&lang=en.

¹¹⁰ Inégal vieillissement aux frontières du Grand Est, INSEE Grand Est, INSEE Flash, n°6, mars 2017.

Fig. 52. Indicateurs de vieillissement pour la France et les régions frontalières de Belgique, Luxembourg, Allemagne et Suisse

	Personnes âgées de 65 ans ou plus au 01/01/2016	Part des 65 ans ou plus dans la population totale (en %)	Espérance de vie à la naissance en 2014		Taux d'activité entre 15 et 64 ans en 2015 (en %)		Taux d'activité des 65 ans ou plus en 2015 (en %)		Taux de pauvreté des 65 ans ou plus en 2015 (en %)	
			femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes
Belgique, dont :	2 062 902	18,2	83,5	78,6	63,0	72,2	1,4	4,2	15,7	14,5
Région wallonne	640 878	17,7	82,4	76,9	59,1	68,6	1,5	5,0	nd	nd
Allemagne, dont :	17 300 178	21,1	83,1	78,1	73,1	82,1	4,1	8,6	18,3	14,5
Bade-Wurtemberg	2 151 803	19,8	84,4	80,0	74,7	84,1	6,1	12,5	15,3	14,5
Rhénanie-Palatinat	851 211	21,0	83,4	78,8	71,8	82,2	3,9	8,8	19,7	13,4
Sarre	227 630	22,9	82,6	77,7	69,6	80,4	nd	7,6	18,5	nd
Luxembourg	81 957	14,2	85,2	79,4	65,6	76,0	2,2	4,3	9,1	6,6
Suisse, dont	1 495 052	18,0	85,4	81,1	79,8	88,5	8,2	16,5	28,9**	21,7**
Suisse du Nord-Ouest	209 248	18,5	85,2	81,2	79,3	88,0	8,3	16,3	nd	nd
France, dont :	12 559 760	18,8	85,4	79,2	67,3	75,3	2,0	3,7	8,8	7,0
Grand Est	1 048 318	18,9	84,6	78,6	68,9*	76,4*	1,7*	2,8*	nd	nd
Union Européenne (28)	97 745 706	19,2	83,6	78,1	66,8	78,3	3,7	8,0	16,0	11,8

Source : Eurostat et INSEE, RP pour le taux d'activité dans le Grand Est.

* 2013

** 2014

Note : le taux de pauvreté est défini comme la part des personnes ayant un revenu disponible équivalent inférieur au seuil de pauvreté, fixé à 60 % du revenu disponible équivalent médian national après transferts sociaux.

6. Conclusion

Au terme de cette étude, la typologie de territoires selon les indicateurs démographiques a permis d'identifier des territoires dont les dynamiques de peuplement et de vieillissement sont inégales. Deux faits majeurs se dégagent de cet exercice. Premièrement, les classes n°1, 4 et 5 sont **d'ores et déjà marquées par un vieillissement avancé**, en progression significative d'ici à 2030. Ce phénomène devrait se conjuguer avec une stagnation de la population totale résidente dans la classe n°1 à l'horizon 2030 et avec une diminution de celle-ci en classes n°4 et 5. Deuxièmement, c'est dans les classes n°3 et 6 que **le vieillissement de la population connaîtra sa plus forte progression d'ici 2030**.

Plusieurs travaux référencés dans cette étude **soulignent l'impact des facteurs socio-économiques sur la qualité du vieillissement**, en matière de recours au soin, d'aménagement du logement, du montant des ressources, d'accompagnement par les aidants non professionnels, etc. **De ce point de vue, le profil de ces classes de zones d'emploi est nettement différent**. En matière économique, alors que les premières (4 et 5) sont caractérisées par un environnement global des plus défavorables (forte baisse de l'emploi salarié du privé au cours des dernières années, taux de pauvreté et de chômage élevés), les secondes bénéficient d'une dynamique moins défavorable, en particulier en classe n°6 (nord de l'Alsace et Saint-Louis). En matière d'isolement, la proportion de personnes âgées seules à domicile figure parmi les plus élevées dans la classe n°4 alors qu'elle est la plus faible de la typologie en classe n°6.

La confrontation de cette typologie de population avec la typologie de l'offre de soins met en exergue des combinaisons de problématiques distinctes (cf. **Fig. 28** en page 44). D'une part, **certains territoires cumulent une problématique de vieillissement avancé et en progression avec une moindre présence de rééducateurs, voire de médecins** (intersections des classes sociodémographiques 1, 4 et 5 avec les classes de professionnels C, D et E). D'autre part, **des territoires moins marqués par le vieillissement connaissent une offre de soins plus abondante et diversifiée** (intersections des classes sociodémographiques n° 2, 3 et 6 avec les classes de professionnels A et B).

Les projections d'emploi effectuées par l'INSEE dans le cadre de cette étude, et prolongées par les membres du groupe de travail, soulignent **une augmentation des volumes d'emploi de paramédicaux**, quels que soient les scénarii d'évolution de la dépendance (en équivalent temps plein) **et à division du travail constante**. En matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes, **la répartition institution/domicile n'impacterait que très sensiblement le nombre d'infirmiers à l'horizon 2030** : l'écart varie de près de 500 professionnels selon le scénario retenu, avec un maximum de 18 300 infirmiers dans le cas d'une orientation de la prise charge qui se ferait majoritairement vers le domicile. En revanche, **la variation du nombre d'aides-soignants serait plus importante selon le scénario retenu** : l'écart estimé atteint près de 6 000 professionnels, avec un maximum

de 21 500 aides-soignants si la répartition institution/domicile observée actuellement se maintenait dans le temps.

En matière de métiers et de compétences attendus dans les années à venir, **les interviewés ne répertorient que peu de nouveaux métiers à proprement parler**, tant il est difficile de savoir à quoi ressembleront les pratiques et les outils opérationnels de demain. **Les principales pistes avancées concernent les évolutions en cours**, à l'ère de **la numérisation** des dossiers patients et du développement **des applications de gestion** des lits et des places dans les établissements, de **logiciels dédiés à la planification des activités et de coordination des parcours de soins**. Deux catégories de professions sont évoquées lors des entretiens : celle directement liée à l'évolution numérique, à l'image des gestionnaires et analystes des données informatiques, et celle liée à l'évolution de la prise en charge des maladies chroniques, comme les coordonnateurs de parcours ou encore les gestionnaires de cas complexe. Ces métiers apparaissent d'autant plus nécessaires pour la prise en charge des personnes en perte d'autonomie que celles-ci connaissent des combinaisons de pathologies qui accroissent la durée des parcours et multiplient les intervenants, augmentant ainsi les risques de ruptures dans la prise en charge.

Le vieillissement de la population n'est toutefois pas un phénomène nouveau, et plusieurs professionnels rappellent l'importance de compétences déjà identifiées de longue date pour accompagner son évolution attendue. Les **compétences relationnelles** ainsi que les **savoirs gérontologiques et gériatriques** (polyopathologies, maladies chroniques, soins palliatifs, démences, etc.) ont notamment été cités comme devant être des éléments incontournables de la formation des professionnels et ce, à tous les niveaux de qualifications, agents de services hospitaliers compris. Par ailleurs, l'ennui et l'immobilité des personnes âgées étant identifiés comme des facteurs précipitant et aggravant la perte d'autonomie, les métiers de l'animation socioculturelle et ceux dédiés aux activités physiques ont également été cités par les enquêtés.

Les évolutions de la division du travail sont également apparues difficiles à anticiper pour les enquêtés, même si les transferts d'actes réalisés dans le cadre des protocoles de coopération entre médecins et infirmiers dessinent les contours possibles d'une reconfiguration et que le processus d'universitarisation des formations paramédicales ouvrira sans doute des perspectives d'élévation des niveaux de qualification, et donc une transformation des métiers associés.

Enfin, **les enjeux du vieillissement ne concernant pas uniquement le Grand Est**, l'expérience des territoires frontaliers, dont certains connaissent un processus de vieillissement similaire voire plus avancé (Allemagne), pourrait renseigner sur **les nouvelles compétences nécessaires et sur les possibles aménagements de la division du travail entre les professionnels** intervenant dans la prise en charge de la dépendance.

Annexes

1. La grille AGGIR
2. Résultat du test statistique des différents zonages retenus pour décrire l'implantation des emplois et des activités de santé en région Grand Est
3. Présentation des professionnels de santé rencontrés dans l'axe n°3
4. Grille d'entretien mobilisée dans la série 2 (entretiens analytiques)
5. Corrélation entre la part des personnes âgées de 60 ans et plus et la part des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, selon les zones d'emploi (2007)
6. Lecture statistique de l'analyse factorielle de la population
7. Lecture statistique de l'analyse factorielle des professionnels
8. Les professions paramédicales retenues dans la nomenclature des Professions et Catégorie Sociales (PCS 2003 – INSEE)
9. Les secteurs du « sanitaire et social » de la Nomenclature d'Activités Française (NAF 2008 – INSEE)
10. Les professions paramédicales retenues dans le Répertoire Opérationnel des Métiers (ROME – Pôle Emploi)
11. La saisonnalité des inscriptions auprès de Pôle Emploi des personnes recherchant un emploi de paramédicaux
12. Les professions paramédicales selon la nomenclature des Familles Professionnelles (FAP – DARES)
13. Les cessations d'activité à venir
14. Comparaison européenne de la part des 60 ans et plus par pays

Cartothèque

1. Densité de population par zones d'emploi en 2013
2. Part des 60 ans et plus par zones d'emploi en 2013
3. Indice de vieillissement au seuil de 65 ans par zones d'emploi en 2013
4. Évolution 2007-2030 de la population totale par zones d'emploi en 2013
5. Évolution 2007-2030 des 60 ans et plus dépendants par zones d'emploi en 2013
6. Part des ménages d'une personne seule, âgée de 65 à 80 ans, par zones d'emploi en 2013
7. Part des ménages d'une personne seule, âgée de 80 ans et plus, par zones d'emploi en 2013
8. Taux de pauvreté des 60-74 ans, par zones d'emploi en 2013
9. Taux de pauvreté des 75 ans et plus, par zones d'emploi en 2013
10. Part des ménages propriétaires de leur résidence principale, dont la personne de référence est âgée de 65 ans et plus, par zones d'emploi en 2013
11. Part des actifs chez les 60 ans et plus, par zones d'emploi en 2013
12. Taux de chômage des 60 ans et plus, par zones d'emploi en 2013
13. Densité d'aides-soignants pour 100 000 habitants
14. Densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants
15. Densité d'infirmiers en soins généraux salariés pour 100 000 habitants
16. Densité de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants

Annexe 1. La grille AGGIR

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, Ou personne en fin de vie
Gir 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

La question du découpage géographique du territoire est importante, et elle fait souvent l'objet de critiques à la fois scientifiques et politiques, souvent à juste titre : d'un côté, un zonage trop agrégé est susceptible de faire disparaître certains phénomènes statistiques et de l'autre, un zonage trop fin tend à exagérer des phénomènes dont le rayonnement excède le découpage retenu. Suivant ce que l'on observe, le chercheur doit donc mettre en œuvre une méthodologie qui comporte un niveau de zonage adéquat. Habituellement et même si cela peut être cohérent avec le problème posé, ce niveau est arrêté de manière arbitraire et les données produites ne le sont qu'à ce niveau, donc sans pouvoir apprécier les conséquences de ce choix. Ici, nous avons choisi d'apporter une réponse scientifique, en réalisant à partir des données les plus fines du recensement de la population de l'INSEE (et sans aucun secret statistique) des analyses factorielles et des classifications hiérarchiques sur 4 niveaux de zonage : 2 niveaux administratifs (départements et arrondissements) et 2 niveaux d'études (zones d'emploi et bassins de vie).

La signification des zonages diffère selon leur logique de construction : départements et arrondissements répondent à des logiques administratives et politiques, alors que zones d'emploi et bassins de vie sont des zonages d'études, qui répondent à des problématiques spécifiques (dotation en équipements de proximité pour les bassins de vie et mobilité domicile-travail pour les zones d'emploi). Au vu de ces différences de conception, le choix des zonages d'étude paraît plus propice que celui des zonages administratifs pour notre étude et ce, même si les départements recoupent la question du financement de l'Allocation Personnes Agées (APA) par les Conseils Départementaux.

Grâce aux analyses factorielles et aux classifications, la question des besoins de la population a été testée par 4 analyses distinctes à partir de la table des individus localisés à la commune de résidence ; la question de l'offre de soins (et plus largement de services) également mais sur celle des individus localisés à la commune de travail. En tout, huit analyses factorielles et classifications ont donc été réalisées afin de comparer la pertinence des différents zonages, en fonction de la problématique spécifique des deux champs d'interrogation (population et offre de soins).

Les résultats de ces analyses nous ont conduits à ne retenir que les zones d'emploi pour décrire à la fois la population et l'offre de soin. En effet, là où les zones d'emploi nous offraient une typologie en 6 classes à la fois pour la population et pour l'offre de soins, les autres zonages débouchaient sur des typologies soit trop restreintes (respectivement 2 et 2 classes pour les départements) soit trop étendues (8 et 8 classes pour les arrondissements et, 11 et 8 pour les bassins de vie).

La nomenclature des zones d'emploi, qui découpe le Grand Est en 31 zones¹¹¹, constitue un bon compromis de taille pour l'ensemble des questions abordées dans l'étude, ni trop agrégé, ni trop détaillé. On objectera néanmoins qu'il tend à surreprésenter les effectifs dans les zones comportant un CHU (et donc à sous-représenter les effectifs situés autour) dans la mesure où ce type d'établissement comporte un rayonnement qui va bien au-delà de la zone d'emploi dans laquelle il est localisé (cela concerne principalement les zones d'emploi de Reims, Nancy et Strasbourg). Inversement, il sous-estime les inégalités infra-zones d'emploi qui peuvent exister, notamment sur l'offre libérale. Ce choix est donc bien un compromis, forcément en partie insatisfaisant, comme pour tout découpage géographique, mais nécessaire pour décrire l'entièreté des champs de l'analyse.

¹¹¹ Zones à l'intérieur desquelles la plupart des actifs résident y travaillent également, et dans lesquelles les établissements peuvent trouver l'essentiel de la main d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts.

Annexe 3. Présentation des professionnels de santé rencontrés dans l'axe n°3

Série n° 1 : 22 entretiens exploratoires et thématiques

Structure	Fonction	Anté-région
ARS Grand Est	Conseiller Pédagogique	Champagne-Ardenne
ARS Grand Est	Conseiller Pédagogique	Alsace
ARS Grand Est	Conseiller Pédagogique et Technique	Lorraine
CCAS de Nancy	Directeur Pôle Sénior	Lorraine
Ville de Strasbourg	Directeur Pôle Sénior - Autonomie	Alsace
Conseil Départemental 57	Infirmier évaluateur APA	Lorraine
Conseil Régional Grand Est	Chargé de mission SASO formations	Grand Est
Conseil Régional Grand Est	Chargé de mission SASO finances	Grand Est
EHPAD	Psychologue	Alsace
IRR - Centre de réadaptation	Ergothérapeute	Lorraine
ORSAS	Directeur service études	Lorraine
ORSAS	Chargé d'études	Lorraine
Rectorat Grand Est	Inspecteur d'Académie et IPR	Grand Est
Université de Lorraine	Professeur d'Université Gériatrie	Lorraine
Université de Lorraine	Professeur d'Université STAPS APA	Lorraine
URIOPSS	Président	Lorraine
URIOPSS	Chargé de mission SAILOR	Lorraine
DRJSCS	Responsable BPJEPS	Lorraine
Association ARS	Directeur du service ACT	Lorraine
Université de Lorraine	Professeur d'Economie	Lorraine
CROPP et URPS-PP	Représentants des Pédiatres-Podologues	Grand Est
Université de Lorraine	Directeur DFOIP + Sous-directeur "études et formations" à la DFOIP	Lorraine
Université de Lorraine	Doyen Médecine	Lorraine

Série n° 2 : 10 entretiens analytiques

Structure	Fonction	Anté-région	Fédération
CH Sarrebourg / CH Abreschviller	Directeur / DRH / Directeur Soins / Directeur IFSI-IFAS	Lorraine	FHF
EHPAD Clermont en Argonne	Directeur / Directeur soins et IDE coordonnatrice	Lorraine	FHF
CHU Strasbourg	Directeur soins	Alsace	FHF
CH Colmar	Directeur / Directeur soins / DRH / Directeur IFSI-IFAS	Alsace	FHF
CH Troyes	Directeur / Directeur soins + 2 Directeurs IFSI Troyes et Epernay	Champagne-Ardenne	FHF
CH Châtel sur Moselle	Directeur / Cadre de santé SSR	Lorraine	FHF
Clinique Ste Marguerite	Directeur / Cadre de santé	Lorraine	FHP
Clinique Épinal	Directeur PDG	Lorraine	FHP
Association Bréviandes	Directeur / inf. référente / responsable rapport avec familles et responsable des soins Alzheimer	Champagne-Ardenne	FEHAP
Fondation Saint Vincent de Paul	Directeur général / Directeur IFSI	Alsace	FEHAP

Par souci d'anonymat des enquêtés, les fonctions décrites ci-dessus ont été masculinisées dans leurs appellations.

Le GIP LorPM a été sollicité par l'ARS et le Conseil Régional pour réaliser une étude prospective visant à l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population de la région Grand Est (Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine) pour les professions paramédicales (soins, rééducation).

Cette étude comprend 3 axes :

- Axe 1 : Un état des lieux quantitatif avec un focus sur les professionnels exerçant dans les structures d'accueil liés au vieillissement.
- Axe 2 : Une analyse prospective des métiers sanitaires liés à la perte d'autonomie.
- Axe 3 : Une analyse qualitative de la formation et de l'évolution des besoins en compétences et en métiers. Le questionnaire ciblera essentiellement les besoins dans le domaine des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le présent guide d'entretiens concerne l'axe 3.

Afin de préparer l'entretien, il serait judicieux d'associer le directeur des soins et le ou les directeurs des instituts de formation de l'établissement.

Les interlocuteurs pourront transmettre à LorPM tout document pouvant renseigner la thématique de l'étude.

1. Quelles sont les caractéristiques de la patientèle accueillie dans votre établissement et/ou suivie à domicile ?

2. Dans quel(s) type(s) de structures et de métiers connaissez-vous des difficultés de recrutement ? De maintien dans l'activité ? Et de financements ? Pour quelles raisons ?

- actuellement / dans les années à venir ?

3. Le vieillissement de la population est un phénomène démographique inévitable (pyramide des âges) en France.

3.1. Quelle organisation l'établissement a mis en place pour accueillir les personnes âgées de 75 ans et plus en termes de dispositifs et selon les modes d'entrée ?

3.2. Avez-vous mis en place une organisation spécifique de prise en charge pour cette population âgée ? Si oui laquelle ?

- Formalisation du parcours de soins et accompagnement ?

- Liens et suivis avec les autres structures en amont, en aval et avec les praticiens libéraux ? (réseaux, HAD, etc.)

- Formations spécifiques des professionnels (gériatrie, gérontologie, etc.) ?

3.3. Quels sont les unités de soins et les professionnels les plus sollicités pour la prise en charge des personnes âgées ?

4. Quels seraient les leviers permettant d'améliorer la coordination des soins, le partage de l'information et l'articulation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale ?

- Entre l'institution et le domicile ?

- Entre les professionnels et les aidants ?

5. Au sein de l'institut de formation, le projet pédagogique intègre-t-il une place suffisamment importante dans le domaine de la personne âgée et du handicap ?

- Y a-t-il des initiatives spécifiques en la matière au sein de votre institut ?

6. Comment favoriser l'adhésion des jeunes infirmiers et autres professionnels pour travailler auprès des personnes âgées et/ou handicapées ?

6.1. Avez-vous mis en place une procédure spécifique lors du recrutement de ces professionnels ?

6.2. Quelles sont les actions entreprises par l'établissement pour le maintien de ces professionnels dans ces secteurs ?

7. Pour la prise en charge de la dépendance psychique et physique selon vous, quelles sont les compétences indispensables pour les professionnels étudiés ?

7.1. Les compétences doivent-elles être acquises en formation initiale ?

Si non, comment ? Formation continue ?

7.2. Faut-il des compétences spécifiques ?

Si oui, lesquelles ?

8. Au regard des compétences spécifiques que vous avez éventuellement identifiées considérez-vous qu'elles doivent faire l'objet de nouveau(x) métier(s) ?

9. Avez-vous des remarques ou des compléments à donner suite à cet échange ?

Annexe 5. Corrélation entre la part des personnes âgées de 60 ans et plus et la part des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus, selon les zones d'emploi (2007).

Zones d'emploi (classement décroissant selon le nombre de personnes dépendantes)	2007	
	Effectif de 60 ans et + dépendants	Effectif de 60 ans et +
Metz (Lo)	9 650	100 174
Strasbourg (Al)	9 465	103 849
Nancy (Lo)	9 371	99 910
Mulhouse (Al)	7 660	86 279
Troyes (C-A)	6 776	69 598
Reims (C-A)	6 222	64 959
Charleville-Mézières (C-A)	4 938	49 583
Forbach (Lo)	4 824	47 065
Thionville (Lo)	4 175	44 861
Colmar (Al)	3 732	40 336
Epinal (Lo)	3 725	36 108
Haguenau (Al)	3 622	39 143
Chaumont-Langres (C-A)	2 894	29 275
Vitry-le François/Saint-Dizier (C-A)	2 798	27 452
Epernay(C-A)	2 726	25 179
Molsheim-Obernai (Al)	2 479	26 278
Sarreguemines (Lo)	2 353	23 935
Longwy (Lo)	2 320	24 449
Saint-Dié-des-Vosges (Lo)	2 133	20 890
Remiremont (Lo)	2 118	21 438
Châlons-en-Champagne (C-A)	2 003	21 704
Saint-Louis (Al)	1 777	20 979
Sarrebourg (Al)	1 680	16 510
Saverne (Al)	1 595	16 727
Verdun (Lo)	1 569	14 532
Sélestat (Al)	1 552	16 198
Bar-le-Duc (Lo)	1 364	13 785
Neufchâteau (Lo)	1 300	13 363
Commercy (Lo)	1 118	10 033
Wissembourg (Al)	772	7 865
Lunéville (Lo)	702	7 143
Grand Est	109 410	1 139 600
Coefficient de corrélation linéaire*		0,998

Source : INSEE, recensement de population 2007, données extraites du modèle OMPHALE. Traitements : LorPM, 2016.

* Pour rappel, le coefficient de corrélation linéaire varie entre -1 et 1. Plus le coefficient est proche de ces valeurs extrêmes, plus la corrélation linéaire entre les variables est forte.

Annexe 6. Lecture statistique de l'analyse factorielle de la population

Les deux premières dimensions (axes graphiques) de l'analyse multifactorielle de la population du Grand Est correspondent à 76,1% de l'inertie ajustée totale :

Typologie de la population (Zones d'emploi)					
	Inertie principale	Inertie ajustée (IA)	% d'IA	% cumulé d'IA	10 20 30 40 50 -----+-----+-----+-----+-----+-----
Dim 1	0,52094	0,16094	47,99	47,99	*****
Dim 2	0,44563	0,09427	28,11	76,10	*****

Les modalités contribuant le plus à la construction de ces deux premières dimensions sont les suivantes (les valeurs les plus contributives apparaissent aux extrémités) :

Dimension 1			Dimension 2		
Modalités	Contributions à l'inertie	Signe	Modalités	Contributions à l'inertie	Signe
Membre 40 ans ou + couple sans enfant	0,0812	+	Veufs, veuves	0,2633	+
65-79 ans	0,047	+	Personne seule 40 ans ou plus	0,1903	+
55-64 ans	0,042	+	80 ans et +	0,1466	+
40-54 ans	0,0298	+	Personne vivant hors ménage	0,0204	+
...
15-19 ans	0,0408	-	40-54 ans	0,0266	-
Marié(e)s	0,1034	-	25-39 ans	0,0501	-
Moins de 15 ans	0,1359	-	Marié(e)s	0,0834	-
Enfant d'un couple	0,1577	-	Membre d'un couple avec enfant	0,1104	-
Célibataires	0,1594	-			

Annexe 7. Lecture statistique de l'analyse factorielle des professionnels

Le croisement des deux premiers facteurs de l'analyse des professionnels correspond à 70,6 % de l'inertie ajustée :

Typologie des professionnels (Zones d'emploi)					
	Inertie principale	Inertie ajustée (IA)	% d'IA	% cumulé d'IA	9 18 27 36 45 -----+-----+-----+-----+-----+-----
Dim 1	0,34071	0,05328	45,89	45,89	*****
Dim 2	0,28806	0,02870	24,71	70,61	*****

Les modalités contribuant le plus à la construction de ces deux premiers facteurs sont les suivantes (les valeurs les plus importantes apparaissent aux extrémités) :

Dimension 1			Dimension 2		
Modalités	Contributions à l'inertie	Signe	Modalités	Contributions à l'inertie	Signe
Non salariés	0,2548	+	Aides à domicile, aides ménagères	0,1912	+
Activités des médecins	0,1529	+	Aide à domicile	0,1658	+
Médecins	0,1485	+	A temps partiel	0,0696	+
Activités paramédicales	0,0727	+	Activités des médecins	0,0446	+
MK et Rééducateurs	0,0574	+	Non salariés	0,0437	+
A temps complet	0,0181	+
...	Infirmiers spécialisés	0,0123	-
EDD	0,0217	-	Hébergement médicalisé	0,0133	-
À temps partiel	0,039	-	Infirmiers généralistes	0,0395	-
Aide à domicile	0,0538	-	Aides-soignants et AMP	0,0491	-
Aides à domicile, aides ménagères	0,0641	-	Activités hospitalières	0,1166	-

Annexe 8. Les professions paramédicales retenues dans la nomenclature des Professions et Catégorie Sociales (PCS 2003 – INSEE)

L'INSEE utilise la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) pour la codification du recensement de la population et des enquêtes réalisées par l'Institut auprès des ménages. La nomenclature des PCS comporte quatre niveaux d'agrégation emboîtés.

Au niveau le plus fin, un poste de la nomenclature PCS correspond à une profession, décrite par un code à 4 positions comportant trois chiffres et une lettre. Pour chacune de ces professions, l'INSEE précise quelles sont les appellations les plus typiques rencontrées sur le marché du travail et quelles sont les professions assimilées (source : www.insee.fr, rubrique « nomenclatures »).

	Code et appellation PCS
Aides-soignants	526a - Aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé)
Cadres de santé	431a - Cadres infirmiers et assimilés
Infirmiers en soins généraux	431f - Infirmiers en soins généraux, salariés
	431g - Infirmiers libéraux
	431b - Infirmiers psychiatriques
Infirmiers spécialisés	431d - Infirmiers spécialisés (autres qu'infirmiers psychiatriques et puéricultrices)
	431c - Puéricultrices
Professionnels de la rééducation	432a - Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, libéraux
	432b - Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, salariés
	432c - Autres spécialistes de la rééducation, libéraux
	432d - Autres spécialistes de la rééducation, salariés

L'INSEE mobilise dans ses travaux la Nomenclature des Activités Françaises (NAF), qui se décline en 732 postes au niveau le plus détaillé. Cette nomenclature est entrée en vigueur en France le 1er janvier 2008. Elle a la même structure que la nomenclature d'activités de la Communauté européenne pour les quatre premiers caractères du code d'activité, le cinquième caractère correspondant à la spécificité nationale (source : www.insee.fr, rubrique « nomenclatures »).

Au niveau agrégé en 88 postes, la NAF distingue trois divisions d'activités, qui comprennent :

- **Division 86 : Activités pour la santé humaine**

Les activités pour la santé humaine décrites dans cette division s'exercent sous des formes variées, publiques ou privées, en pratique libérale ou en établissement, sous la responsabilité de médecins ou de personnel para médical. On ne vise pas ici les caractéristiques réglementaires des professions de santé, salariées ou libérales, mais celles des unités de production.

Cette division comprend les activités des établissements hospitaliers de court ou long séjour, publics ou privés, sous la responsabilité de médecins, qui offrent des services d'hébergement et qui assurent un diagnostic et un traitement médical aux patients.

Elle couvre les activités de pratique médicale et de pratique dentaire de nature générale ou spécialisée, correspondant à des formules de consultation, de diagnostic, de soins et de prescriptions, au cabinet du praticien.

Cette division comprend, en outre, les activités afférentes à la santé humaine qui ne sont pas dispensées dans des hôpitaux ou par des médecins, mais généralement exercées par des praticiens paramédicaux exécutant sous leur responsabilité des actes prescrits par un médecin.

Cette division est composée de trois groupes :

- 86.1 - Activités hospitalières
- 86.2 - Activité des médecins et des dentistes
- 86.9 - Autres activités pour la santé humaine

- **Division 87 : Hébergement médico-social et social**

Cette division comprend l'hébergement médicalisé et l'hébergement social de personnes en difficulté : l'hébergement peut être associé à des services médicaux, des services de surveillance ou d'autres services d'assistance aux malades. Les installations représentent une part importante du processus de production et les soins dispensés combinent des services médicaux et sociaux, le volet médical se composant dans une large mesure de soins infirmiers.

Cette division est composée de quatre groupes :

- 87.1 - Services d'hébergement médicalisé
- 87.2 - Services d'hébergement social pour personnes handicapées mentales, malades mentales et toxicomanes
- 87.3 - Services d'hébergement social pour personnes âgées ou handicapées physiques
- 87.9 - Autres services d'hébergement social

- **Division 88 : Action sociale sans hébergement**

Cette division comprend la prestation de divers services d'action sociale directement aux bénéficiaires. Les activités de cette division ne comprennent pas de services d'hébergement, sauf sur une base temporaire.

Cette division est composée de deux groupes :

- 88.1 - Action sociale sans hébergement pour personnes âgées et pour personnes handicapées
- 88.9 - Autre action sociale sans hébergement

Annexe 10. Les professions paramédicales retenues dans le Répertoire Opérationnel des Métiers (ROME – Pôle Emploi)

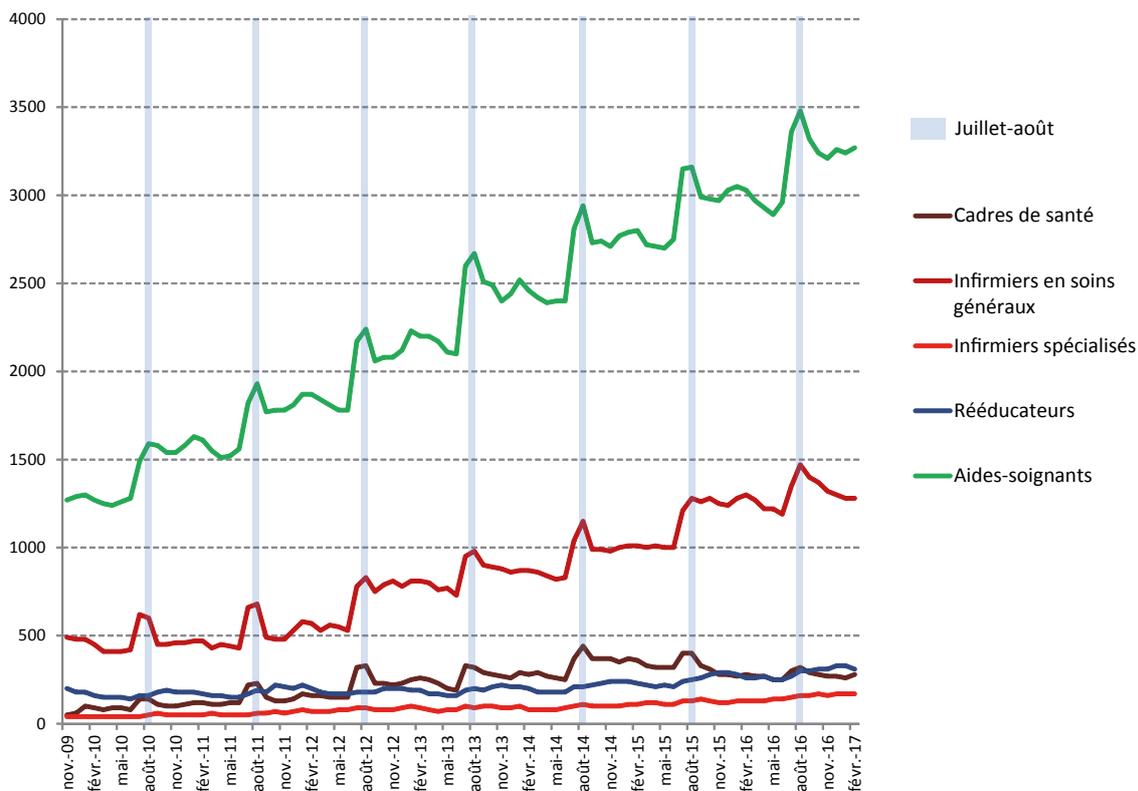
Le ROME est le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois de Pôle emploi. Il permet d'identifier aussi précisément que possible chaque offre et chaque demande d'emploi afin de pouvoir les rapprocher. Un peu plus de 10 000 appellations de métiers et emplois sont traitées à travers 532 fiches métiers. Le code ROME est composé d'une lettre (de A à N) et de quatre chiffres :

- la lettre représente une famille de métiers (au nombre de 14), exemple : J correspond aux métiers de la santé ;
- la lettre et les deux premiers chiffres identifient le domaine professionnel (au nombre de 110), exemple : J11 correspond aux praticiens médicaux
- la lettre et les quatre chiffres du code ROME, associés à un intitulé, identifient la fiche métier, exemple : J1103 correspond à la Médecine dentaire.

Source : www.pole-emploi.fr, rubriques : Candidat, le ROME et les fiches métiers.

Professions	Code et appellation métier
Aides-soignants	J1501 - Soins d'hygiène, de confort du patient
Cadres de santé	J1502 - Coordination de services médicaux ou paramédicaux
Infirmiers en soins généraux	J1506 - Soins infirmiers généralistes
	J1505 - Soins infirmiers spécialisés en prévention
Infirmiers spécialisés	J1503 - Soins infirmiers spécialisés en anesthésie
	J1504 - Soins infirmiers spécialisés en bloc opératoire
	J1507 - Soins infirmiers spécialisés en puériculture
Professionnels de la rééducation	J1404 - Kinésithérapie
	J1403 - Ergothérapie
	J1409 - Pédicurie et podologie
	J1412 - Rééducation en psychomotricité
	J1407 - Orthoptique
	J1408 - Ostéopathie et chiropraxie
	J1402 - Diététique
	J1406 - Orthophonie

Annexe 11. La saisonnalité des inscriptions auprès de Pôle Emploi des personnes recherchant un emploi de paramédicaux



Source : Source : Pôle emploi - STMT, Données brutes ; Traitements : LorPM, 2016.

Champ : Demandeurs d'emploi inscrits en fin de mois à Pôle emploi, Catégorie : A et B et C (tenus de réaliser des « actes positifs » de recherche d'emploi).

Remarque : les données diffusées par Pôle Emploi sont arrondies à la dizaine.

Annexe 12. Les professions paramédicales selon la nomenclature des Familles Professionnelles (FAP – DARES)

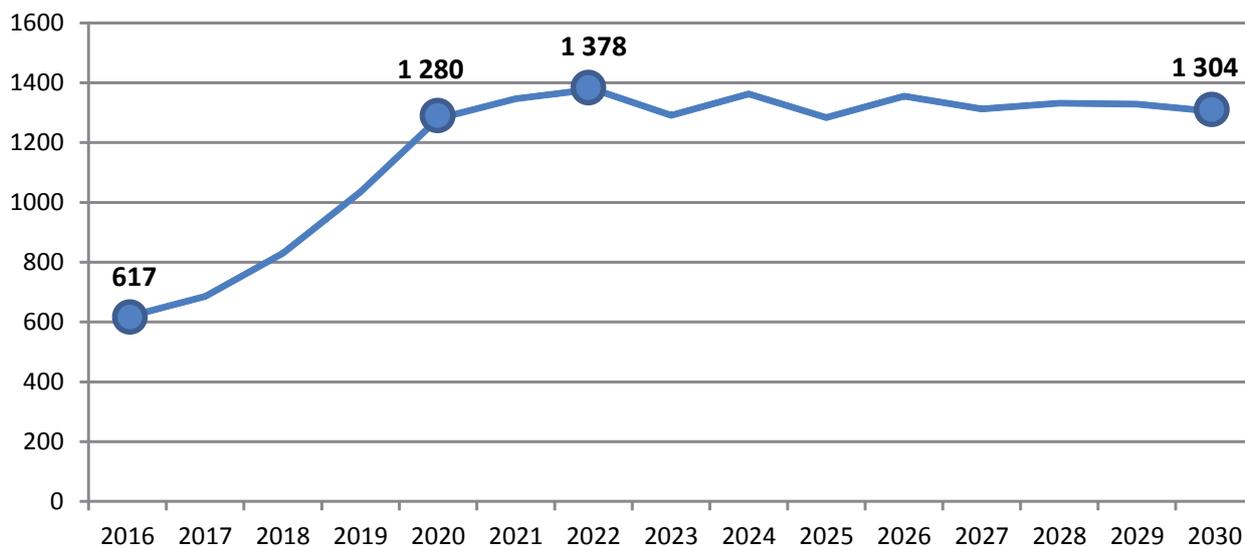
Les « Familles Professionnelles » (FAP) sont une des principales nomenclatures de métiers. Leur construction résulte d'un rapprochement entre la nomenclature des « Professions et Catégories Socioprofessionnelles » (PCS) utilisée par l'Institut National des Statistiques et des Études Économiques (INSEE) dans les différentes sources sur l'emploi pour codifier les professions et le « Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois » (ROME) utilisé par le Pôle emploi pour coder les emplois recherchés par les demandeurs ainsi que les offres déposées par les entreprises, dans une logique opérationnelle de placement.

Les FAP regroupent les professions qui font appel à des compétences communes sur la base de « gestes professionnels » proches. Le but de cette démarche est de répondre aux besoins des chargés d'études des services statistiques nationaux et régionaux en les dotant d'une grille de lecture des métiers qui permet d'analyser les données du marché du travail provenant de différentes sources. Les FAP permettent ainsi d'étudier conjointement l'emploi ainsi que l'offre et la demande d'emploi à travers un même référentiel des métiers.

Familles professionnelles	Correspondance dans la PCS		Correspondance dans le ROME	
V0Z60 Aides-soignants	526a	Aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé)	A1501	Aide aux soins animaux
			J1303	Assistance médico-technique
	526b	Assistants dentaires, médicaux et vétérinaires, aides de techniciens médicaux	J1304	Aide en puériculture
	526c	Auxiliaires de puériculture	J1501	Soins d'hygiène, de confort du patient
	526d	Aides médico-psychologiques	K1301	Accompagnement médicosocial
V1Z80 Infirmiers	431a	Cadres infirmiers et assimilés	J1502	Coordination de services médicaux ou paramédicaux
	431b	Infirmiers psychiatriques	J1503	Soins infirmiers spécialisés en anesthésie
	431c	Puéricultrices	J1504	Soins infirmiers spécialisés en bloc opératoire
	431d	Infirmiers spécialisés (autres qu'infirmiers psychiatriques et puéricultrices)	J1505	Soins infirmiers spécialisés en prévention
	431f	Infirmiers en soins généraux, salariés	J1506	Soins infirmiers généralistes
	431g	Infirmiers libéraux	J1507	Soins infirmiers spécialisés en puériculture
3Z80 Autres professionnels paramédicaux	432a	Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, libéraux	J1402	Diététique
			J1403	Ergothérapie
	432b	Masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, salariés	J1404	Kinésithérapie
			J1406	Orthophonie
	432c	Autres spécialistes de la rééducation, libéraux	J1407	Orthoptique
			J1408	Ostéopathie et chiropraxie
	432d	Autres spécialistes de la rééducation, salariés	J1409	Pédicurie et podologie
J1412			Rééducation en psychomotricité	

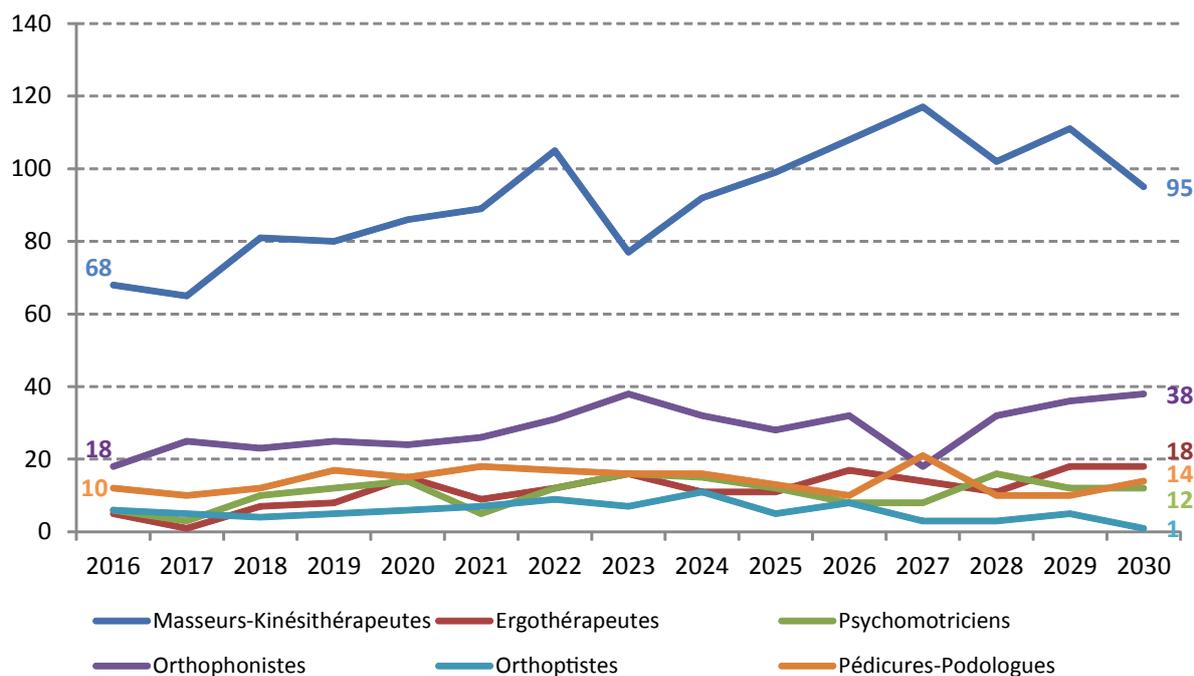
Les professionnels de santé vont connaître un accroissement du nombre de départs en retraite dans les prochaines années. D'après les estimations démographiques réalisées sur les infirmiers dans le cadre du Comité Technique de l'axe 2, le nombre de départ en retraite connaîtrait un doublement d'ici 2020 (1 280 départs attendus contre 617 observés en 2016), puis une stabilisation jusqu'à 2030 (avoisinant les 1 300 départs annuels).

Estimation des cessations d'activité annuelles des infirmiers arrivant à 65 ans, de 2016 à 2030 (Grand Est)



Source : ARS, ADELI 2016. Traitements : LorPM, 2016

Estimation des cessations d'activité annuelles des autres paramédicaux arrivant à 65 ans, de 2016 à 2030 (Grand Est)



Source : ARS, ADELI 2016. Traitements : LorPM, 2016

Annexe 14. Comparaison européenne de la part des 60 ans et plus par pays

	% 60 ans et plus			% 80 ans et plus		
	2016	rang	écart 2006-2016 (en point de %)	2016	rang	écart 2006-2016 (en point de %)
Albanie	18,3	35	+ 6,1	2,2	36	+ 0,8
Allemagne (*)	27,4	2	+ 2,5	5,8	6	+ 1,3
ARY de Macédoine (**)	18,9	34	+ 3,4	2,3	35	+ 0,8
Autriche	24,0	23	+ 2,1	5,0	14	+ 0,7
Belgique (*)	24,2	21	+ 2,2	5,5	7	+ 1,1
Bulgarie	27,3	3	+ 3,8	4,7	18	+ 1,3
Chypre	20,5	30	+ 3,8	3,3	31	+ 0,6
Croatie (**)	26,2	8	+ 3,5	4,8	16	+ 1,7
Danemark	24,7	18	+ 3,3	4,3	22	+ 0,2
Espagne	24,3	20	+ 2,8	6,0	3	+ 1,7
Estonie (**)	25,4	12	+ 3,6	5,1	10	+ 1,8
Finlande	27,2	5	+ 5,5	5,2	9	+ 1,2
France (*) (p)	24,9	16	+ 4,1	5,9	5	+ 1,3
Grèce	27,2	4	+ 3,8	6,5	2	+ 2,4
Hongrie (*)	25,7	10	+ 4,3	4,3	21	+ 0,8
Irlande (*)	18,2	36	+ 3,0	3,1	33	+ 0,5
Islande	19,3	33	+ 3,5	3,7	29	+ 0,6
Italie	28,0	1	+ 2,7	6,7	1	+ 1,6
Lettonie	25,9	9	+ 3,5	5,0	12	+ 1,8
Liechtenstein	22,7	27	+ 5,7	3,4	30	+ 0,5
Lituanie	24,9	17	+ 3,5	5,3	8	+ 2,1
Luxembourg (*)	19,4	32	+ 0,8	4,0	28	+ 0,8
Malte	25,6	11	+ 6,4	4,1	25	+ 1,1
Monténégro (**)	20,4	31	+ 3,5	2,8	34	+ 1,0
Norvège	22,0	28	+ 2,1	4,2	24	- 0,5
Pays-Bas	24,4	19	+ 5,0	4,4	19	+ 0,8
Pologne (*)	23,1	26	+ 5,9	4,1	26	+ 1,4
Portugal (e)	27,0	6	+ 4,4	5,9	4	+ 1,9
Rép. Tchèque	25,1	15	+ 5,0	4,0	27	+ 0,9
Roumanie	24,2	22	+ 4,0	4,2	23	+ 1,7
Royaume-Uni (e)	23,3	25	+ 2,2	4,8	17	+ 0,4
Serbie (*)	26,9	7	+ 4,9	4,3	20	+ 1,6
Slovaquie	21,1	29	+ 4,9	3,2	32	+ 0,8
Slovénie (*)	25,4	13	+ 4,8	5,0	13	+ 1,8
Suède	25,4	14	+ 1,8	5,1	11	- 0,3
Suisse (*)	23,6	24	+ 2,0	5,0	15	+ 0,5
Turquie	12,2	37	+ 2,6	1,7	37	-

Source : Eurostat (code des données en ligne : demo_pjanind), extraction au 03 avril 2017. Traitement : LorPM, 2017.

* Rupture de série pour plusieurs années entre 2005 et 2015

** La population dont l'âge est inconnu est redistribuée pour calculer la structure des âges.

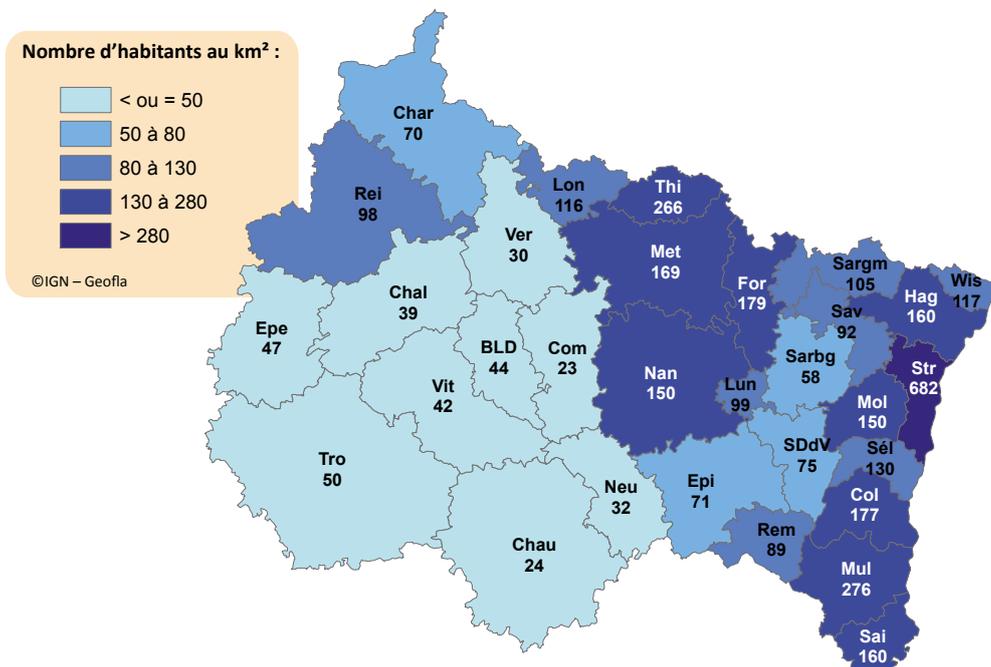
(e) Estimation

(p) Provisoire

Liste des appellations abrégées des zones d'emplois :

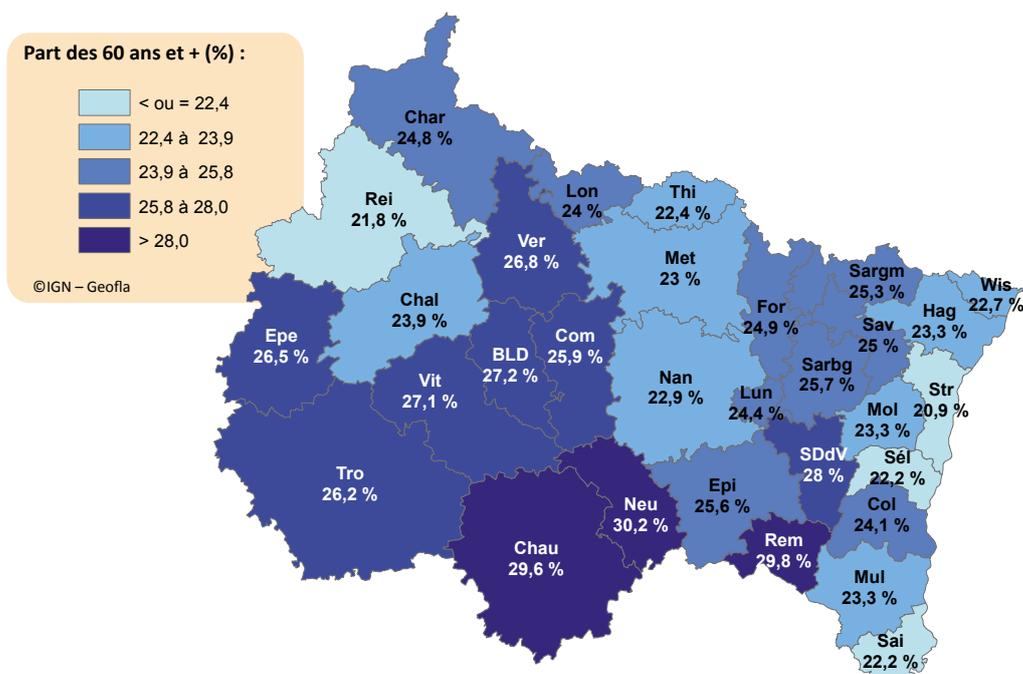
Codes géographiques	Libellés longs	Libellés courts
4104	Bar-le-Duc	BLD
2103	Châlons-en-Champagne	Chal
2101	Charleville-Mézières	Char
2106	Chaumont - Langres	Chau
4207	Colmar	Col
4105	Commercy	Com
2104	Épernay	Epe
4112	Épinal	Epi
4108	Forbach	For
4201	Haguenau	Hag
4101	Longwy	Lon
4102	Lunéville	Lun
4107	Metz	Met
4202	Molsheim - Obernai	Mol
4208	Mulhouse	Mul
4103	Nancy	Nan
4115	Neufchâteau	Neu
2105	Reims	Rei
4113	Remiremont	Rem
4114	Saint-Dié-des-Vosges	SDdV
4209	Saint-Louis	Sai
4109	Sarrebourg	Sarbg
4110	Sarreguemines	Sargm
4203	Saverne	Sav
4204	Sélestat	Sél
4205	Strasbourg	Str
4111	Thionville	Thi
2102	Troyes	Tro
4106	Verdun	Ver
2107	Vitry-le-François/Saint-Dizier	Vit
4206	Wissembourg	Wis

Carte 1. Densité de population par zones d'emploi en 2013



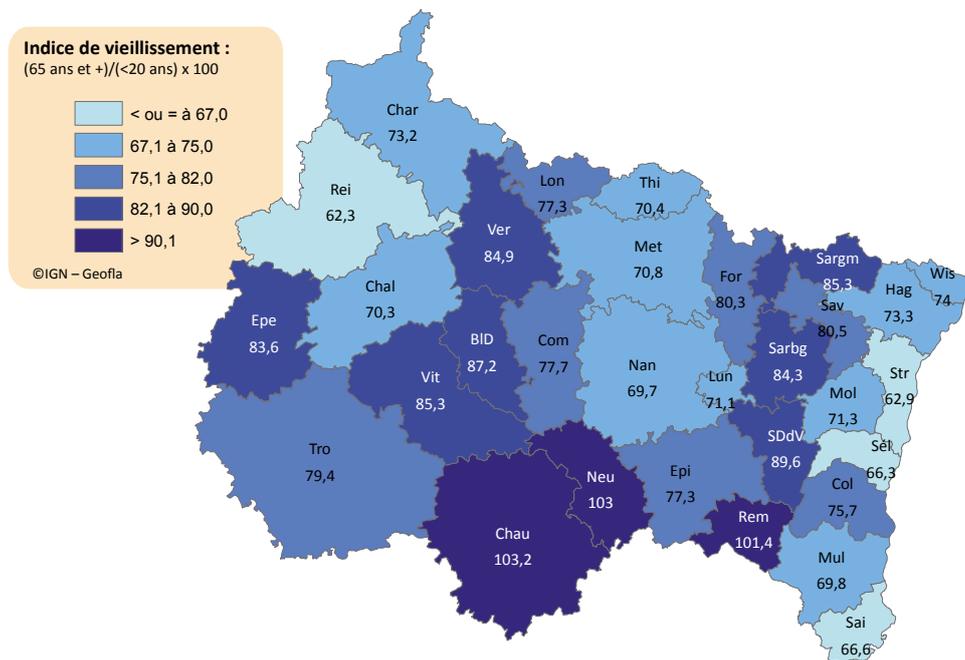
① En 2013, la zone d'emploi de Reims comptabilise 98 habitants au km².
 Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016

Carte 2. Part des 60 ans et plus par zones d'emploi en 2013



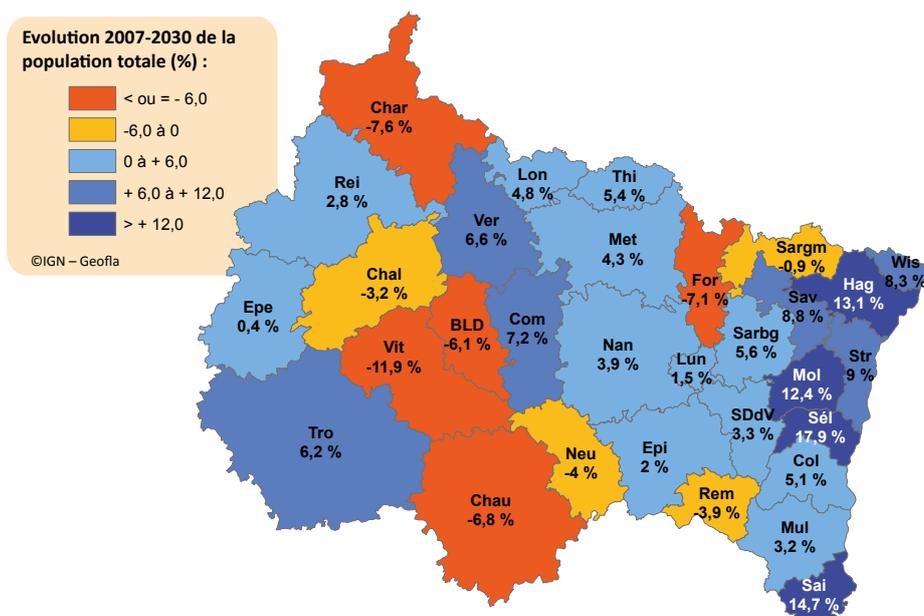
① En 2013, les 60 ans et plus représentent 21,8 % de la population de la zone d'emploi de Reims.
 Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Carte 3. Indice de vieillissement au seuil de 65 ans par zones d'emploi en 2013



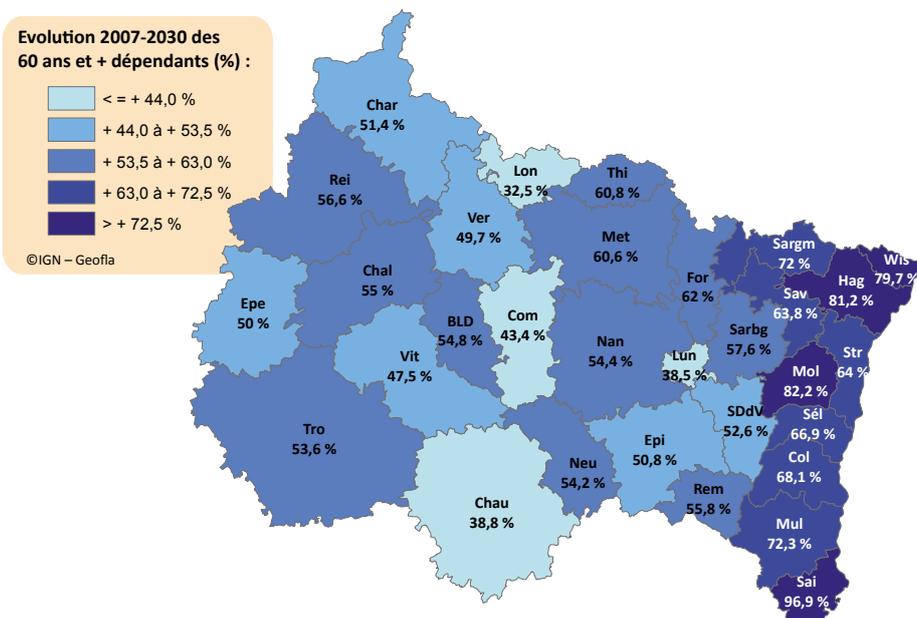
① En 2013, la zone d'emploi de Reims comptabilise 62,3 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Carte 4. Évolution 2007-2030 de la population totale par zones d'emploi en 2013



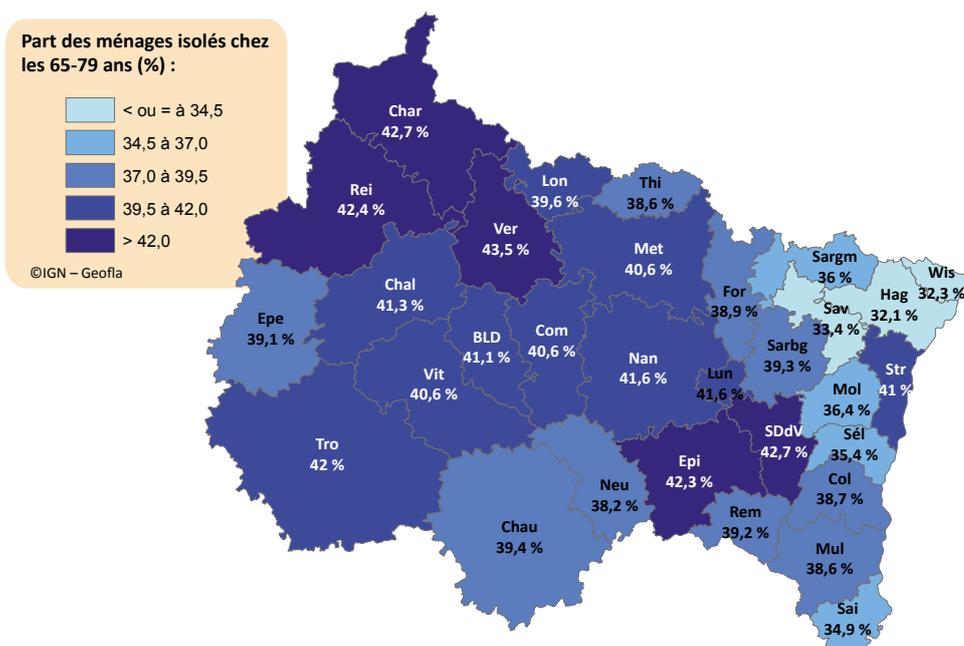
① De 2007 à 2030, la population totale de la zone d'emploi de Reims devrait s'accroître de 2,8 %.
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Carte 5. Évolution 2007-2030 des 60 ans et plus dépendants par zones d'emploi en 2013



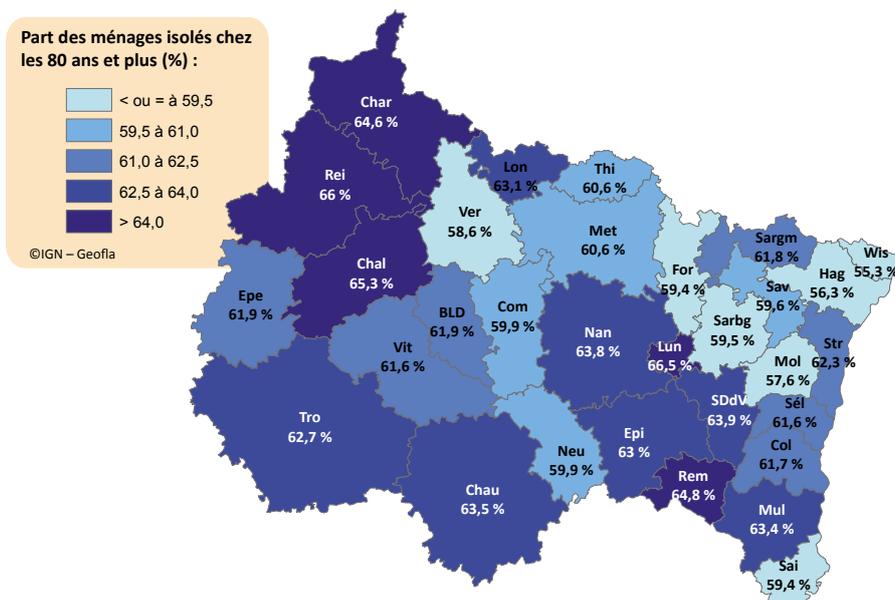
① De 2007 à 2030, la population âgée dépendante de la zone d'emploi de Reims devrait s'accroître de 56,6 %.
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Carte 6. Part des ménages d'une personne seule, âgée de 65 à 80 ans, par zones d'emploi en 2013



① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, 42,4 % des ménages dont la personne de référence est âgée de 65 à 80 ans sont composés d'une seule personne.
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

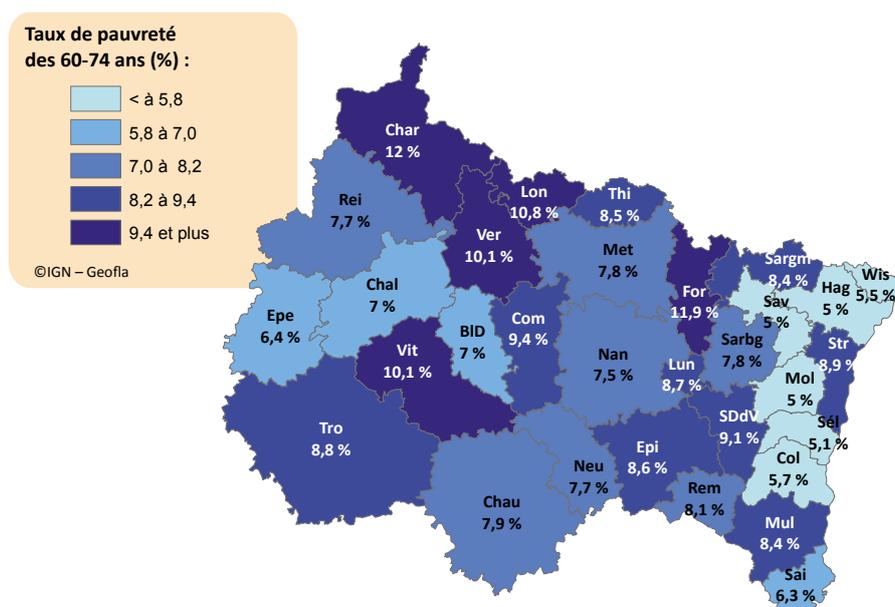
Carte 7. Part des ménages d'une personne seule, âgée de 80 ans et plus, par zones d'emploi en 2013



① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, 66,0 % des ménages dont la personne de référence est âgée 80 ans et plus sont composés d'une seule personne.

Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

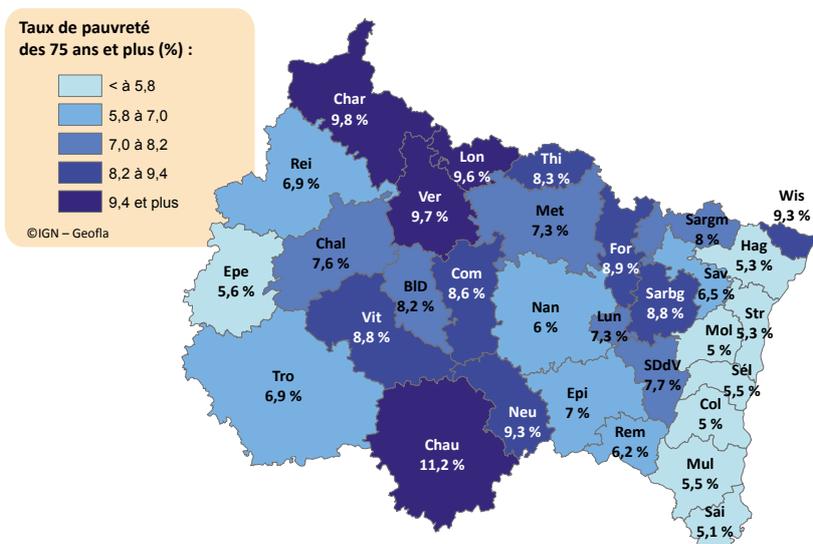
Carte 8. Taux de pauvreté des 60-74 ans, par zones d'emploi en 2013



① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, le taux de pauvreté des ménages dont le référent fiscal est âgé de 60 à 74 ans est de 7,7 %.

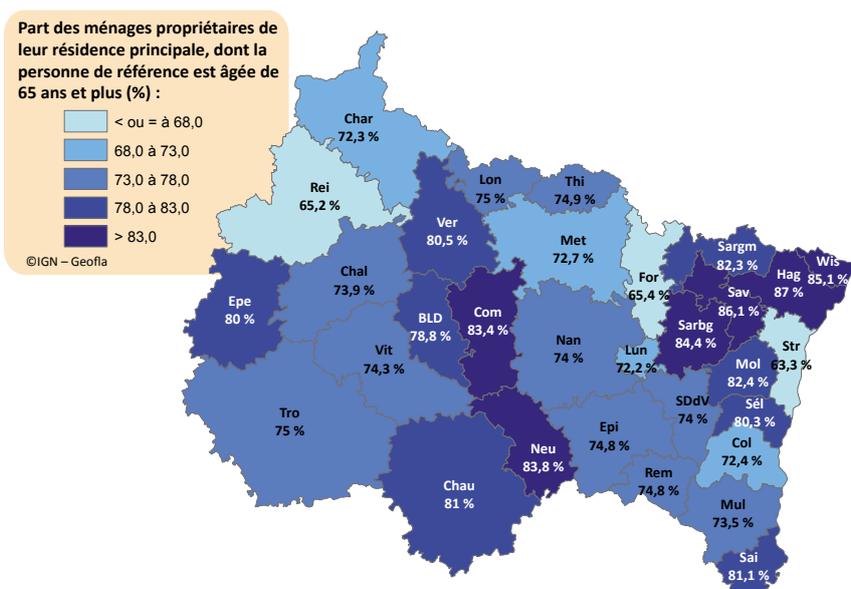
Source : INSEE, Dispositif Fichier localisé social et fiscal (Filosofi 2013). Traitements : LorPM, 2016.

Carte 9. Taux de pauvreté des 75 ans et plus, par zones d'emploi en 2013



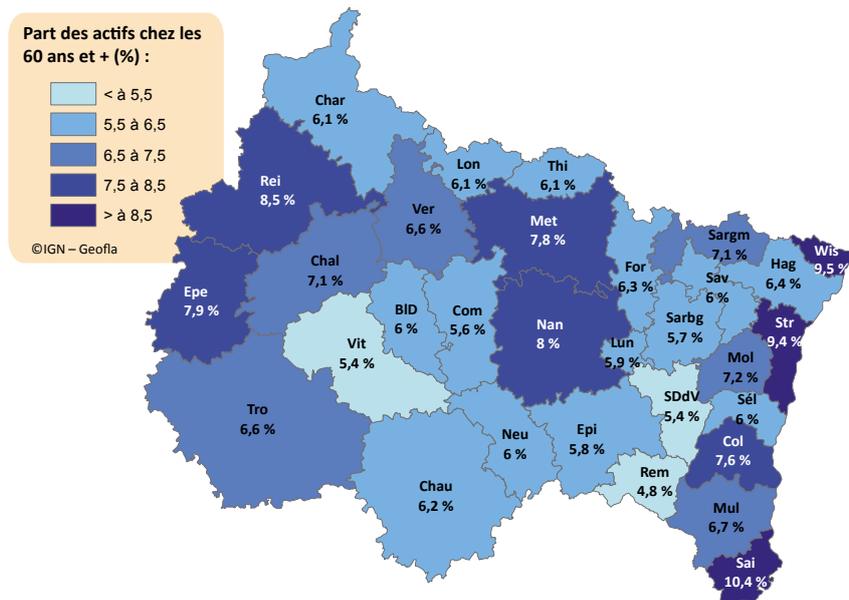
① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, le taux de pauvreté des ménages dont le référent fiscal est âgé de 75 ans et plus est de 7,7 %.
Source : INSEE, Dispositif Fichier localisé social et fiscal (Filosofi 2013). Traitements : LorPM, 2016.

Carte 10. Part des ménages propriétaires de leur résidence principale, dont la personne de référence est âgée de 65 ans et plus, par zones d'emploi en 2013



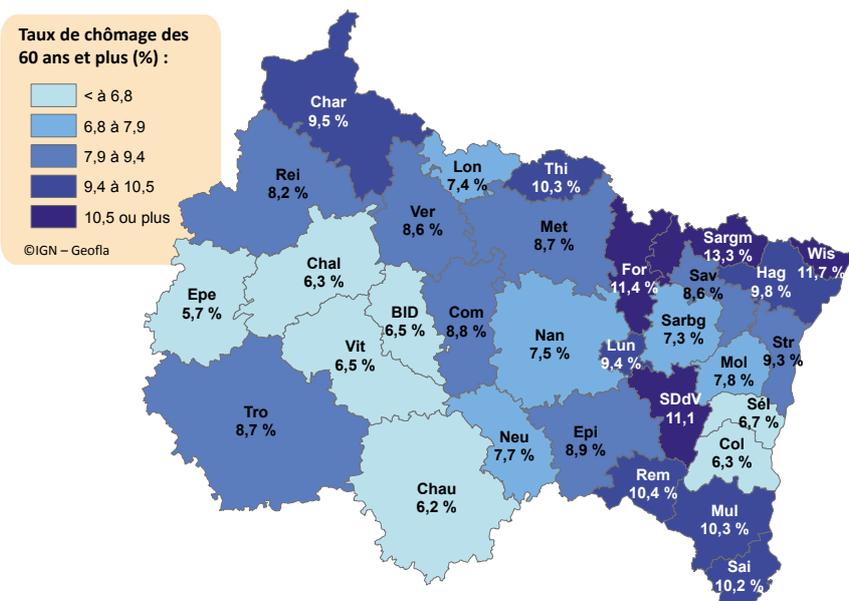
① En 2013, sur la zone d'emploi de Reims, 65,2 % des ménages dont la personne de référence est âgée de 65 ans et plus sont propriétaires de leur résidence principale.
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Carte 11. Part des actifs chez les 60 ans et plus, par zones d'emploi en 2013



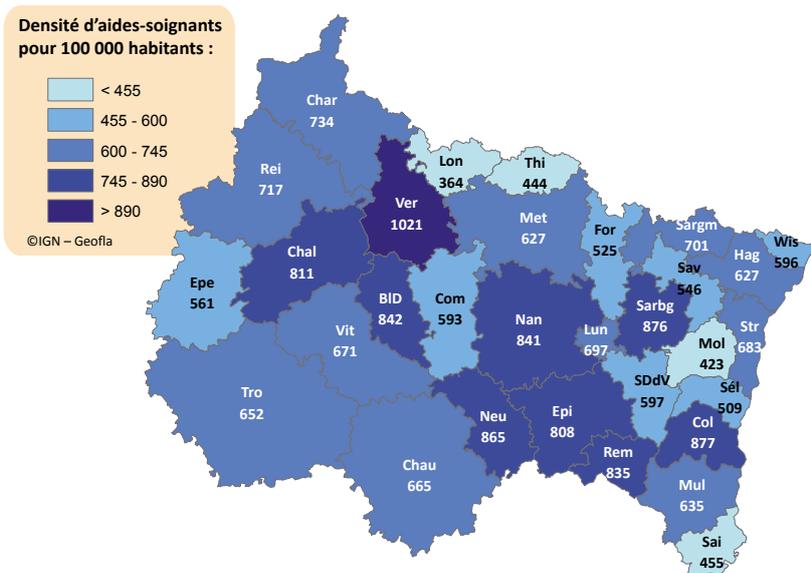
① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, 8,5 % des 60 ans et plus sont actifs (en emploi ou au chômage).
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Carte 12. Taux de chômage des 60 ans et plus, par zones d'emploi en 2013



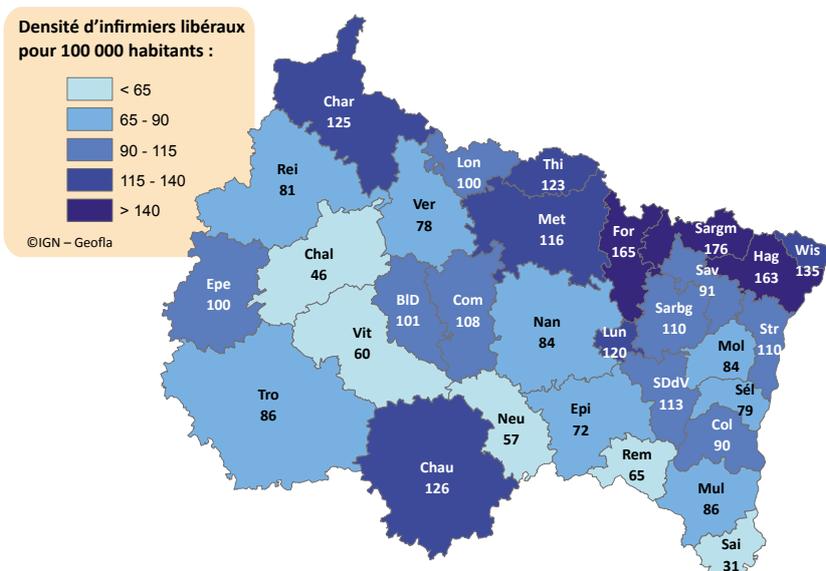
① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, 8,5 % des 60 ans et plus sont actifs (en emploi ou au chômage).
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Carte 13. Densité d'aides-soignants pour 100 000 habitants



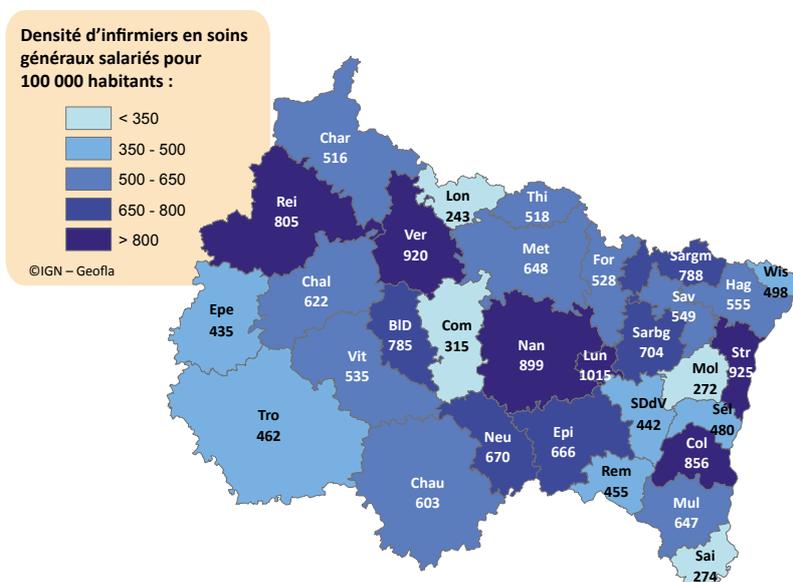
① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, on comptabilise 717 aides-soignants pour 100 000 habitants.
 Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Carte 14. Densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants



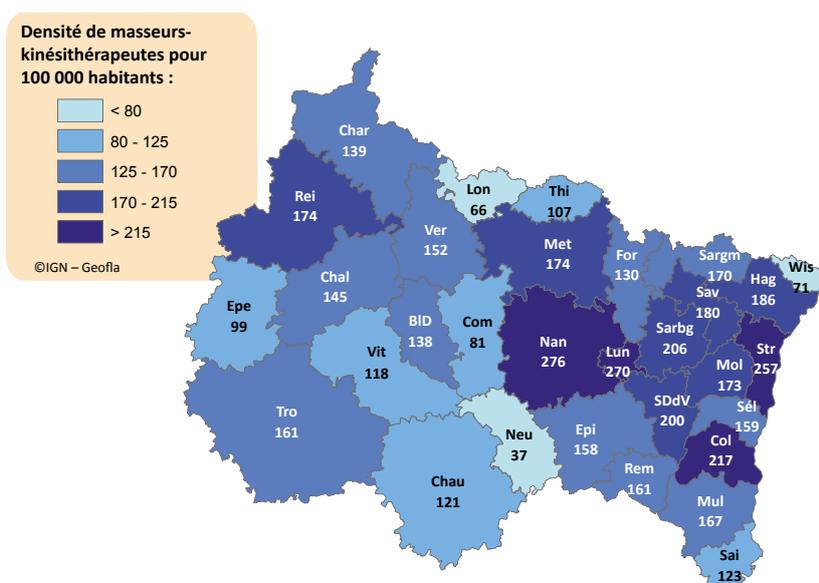
① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, on comptabilise 81 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants.
 Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Carte 15. Densité d'infirmiers en soins généraux salariés pour 100 000 habitants



① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, on comptabilise 805 infirmiers en soins généraux salariés pour 100 000 habitants.
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016

Carte 16. Densité de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants



① En 2013, dans la zone d'emploi de Reims, on comptabilise 174 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants.
Source : INSEE, recensement de la population 2013 et IGN. Traitements : LorPM, 2016.

Table des figures

Fig. 1.	Pyramides des âges du Grand Est en 2013 et projection en 2030	12
Fig. 2.	Indice de vieillissement au seuil de 65 ans par zones d'emploi en 2013	13
Fig. 3.	Projection de population générale du Grand Est à l'horizon 2030, base 100 en 2007	13
Fig. 4.	Effectifs projetés des personnes âgées du Grand Est à l'horizon 2030	13
Fig. 5.	Proportions de vie en couple de la population résidente du Grand Est selon l'âge	15
Fig. 6.	Proportions de ménages composés d'une personne seule, selon l'âge	15
Fig. 7.	Taux de pauvreté selon l'âge en 2013	16
Fig. 8.	Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2013, dont la personne de référence est âgée de 65 ans et plus	17
Fig. 9.	Proportions d'actifs de 60 ans et plus et taux de chômage	18
Fig. 10.	Effectifs des 60 ans et plus (2013) et taux de dépendance (2007)	20
Fig. 11.	Projections des personnes âgées dépendantes dans le Grand Est à 2030 (base 100 en 2007)	21
Fig. 12.	Effectifs des 60 ans et plus dépendants attendus d'ici 2030 et taux de croissance 2007-2030	22
Fig. 13.	Comparaison des évolutions attendues entre 2007 et 2030 des personnes âgées dépendantes et de l'ensemble de la population	22
Fig. 14.	Représentation des modalités actives décrivant la population du Grand Est sur le plan factoriel composé des deux premiers axes	25
Fig. 15.	Représentation des classes de zones d'emploi selon la population sur le plan factoriel des deux premiers axes	26
Fig. 16.	Carte de la typologie de population par classes de zones d'emploi	26
Fig. 17.	Pyramides des âges des différentes classes	28
Fig. 18.	Projections de la population résidente à l'horizon 2030 par classe (base 100 en 2007)	29
Fig. 19.	Effectifs projetés à l'horizon 2030, selon les groupes d'âges et la dépendance	29
Fig. 20.	Représentation des modalités actives décrivant les professionnels sanitaires et sociaux sur le plan factoriel composé des deux premiers axes	35
Fig. 21.	Représentation des classes de zones d'emploi selon l'offre de soins sur le plan factoriel des deux premiers axes	36
Fig. 22.	Carte de la typologie de l'offre de soins par classes de zones d'emploi	36
Fig. 23.	Principales caractéristiques des professions sanitaires retenues	38
Fig. 24.	Densité de professionnels pour 100 000 habitants par classe de zones d'emploi (offre de soins)	40
Fig. 25.	Répartition des rééducateurs (hors masseur-kinésithérapeute) dans chaque classe de zones d'emploi selon la typologie de l'offre de soins dans ADELI	40
Fig. 26.	Répartition des lits et places de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) dans le Grand Est selon la typologie de l'offre de soins (%)	40
Fig. 27.	Nombre de lits et places destinés à la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans le Grand Est, selon la typologie de l'offre de soins – capacité installées au 1 ^{er} janvier 2016	41

Fig. 28.	Tableau croisé des problématiques démographiques et de l'offre de soins	44
Fig. 29.	Densité de professionnels pour 100 000 habitants de 65 ans et plus par classe de zones d'emploi de la typologie de l'offre de soins	45
Fig. 30.	Densité de professionnels pour 100 000 habitants de 65 ans et plus par zones d'emploi, ventilées selon la typologie de l'offre de soins	46
Fig. 31.	Répartition des emplois du Grand Est selon le secteur employeur en 2013 (%)	62
Fig. 32.	Répartition des paramédicaux du Grand Est selon le secteur employeur en 2013 (%)	63
Fig. 33.	Principales zones d'emploi pourvoyeuses de paramédicaux salariés frontaliers en 2013	64
Fig. 34.	Evolution du nombre d'infirmiers et d'aides-soignants frontaliers originaires de France	65
Fig. 35.	Reconnaisances de diplômés étrangers au Luxembourg en 2015	66
Fig. 36.	Reconnaisances de diplômés au Luxembourg selon le pays d'origine (cumul 2013-2015)	66
Fig. 37.	Évolution annuelle du nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois du Grand Est (cat. A, B, C), de 2010 à 2017	70
Fig. 38.	Comparaison 2010-2017 du profil des demandeurs d'emploi par métiers, selon l'âge et l'ancienneté d'inscription	71
Fig. 39.	Structure des demandeurs d'emploi (cat. A, B, C ; décembre 2013) et des actifs en emploi (2013) du Grand Est, selon la profession exercée et le département	72
Fig. 40.	Évolution des « besoins » de paramédicaux exprimés par les employeurs entre 2013 et 2016	73
Fig. 41.	Besoins de paramédicaux selon les départements, en 2016	73
Fig. 42.	Indice moyen de besoins exprimés	74
Fig. 43.	Répartition des effectifs par professions dans les établissements du Grand Est accueillant des personnes âgées en 2011 et 2020	76
Fig. 44.	Ventilation par départements des professionnels en poste dans les établissements accueillant des personnes âgées en 2020	76
Fig. 45.	Professionnels intervenant au domicile des personnes âgées du Grand Est en 2011 et 2020	76
Fig. 46.	Ventilation par départements des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées en 2020	77
Fig. 47.	L'emploi en institution dédié à la dépendance dans le Grand Est à l'horizon 2030	78
Fig. 48.	L'emploi à domicile dédié à la dépendance dans le Grand Est à l'horizon 2030	78
Fig. 49.	L'emploi dédié à la dépendance par départements du Grand Est à l'horizon 2030	79
Fig. 50.	L'emploi total dans le Grand Est à l'horizon 2030	80
Fig. 51.	Part des 60 ans et plus en 2016 et évolution 2007-2040 en France métropolitaine (%)	81
Fig. 52.	Indicateurs de vieillissement pour la France et les régions frontalières de Belgique, Luxembourg, Allemagne et Suisse	82



Cette étude, réalisée par LorPM, a été commanditée par le Comité Stratégique des Métiers en Santé (COMESA) du Grand Est. Elle a bénéficié d'un partenariat avec l'INSEE Grand Est ainsi que de l'appui des services de l'ARS Grand Est.

Directeur de publication : Emmanuel JOURNOT

Mise en page :
Estelle MARKOVIC | Marie-Christine SINDT

Auteur : Julien DUFOUR

Responsable du Pôle Études & Expertises :

Alexandre PARMENT

Assistante de projets : Nathalie GENY

Assistance cartographie :

Fabienne JIMENEZ & Angélique PEPIN

GIP Lorraine Parcours Métiers
4, rue Mgr Pelt | 57000 Metz
Tél. 03 87 68 10 10